

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00228 vom 25. März 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-03-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00228

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00228 du 25 mars 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00228 del 25 marzo 2014

Erwägungen

E. 1

Die 1969 geborene X.____ ist ausgebildete Ökonomin. Ab Dezember 2009 bezog sie Arbeitslosenentschädigung. Im Rahmen eines Zwischenverdienstes stand sie bei Y.____ als Skilehrerin in einem befristeten Arbeitsverhältnis, als sie am 22. Januar 2010 - in ihrer Freizeit - einen Skiunfall erlitt, bei welchem sie von einem anderen Skifahrer angefahren wurde (Urk. 12/2/2-6, Urk. 11/M1).

In der Folge klagte sie über Schulterbeschwerden rechts, unter anderem unterzog sie sich deswegen am 16. April 2010 einer Schulteroperation (Urk. 11/M6). Die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Mobiliar) kam für die Heilbehandlung auf und

erbrachte Taggeldleistungen (vom

E. 1.1

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [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).

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt nebst anderem 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 entfiel (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 blosser 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. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

Dagegen liess X.____

am 26. September 2012 Beschwerde erheben und beantragen, es seien ihr die gesetzlichen Leistungen zu gewähren und die Sache sei zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventualiter seien im Rahmen der im parallel laufenden IV-Verfahren an geordneten Begutachtung UV-spezifische Zusatzfragen zu stellen. Subeventualer

sei das vorliegende Verfahren bis zum Vorliegen des IV-Gutachtens zu sistieren (Urk. 1 S. 3). Die Mobilarschloss in der Beschwerdeantwort vom 11. Januar 2013 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10). Mit Verfügung vom 15. Januar 2013 wurde n das Gesuch auf Ergänzungsfragen zum IV-Gutachten und der Antrag auf Sistierung des Verfahrens abgewiesen (Urk. 13). In der Folge liess X.____ ein Privatgutachten von Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 28. Februar 2013 sowie weitere Berichte, unter anderem ihrer neuerlichen Schulteroperation vom 28. Mai 2013, einreichen (Urk. 20/1, 26/1-5, 30/1-3, 41/1-2). Die Beschwerdegegnerin ihrer seits gab das im IV-Verfahren veranlasste Gutachten der A.____

vom 26. März 2013 zu den Akten (Urk. 34/M35). Zu diesen Berichten wie auch den Ausführungen der Gegenpartei nahmen die Parteien Stellung (Urk. 19, 25, 29, 33, 40, 48, 50). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin, die ihre Leistungspflicht im Anschluss an das Unfallereignis vom 22. Januar 2010 anerkannte, einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den über den 31. August 2010 hinaus bestehenden Beschwerden zu Recht verneint hat. Da der Einspracheentscheid vom 24. August 2012 leistungsaufhebend ist, trägt die Beschwerdegegnerin in dieser Hinsicht die objektive Beweislast, was bedeutet, dass sie so lange Versicherungsleistungen zu erbringen hat, als nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Dahinfallen der Kausalität erstellt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_303/2013 vom 12. Dezember 2013 E. 3.1 mit Hinweis auf U 355/98).

E. 2.2.1

Unmittelbar nach dem Unfall wurde die Beschwerdeführerin in die Klinik B.____, C.____, überwiesen, wo Kontusionen der rechten Schulter, des rechten Ellbogens und des

Steissbeins diagnostiziert wurden. Die Röntgenbilder der Schulter, der Halswirbelsäule und des Beckens ergaben keine Hinweise auf ossäre Läsionen (Urk. 11/M1 +3). Eine am 1 0. Februar 2010 durchgeführte Sonographie zeigte mehrere kleinvolumige

Einblutungen im Musculus

supraspinatus , diskret im Musculus

subscapularis und etwas Flüssigkeit im Schultergelenk. Die Radio login,

Dr. med. D.____ , vermutete zudem kleine Partialrupturen im Bereich der langen Bizepssehne (Urk. 11/M4 , v gl. auch Urk. 11/M2). Am 1 8. März 2010 erfolgte ein

Arthro -MRI der rechten Schulter. Als Befund wurde eine mögliche niedergradige SLAP-Läsion angegeben. Die Rotatorenmanschette wurde als in takt beurteilt (Urk. 11/M5).

Gestützt darauf wurde am 1 6. April 2010 eine Schulterarthroskopie rechts

durchgeführt. Der Operateur, Dr. med. E.____ , Facharzt für Chirurgie, F.____ ,

diagnostizierte eine SLAP II-Läsion und nahm eine Refixation des kranialen Labrums und des Bizepsansatzes mittels dreier resorbierbarer Knotenankern vor

(Urk. 11/M

E. 2.2.2

Die Ärzte der G.____ , wo sich die Beschwerdeführerin vom 1 8. Oktober bis 7. November 2010 aufgehalten hatte, stellten die Diagnose einer postoperativen

Froze

Shoulder rechts bei Status nach Unfall vom 2 2. Januar 201 0. Sie erklärten, die Intensität der Schmerzen habe nicht wesentlich verringert werden können (Urk. 11/M13). In Anbetracht der nach Austritt aus der Klinik

G.____ bestehenden Beweglichkeit der rechten Schulter

(Flexion 150°, Abduktion 150°, Schürzengriff bis in die mittlere Brustwirbelsäule,

Außenrotation hälftig eingeschränkt) bescheinigte die nach behandelnde Ärztin, med.

pract . H.____ , A.____ , ab 1 8. November 201 0 eine Arbeitsfähigkeit von 25 % als Öko-

nomin , wobei sie eine kontinuierliche Steigerung erwartete (Urk. 11/M14 -15). Ab 8.

März 2011 attestierte sie, nachdem eine neuerliche Beweglichkeitsprüfung die gleichen

Werte ergeben hatte, eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/M19).

E. 2.2.3

Prof. Dr. med. I.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , Ärztlicher Direktor an der J.____ ,

welcher die Beschwerdeführerin am 1 5. Juni 2011 konsiliarisch untersucht hatte, diag-

nostizierte posttraumatisch-postoperative Schulterschmerzen. Gestützt auf das von ihm

gleichentags veranlasste Arthro - MRI (vgl. Urk. 3/6) hielt er fest, es zeige sich ein Status

nach Refixation einer SLAP-Läsion, wobei auf den Horizontalanschnitten ein Anker auf Gel-

senhöhe eingesetzt worden sei. Je eine partielle Subscapularis - und

Supraspinatusläsion

seien erkennbar, welche wohl relevant seien . Weiter führte er aus, eine Begutachtung sei unumgänglich, da die Beschwerdeführerin unter sehr starken Schmerzen leide, die aber mit

der klinischen Untersuchung und dem MRI von heute nicht erklärt werden könnten . Insgesamt sei die Beweglichkeit der Schulter nicht vollständig wiederhergestellt. Vor allem bestehe ein Aussenrotationsdefizit. Dieses sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Operation zurückzuführen , was indessen einer häufigen Folge einer SLAP-Läsion entspreche. Der Schmerzcharakter und die Intensität seien aussergewöhnlich. Strukturelle Befunde hierfür fehlten. Für die abschliessende Begutachtung sei

eine Arthroskopie

notwendig, um eine intraartikuläre Restpathologie auszuschliessen. Aber selbst eine solche Pathologie würde die Schmerzcharakteristika nicht vollständig erklären. Weiter schlug er in Hinblick auf die Begutachtung und zum Ausschluss einer intraartikulären Schmerzsache eine

Lidocaininfiltration vor. Zur Arbeitsfähigkeit erklärte er, er würde sie provisorisch auf 50 % festlegen. Eine abschliessende Einschätzung habe gutachterlich zu erfolgen (Urk. 11/M22 , vgl. auch

Urk. 11/M24).

E. 2.2.4

Auf Veranlassung des Hausarztes der Beschwerdeführer in wurde am 16. August 2011 ein MRI der Halswirbelsäule angefertigt. Dieses zeigte eine flache Diskushernie auf der Höhe C5/6, jedoch ohne Anhaltspunkte für Neurokompressionen . Die Radiologen Dr. med. K. ___ und Dr. med. L. ___ hielten dazu fest, Aussagen zur Genese liessen sich nicht machen (Urk. 11/M26).

E. 2.2.5

Im Auftrag der Mobilien erstattete

Dr. med. M. ___ , Facharzt für orthopädische Chirurgie , am 1. November 2011

ein Aktengutachten (Urk. 11/M28) . Er diagnostizierte einen Status nach Kontusion der rechten Schulter am 22. Januar 2010, einen Status nach operativer Revision des Labrums am 16. April 2010 sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom der rechten Schulter (S. 27) . Unter Bezugnahme auf das

Arthro - MRI vom 18. März 2010 hielt er fest, eine SLAP-Läsion könne durch einen plötzlichen und unerwarteten Zug oder Druck auf die bereits vor gespannte Bizepssehne hervorgerufen werden. Eine SLAP II-Läsion sei schwierig von einem Rezessus

sublabralis zu unterscheiden. In über 20 % der

Schulterarthroskopien fänden sich anatomische Normvarianten, wobei das Sublabralhole mit 19,1 % am häufigsten vorkomme. Daraus ergebe sich, dass vorliegend ein sublabraler

Rezessus vorgelegen habe. Dies sei keine Unfallfolge und stelle auch keinen behandlungsbedürftigen Befund dar . Eine unfallbedingte Läsion des Labrums sei unwahrscheinlich, weil der Unfallhergang für eine derartige Verletzung nicht geeignet und radiologisch keine eindeutige SLAP-Läsion beschrieben sei (S. 21 f. , 28 f.). Das Ausmass der demonstrierten Einschränkungen und Schmerzen liessen sich wegen fehlenden pathologischen Befunden nicht erklären (S. 25). Es liege eine volle Arbeitsfähigkeit vor. Insbesondere die nach dem Rehabilitationsaufenthalt in der G. ___ erreichten Bewegungsamplituden reichten bei Weitem aus, um eine Bürotätigkeit auszuüben

(S. 23). Die nachträglich eingebrachte Problematik der Halswirbelsäule entspreche einer Symptomausweitung im Rahmen der Chronifizierung. Der natürliche Kausalzusammenhang könne nur bis zur Abheilung der Kontusionsverletzungen bejaht werden. Der Status quo im somatischen Sinne sei spätestens am 18. März 2010 eingetreten. Die Schmerzen könnten noch doppelt so lange, also während sechs Monaten, auf das Unfallereignis zurückgeführt werden (S. 31). Spätestens sechs bis acht Wochen nach der Operation habe eine volle Arbeitsfähigkeit als Ökonomin bestanden (S. 33 f.).

E. 2.2.6

Das Gutachten von Dr. Z.____ vom 28. Februar 2013 ist ebenfalls ein Aktengutachten (Urk. 20/1). Dem Privatgutachter standen, anders als Dr. M.____, die Videoaufzeichnungen der Schulteroperation vom 16. April 2010 zur Verfügung (vgl. Urk. 16).

In Kommentierung dieser Bilder hielt er fest, es finde sich eine SLAP IV-Läsion. Die Bizepssehne sei zu gut der Hälfte aus dem Labrum herausgerissen. Es handle sich klar um eine traumatische Läsion. Bei der operativen Refixation werde der dorsalste von den drei Knotenankern sehr weit ins Gelenk hineingesetzt. Der Längsriss der Bizepssehne werde nicht geflickt. Ebenfalls nicht angegangen werde eine gröbere Läsion des inneren Blattes der Supraspinatussehne. Das Endresultat dieser Operation sei eine instabile Situation. Der postoperative Verlauf habe sich denn auch als durchgezogen erwiesen (S. 3 und 9).

Das von Prof. Dr. I.____ veranlasste Arthro-MRI vom 15. Juni 2011 wurde erstmals vom Radiologen Dr. med. N.____

befundet. In seiner (erstmaligen) Beurteilung hielt er ein MR-Korrelat einer adhäsiven Kapsulitis sowie einen intakten SLAP- Repair fest (Urk. 3/6). Auf Anfrage von Dr. Z.____ nahm Dr. N.____ am 25. Januar 2013 eine Nachbefundung vor. Dabei beschrieb er eine intakte Rotatorenmanschette, einen Verdacht auf einen Längsriss der langen Bizepssehne im Ankerbereich, drei Anker im Glenoid

antersuperior mit Abstand von bis zu 10 mm zum Tuberculum

supraglenoidale sowie Zeichen einer adhäsiven Kapsulitis (Urk. 20/2). Dieser Beurteilung schloss sich Dr. Z.____ an, wobei er hinzufügte, die Ankerlage in der Gelenkfläche sei kritisch zu beurteilen. Die Anker überragten die Knorpelfläche nicht und der dorsalste stehe seiner Meinung nach weiter als 10 mm in der Gelenkfläche. Die SLAP-Läsion, inklusive der Längsriss der Bizepssehne und die Läsionen im Supraspinatus und Subscapularis, bestünden weiterhin (S. 5, 8 und 9). Die vorhandenen Pathologien in der Schulter führte er auf den Unfall vom 22. Januar 2010 beziehungsweise die Operation vom 16. April 2010 zurück. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit ging er davon aus, dass zur Zeit eine Arbeitsfähigkeit von 25 %

bestehe und bei Eingewöhnung eine solche von 60 % erreicht werden könne. Die von Prof. Dr. I.____ angeregte Arthroskopie hielt er für angezeigt. Die intraartikuläre Restpathologie liesse sich damit qualifizieren (S. 15 f.).

E. 2.2.7

Das

A.____-Gutachten vom 26. März 2013, welches zu Händen der IV-Stelle verfasst wurde, hält fest, dass noch residuelle und wenn überhaupt endphasige Bewegungsschmerzen in der rechten Schulter bestünden. Die diagnostizierte persistierende adhäsive Kapsulitis falle

klinisch nicht mehr ins Gewicht. Eine Frozen

Shou Ider liege nicht vor. Als Ökonomin sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 34/M35 S. 21, 22, 26 und 28).

E. 2.2.8

Dr. med. O.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, leitender Arzt Orthopädie obere Extremitäten an der P.____, dem die Beschwerdeführerin

im April 2013 konsiliarisch überwiesen worden war, stellte aufgrund der klinischen Befunde und dem von ihm veranlassten Arthro -MRI vom 13. Mai 2013 die Diagnose einer Rezidiv-SLAP-Läsion der Schulter rechts mit subacromialem

Impingement bei Status nach arthroskopischer SLAP- Refixation am 16. April 2010. Die Beschwerden erachtete er als unfallkausal (Urk. 26/1+3 +4). Am 28. Mai 2013 führte er eine Arthroskopie der Schulter

durch. Im Operationsbericht beschrieb er oberflächliche Knorpelschäden am Humeruskopf. Im kranialen Labrum würden sich zwei lose Fäden zeigen, die keine Haltefunktion mehr hätten. Das gesamte kraniale Labrum sei massiv ausgelockert. Korrespondierend dazu bestünde eine deutliche Synovitis im kranialen Gelenksabschnitt. Zudem finde sich eine Längsspaltung des kranialen Labrums mit einer kleinen Korbhenkelbildung, die sich vernarbt bis in den Ansatz der langen Bizepssehne fortsetze. Operativ löste Dr. O.____ die Verwachsungen zwischen dem Labrum und der kranialen Gelenkkapsel und nahm eine Transfixation der langen Bizepssehne vor (Urk. 30/1). In seinen Berichten attestierte Dr. O.____ bis zur Operation eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als Ökonomin. Postoperativ verneinte er zunächst

unter Hinweis auf die nötige Rehabilitation eine Arbeitsfähigkeit. Im Bericht vom 5. September 2013 schätzte er, dass ab 1. November 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % wieder möglich sein sollte (Urk. 26/2 +4, Urk. 41 /2).

Dr. Z.____ nahm am 13. Juni 2013 zum Operationsbericht Stellung. Er erklärte, die Knorpelschäden am Humeruskopf dürften auf das persistierende Hin- und Herschwingen der nicht richtig fixiert gewesenen Bizepssehne zurückzuführen sein. Dass das kraniale Labrum massiv ausgelockert gewesen sei, sei nicht überraschend. Denn anlässlich der Operation vom 16. April 2010 sei es nicht richtig fixiert worden (Urk. 30/2). 3. 3.1

Die Beschwerdegegnerin stütze ihre Leistungseinstellung auf das von ihr in Auftrag gegebene Gutachten von Dr. M.____. Seine Auffassung, der Unfall vom 22. Januar 2010 habe lediglich eine Kontusion der Schulter, nicht aber eine SLAP- Läsion verursacht, vermag nicht zu überzeugen. Gemäss seinen eigenen Ausführungen kann eine SLAP-Läsion durch einen Sturz auf einen gestreckten Arm respektive auf eine vorgespannte Bizepssehne verursacht werden (Urk. 11/ M 28 S. 21 f.). Ein vergleichbarer Mechanismus ist hier wahrscheinlich. Die Beschwerdeführerin wurde von einem anderen Skifahrer von hinten angefahren. Es entspricht der allgemeinen Lebenserfahrung, dass die Beschwerdeführerin versucht hatte, sich

beim Sturz aufzufangen, was zu einem erheblichen Druck auf die vorgespannte Bizepssehne geführt haben dürfte. Die Beschwerdeführerin musste nach dem Zusammenprall von der Pistenwache abtransportiert werden und trug neben der

Schulterverletzung einen Zahnschaden

davon (Urk. 11/M1) , was auf eine erhebliche Krafteinwirkung durch den Unfallverursacher schliessen lässt. Weiter lässt die Schlussfolgerung von Dr. M.____ , wonach sich in über 20 % der Schulterarthroskopien anatomische Normvarianten finden, wo von das Sublabrallhole mit 19,1 % am häufigsten vorkomme, weshalb dies auch im Falle der Beschwerdeführerin so sei, eine hinreichende Bezugnahme auf den konkreten Fall vermissen.

Demgegenüber zweifelten die übrigen Fachärzte mit Ausnahme der A.____ -Gutachter, die aber keine eigene Beurteilung der Bildgebungen vornahmen, sondern sich lediglich auf die Beurteilung von Dr. M.____ stützen, nicht am Vorliegen einer SLAP-Läsion und deren Unfallkausalität. Zudem ist am Gutachten von Dr. M.____ zu beanstanden, dass

darin zwar Zustimmung auf die Beurteilung von Prof. I.____ Bezug genommen wird. Die Möglichkeit der von diesem in Erwägung gezogenen intraartikulären Ursache der Schmerzen wird jedoch nicht diskutiert. Angesichts dieser Mängel kann das Gutachten offensichtlich nicht als beweiskräftig eingestuft werden. Insbesondere lässt sich gestützt darauf die Frage nach dem Nachweis des Dahinfallens der natürlichen Kausalität nicht beantworten.

3.2 3.2.1

Dr. Z.____ , auf dessen Privatgutachten sich die Beschwerdeführerin be ruft,

standen die Videoaufzeichnungen der Arthroskopie vom 16. April 2010 zur Verfügung, was ihm eine bessere Einschätzung der medizinischen Situation erlaubte. Dies gilt insbesondere für die Interpretation des

Arthro -MRI vom 15. Juni 2011. Seine Auffassung, wonach kein intakter SLAP- Repair, sondern ein Längsriss der langen Bizepssehne im Ankerbereich besteht, bestätigte sich bei der Operation vom 28. Mai 2013

(Urk. 30/1, vgl. auch Urk. 41/1 S. 4) .

Dass bei diesem neuerlichen Eingriff eine ungenügend fixierte Bizepssehne sowie ein massiv ausgelockertes kraniales Labrum vorgefunden wurde, scheint überdies für seine Kritik zu sprechen, wonach die Revision der SLAP-Läsion anlässlich der Schulterarthroskopie vom 16. April 2010 nur ungenügend erfolgt sei (Urk. 30/2) . Soweit die Beschwerdegegnerin bestreitet, dass es sich bei den von Dr. Z.____ begutachteten Videoaufzeichnungen um jene der Arthroskopie der Beschwerdeführerin vom 16. April 2010 handelt (Urk. 33 S. 3, Urk. 48

S. 4) , kann ihr nicht gefolgt werden. Richtig ist, dass die Beschwerdeführerin darauf als Person nicht zu sehen und nirgends ihr Name zu lesen ist (Urk. 16) . Die in den Aufzeichnungen sichtbaren Befunde korrelieren indessen mit den weitestgehend korrekten Bildgebungen, was eine rechtsgenügende Zuordnung der Aufzeichnung zur Beschwerdeführerin erlaubt.

Die Beschwerdegegnerin vermag die Beurteilung von Dr. Z.____ auch nicht mit Verweis auf die ursprüngliche Befundung des Arthro -MRI vom 15. Juni 2011 durch Dr. N.____

in Zweifel zu ziehen, wo von einem intakten SLAP- Repair die Rede ist, zumal diese durch dessen Nachbefundung vom 25. Januar 2013 und die Operation vom 28. Mai 2013 überholt ist (Urk. 33 S. 6 f.) . Gleich verhält es sich mit dem Umstand, dass ärztlicherseits eine adhäsive Kapsulitis, unter anderem von Dr. Z.____ , diagnostiziert wurde. Es trifft zwar

zu, dass diese Diagnose in der Regel bei nicht bekannten Ursachen verwendet wird (Urk. 10 S. 12).

Dies bedeutet aber nicht, dass die Unfallkausalität deswegen per se zu verneinen wäre. Vorliegend wird sie denn auch mit Ausnahme von Dr. M. ___ und den A. ___ -Gutachtern nicht in Frage gestellt. 3.2.2

Indessen kann nicht unbesehen auf das Gutachten von Dr. Z. ___ abgestellt werden. Er geht davon aus, dass der Grundfall noch nicht abgeschlossen ist. Demgegenüber lässt die von Dr. O. ___ gestellte Diagnose einer Rezidiv-S LAP-Läsion einen Rückfall vermuten. Zumindest impliziert diese Diagnose, dass sich der Zustand zuvor vorübergehend stabilisiert und sich danach wieder verschlechtert hat.

Wie es sich damit verhält, lässt sich gestützt auf die Aktenlage nicht abschliessend beurteilen. Dazu kommt, dass unterschiedliche Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Ökonomin bestehen. Dr. Z. ___ legte sie auf 25 % und Dr. O. ___ auf 50 % fest. Zu einer ganz anderen Beurteilung kamen die behandelnden Ärzte der A. ___ . Aufgrund der erhobenen klinischen Befunde attestierten sie ab 8. März 2011 eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/M19) . In diese Richtung scheint auch die Einschätzung von Prof. I. ___ zu gehen. Zwar bescheinigte er im Bericht vom 15. Juni 2011 „provisorisch“ eine Arbeitsfähigkeit von 50 % , doch ist aus dieser Formulierung und dem weiteren Bericht vom 13. Juli 2011, worin er die Beschwerdeführerin als arbeitsfähig bezeichnete (Urk. 11/M24), zu schliessen, dass er effektiv von einer höheren Arbeitsfähigkeit ausging. Zu seiner Beurteilung ist indessen der Vorbehalt anzubringen, dass er bei der Beurteilung des Arthro-MRI vom 15. Juni 2011 die Läsionen im Supraspinatus und Subscapularis erwähnte, nicht aber den Längsriss in der Bizepssehne . Es bleibt daher unklar, ob er diesen Befund erkannte und ob dies etwas an seiner Beurteilung ge ändert hätte. 3.2.3

Nach dem Gesagten bedarf die Sache der weiteren Abklärung. Rechtsprechungs gemäss holt das kantonale Versicherungsgericht in der Regel ein Gerichtsgutachten ein, wenn es im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss kommt, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse (insgesamt oder in wesentlichen Teilen) noch gutachtlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig. Eine Rückweisung an die Verwaltung bleibt hingegen möglich, wenn es darum geht, zu einer bisher vollständig ungeklärten Frage ein Gutachten einzuholen. Ebenso steht es dem Versicherungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klärstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264, 138 V 318, 139 V 349).

Nach der gesetzlichen Konzeption obliegt dem Versicherungsträger die Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts (Art. 43 ATSG). Hierzu holte die Beschwerdeführerin das Gutachten von Dr. M. ___ ein. Diesem konnte von vorn herein kein hinreichender Beweiswert zukommen. Aufgrund der Ausführungen von Prof. Dr. I. ___ , welchem Dr. M. ___ grundsätzlich beipflichtete, stand die Frage nach einer intraartikulären Ursache der Schmerzen im Raum. Damit setzte sich Dr. M. ___ nicht auseinander. Insbesondere äusserte er sich nicht dazu, weshalb eine intraartikuläre Restpathologie ohne Weiteres , mithin ohne die von Prof. Dr. I. ___ geforderten Abklärungen, hätten ausgeschlossen werden können. Ungeachtet des Privatgutachtens von Dr. Z. ___ blieb damit eine rechtserhebliche Frage ungeklärt, worauf die Beschwerdeführerin im Übrigen in der Einsprache hingewiesen hatte (Urk. 12/244 S. 3). Da sich die (bisherigen) Abklärungen der Beschwerdeführerin

offensichtlich als ungenügend erweisen, rechtfertigt es sich, die Sache an sie zur neuerlichen Abklärung und erneutem Entscheid zurückzuweisen.

In Hinblick auf den zu fällenden Entscheid bleibt anzumerken, dass bei der Bemessung der Versicherungsleistungen auf die Arbeitsfähigkeit als Ökonomin abzustellen ist. Soweit die Beschwerdeführerin in Bezug auf die Taggelder geltend macht, hierfür hätte ihr eine Übergangsfrist angesetzt werden müssen, weil die versicherte Tätigkeit beim Unfall Skilehrerin und nicht Ökonomin gewesen sei (Urk. 50), geht sie fehl. Im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht hat sie sich die Tätigkeit als Ökonomin anrechnen zu lassen. Die von ihr erwähnte Rechtsprechung, wonach eine Übergangsfrist einzuräumen ist (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C_39/2011 vom 13. Dezember 2011 E. 4.2, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 301/2002 vom 1. Oktober 2003 E. 1), gilt in Fällen, in denen eine berufliche Neuorientierung der versicherten Person erforderlich ist, was bei ihr gerade nicht der Fall ist. 4.

Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin zur Bezahlung einer Prozessentschädigung an die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin zu verpflichten. Die Entschädigung ist ohne Rücksicht auf den Streitwert ausgehend von der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf rund Fr. 4'200.- festzusetzen (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer [MwSt]; Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. August 2012 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen neu über ihre Leistungspflicht verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 4'200.- (inkl. Barauslagen und MwSt.) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt David Husmann - Fürsprecher René W. Schleifer, unter Beilage des Doppels von Urk. 50 - Bundesamt für Gesundheit 5.

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 über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während 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).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Gräub/Sonderegger

E. 6

7). In der Folge berichtete Dr. E.____ von einer langsamen Verbesserung in kleinen Schritten unter Physiotherapie, indessen klagte die Beschwerdeführerin über zeitweise starke

Schmerzen. Ab 19. Juli

2010 hielt er

eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als Ökonomin fest (Urk. 11/M

E. 10

, vgl. auch Urk. 11/M11).

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