

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00220 vom 7. November 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-11-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00220

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00220 du 7 novembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00220 del 7 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, geht die Unfallversicherung zur Berentung über, wenn der Unfall eine Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG hinterlässt (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario; BGE 116 V 41 E. 2c).

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 2

2.1. Strittig und zu prägen ist, ob die Beschwerdegegnerin auch nach dem 31. Oktober 2009 eine Leistungspflicht trifft.

2.2. Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) davon aus, dass das Ereignis vom 17. Februar 2009 weder als Unfall noch als unfallähnliche Körpererschädigung zu qualifizieren sei, weshalb die Beschwerdeführerin diesbezüglich keinen Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung habe (S. 7 Ziff. 6). Den Vorfall vom 9. April 2009 qualifizierte sie als Unfall im Rechtssinn (S. 7 Ziff. 7). Sie machte geltend, dieser habe aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines bereits bestehenden degenerativen Vorzustands geführt. Spätestens ab Oktober 2009 habe zwischen der noch bestehenden Gesundheitsbeeinträchtigung der Beschwerdeführerin und dem Unfall vom 9. April 2009 kein natürlicher Kausalzusammenhang mehr bestanden (S. 10 Mitte).

2.3. Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, vor dem Ereignis vom 17. Februar 2009 unter keinerlei Beschwerden im Schulterbereich gelitten zu haben (S. 1 Mitte). Sowohl das Ereignis vom 17. Februar 2009 als auch jenes vom 19. April 2009 hätten sich schädigend ausgewirkt (S. 1 unten).

E. 3

3.1. Am 27. April 2009 suchte die Beschwerdeführerin ihren Hausarzt, Dr. med. Z., Allgemeinmedizin FMH, auf, welcher in seinem Bericht vom 11. September 2009 (Urk. 7/8) als Diagnose eine akute PHS rechts nannte (Ziff. 1, Ziff. 5). Er führte aus, die Beschwerdeführerin in die Praxis A., F., überwiesen zu haben, nachdem sie ihn am 5. Mai 2009 wegen starken Schmerzen telefonisch erneut kontaktiert habe (Ziff. 7).

3.2. Am 11. Mai 2009 wurde im Auftrag der Ärzte der Praxis A. eine Arthro-Magnetresonanztomographie (Arthro-MRI) der rechten Schulter durchgeführt, welche eine fortgeschrittene Degeneration und den Verdacht auf einen partiellen Riss der Supraspinatussehne von der Unterfläche her, eine zumindest leichte subacromiale Bursitis sowie eine beginnende Atrophie des Musculus supraspinatus ergab (Urk. 7/1).

3.3. In seinem Bericht vom 11. August 2009 (Urk. 7/4) nannte Dr. med. B., Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH von der Praxis A., welcher die Beschwerdeführerin am 6. Mai 2009 erstmals behandelt hatte (Ziff. 1), als Diagnose ein posttraumatisches Impingement-Syndrom der rechten Schulter mit Partialruptur des Supraspinatus (Ziff. 5). Er bejahte eine Kausalität zum Ereignis vom 9. April 2009 (Ziff. 2, Ziff. 6) und führte aus, ein Behandlungsabschluss könne vorläufig noch nicht erfolgen (Ziff. 10).

3.3. In seiner Stellungnahme vom 24. September 2009 führte Dr. C., Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe im Bereich der rechten Schulter eine fortgeschrittene Degeneration sowie ein Verdacht auf einen partiellen Riss (Urk. 7/9 oben). Die geltend gemachte Gesundheitsschädigung sei nur möglicherweise eine Folge des Unfalles vom 9. April 2009, als die Beschwerdeführerin ausgerutscht und auf die rechte Schulter gefallen sei. Es lägen unfallfremde Faktoren vor, und der Unfall vom 9. April 2009 habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der unfallfremden Faktoren geführt. Der Status quo ante beziehungsweise sine sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vier bis sechs Monate nach dem Unfallereignis als erreicht zu erachten (Urk. 7/9 Mitte).

3.4. Gemäss Operationsbericht von PD Dr. med. D., Uniklinik E., vom 17. November 2009 (Urk. 7/25) wurden bei der Beschwerdeführerin am 12. November 2009 eine Schulterarthroskopie, eine Bizepsstenodese, eine Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion sowie eine subacromiale Bursektomie rechts durchgeführt (S. 1 Mitte). PD Dr. D. führte aus, anlässlich der Operation habe sich ein Supraspinatus mit tiefer Partialruptur in den anterioren zwei Dritteln gezeigt, die etwa 50 % der Sehnendicke betragen habe. Das posteriore Poulie sei rupturiert gewesen und die Bizepssehne habe eine Instabilität nach posterior gezeigt (S. 1 unten).

3.5. Am 20. Januar 2010 berichtete PD Dr. D. über die gleichtags erfolgte erste postoperative Verlaufskontrolle (Urk. 7/34). Er führte aus, es beständen immer noch eine deutliche Behinderung durch die eingeschränkte Schulterfunktion, insbesondere eine ausgeprägte Innenrotationseinschränkung und auch noch deutliche Schmerzen, aber keine Nachtschmerzen mehr. Gut zwei Monate postoperativ sei der Verlauf im Rahmen des Erwarteten. Es dürfe jetzt frei aktiv und passiv mobilisiert werden. Freie Kräftigung sei erlaubt, aber erst ab Mitte Februar 2010 (S. 1 unten). Die Beschwerdeführerin sei vor den beiden Schultertraumen im Februar und April 2009 von Seiten der Schulter vollständig beschwerdefrei gewesen und habe vorher nie Schulterschmerzen gehabt. Seit den beiden Unfällen habe die Schmerzproblematik in der Schulter begonnen. Er denke deshalb, dass die Rotatorenmanschettenruptur traumatisch sei (S. 2).

3.6. Am 26. Januar 2010 erstattete der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. C., einen weiteren Bericht (Urk. 7/35). Unter Verweis auf die von PD Dr. D. im Rahmen einer am 26. Oktober 2009 erfolgten Untersuchung der Beschwerdeführerin erhobenen Anamnese (vgl. Bericht vom 27. Oktober 2009, Urk. 7/17) führte er aus, es lägen nicht wie bisher aktenkundig zwei, sondern offenbar drei Ereignisse vor, wobei eines einen Sturz beim Skifahren im Februar 2009 betreffe, ein weiteres Ereignis das Kiesel Training vom 17. Februar 2009 und das dritte den Sturz vom Findling auf die rechte Schulter (S. 2 oben, S. 2 unten). Im MRI vom 11. Mai 2009 seien eine fortgeschrittene Degeneration sowie ein partieller Riss der Supraspinatussehne diagnostiziert und in Bezug auf den relevanten Kennmuskel eine beginnende Atrophie beschrieben worden. Dieser Befund sei weitgehend konkordant mit der intraoperativen Beobachtung des Operateurs PD Dr. D., welcher eine häufige Reduktion einer Supraspinatussehne mit degenerativen Veränderungen festgestellt habe. An objektiven Befunden könne somit festgestellt werden, dass die drei Ereignisse nicht zu einer Ruptur der Supraspinatussehne geführt hätten. Die Rotatorenmanschette sei im Zeitpunkt des MRI vom 11. Mai 2009 in allen Segmenten kontinuierlich erhalten gewesen, habe jedoch eine starke Ausdünnung sowie

eine ansatznahe Signalerhöhung im Supraspinatusbereich aufgewiesen. Es hätten auch Unregelmässigkeiten an der Unterfläche des Supraspinatus mit Verdacht auf einen partiellen Einriss bestanden. Weiter habe der Musculus supraspinatus einen Zustand knapp an der unteren Grenze zur Atrophie aufgewiesen (S. 2 unten, S. 3 oben). Die geltend gemachte Gesundheitsschädigung sei weder mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalles vom 17. Februar 2009 noch habe dieser zu einer vorübergehenden oder richtunggebenden Verschlimmerung unfallfremder Faktoren geführt (S. 3).

3.7 In seinem Bericht vom 30. Juni 2010 führte PD Dr. D. aus, sieben Monate postoperativ beständen noch deutliche Restbeschwerden, einerseits subacromial, andererseits neu auch im Acromioclaviculargelenk (AC-Gelenk). Des Weiteren merkte er an, in seinem Operationsbericht (vorstehend E. 3.4) nie von einer degenerativen Veränderung gesprochen zu haben, sondern von einer Supraspinatusruptur, die partial 50 % der Sehnendicke betragen habe. Seine Einschätzung, wonach die Rotatorenmanschettenruptur unfallbedingt sei, lehne er an zwei in der Schweizerischen Ärztezeitung publizierte Artikel (vgl. Urk. 3/20-21) an (Urk. 3/19 S. 2).

E. 4

4.1 Unbestritten (vgl. Urk. 2 S. 7 Ziff. 7) und aufgrund der Akten auch ausgewiesen ist, dass die Beschwerdeführerin am 9. April 2009 einen Unfall erlitt, als sie von einem Findling auf die rechte Schulter stürzte, und dass sie aufgrund der in der Folge auftretenden starken Schmerzen am 27. April 2009 ihren Hausarzt Dr. Z. aufsuchte.

Festzuhalten ist sodann, dass sich zwar bereits rund zwei Monate zuvor, am 17. Februar 2009, ein Vorfall ereignet hatte, bei welchem die rechte Schulter der Beschwerdeführerin betroffen war. Allerdings finden sich im Zusammenhang mit diesem Ereignis keine medizinischen Berichte in den Akten und ist insbesondere nicht ersichtlich, dass Behandlungsmassnahmen ergriffen worden wären, welche Kosten verursacht hätten. Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. Z., sah sich denn auch erst nach dem Unfallereignis vom 9. April 2009 veranlasst, weitere Abklärungen in die Wege zu leiten und überwies die Beschwerdeführerin in die Praxis A. (vgl. E. 3.1). Zur Bejahung der natürlichen Kausalität ist abgesehen davon nicht erforderlich, dass das Unfallereignis vom 9. April 2009 die alleinige oder unmittelbare Ursache für die Schulterbeschwerden der Beschwerdeführerin darstellt, sondern reicht es aus, wenn es überwiegend wahrscheinlich teilsächlich für die gesundheitliche Störung ist (vgl. E. 1.3). Vorliegend kann daher offen bleiben, ob auch das Ereignis vom 17. Februar 2009 den Unfallbegriff erfüllt oder nicht.

4.2 In dem im Mai 2009 durchgeführten Arthro-MRI der rechten Schulter der Beschwerdeführerin konnte ein partieller Riss der Supraspinatussehne objektiviert werden (E. 3.2). Die rupturierte Sehne wurde am 12. November 2009 operativ rekonstruiert (E. 3.4).

Fraglich ist, ob die Ruptur der Schultersehne überwiegend wahrscheinlich in einem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 9. April 2009 steht.

4.3 Gestützt auf die Beurteilungen ihres Vertrauensarztes Dr. C. vom September 2009 (E. 3.3) und Januar 2010 (E. 3.6) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass der Unfall vom April 2009 nur zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines bereits bestehenden degenerativen Vorzustands geführt habe. Sie stellte sich auf

den Standpunkt, die Rotatorenmanschettenruptur sei eine häufige, mit dem Alter zunehmende Verletzung des Bewegungsapparates, welche durch normale Abnutzung entstehen könne. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin 60 Jahre alt sei, degenerative Veränderungen im Schultergelenk aufweise und dass auch der Vertrauensarzt der Krankenkasse die am 12. November 2009 erfolgte Schulteroperation als krankheitsbedingte Behandlung eingeschätzt habe, sei der Beurteilung von Dr. C. ___ zu folgen. Auch wenn der Sturz am 9. April 2009 Schmerzen in der rechten Schulter ausgelöst habe, habe er weder die degenerativen Veränderungen noch die Partialruptur der Supraspinatussehne verursacht (Urk. 2 S. 10 Mitte).

4.4. Dem MRI-Befund vom Mai 2009 ist zu entnehmen, dass die Rotatorenmanschette der Beschwerdeführerin in allen Segmenten kontinuierlich erhalten war, aber eine starke Ausdünnung sowie eine ansatznahe Signalerhöhung im Supraspinatusbereich zeigte, wobei eine unregelmässige Unterflanke der Supraspinatussehne bestand, die den Verdacht auf einen partiellen Einriss von der Unterflanke her erweckte. Des Weiteren wurde als Befund ausgeführt, dass die Rotatorenmuskulatur noch normal erschienen sei, der Musculus supraspinatus aber knapp an der unteren Grenze zur Atrophie gestanden habe (Urk. 7/1). Gestützt auf diesen Befund wurde in der Beurteilung unter anderem eine fortgeschrittene Degeneration und eine beginnende Atrophie des Musculus supraspinatus festgehalten (vorstehend E. 3.2). Soweit für den Rechtsanwender nachvollziehbar, besteht die in der Beurteilung festgehaltene fortgeschrittene Degeneration wohl in der starken Ausdünnung der Rotatorenmanschette.

Dem Operationsbericht von PD Dr. D. ___ lässt sich demgegenüber lediglich entnehmen, dass er intraoperativ eine tiefe Partialruptur der Rotatorenmanschette feststellen konnte. Im Unterschied zum MRI-Befund vom Mai 2009 erwähnte PD Dr. D. ___ weder eine Ausdünnung der Rotatorenmanschette noch eine beginnende Atrophie des Musculus supraspinatus. Den Subscapularis und den Infraspinatus bezeichnete er als intakt (Urk. 7/25 S. 1 unten).

Vor diesem Hintergrund kann der Einschätzung durch Dr. C. ___, wonach der MRI-Befund vom Mai 2009 weitgehend konkordant sei mit der intraoperativen Beobachtung durch PD Dr. D. ___ (vgl. vorstehend E. 3.6), nicht beigelegt werden. Im Juni 2010 bestätigte PD Dr. D. ___ denn auch explizit, in seinem Operationsbericht nicht von einer degenerativen Veränderung gesprochen zu haben (E. 3.7). Soweit Dr. C. ___ ausführte, PD Dr. D. ___ habe eine erhebliche Reduktion der Supraspinatussehne festgestellt, ist festzuhalten, dass sich die von PD Dr. D. ___ angegebenen 50 % Sehnendicke (Urk. 7/25 unten) auf das Ausmass des Risses und nicht auf die vorbestehende Sehnendicke bezog (vgl. sein Bericht vom 30. Juni 2010, vorstehend E. 3.7).

Auffallend ist sodann, dass auch Dr. B. ___, welcher das MRI veranlasst hatte, in seinem Bericht vom August 2009 (E. 3.2) keine degenerativen Veränderungen erwähnte, auch nicht bei der Nennung der Befunde (Urk. 7/4 Ziff. 4).

4.5. Insgesamt lässt sich anhand der vorliegenden Akten nicht schlüssig beurteilen, ob die Beschwerdeführerin im Bereich der rupturierten Sehne unter einem erheblichen degenerativen Vorzustand im Sinne einer ausgedehnten Rotatorenmanschette beziehungsweise einer - namentlich erst beginnenden - Atrophie des Musculus supraspinatus litt. Allerdings ist festzuhalten, dass selbst wenn mit Dr. C. ___ im

Bereich des relevanten Kennmuskels von einer vorbestehenden, erheblichen degenerativen Veränderung auszugehen wäre, die Beschwerdegegnerin für die Folgen des Unfalles vom 9. April 2009 aufzukommen hätte, sofern die Ruptur der Sehne tatsächlich auf dieses Ereignis zurückzuführen ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Denn wird durch ein Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang erst dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26. April 1995).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sofern also davon ausgegangen würde, dass bei der Beschwerdeführerin ein degenerativer Vorzustand im Sinne einer altersbedingten ausgedünnten Rotatorenmanschette beziehungsweise eines ansatzweise atrophischen Musculus supraspinatus vorbestanden hat, hätte die Beschwerdegegnerin für die Folgen des Unfallereignisses vom 9. April 2009 aufzukommen, sofern die Supraspinatussehne der Beschwerdeführerin tatsächlich anlässlich dieses Ereignisses gerissen ist. Denn diesfalls wäre offensichtlich von einer Verschlimmerung eines krankheitsbedingten Vorzustands auszugehen. Entsprechend wäre die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig, und zwar bis zu jenem Zeitpunkt, in welchem nur noch Krankheitsfolgen vorliegen, was im Zeitpunkt der Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin per Ende Oktober 2009 noch nicht der Fall war, war doch zu diesem Zeitpunkt noch nicht einmal die operative Rekonstruktion der Rotatorenmanschette erfolgt. Des Weiteren geht aus den vorliegenden Akten, insbesondere auch dem Bericht von PD Dr. D. ___ vom Juni 2010 (E. 3.7), nicht hervor, dass von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Verbesserung der noch beklagten Beschwerden mehr erzielt werden konnte.

4.6 Ä Ä Ä Sowohl Dr. B. ___ (E. 3.2) als auch PD Dr. D. ___ (E. 3.5, E. 3.7) bejahen eine Kausalität zwischen der rupturierten Supraspinatussehne der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom 9. April 2009, wobei PD Dr. D. ___ dies damit begründete, dass die Beschwerdeführerin vor den erlittenen Schultertraumata beschwerdefrei gewesen sei. Richtig ist in diesem Zusammenhang der Hinweis der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 1 S. 10 oben), dass die Rechtsfigur Äpost hoc ergo propter hocÄ, bei der eine Schädigung bereits deshalb als durch einen Unfall verursacht erachtet wird, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Auflage Bern 1989, S. 460, Anm. 1205), für die Annahme eines Kausalzusammenhangs rechtsprechungsgemäss nicht genügt (BGE 119 V 335 E. 2b/bb).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend spricht indes bereits der Geschehensablauf an sich dafür, dass es sich bei der erlittenen Supraspinatussehnenruptur der Beschwerdeführerin um eine unfallbedingte Schädigung handelt. So liegt mit dem Sturz vom Findling ein klares und unbestrittenes Unfallereignis vor, begab sich die Beschwerdeführerin danach in medizinische Abklärung und konnte mittels Arthro-MRI der fragliche Sehnenriss objektiviert werden. Bei diesem Geschehensablauf ist ohne Weiterungen als überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass der Unfall vom 9. April 2009 zur Ruptur der Supraspinatussehne geführt hat, womit die Beschwerdegegnerin für die

Heilbehandlung aufzukommen hat; dies - wie dargelegt (E. 4.4) - sowohl bei Vorliegen eines degenerativen Vorzustands als auch bei Verneinung eines solchen. Die Auffassung der Beschwerdegegnerin, wonach die Sehne nicht beim Unfall sondern bei einer anderen Gelegenheit gerissen sein soll, vermag nicht zu Ã¼berzeugen.

4.7. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die KausalitÃ¤t zwischen dem Unfallereignis vom 9. April 2009 und den von der BeschwerdefÃ¼hrerin geklagten Schulterbeschwerden auch nach dem 31. Oktober 2009 zu bejahen ist und die Beschwerdegegnerin auch Ã¼ber diesen Zeitpunkt hinaus fÃ¼r die anfallenden Heilbehandlungskosten aufzukommen hat.

Ã In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene VerfÃ¼gung der Beschwerdegegnerin vom 10. Juni 2010 daher aufzuheben.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft vom 10. Juni 2010 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft fÃ¼r die Folgen des Unfallereignisses vom 9. April 2009 auch nach dem 31. Oktober 2009 leistungspflichtig ist.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. _____

- Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft

- Bundesamt fÃ¼r Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes Ã¼ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht wÃ¤hrend folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Ã Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Ã Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren BegrÃ¼ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des BeschwerdefÃ¼hrers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in HÃ¤nden hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht verÃ¶ffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.