



Fall-Nr.: UV 2016/37
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 20.06.2018
Entscheiddatum: 20.06.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 20.06.2018

A.AArt. 19 Abs. 1 UVG. Unfallkausalität der Schulterbeschwerden rechts verneint. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Juni 2018, UV 2016/37).

Entscheid vom 20. Juni 2018

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2016/37

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Zahner, Studer Anwälte AG, Hauptstrasse 11a, Postfach 2125, 8280 Kreuzlingen,

gegen



CSS Versicherung AG, Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568,
6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ war bei der Stiftung B.____ (nachfolgend: Arbeitgeberin) als Sortiererin von Waren für Z.____ angestellt und dadurch bei der CSS Versicherung AG (nachfolgend: CSS) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie am 4. Februar 2012 auf eisigem Boden ausrutschte, stürzte und sich mit der rechten Hand abstützte (Vorakten betreffend Unfall vom 4. Februar 2012 [nachfolgend: UV-act. II/x] act. 1). Der erstbehandelnde Dr. med. C.____, Innere Medizin FMH, diagnostizierte am 6. Februar 2012 eine posttraumatische Mallet-Läsion des distalen Interphalangealgelenks (DIP) des Ringfingers (Dig. IV) rechts und attestierte ihr bis 11. April 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 40% (UV-act. II/2, II/5, II/10). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend Suva) übernahm für die CSS die Schadensabwicklung (UV-act. I/196).

A.b Aufgrund eines Streckdefizits DIP Dig. IV rechts bei Status nach nicht ossärer Mallet-Läsion vom 4. Februar 2012, eines Carpaltunnelsyndroms rechts und eines beginnenden Morbus Dupuytren in der mittleren Hohlhand rechts führte Dr. med. D.____, FMH Handchirurgie, Spital Y.____, am 19. Juni 2012 eine Dekompression des Nervus medianus rechts, eine Fasziektomie der mittleren Hohlhand rechts, eine temporäre DIP-Arthrodesen mit 1-0 Kirschnerdraht und eine Z-förmige Sehnenverkürzung Extensor digitorum communis-Sehne IV rechts durch (UV-act. II/13). Dr. D.____ attestierte der Versicherten vom 19. Juni bis 12. August 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (UV-act. II/12, II/20). Med. pract. E.____, Kreisarzt der Suva, hatte am 19. Juli 2012 festgehalten, die Operation sei nur bezüglich der Mallet-



Läsion unfallbedingt indiziert gewesen (UV-act. II/14). Gestützt auf eine weitere Beurteilung von med. pract. E.____ vom 8. Oktober 2012 (vgl. UV-act. II/26) stellte die Suva mit Schreiben vom 15. November 2012 die Leistungen bezüglich des Unfalles vom 4. Februar 2012 per 19. August 2012 ein (UV-act. II/28 f.).

A.c Aufgrund eines Status nach SLAP-Repair im Jahr 2007, der Entfernung einer grossen Diskushernie C6/7 rechts am 24. März 2010 (vgl. UV-act. III/46-115 f.) und zunehmenden Schmerzen im Bereich des Armes bzw. der Schulter rechts veranlasste Dr. C.____ im Dezember 2012 bzw. anfangs 2013 weitere Abklärungen (UV-act. II/50-3). Dr. med. F.____, Chefarzt Neurochirurgie/Wirbelsäulen Chirurgie der Schulthess Klinik, Zürich, berichtete am 29. Januar 2013, die aktuelle Symptomatik, welche diffus den rechten Arm betreffe, sei nicht auf eine Radikulopathie zurückzuführen. Eine weitere therapeutische Massnahme bezüglich des Nackens sei nicht indiziert (UV-act. II/78-1 f.). Dr. med. G.____, Radiologe FMH, Radiologie AR, führte am 4. März 2013 ein MRI durch und stellte eine Läsion der Subskapularissehne mit komplett durchgehender Ruptur kranial und mittel- bis höhergradiger interstitiell-bursaseitiger Partialruptur kaudal fest. Es bestünden eine moderate Insertionstendinopathie der Supraspinatussehne, eine Ruptur der langen Bizepssehne, ein enger Subakromialraum mit möglichem Impingement, Zeichen einer diskreten Bursitis subacromialis/subdeltoidea sowie eine Auffransung der Labrumbasis apikal und kurzstreckig fehlende eindeutige Labrumabgrenzbarkeit superoventral (Differentialdiagnose: ältere posttraumatische Labrumverletzung, anlagebedingt hypoplastisches Labrum) (UV-act. II/38). Dr. med. H.____, Kreisarzt der Suva, befand am 15. April 2013, die geltend gemachten Schulterbeschwerden rechts seien nicht mindestens wahrscheinlich auf das Ereignis vom 4. Februar 2012 zurückzuführen (UV-act. II/41). Die CSS lehnte die Kostengutsprache für eine anstehende Operation der rechten Rotatorenmanschette ab (vgl. UV-act. II/34 ff.). Trotz Intervention der Fortuna Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Fortuna), Rechtsschutzversicherung der Versicherten, hielt die CSS am 29. April 2013 an ihrem Standpunkt fest (UV-act. II/42 f.).

A.d Dr. med. I.____, FMH Chirurgie, SportClinic Zürich, diagnostizierte mit Bericht vom 14. Mai 2013 eine Subscapularisruptur rechts und einen Status nach Ruptur der langen Bicepssehne rechts. Erstere Verletzung sei überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 4. Februar 2012 zurückzuführen, und mit der vorgesehenen



Operation würden ausschliesslich Unfallfolgen behandelt. Zum Unfallereignis aus dem Jahr 2006 und der aufgrund dieses Ereignisses im Januar 2007 durchgeführten Operation der rechten Schulter (vgl. UV-act. II/72) bestehe kein Zusammenhang (UV-act. II/48). Die Fortuna führte am 23. Mai 2013 aus, es sei aktenkundig, dass die Versicherte bereits seit 2012 Schulterprobleme gehabt und sie Dr. C.____ um weitere Abklärungen gebeten habe. Es könne ihr nicht vorgeworfen werden, dass die Schulter von den Ärzten erst so spät untersucht worden sei (UV-act. II/49). Nach einer weiteren Stellungnahme von Dr. H.____ (vgl. UV-act. II/53) hielt die CSS an ihrer Stellungnahme vom 29. April 2013 fest (UV-act. II/54).

A.e Während ihrer Tätigkeit bei der Arbeitgeberin hatte die Versicherte am 26. April 2013 erneut einen bei der CSS versicherten Unfall erlitten, als sie versucht hatte, eine zu Boden fallende Schüssel mit einer Reflexbewegung der linken Hand aufzufangen (Vorakten betreffend Unfall vom 26. April 2013 [nachfolgend: UV-act. III/x] act. 1, 3). Dr. C.____ attestierte ihr unfallbedingt ab 26. April 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (UV-act. III/4-3, vgl. III/22). Dr. G.____ erstellte am 6. Mai 2013 ein MRI der linken Schulter und stellte unter anderem eine erhebliche Insertionstendinopathie der Supraspinatussehne mit hochgradiger humeralseitiger Partialruptur und eine Läsion der Subskapularissehne mit knapp 2 cm langer mittelgradiger interstitieller Partialruptur im kranialen bis mittleren Drittel sowie höhergradiger humeralseitiger Partialruptur kaudal ansatznah fest (UV-act. III/5-2 f.). Dr. H.____ beurteilte am 24. Mai 2013, der erhobene Befund entspreche der Diagnose einer unfallähnlichen Körperschädigung (UV-act. III/6).

A.f Die Krankentaggeldversicherung der Versicherten hatte seit Februar 2013 Taggelder auf der Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 50% ausgerichtet. Die CSS leistete vom 29. April bis 11. Juli 2013 Taggelder infolge Unfalls basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 50%. Am 12. Juli 2013 unterzog sich die Versicherte einer Schultergelenksspiegelung rechts mit Acromioplastik, Bicepstenodese am Oberrand des Pectoralis sowie Supraspinatus- und Subscapularis-repair, worauf sie Krankentaggelder gestützt auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit erhielt (UV-act. III/18, III/20, III/121-13).



St.Galler Gerichte

A.g Dr. I.____ berichtete am 30. Oktober 2013, beim Unfallereignis vom 4. Dezember (richtig: Februar) 2012 habe sich die Versicherte Verletzungen der rechten Hand zugezogen, welche chirurgisch angegangen worden seien. Erst sekundär hätten sich die Beschwerden im Bereich des Schultergelenkes rechts manifestiert. Es handle sich dabei um eine sogenannte PASTA-Läsion, welche eindeutig eine Unfallfolge sei (UV-act. II/58). Dr. H.____ hielt am 20. November 2013 fest, eine PASTA-Läsion sei nicht eindeutig unfallbedingt; man sehe solche Läsionen immer wieder bei älteren Patienten. Vorliegend sei sie eindeutig degenerativ (UV-act. II/62).

A.h Dr. I.____ führte am 6. Februar 2014 aus, das gleichentags durchgeführte MRI der Schulter links (vgl. UV-act. III/60) zeige eine PASTA-Läsion, ein nicht sauberes Poulie und wahrscheinlich eine Läsion am Oberrand des Subskapularis (UV-act. III/59). Am 11. März 2014 führte Dr. I.____ eine Schultergelenksspiegelung links, eine Bizepsstenodese und PASTA-Refixation durch (UV-act. III/73). Die Versicherte beklagte unmittelbar postoperativ eine hochtonbetonte linksseitige leichtgradige sensorineurale Innenohrstörung mit permanentem hochfrequentem Tinnitus links. Der behandelnde Arzt sowie Dr. med. J.____, Fachärztin FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Mitarbeiterin Suva Arbeitsmedizin, verneinten die Kausalität des Ohrenleidens als Folge der Schulteroperation (UV-act. III/141, III/148), worauf die CSS ihre diesbezügliche Leistungspflicht verneinte (UV-act. III/149). Die Arbeitgeberin kündigte das Arbeitsverhältnis der Versicherten per 31. August 2014 (UV-act. III/91).

A.i Die Versicherte hatte bei einem Unfall am 12. Januar 2010 eine Luxation des proximalen Interphalangealgelenks (PIP) des Mittelfingers an der rechten Hand erlitten, welche jedoch keinen bleibenden Charakter aufgewiesen hatte (UV-act. I/95, III/46-123). Am 18. Februar 1976 hatte sie sich bei einem bei der Suva versicherten Skiunfall ein Distorsionstrauma des linken Knies zugezogen (Vorakten betreffend Unfall vom 18. Februar 1976 [nachfolgend: UV-act. I/x] act. 1, 7). Aufgrund der festgestellten Korbhockelläsion im Bereich des Hinterhornes medial war am 16. November 1977 eine mediale Menishektomie und eine laterale Retinaculaspaltung Knie links durchgeführt worden (UV-act. I/9). Im Jahr 2001 war es zu einem Rückfall gekommen (UV-act. I/20). Dr. med. K.____, Röntgeninstitut Klinik Hirslanden, Zürich, hatte nach einem MRI am 1. Februar 2001 fortgeschrittene Knorpelschäden femorotibial medial in der Hauptbelastungszone bei Status nach Menishektomie und nur noch kleinen



bindegewebigen Resten, ein vollständig fehlendes vorderes Kreuzband (alte Ruptur) sowie eine mässige Chondropathia Patellae bei Dysplasie festgestellt, welche in der Folge operativ behandelt worden waren (UV-act. I/21.2, 24.2, 28.2). Nach einem weiteren Unfall im September 2008 mit Reruptur des vorderen Kreuzbandes (UV-act. I/38, 41.1), welcher die Suva als Rückfall zum Unfall vom 18. Februar 1976 anerkannt hatte (UV-act. I/52, 54.1), war am 17. Juni 2009 eine Knie-Totalprothese links implantiert und am 22. Juli 2009 eine geschlossene Kniemobilisation links durchgeführt worden (UV-act. I/62, 65 f., 69). Gestützt auf einen mit der Versicherten geschlossenen Vergleich (vgl. UV-act. I/155) hatte ihr die Suva mit Verfügung vom 30. Juni 2010 per 1. März 2010 eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 10% sowie eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 26.5% zugesprochen (UV-act. I/162).

A.j Kreisärztin med. pract. L.____, Fachärztin für Chirurgie FMH, untersuchte die Versicherte am 16. Dezember 2014 und hielt am Tag darauf bezüglich des Ring- und Mittelfingers rechts im Wesentlichen eine Restitutio ad integrum, bezüglich der linken Schulter eine ordentliche Beweglichkeit mit belastungsabhängigen Restbeschwerden und gewisser Kraftminderung sowie bezüglich des Knies links einen ordentlichen postoperativen Zustand mit gelegentlicher Schwellneigung fest. Es bestünden bezüglich der linken Schulter Einschränkungen der Zumutbarkeit hinsichtlich Arbeiten über Brusthöhe, Tragen von Lasten sowie Besteigen von Gerüsten und Leitern. Betreffend des linken Knies verwies sie auf die Abschlussuntersuchung von Suva-Kreisarzt Dr. med. M.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, welcher am 19. Januar 2010 einen ganztägigen Arbeitseinsatz mit den üblichen Einschränkungen für eine Knie-Totalendoprothese für zumutbar gehalten hatte. Zur abschliessenden Beurteilung müssten noch Verlaufsberichte eingeholt werden (UV-act. III/117, vgl. UV-act. III/45-195 ff.).

A.k Die Krankentaggeldversicherung stellte aufgrund Erreichens der maximalen Leistungsdauer die Taggelderleistungen per 4. Februar 2015 ein (UV-act. III/105-2). Am 14. Januar 2015 machte die Versicherte gegenüber der CSS erneut geltend, die Schulterbeschwerden rechts seien unfallkausal (UV-act. II/69). Dr. H.____ verneinte die Unfallkausalität mit Stellungnahmen vom 19. und 25. März 2015 (UV-act. II/73 f.). Dr. I.____ hatte der Versicherten am 23. März 2015 bezüglich rechter und linker Schulter



St.Galler Gerichte

nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestiert und eine Physiotherapiepause für indiziert erachtet (UV-act. II/75). Am 22. Juni 2015 beurteilte Dr. I.____, bezüglich der beiden Schulterleiden bestehe sicherlich eine Arbeitsfähigkeit von 20% oder mehr in einer leidensangepassten Tätigkeit (UV-act. III/167, III/170).

A.I Nach der Abschlussuntersuchung vom 3. Juli 2015 befand med. pract. L.____, es sei gesamthaft davon auszugehen, dass durch weitergehende Therapie und Behandlung keine namhafte Verbesserung der unfallbedingten Beschwerden zu erzielen sei, weshalb sie den Fallabschluss empfehle (UV-act. III/168). Nach Einholen weiterer Berichte, Bildgebung und Neuauferfertigung eines Schulterröntgenbilds beurteilte med. pract. L.____ am 28. Juli 2015, der Versicherten sei eine leicht bis selten mittelschwere Arbeit ganztägig zumutbar (UV-act. I/233, III/173). Med. pract. L.____ schätzte die Integritätseinbusse am 28. Juli 2015 auf 5% bezüglich der linken Schulter. Da diese aufgrund der bereits gewährten Integritätsentschädigung von 35% für das linke Knie vom Körperrestwert zu berechnen sei, ergebe sich ein Wert von 3.25% (UV-act. III/174).

A.m Am 7. Juli 2015 hatte die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abgewiesen (UV-act. III/169, vgl. auch vorherige Abweisungen; UV-act. III/46-97, III/46-189). Mit Verfügung vom 30. September 2015 sprach die CSS der Versicherten ab 1. Juli 2015 eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 16% sowie eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 3.25% zu. Die Beschwerden der rechten Schulter stünden nicht in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfall vom 4. Februar 2012 (UV-act. I/238, II/85, III/184).

B.

B.a Dagegen erhob die Versicherte am 2. November 2015 Einsprache und beanstandete die Höhe der Integritätsentschädigung, die Leistungslücke zwischen dem 4. Februar und 30. Juni 2015 sowie die Verneinung der Unfallkausalität der Schulterbeschwerden rechts (UV-act. III/191).

B.b Mit Einspracheentscheid vom 3. Mai 2016 hiess die CSS die Einsprache insofern gut, als sie der Versicherten betreffend der linken Schulter eine



St.Galler Gerichte

Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 5% zusprach. Im Übrigen wies sie die Einsprache ab und begründete, es fehle an substantiierten Vorbringen gegen die kreisärztliche Beurteilungen von Dr. H.____. Bis zum Beginn des Rentenanspruchs per 1. Juli 2015 habe trotz Ablauf der Krankentaggelder weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit bestanden. Dadurch könne kein Taggeldanspruch bei der CSS ausgelöst werden (act. G3.3).

C.

C.a In der vorliegenden Beschwerde vom 3. Juni 2016 beantragt die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), es sei der Einspracheentscheid vom 3. Mai 2016 betreffend die Ablehnung der Schulterbeschwerden rechts aufzuheben und die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung an die CSS (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Weiter seien der Einspracheentscheid betreffend die Ablehnung der Versicherungsleistungen für die Zeitspanne vom 5. Februar bis 30. Juni 2015 aufzuheben und die ihr zustehenden Leistungen auszurichten; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie macht geltend, sie habe die Schulterbeschwerden rechts gegenüber Dr. C.____ mehrfach erwähnt, was dieser in der Krankengeschichte nur ungenügend aufgeführt habe. Gemäss Dr. I.____ sei das Beschwerdebild eindeutig eine Unfallfolge. Die kreisärztlichen Aktenbeurteilungen überzeugten hingegen nicht. Nach Ablauf der Krankentaggelder am 4. Februar 2015 habe nicht nur eine Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit, sondern auch eine solche wegen der unfallbedingten Beschwerden bestanden. Es stünden ihr damit bis zum Rentenbeginn am 1. Juli 2015 Versicherungsleistungen zu (act. G1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 11. Juli 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin sinngemäss die Abweisung der Beschwerde. Sie bringt vor, Dr. H.____ habe detailliert begründet, weshalb die PASTA-Läsion entgegen der Einschätzung von Dr. I.____ degenerativ sei. Mangels neuer Vorbringen in der Beschwerde verweise sie im Übrigen vollumfänglich auf die Ausführungen im Einspracheentscheid (act. G3).

C.c In ihrer Replik vom 6. September 2016 hält die Versicherte an ihren Anträgen fest (act. G6). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf das Einreichen einer Duplik (act. G8).



Erwägungen

1.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem Ereignisse aus den Jahren 2012 und 2013 zur Debatte stehen, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

Streitig und zu prüfen sind vorliegend die Ansprüche der Beschwerdeführerin auf eine Rente und eine Integritätsentschädigung gegenüber der Beschwerdegegnerin. Einzig umstritten ist dabei die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden rechts. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Mai 2016 und die diesem zugrundeliegende Verfügung vom 30. September 2015 bezeichnen zwar den 26. April 2013 als massgebenden Zeitpunkt und führen das damalige Ereignis als Betreff auf, beziehen sich aber offensichtlich auch auf die Unfälle, die bereits früher stattgefunden haben. Dies ergibt sich im Übrigen auch aus den Eingaben der Parteien (vgl. act. G1, G3, G6). Nicht Streitgegenstand bilden kann der Anspruch auf die von der Beschwerdeführerin beantragten Taggeldleistungen im Zeitraum vom 5. Februar bis 30. Juni 2015. Die Verfügung vom 30. September 2015 befasste sich damit nur insofern, als sie den Rentenbeginn auf einen Zeitpunkt nach Ende der Krankentaggeldleistungen festlegte (UV-act. I/238). In ihrer Einsprache beanstandete die Beschwerdeführerin die Lücke zwischen Einstellung der Krankentaggelder und Rentenbeginn (UV-act. III/191). Im angefochtenen Einspracheentscheid hielt die Beschwerdegegnerin sodann fest, der Fallabschluss sei am 1. Juli 2015 gewesen. Bei der Beschwerdeführerin habe trotz Ablaufs der Krankentaggelder bis zum Beginn der Rente weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit bestanden. Dadurch könne kein Taggeldanspruch bei der Unfallversicherung ausgelöst werden, weshalb die Einsprache in diesem Punkt



abzuweisen sei (act. G3.3, Ziff. 2.7). Dies belegt jedoch keine Ausdehnung des Streitgegenstandes im Einspracheverfahren, zumal die Abweisung des Taggeldanspruchs keinen Eingang in das Dispositiv des Einspracheentscheids fand und sich die Beschwerdegegnerin nicht mit der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit vor Juli 2015 auseinandersetzte. Bezüglich der Taggeldfrage ist der Sachverhalt damit ohnehin nicht spruchreif. Da ein Entscheid über den Taggeldanspruch nach dem Gesagten bis anhin fehlt, die Beschwerdeführerin aber deutlich gemacht hat, einen solchen Entscheid zu wünschen, wird die Beschwerdegegnerin diesbezüglich noch tätig werden müssen. Dabei wird sie die rechtlichen Grundlagen der Koordination mit dem Krankentaggeld prüfen müssen. Hierzu ist ihr die Sache zu überweisen.

2.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind, entsteht der Rentenanspruch. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeld-leistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2 Die Unfallkausalität bildet Anspruchsvoraussetzung für sämtliche Versicherungsleistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen. Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich ist, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Bei organischen Unfallfolgen ist die Adäquanz gemäss Rechtsprechung nicht



gesondert zu prüfen, sondern sie ist in der Regel ohne weiteres anzunehmen, wenn die natürliche Kausalität feststeht (vgl. dazu BGE 129 V 181 f. E. 3.1 f.; BGE 118 V 291 f. E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.).

2.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die versicherungsinterne ärztliche Beurteilung zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinn zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind. Ein Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung besteht gemäss Rechtsprechung nicht (BGE 135 V 465).

3.

Vorab ist zu klären, ob die geltend gemachten Schulterbeschwerden rechts als unfallkausal (Unfall vom 4. Februar 2012) zu betrachten und damit für die Leistungsprüfung relevant sind. Die Beschwerdegegnerin verneint die Unfallkausalität gestützt auf die Einschätzungen von Dr. H.____. Die Beschwerdeführerin hält diesen die abweichenden Beurteilungen von Dr. I.____ entgegen. Unbestritten und aktenmässig



ausgewiesen unfallkausal sind hingegen die Restbeschwerden des Knies links, der Schulter links sowie des Mittel- und Ringfingers rechts (vgl. UV-act. III/117, III/168).

3.1 Der vorliegend interessierende Unfall vom 4. Februar 2012, bei dem die Beschwerdeführerin auf eisigem Boden ausrutschte, stürzte und sich dabei mit der rechten Hand abstützte (UV-act. II/1, II/78-4), wäre unbestritten grundsätzlich geeignet, um Schulterbeschwerden rechts auszulösen. Dr. I.____ hielt am 30. Oktober 2013 mit Verweis auf gängige Literatur fest, eine PASTA-Läsion sei eindeutig eine Unfallfolge. Demzufolge denke er, dass das Unfallereignis vom Februar 2012 für die rechtsseitige Schulterproblematik verantwortlich sei (UV-act. II/58). Dr. H.____ führte am 20. November 2013 davon abweichend aus, eine PASTA-Läsion sei überhaupt nicht eindeutig unfallbedingt. Man sehe solche Läsionen immer wieder bei älteren Patienten, vor allem über 50-Jährigen. Ab 50 Jahren (wahrscheinlich schon früher) degenerierten die Rotatorenmanschetten und es komme so “peu à peu“ zur Schädigung (UV-act. II/62). Die Einschätzung von Dr. H.____ stimmt mit der Literatur überein, wonach Rotatorenmanschettenrupturen zu den normalen Alterserscheinungen gehören, vor allem durch degenerative Veränderungen entstehen und nur gelegentlich traumatisch bedingt sind (vgl. ALFRED. M. DEBRUNNER, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 725 f., PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. Berlin 2014, S. 1870). Hinweise darauf, dass eine PASTA-Läsion als besondere Form einer Rotatorenmanschettenruptur – wie von Dr. I.____ ohne weitere Begründung festgestellt – stets eine Unfallfolge ist, bestehen nicht. Im Gegenteil lässt sich der Rechtsprechung entnehmen, dass die Unfallkausalität einer PASTA-Läsion nicht ohne weiteres zu bejahen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juni 2013, 8C_325/2013, E. 4 f., Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. April 2015, UV 2014/31, E. 4, abrufbar unter www.gerichte.sg.ch, Dienstleistungen, Rechtsprechung, Versicherungsgericht).

3.2 Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie habe gegenüber Dr. C.____ nach dem Unfall auch die Schulterbeschwerden erwähnt, welche dieser allerdings nicht notiert habe. Erst auf wiederholtes Drängen hin habe er Wochen oder Monate später Beschwerden in der Schulter in Form eines krampfartigen Ziehens vermerkt (act. G1). In den aktenkundigen Behandlungsnotizen hat Dr. C.____ erstmals am 2. Mai 2012, mithin rund drei Monate nach dem Unfallereignis, krampfartige Beschwerden im



rechten Arm erwähnt, welche nicht auf Medikamentengabe (MG) ansprechen. Die Beschwerdeführerin wolle aufgrund von "gelegentlichem Einschlafen der linken Hand nachts" und Kopfschmerzen die Halswirbelsäule untersuchen lassen. Bei den vorherigen fünf Konsultationen nach dem Unfall vermerkte Dr. C.____ als Verletzung jeweils lediglich eine Extensor Dig. IV rechts Läsion (UV-act. II/50). Trotz regelmässiger Konsultationen notierte er erst am 21. November 2012 wieder krampfartige Schmerzen bzw. Krämpfe im rechten Arm mit zunehmender Tendenz. Seit einigen Monaten träten diese auch im Dig. V auf, im Oberarm (OA) hätten diese auch schon vor der Operation bestanden. Die Schulter (keine Seitenangabe) sei massiv schmerzhaft, es sei ein MRT der HWS und allenfalls eine Infiltration angezeigt (UV-act. II/50). In den folgenden Einträgen findet sich zwar jeweils der Vermerk Schulterbeschwerden rechts seit 2012. Daraus lässt sich jedoch nicht folgern, dass Dr. C.____ von einer Unfallkausalität ausgegangen wäre. Im Gegenteil notierte er am 4. Februar 2013, die Ruptur der kurzen Bicepssehne rechts sei neu, aber nicht dramatisch. Am 25. Februar 2013 hielt Dr. C.____ sodann fest, "Procedere: [...] AUF ausdrucken. Ich brauche Grund für die AUF, das heisst, Schulter muss neu sein [...]" (UV-act. II/50). Den Berichten von Dr. D.____, welche primär die Verletzung an der rechten Hand behandelte, sind entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (vgl. act. G1) keine Hinweise auf Schulterbeschwerden rechts bzw. ein geplantes MRI zu entnehmen (vgl. UV-act. II/9, II/11, II/78-6 f.). Im Gegenteil berichtete Dr. D.____ am 19. April 2012 über einen beidseits negativen Phalen-Test (vgl. UV-act. II/9), für welchen gemäss Dr. H.____ ein gut funktionierender Subscapularismuskel wichtig ist (vgl. UV-act. II/53-3). Dr. F.____ hatte am 29. Januar 2013 über einen Status nach zervikaler Diskushernienoperation C6/7 und unklare Schulter-/Armschmerzen rechts berichtet. Er befand, die Symptomatik sei nicht auf eine Radikulopathie zurückzuführen (UV-act. II/78-1 f.). Erst am 4. März 2013, also über ein Jahr nach dem Unfall, erstellte Dr. G.____ ein MRI der rechten Schulter und stellte Verletzungen fest (UV-act. II/38). Am 11. März 2013 konsultierte die Beschwerdeführerin erstmals aufgrund der rechtsseitigen Schulterproblematik Dr. I.____. Dieser hielt zwar fest, die Beschwerdeführerin sei nach dem SLAP-Repair 2007 bis zum Unfallereignis vom 4. Februar 2012 beschwerdefrei gewesen und habe nun zunehmende Schmerzen im Bereich der rechtsdominanten Schulter, bezog sich dabei aber offensichtlich nur auf die Angaben von Dr. C.____ und der Beschwerdeführerin. Er befand, es bestehe wahrscheinlich ein Status nach einer Bicepssehnenruptur rechts,



die proximale Bicepssehne lasse sich im MRI aber nicht mehr sauber darstellen. Sicher bestehe eine craniale Ruptur der Subscapularissehne (UV-act. III/121-11 f.). Diesen Ausführungen anlässlich der ersten Konsultation von Dr. I. ___ lassen sich keine Hinweise auf eine Unfallkausalität entnehmen. Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach der behandelnde Physiotherapeut anlässlich seiner Behandlung ab August 2012 sofort festgestellt habe, dass auch mit der rechten Schulter etwas nicht in Ordnung sei (vgl. act. G1), lässt sich anhand der Akten nicht nachvollziehen. Eine solche Feststellung ein halbes Jahr nach dem Unfall würde zudem auch nicht zur Klärung der Frage der Unfallkausalität beitragen. Die medizinischen Akten, insbesondere die Behandlungsnotizen von Dr. C. ___, mit erstmaligem Erwähnen von Schulterbeschwerden rechts drei Monate nach dem Unfall sprechen zusammengefasst gegen die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden rechts, sie vermögen eine solche jedenfalls nicht zu belegen. Die sich zwischen Mai und November 2012 offenbar verschlimmernden Beschwerden weisen auf eine degenerative Entstehung hin.

3.3 Es ist zwar denkbar, dass – wie die Fortuna und Dr. I. ___ vorbrachten (vgl. UV-act. II/49, II/58) – sich die Untersuchungen und Behandlungen kurz nach dem Unfall auf die Handproblematik fokussierten und die Schulterbeschwerden lediglich im Hintergrund standen. Wäre beim Unfall eine Verletzung der rechten Schulter aufgetreten, welche zur Einschränkung des Armes und starken Schmerzen hätte führen müssen (vgl. UV-act. II/53-3), ist es jedoch nicht nachzuvollziehen, wenn es erst Ende 2012/Anfang 2013 zu diesbezüglichen Abklärungen gekommen wäre. Wie Dr. H. ___ zu Recht ausführte (vgl. UV-act. II/74), sind die Aussagen der ersten Stunde im Sinne der von Dr. C. ___ kurz nach dem Unfall festgehaltenen Behandlungsnotizen und die Angaben auf der Unfallmeldung (Verletzung an der rechten Hand, Ringfinger; vgl. UV-act. II/1) erfahrungsgemäss unbefangener und zuverlässiger als spätere Angaben, wie sie vorliegend im Rahmen des Verwaltungs- und Gerichtsverfahrens von der Beschwerdeführerin geäussert wurden (vgl. UV-act. II/42, II/50, II/56, II/78-3, II/84, act. G1). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin schon vor dem Unfall vom 4. Februar 2012 bereits wiederholt über Schulterbeschwerden rechts klagte. Nach einem Unfall im Oktober 2006 war im Januar 2007 eine Labrum- und Bicepssehnenankerrefixation rechts durchgeführt worden (UV-act. II/72). Aufgrund einer radikulären Symptomatik mit Schulterschmerzen und krampfartiger Ausstrahlung in den Arm rechts war im März 2010 eine grosse Diskushernie C6/7 rechts entfernt



worden (vgl. UV-act. III/46-38 ff., III/46-115 f.). Am 23. November 2010 hatte Dr. med. N.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, über unklare polymyalgieforme Ganzkörperschmerzen vor allem im Schultergürtel-, Arm- und Handbereich berichtet (UV-act. II/78-14 f.). Zudem hatte sich die Beschwerdeführerin am 23. Februar 2011 an der rechten Schulter verletzt und war daher vorübergehend arbeitsunfähig gewesen (vgl. UV-act. III/46-169 f., III/46-182).

3.4 Dr. H.____ verneinte die Unfallkausalität in mehreren ausführlichen Stellungnahmen überzeugend. So hielt er am 4. Februar 2012 fest, Unfälle würden die Hauptbeschwerden sofort, allerhöchstens innert Tagen auslösen. Bei einer Rotatorenmanschettenruptur, insbesondere des Subskapularis, käme es zur Einschränkung des Armes und starken Schmerzen. Bei degenerativen Läsionen komme es hingegen “peu à peu“ zu einer immer stärkeren Läsion, was der Körper gut kompensieren könne, ohne dass es zu Einschränkungen komme. Erst wenn der Riss so gross sei, dass er zu einer Schwächung führe, könnten langsam Probleme auftreten. Vorliegend finde sich ein Mehrfachbefall der Schulter rechts, der Subskapularis sei betroffen, es bestehe eine Tendinose des Supraspinatus und zudem würden auch deutliche Anzeichen eines Impingements bestehen. Letzteres sei oft vergesellschaftet mit degenerativen Läsionen der Rotatorenmanschette (UV-act. II/53). Am 20. November 2013 führte Dr. H.____ aus, bei degenerativ bedingten PASTA-Läsionen komme es unter anderem zu einem engen Subakromialraum mit Impingement, was hinderlich sei bezüglich der Durchblutung der Rotatorenmanschette. Dies führe mit der Zeit zur Schädigung der Manschette. Bei einer Degeneration der Rotatorenmanschette käme es langsam zu Läsionen ohne wesentliche Muskelatrophie und Verfettung. Solche seien im vorliegenden MRI (vgl. UV-act. II/38) auch nicht beschrieben worden. Komme es zu einer akuten Ruptur, erfolge relativ rasch eine eingeschränkte Funktion mit Atrophie und Fetteinlagerungen. Da dies bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall gewesen sei, sei die Läsion als eindeutig degenerativ zu bezeichnen (UV-act. II/62). Dies ist auch vor dem Hintergrund überzeugend, dass im Gegensatz zur PASTA-Läsion rechts bei der unbestritten als unfallähnlichen Körperschädigung vom 26. April 2013 anerkannten PASTA-Läsion links (vgl. UV-act. III/6) beim MRI vom 6. Februar 2014 eine leichte Atrophie und fettige Degenerationen festgestellt wurden (UV-act. III/60). Am 25. März 2015 beurteilte Dr. H.____ schliesslich, die Aussagekraft des MRI vom 4. März 2013 (vgl. UV-act. II/38) sei aufgrund mangelnder Bildqualität infolge einer kaum



beeinflussbaren Bewegungsunruhe der Beschwerdeführerin eingeschränkt. Hätte ein 20-jähriger Patient die Läsionen gehabt, wie sie im MRI der Schulter rechts vom 4. März 2013 beschrieben worden seien, so hätte er unweigerlich sofort einen Arzt aufgesucht, weil er die Schulter nicht mehr richtig hätte bewegen können. Dies sei bei der Beschwerdeführerin, welche beim Unfallereignis bereits 56 Jahre alt gewesen sei, nicht der Fall gewesen. Die nicht sofort aufgetretenen Beschwerden und die fehlende Atrophie der Muskulatur mit Fetteinlagerung bestätigten vorliegend die Alterungsvorgänge (UV-act. II/74).

3.5 Dr. I.____ hielt am 14. Mai 2013 ohne Begründung fest, die PASTA-Läsion sei überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 4. Februar 2012 zurückzuführen (UV-act. II/48). Am 30. Oktober 2013 merkte er sodann an, in Übereinstimmung mit der gängigen Literatur sei die Situation eigentlich ziemlich klar, nämlich dass eine PASTA-Läsion eindeutig eine Unfallfolge sei. Demzufolge denke er nach wie vor, dass das Unfallereignis vom Februar 2012 für die rechtsseitige Schulterproblematik nach jahrelanger beschwerdefreier Phase verantwortlich sei (UV-act. II/58). Wie bereits ausgeführt, überzeugt diese Argumentation nicht, zumal Rotatorenmanschettenrupturen bei zunehmendem Alter überwiegend degenerativ bedingt sind und die Beschwerdeführerin zudem auch nicht jahrelang beschwerdefrei war (vgl. E. 3.1, 3.3). Schliesslich könnte auch aus einer vor dem Unfall bestehenden Beschwerdefreiheit nicht ohne Weiteres geschlossen werden, dass die Beschwerden kausal durch den Unfall verursacht worden wären, da die Formel "post hoc ergo propter hoc", nach ständiger Rechtsprechung für sich allein nicht ergiebig ist (vgl. SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb).

3.6 Die Beurteilungen von Dr. I.____ und die Vorbringen der Beschwerdeführerin sind nicht geeignet, die nachvollziehbaren Einschätzungen von Dr. H.____ zu entkräften. Die PASTA-Läsion ist damit nicht überwiegend wahrscheinlich beim Unfall vom 4. Februar 2012 entstanden und die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden rechts zu verneinen. Es ist damit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin diese Beschwerden bei der Berechnung der Ansprüche auf eine Rente und eine Integritätsentschädigung nicht berücksichtigte. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich.



4.

Die Beschwerdeführerin beanstandet sinngemäss den Rentenbeginn per 1. Juli 2015 (UV-act. III/191, act. G1). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind ("Fallabschluss"; Art. 19 Abs. 1 UVG). Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Festlegung des Rentenbeginns vorwiegend auf die Einschätzung von med. pract. L.____ vom 3. Juli 2015. Diese hatte ausgeführt, es sei gesamthaft davon auszugehen, dass durch weitergehende Therapie und Behandlung keine namhafte Verbesserung der unfallbedingten Beschwerden zu erzielen sei, weshalb sie den Fallabschluss empfehle. Sie hatte bezüglich des Ring- und Mittelfingers rechts im Wesentlichen eine Restitutio ad integrum, bezüglich der Schulter links eine ordentliche Beweglichkeit mit belastungsabhängigen Restbeschwerden und gewisser Kraftminderung sowie betreffend das Knie links einen ordentlichen postoperativen Zustand mit gelegentlicher Schwellneigung und anamnestischen Beschwerden festgehalten. Die Beschwerdeführerin hatte gegenüber med. pract. L.____ angegeben, die bis vor ca. zwei Monaten durchgeführte Physiotherapie habe keinen wirklichen Benefit mehr gebracht. Scherzmedikamente nehme sie keine mehr ein (Suva-act. III/168). Dr. I.____ hatte am 23. März 2015 festgehalten, die Beschwerdeführerin mache seit einem Monat keine Physiotherapie mehr und fühle sich dabei eigentlich besser. Er denke, eine Physiotherapiepause sei nun sicherlich indiziert (Suva-act. II/75). Danach fanden aktenkundig keine weiteren Therapien mehr statt. Nach einer Kontrolle am 16. Juni 2015 befand Dr. I.____, bezüglich beider Schulterleiden bestehe sicherlich eine Arbeitsfähigkeit von 20% oder mehr in einer leidensangepassten Tätigkeit (Suva-act. III/167, III/170). Daraus lässt sich schliessen, dass auch Dr. I.____ von einem stabilen Gesundheitszustand ausging und keine weiteren ärztlichen Behandlungen für indiziert hielt. Für einen Fallabschluss per 30. Juni 2015 spricht schliesslich auch die von Dr. O.____ bis zum 16. Juni 2015 attestierte Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. III/140-1). Am 7. Juli 2015 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab (UV-act. III/169). Die Festlegung des

Rentenbeginns auf 1. Juli 2015 ist damit nicht zu beanstanden.



5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2 Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben.

5.3 Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.