

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00004 vom 27. Februar 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-02-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2014.00004](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00004)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00004 du 27 février 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00004 del 27 febbraio 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

0. Dezember 2012 für eine Untersuchung zu Dr. med. Z.\_\_\_\_, FMH orthopädische Chirurgie und Traumatologie (Urk. 9/2). Am 17. Dezember 2012 meldete die Arbeitgeberin von

X.\_\_\_\_

der Vaudoise

das Unfallereignis vom 7. Dezember 2012 und

die Schulterschmerzen der Versicherten (Urk. 9/1). Die Vaudoise kam für die Kosten der

Physiotherapiebehandlung auf (Urk. 9/3-4). In der Folge wurde die Versicherte am 7.

Februar 2013 erneut von Dr.

Z.\_\_\_\_ untersucht (Urk. 9/6). Aufgrund der Schmerzpersistenz

subacromial rechts veranlasste er nach der Untersuchung vom 7. April 2013 (Urk. 9/7) das Arthro-MRI in der Klinik

A.\_\_\_\_ vom 12.

April 2013 (Urk. 9/8). Die Versicherte begab sich am 18.

April 2013 zur Untersuchung und Besprechung des MRI-Befundes zu Dr. Z.\_\_\_\_, wonach dieser festhielt, dass bei der derzeit geringen Symptomatik mit einem aktiven Vorgehen zugewartet werden könne (Urk. 9/9). Die Vaudoise legte das Dossier ihrem beratenden Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_ zur Beurteilung vor (Urk. 9/11). Gestützt auf dessen Beurteilung vom

### **E. 1.1**

In prozessualer Hinsicht beantragt die Beschwerdeführerin, die Helsana Krankenkasse sei zum Beschwerdeverfahren beizuladen (Urk. 1 S. 2).

### **E. 1.2**

Das Gericht kann von Amtes wegen oder auf Antrag Dritte zum Verfahren beiladen, wenn diese ein schutzwürdiges Interesse am Ausgang des Verfahrens haben oder wenn eine Partei ein schutzwürdiges Interesse an der Beiladung der Dritten geltend macht (§ 14 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

### **E. 1.3**

Die Beschwerdeführerin begründet ihren Antrag auf Beiladung der Helsana Krankenkasse nicht und

legt somit nicht dar, dass ein schutzwürdiges Interesse an der en Beiladung besteht. Es kommt hinzu, dass die Helsana Krankenkasse ihre Einsprache vom 19. August 2013 (Urk. 9/13) gegen die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. August 2013 (Urk. 9/12), mit welcher Letztere ihre Leistungen per 7. April 2013 einstellte, am 5. November 2013 wieder zurückgezogen hat (Urk. 9/18). Die Helsana Krankenkasse hat ihre Leistungspflicht mit hin faktisch anerkannt. Gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 26. November 2013 (Urk. 2) hat sie beim hiesigen Gericht auch keine Beschwerde erhoben.

Demnach ist der Antrag der Beschwerdeführerin auf Beiladung der Helsana Krankenkasse abzuweisen. 2.2.1

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, nämlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson sowie im weitern durch den Chiropraktor (lit. a), die vom Arzt oder Zahnarzt verordneten Arzneimittel und Analysen (lit. b), die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit. c), die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren (lit. d) und die der Heilung dienlichen Mittel und Gegenstände (lit. e). 2.2

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). 2.3.2.3.1

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, 402 E).

4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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). 2.3.2

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang 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). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht

üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nach gewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 7 E. 3c/aa). Die bloße Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 2.4

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des

eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1). 2.5

#### 2.5.1

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). 2.5.2

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S.

572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c).

### **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_

am 9. Januar 2014 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen über den 18. April 2013 hinaus zu erbringen. Eventualiter seien der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und der Zeitpunkt der Leistungseinstellung nach Einholung eines fachärztlichen Gutachtens durch das Gericht zu bestimmen. Subeventualiter sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen, damit sie die Frage des Status quo sine rechts genüglich abkläre und alsdann erneut entscheide. In prozessualer Hinsicht beantragte die Beschwerdeführerin, die Helsana Krankenkasse sei zum Beschwerdeverfahren beizuladen. Schliesslich beantragte sie, die Kosten für die Einholung der Stellungnahme von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 7. Januar 2014 (Urk. 3/1/6a) seien von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 28. Februar 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 8, unter Beilage ihrer Akten [Urk. 9/1 22] sowie der Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 13. Februar 2014 [Urk. 10]).

Die Parteien hielten replicando ( Urk. 14 S. 2) und duplicando ( Urk. 17 S. 1) jeweils an ihren Anträgen fest. Mit Mitteilung vom 9. Mai 2014 wurde der Beschwerdeführerin ein Doppel der Duplik vom 7. Mai 2014 zur Kenntnisnahme zugestellt ( Urk. 18).

### **E. 3**

.3

Die Beschwerdeführerin stellt sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Stand punkt, dass die Diagnosen der Dres . Z.\_\_\_\_ (traumatische Schmerzen) und D.\_\_\_\_ (Vereinbarkeit mit PASTA -Läsion, Einriss der Sehne zu 50 % ) für traumatische Mitursachen oder neu vorhandene Ver letzun gen an der rechten Schulter sprechen würden . Die vorgängigen bildgebenden Untersuchungen hätten keine solche n Verletzung en gezeigt. Dr. D.\_\_\_\_ habe angegeben, dass sich der Zustand seit April 2011 verschlechtert habe und dies mit einer Läsion vereinbar sei. Mit der zur Hälfte gerissenen Sehne, welche bild gebend dar ge stellt sei, liege eine unfallbedingte Verletzung vor ( Urk. 1 S. 5).

Gemäss der Stellungnahme von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 7. Januar 2014 sei der Status quo sine noch nicht erreicht ( Urk. 1 S. 6).

### **E. 4.1**

Im Bericht vom 18. Januar 2007 stellte Dr. Z.\_\_\_\_ die Diagnose persistierende schnürende Oberarmschmerzen rechts bei Verdacht auf leichtes zerviko-scapuläres

myofaszielles Schmerzsyndrom mit/bei ( Urk. 3/1/2a): - differentialdiagnostisch (DD:) SLAP-Läsion mit Bizeps longus -Irritation bei - Sturz nach axialer Schulterkontusion durch Sturz vom Pferd am 13. Juni 2005 mit initial

subacromialem

Impingementsyndrom rechts und rechts betontem

myofaszialem Schmerzsyndrom - Status nach therapeutischer Infiltration im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) rechtsseitig vom 25. Juni 2002 - Status nach subacromialer Infiltration rechts, August 2005.

Bei der Beschwerdeführerin bestehe weiterhin ein leichtes subacromiales Schmerzsyndrom mit Schmerzproblematik bei brusken Bewegungen. Sehr wahrscheinlich seien die Myogelosen und die myofaszialen

Schmerzkomponenten sekundär nach dieser Impingementproblematik entstanden ( Urk. 3/1/2a).

Am 29. November 2007 diagnostizierte Dr. Z.\_\_\_\_ ein subacromiales

Impingementsyndrom Schulter rechts ( Urk. 3/1/2b). Vor drei bis vier Wochen habe die Beschwerdeführerin intensivere Armbewegungen unter Belastung, vor allem in Abduktion und in den Rotationen gemacht. Danach sei es wieder zu einer Schmerzexazerbation der subacromialen Schmerzen rechts gekommen ( Urk. 3/1/2b).

Dr. Z.\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 6. Januar 2009 ein posttraumatisches subacromiales

Impingementsyndrom Schulter rechts ( Urk. 3/1/2c).

In seinem Schreiben zu Händen der National Versicherung vom 6. April 2009 führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, aufgrund der Situation seit September 2005 handle es sich überwiegend wahrscheinlich um ein posttraumatisches subacromiales

Impingementsyndrom rechts, nach Sturz vom Pferd im Juni 2005 ( Urk. 3/1/2d).

#### **E. 4.2**

Nach einem Sturz auf die rechte Schulter am 29. Dezember 2010 mit persistierenden Schmerzen subacromial sowie im Bereich des AC-Gelenks wurde am 8. April 2011 in der Klinik A.\_\_\_\_

eine MR - Arthro -Untersuchung der Schulter rechts durchgeführt. Bei dieser von Dr. med. E.\_\_\_\_

befundeten Untersuchung zeigte sich eine massive Ausdünnung der Subscapularissehne mit partieller Deinsertion vom Tuberculum minus, keine transmurale Ruptur, eine leichte Unterflächenausdünnung der Supraspinatussehne, bei sonst normalen übrigen Rotatoren und kräftiger Muskulatur. Ferner fand sich eine nach cranial hypertrophe und aktivierte AC-Arthrose mit mehreren Ossikeln (eventuell posttraumatisch) [ Urk. 9/2bis].

#### **E. 4.3**

Im Bericht vom 10. Dezember 2012 führte Dr. Z.\_\_\_\_ die Diagnose Status nach arthroskopischem PASTA - Repair

Supraspinatus sowie Tenodesen der Bizepssehne Schulter links vom 29. Juni 2011 sowie als weitere Diagnosen eine Fazettengelenksarthrose mit leichter, foraminale Stenose HWS C4/5 und C5/6, einen Status nach foraminale Infiltration cervical C4/5 und C5/6 links, ein posttraumatisches subacromiales

Impingementsyndrom Schulter rechts, ein Status nach axialem Stosstrauma mit Schulterkontusion rechts nach Sturz vom Pferd am 13. Juni 2005 sowie einen Status nach subacromialer Infiltration rechts, August 2005 und November 2007 auf ( Urk. 9/2).

#### **E. 4.4**

Neben den im Bericht vom 10. Dezember 2012 aufgeführten Diagnosen diagnostizierte Dr. Z.\_\_\_\_ am 7. Februar 2013 Myogelosen M. Trapezius und Periscapularmuskulatur rechts mit myofaszialem Syndrom rechte obere Extremität ( Urk. 9/6).

#### **E. 4.5**

Nach der Untersuchung vom 9. April 2013 wurde von Dr. Z.\_\_\_\_

auch die Diagnose Persistenz eines subacromialen Schmerzsyndroms rechts posttraumatisch nach Stolpersturz mit axialem Stosstrauma im Dezember 2012 festgehalten ( Urk. 9/7).

#### **E. 4.6**

Dr. med. D.\_\_\_\_

führte in ihrer Beurteilung zur MR - Arthro -Untersuchung der Schulter rechts vom 11. April 2012 aus, dass die Befunde mit einer PASTA-Läsion der Supraspinatussehne Grad II mit Zunahme im Vergleich zur Vor-MRI-Untersuchung vom 8. April 2011 vereinbar seien. Weiterhin

b estehe eine leichte Ausdünnung und partielle Avulsion der Subscapularissehne vom Ansatz, ferner Zeichen einer SLAP-Läsion (Typ I – II) mit angrenzender grösserer Knorpeldefekt am Glenoid, unverändert zur Voruntersuchung und stärkerer Knorpelverschmälerung auch am Humeruskopf und schliesslich unverändert eine aktivierte AC-Gelenksarthrose mit osteophytären

Ausziehungen vor allem nach kranial hin sowie Typ II Acromion (Urk. 9/8 S. 2).

#### **E. 4.8**

Dr. B.\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung vom 24. Juli 2013 fest, dass die rechte Schulter der Beschwerdeführerin bereits durch ein axiales Stosstrauma nach Sturz vom Pferd am 13. Juni 2005 verletzt worden sei (Urk. 9/11 S. 1). Das aktuelle MRI zeige im Vergleich zu demjenigen vom 8. April 2011 in etwa die gleichen degenerativen Veränderungen. Eine eindeutige neue posttraumatische Läsion sei nicht beschrieben. Entsprechend sei die Behandlung der Beschwerdeführerin vier Monate nach dem Bagatellunfall vom 7. Dezember 2012 abzuschliessen. Der Status quo sine vel ante sei anfangs April 2013 erreicht (Urk. 9/11 S. 2).

#### **E. 4.9**

In seiner Stellungnahme vom 7. Januar 2014 führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, dass

die mit Physiotherapie zu behandelnden Beschwerden der Beschwerdeführerin über den April 2013 hinaus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem kausalen Zusammenhang zum Sturzereignis vom Dezember 2012 stehen würden. Nach dem Sturz vom Dezember 2012 sei die Schmerzsymptomatik an der rechten Schulter deutlich verstärkt worden. In den bildgebenden Verfahren habe sich eine Sehnenläsion der Supraspinatussehne gezeigt. Es liege eine richtungsweisende Verschlimmerung des Zustandes vor. Der Status quo sine sei nicht erreicht. Derzeit bestehe eine Phase von geringer Symptomatik (Urk. 3/1/6a).

#### **E. 4.10**

Dr. C.\_\_\_\_ schrieb in seiner Stellungnahme vom 13. Februar 2014, Dr. Z.\_\_\_\_ erwähne eine Verschlimmerung der Supraspinatussehnenläsion. Der Vergleich der zwei Arthro-MRI-Befunde von 2011 und 2013 zeige indes, dass es sich bei der beschriebenen Verschlimmerung um die natürliche Entwicklung eines solchen Risses handle. Es werde erwähnt, dass diese Läsion bereits seit 2005 bis 2007 bekannt sei. Es sei möglich, dass es sich um einen posttraumatischen Zustand handle, welcher aber sicherlich nicht im Zusammenhang mit dem Sturz vom Dezember 2012, sondern wahrscheinlicher im Zusammenhang mit dem Sturz vom Pferd im Juni 2005 stehe. Der Entscheidung, die Leistungen spätestens per 7. April 2013 einzustellen, sei richtig (Urk.).

#### **E. 7**

Im Bericht vom 18. April 2013 diagnostizierte Dr. Z.\_\_\_\_ ein subacromiales Schmerzsyndrom rechts posttraumatisch bei intervallnaher gelenksseitiger Supraspinatuspartialläsion (PASTA-Läsion) sowie cranialer

Subscapularispartialläsion nach Stollpersturz mit axialem Stosstrauma im Dezember 2012 (Urk. 9/9 S. 1). Der Beurteilung von Dr. Z.\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass die belastungsabhängigen Schmerzen durch die PASTA-Läsion, wobei entsprechend der Bildgebung 50 % oder mehr der Dicke der Supraspinatussehne abgelöst seien, erklärt würden. Bei derzeit relativ

geringer Symptomatik könne mit einem aktiven Vorgehen zugewartet werden ( Urk. 9/9 S. 2).

#### **E. 10**

S. 2). 5.

Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass eine Rotatorenmanschettentraktur sowohl traumatische wie auch degenerative Ursachen haben kann, wobei eine traumatische Ruptur, die mit sofort auftretenden akuten Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigungen einhergeht, seltener ist; die Rotatorenmanschettentraktur entsteht vielmehr meist durch degenerative Vorschädigungen (vgl. Fritz U. Niethard /Joachim Pfeil, Orthopädie, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart 1992, S. 369). Dem Schreiben von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 6. April 2009 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ihn zum ersten Mal am 27. September 2005 wegen Schulterbeschwerden nach axialer Schulterkontusion durch Sturz vom Pferd am 13. Juni 2005 – gemäss Dr. Z.\_\_\_\_ bestand damals ein posttraumatisches subacromiales

Impingementsyndrom der rechten Schulter – konsultiert hat. In den Jahren 2005 bis 2007 wurde die Beschwerdeführerin mehrmals wegen den Schulterbeschwerden untersucht und namentlich auch mit subacromialen Infiltrationen behandelt. Die nächste Konsultation fand am 6. Januar 2009 statt, anlässlich derer die Beschwerdeführerin angab, dass es auch im Verlauf des Jahres 2008 immer wieder intermittierend zu stark belastungsabhängigen Schulterschmerzen gekommen sei (Urk. 3/1/2d S. 1). Gemäss Bericht zur MR - Arthro -Untersuchung vom 8. April 2011 ist die Beschwerdeführerin am 29. Dezember 2010 auf die rechte Schulter gestürzt; mit persistierenden Schmerzen subacromial sowie im Bereich des AC Gelenks (Urk. 9/2bis). Bei dieser bildgebenden Untersuchung zeigten sich degenerative Veränderungen (vgl.

Urk.

9/2bis). Wie Dr. Z.\_\_\_\_ in seinem Bericht zur Untersuchung vom 10.

Dezember 2012 festgehalten hat, wurde am 29. Mai 2011 ein e

arthroskopische PASTA- Repair

Supraspinatus sowie Tenodese der Bizepslongussehne der Schulter links durchgeführt. Des Weiteren wurde am 12. November 2012 die rechte Schulter der Beschwerdeführerin mittels einer subacromialen Infiltration behandelt, welche –

wie Dr.

Z.\_\_\_\_ unter „Anamnese“ ausführte –

keine wesentliche Symptomänderung gebracht habe. Dr. Z.\_\_\_\_ berichtete weiter, dass noch leicht ziehende Schmerzen parascapular rechts, besonders bei Abduktion und Flexion des rechten Armes, bestünden (Urk. 9/2).

Bereits vor dem Unfall vom 7. Dezember 2012 bestanden mithin Schulterschmerzen und degenerative Veränderungen in der rechten Schulter. Hinzu kamen Beschwerden in der linken Schulter. Im zeitlichen Bericht von Dr.

Z.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2012 werden weder das Unfallereignis vom 7. Dezember 2012 noch aufgrund dieses Sturzes bestehende akute Schulterschmerzen oder Funktionseinschränkungen der rechten Schulter, welche auf eine traumatische Einwirkung

auf die rechte Schulter schliessen lassen würden, erwähnt. Wie es sich damit verhält, kann vorliegend indes offen bleiben, da die Beschwerdegegnerin aufgrund des Unfalles vom 7. Dezember 2013

Heilbehandlungsleistungen erbrachte und ihre Leistungseinstellung per 18. April 2013 rechters ist, wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen. Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin,

Dr. B.\_\_\_\_, weist darauf hin, dass eine eindeutige neue posttraumatische Läsion nicht beschrieben sei und das aktuelle MRI vom 12. April 2013 im Vergleich zu demjenigen vom 8. April 2011 in etwa die gleichen degenerativen Veränderungen zeigen würde (Urk. 9/

## E. 11

S. 2). Dem von Dr.

D.\_\_\_\_

befundeten Bericht zur MR - Arthro -Untersuchung vom 12.

April 2013 ist zwar zu entnehmen, dass die gelenkseitige partielle Ruptur der Supraspinatussehne im Vergleich zur Voruntersuchung zugenommen habe (Urk. 9/8 S. 1). Sie äusserte sich aber nicht dahingehend, dass dies durch eine traumatische Einwirkung verursacht worden sei. Dr. C.\_\_\_\_ hält dafür, dass es sich bei dieser Vergrösserung des Risses seit der Voruntersuchung um eine natürliche Entwicklung handle (Urk. 10 S. 2).

Dr. Z.\_\_\_\_ begründet seinen Standpunkt, wonach der status quo sine noch nicht erreicht sei, damit, dass sich bei der MR Arthro -Untersuchung der Schulter rechts vom 12. April 2013 im Vergleich zu den Untersuchungen der Jahre 2005 bis 2007 eine deutlich vergrösserte partielle Ablösung der gelenkseitigen Supraspinatussehne zeige (Urk. 3/1/6a S.

1). Die Rechtsfigur „post hoc, ergo propter hoc“, bei der eine Schädigung bereits des halb 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), genügt nach der Rechtsprechung indes nicht für die Annahme eines Kausalzusammenhangs (BGE 119 V 335 E.

2b/ bb).

Es ist ferner zu berücksichtigen, dass sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, weshalb ihre Berichte nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlauben den objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes verfolgen und deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten

gemäss BGE 125 V 465 E. 3a erfüllen. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte und behandelnde Fachärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc), wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte denn auch kaum je in Frage kommen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

Die Berichte von Dr. Z.\_\_\_\_ und insbesondere dessen Stellungnahme vom 7. Januar 2014 (Urk.

3/1/6a) vermögen keinen Zweifel an der Beurteilung von

Dr. B.\_\_\_\_

vom 24. Juli 2013, wonach der Status quo sine vel ante nach dem Sturz vom 7.

Dezember 2012 anfangs April 2013 erreicht gewesen sei (Urk.

9/11 S. 2), zu begründen. Diese Beurteilung überzeugt, weshalb darauf abzustellen ist. Da Dr.

Z.\_\_\_\_ am 18.

April 2013 keine Behandlungsbedürftigkeit mehr sah und er überdies festhielt, dass die Beschwerdeführerin sämtliche Alltags- und Freizeitaktivitäten ausführen dürfe (Urk. 9/9 S. 2), ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin davon ausging, der Status quo sine vel ante sei an diesem Tag erreicht worden. Damit erübrigen sich weitere medizinische Abklärungen.

Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

Dem Antrag der Beschwerdeführerin auf Übernahme der Kosten für die Einholung der Stellungnahme von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 7. Januar 2014 (Urk. 3/1/6a) durch die Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 2) kann nicht gefolgt werden, da dieser Bericht nach dem Gesagten zur Beurteilung der Beschwerde nicht notwendig war (vgl. Art. 45 Abs. 1 Satz 2 ATSG; Urteil des Bundesgerichts U 143/04 vom 22. Dezember 2004 E. 6.1 mit Hinweisen). Das Gericht beschliesst:

Der Antrag der Beschwerdeführerin vom 9. Januar 2014 auf Beiladung der Helsana Krankenkasse wird abgewiesen, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Helsana Rechtsschutz AG - VAUDOISE ALLGEMEINE, Versicherungs-Gesellschaft AG - Bundesamt für 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 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  
Hurst  
Hübscher

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