

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00090 vom 28. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00090

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00090 du 28 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00090 del 28 marzo 2017

Erwägungen

E. 1.1

Die Beschwerdegegnerin führte aus (Urk. 2), dass die Angaben zum Vorfall vom 28. Juni 2012 widersprüchlich seien. Selbst ausgehend von einem Vorfall sei gestützt auf die Beurteilungen von Dr. med. A.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, und Dr. med. B.____, Spezialarzt FMH Chirurgie, ein wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht er Schlag oder Stoss auf die Schulter nicht geeignet, eine Rotatorenmanschettenläsion

zu verursachen - was sich auch mit der versicherungsmedizinischen Lehre decke. Die Läsion der Supraspinatussehne links, welche am 4. September 2012 operiert worden sei, sei demnach vorbestehend gewesen und nicht auf die beiden Ereignisse vom 17. oder

28. Juni 2012 zurückzuführen. Die Einstellung der Leistung per 17. August 2012 und die rückwirkende Ablehnung der Leistungspflicht seien demnach zu Recht erfolgt.

Die Rückforderung sei rechtmässig, da die Neubeurteilung aufgrund der neu ein geforderten Akten - im speziellen der Vorzustandsakten und der Anzeige wegen Körperverletzung vom 12. September 2012 - erfolgt sei, welche sie erst erhalten habe, nachdem sie die Kostengutsprache für die Operation vom 4. September 2012 bereits erteilt gehabt habe. Es sei auch zu betonen, dass die Versicherte den Vorzustand anlässlich der Befragung durch den Schadeninspektor vom 17. Januar 2013 und der telefonischen Rückfrage vom 20. März 2014 nicht angegeben habe. Die Entdeckung des Vorzustandes sei eine neue Tatsache und lasse die Kostengutsprache für die Operation vom 4. September 2012 als objektiv mangelhaft und offensichtlich falsch erscheinen. Damit sei die Rückforderung nicht zu beanstanden.

E. 1.2

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen im Wesentlichen vor (Urk. 1), gestützt auf die Stellungnahme von Dr. B.____ heile eine Kontusion, wie sie die Versicherte erlitten habe, innert 2-3 Monaten aus. Die erste Operation sei am 4. September 2012 erfolgt, womit die Unfallereignisse zumindest teilweise kausal für die Operation gewesen seien. Selbst wenn aufgrund der vorbestehenden Veränderungen eine Operation später einmal erforderlich gewesen wäre, so seien die Unfallereignisse zumindest in zeitlicher Hinsicht bestimmt gewesen. Damit sei die Beschwerdegegnerin für die erste und die darauf folgenden Operationen leistungspflichtig.

Selbst wenn die Beschwerdegegnerin nicht mehr leistungspflichtig wäre, so lägen weder die Voraussetzungen einer prozessualen Revision noch einer Wiedererwägung vor. Bei der Rückforderung von Leistungen sei dies allerdings erforderlich - nur die

Leistungseinstellung ex nunc et pro futuro könne - wenn materiellrechtlich begründet und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt - ohne Rückkommensvoraussetzungen und damit ohne Bindung an früher ausgerichtete Leistungen erfolgen. Dass die Beschwerdegegnerin nicht im Besitze aller Akten gewesen sei bei der Kostengutsprache für die erste Operation sei auf die Vernachlässigung der Abklärungspflichten nach Art. 43 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) zurückzuführen und erfülle als vermeidbare Nachlässigkeit die Voraussetzungen von Art. 53 Abs. 1 ATSG nicht. Eine Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG falle mangels fehlender zweifelloser Unrichtigkeit ebenfalls nicht in Betracht. Entsprechend sei die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig.

E. 1.3

Mit Beschwerdeantwort vom 22. August 2016 ergänzte die Beschwerdegegnerin, dass - sofern die Beschwerdeführerin die Ausrichtung weiterer UVG-Leistungen beantrage - darauf nicht einzutreten sei, da sie die Leistungseinstellung im vorangegangenen Einspracheverfahren nicht angefochten habe (Urk. 7). Die Einsprache habe sich lediglich gegen die Rückforderung gerichtet, so dass nur diese zu beurteilen bleibe.

Des Weiteren sei - wie gezeigt - die Leistungseinstellung per 16. August 2012 auch materiell nicht zu beanstanden und der erst im April 2013 und damit nach der Kostengutsprache erhaltene Bericht der Z.____ vom 20. Juni 2011 sei eine erhebliche neue Tatsache bzw. ein Beweismittel im Sinne von Art. 53 ATSG, so dass in Anwendung von Art. 25 i.V.m. Art. 2 Abs. 3 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) die Kosten der zu Unrecht erbrachten Heilbehandlungsmassnahmen für die Periode von August 2012 bis Dezember 2013 von der Beschwerdegegnerin zurückzufordern seien. Eine Verletzung der Abklärungspflicht nach Art. 43 ATSG liege nicht vor. 2.

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Die hier zu beurteilenden Ereignisse haben sich am 17. und 28. Juni 2012 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden. 3.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Unfallkausalität der am 4. September 2012 operierten Supraspinatussehnenläsion der linken Schulter verneinte.

E. 3

Am 18. Januar 2016 reichte die Helsana am hiesigen Gericht eine Rechtsverweigerungs- und Rechtsverzögerungsbeschwerde ein (Verfahrensnr. UV.2016.00020; vgl. Urk. 8/PR3).

Die AXA erliess daraufhin den Einspracheentscheid vom 29. Februar 2016, in welchem sie die Einsprachen der Versicherten vom 11. Juni 2014 und der Helsana vom 14. Januar 2015 im Sinne der Erwägungen abwies und die mit Verfügung vom 9. Mai 2014 erfolgte rückwirkende Einstellung der Leistungspflicht nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) per 16. August 2012 im Zusammenhang mit den Ereignissen vom 17. und 28. Juni 2012 bestätigte. Gleichzeitig bestätigte sie die mit Verfügung vom 12. Januar 2015 geltend gemachte Rückforderung der Kosten der erbrachten Heilbehandlungsmassnahmen für die Periode August 2012 bis Dezember 2013 im Gesamtbetrag von Fr. 23'929.40 (abzüglich Selbstbehalt und Franchise) zu Lasten der Helsana (Urk. 2).

Der Prozess betreffend Rechtsverweigerung und Rechtsverzögerung wurde entsprechend mit Verfügung vom 30. März 2016 als gegenstandslos gewor den abgeschlossen (Verfügung vom 30. März 2016, Urk. 8/PR3). 2 .

Die Helsana erhob am 13. April 2016 Beschwerde gegen den Einspracheent scheid vom 29. Februar 2016 (Urk. 1) und beantragte, der Einspracheent scheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Mit Beschwerdeantwort vom 22. August 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei (Urk.

E. 3.1.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu chungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medi zinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situa tion einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztin nen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollzieh bar 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 Gut achters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c).

E. 3.1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Inva lidität, 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 Begründung 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).

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 nachgewiesen 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.

E. 3.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bezüglich Unfallkausalität im Wesentlichen auf die Beurteilungen der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin von Dr. A.____ vom 24. April 2014 (Urk. 9/M33) und von Dr. B.____

vom 15. Juli 2014 (Urk. 9/M36). Im Bericht von Dr. A.____

wird die medizinische Aktenanamnese zusammengefasst (Urk. 9/M33/1 f.), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben wird. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen aber darauf Bezug genommen.

E. 3.2.1

Dr. A.____ führte in seiner Beurteilung vom 24. April 2014 aus (Urk. 9/M33/3 f.), es sei medizinisch nicht nachvollziehbar, warum der behandelnde Arzt der Z.____ am 6. August 2012 eine leichte bewegungsabhängige Schmerzsymptomatik und klinisch die Rotatorenmanschette als intakt bzw. unauffällig beschrieb, 11 Tage später dann aber von einer schmerzhaften Pseudoparalyse gesprochen und festgehalten wurde, dass eine Subluxation stattgefunden habe. Hätte primär beim Ereignis mit den Hunden an der linken Schulter eine Rotatorenmanschettenläsion stattgefunden, wäre die Verschiebung früher zum Arzt gegangen und es hätte wohl schon bei der ersten Untersuchung eine Pseudoparalyse bzw. starke Schmerzhaftigkeit bestanden. Dies sei aber in der Konsultation vom

6. August 2012 nicht bestätigt worden. Unerklärlicherweise sei 11 Tage später eine starke Pseudoparalyse und eine starke Schmerzsymptomatik aufgetreten. Dies sei rein medizinisch nicht erklärbar bzw. mache die Kausalität zum Ereignis mit den Hunden praktisch unmöglich.

Zu erwähnen sei, dass die Versicherte offensichtlich schon früher infolge der Schulter rechts in Behandlung und Abklärung gewesen sei, wobei dort eine Teilschädigung der Rotatorenmanschette auf degenerativer Basis festgestellt worden sei. Weiter sei zu erwähnen, dass die MRI-Untersuchung ergeben habe, dass eine vordere Supraspinatus- und obere Subscapularisschädigung mit Instabilität der langen Bizepssehne vorgelegen habe. Auch dies spreche eher für eine degenerative als für eine posttraumatische Veränderung.

E. 3.2.2

Dr. B.____ hielt am 15. Juli 2014 dafür, dass er bezüglich Sachverhalt auf die ausführliche Stellungnahme von Dr. A.____ verweise, er sich dieser Beurteilung anschliessen könne und den Bericht für editierfähig halte (Urk. 9/M36).

Auch ein sehr heftiger Schlag von hinten gegen die linke Schulter, insbesondere gegen das Schulterblatt und Schulterdach wie geschildert, sei

aus biomechanischer Sicht nicht geeignet, einen Befund zu verursachen, wie er sich h
anlässlich der Konsultationen vom 6. und 17. August

2012 präsentiert habe. Ein solcher Schlag sei aber geeignet, eine bis anhin stumme,
krankhaft degenerative Situation zu aktivieren, wobei die schlagbedingte Kontusionierung
im weiteren Verlauf erfahrungsgemäss bezüglich Beschwerden rückgängig sei und
innerhalb von spätestens 2-3 Monaten auszuheilen pflege. Im Gegensatz dazu hätten die
vorzustandsbedingten Beschwerden persistiert und im Verlaufe der Zeit überhand genom
men. Das s

vorliegend ein Vorzustand an der linken Schulter bestehe,

sei unbestritten. Die Versicherte sei bereits im Jahre 2011 offenbar wegen rechtsseitigen
Schulterbeschwerden in Abklärung in der Z.____ gewesen. Anlässlich einer Konsultation
vom 20. Juni 2011 sei ein subacromiales

Impingement-Syndrom der rechten Schulter bei Partialruptur der Supraspinatussehne
diagnostiziert worden. Der Befund sei

sonographisch festgehalten worden. Wie üblich bei einer Schulter sonographie würden
immer beide Schultern untersucht. Dies sei mit praktischer Sicherheit am 20. Juni 2011
ebenfalls geschehen und es sei deshalb explizit als Nebendiagnose eine nicht
symptomatische transmurale Ruptur der retrodistalen

Supraspinatussehne links resultiert. Es sei deshalb davon auszugehen, dass diese bis
anhin symptomlose und sicher degenerativ bedingte transmurale

Supraspinatussehne durch das Ereignis vom 28. Juni 2012 aktiviert und in der Folge
symptomatisch geworden sei. Erfahrungsgemäss würden solche degenerativen Läsionen
sehr häufig auch ohne Traumatisierung im Verlaufe der Zeit symptomatisch.

Gemäss den Schilderungen der Versicherten im Sinne eines Handkanten-schlages gegen
die linke Schulter sei von einer Prellverletzung auszugehen, die erfahrungsgemäss innerhalb
von spätestens 2-3 Monaten ausheile.

Am 6. August 2012 hätten aus klinischer Sicht keine Anhaltspunkte für eine
Rotatorarmanschettenläsion bestanden. Es hätten gute Kraftverhältnisse vorgelegen und
die aktive Mobilisation sei unter Schmerzangabe vollständig möglich gewesen. Eine
Pseudoparalyse sei nicht festgestellt worden. Erst im weiteren Verlauf, anlässlich der
Untersuchung vom 17. August 2012 hätten Zeichen einer Pseudoparalyse bestanden. Es
sei nicht auszuschliessen, dass die bereits vorzustandsbedingte Partialläsion der
Supraspinatussehne innerhalb der 10 Tage zwischen diesen Konsultationen ausgeweitet
und damit die Symptomatik verstärkt habe. Spontane Ausweitungen von Läsionen der
Rotatorarmmanschette seien in der Literatur wohl bekannt.

Der heutige Zustand beziehe sich ausschliesslich auf den aktenkundigen Vorzustand. Es
sei an dieser Stelle nochmals darauf hin zuweisen, dass gemäss Vorakte V1 2011 die rechte
Schulter im Vordergrund gestanden habe. Es sei aber in Zusammenhang mit der
Schulterabklärung eine Sonographie beider Schultergelenke durchgeführt worden, wie dies
üblich sei und es sei dabei bereits eine Partialruptur der linken Supraspinatussehne

mit Erosionen am Tuberkulum

majus im Insertionsbereich

diagnostiziert worden. Es geht es halb um die Aktivierung dieses Vorzustandes. Die im August 2012 festgestellte Rotatorenmanschettenläsion links sei mit Sicherheit vorbestehend und nicht durch das Ereignis vom 28. Juni 2012 verursacht worden. Für ein krankhaft degeneratives Geschehen der linksseitigen Rotatorenmanschettenläsion

(dominanter Arm) spreche auch das gleichzeitige Vorliegen einer entsprechenden krankhaft degenerativen Veränderung rechts. Solche krankhaft degenerativen Läsionen treten meist doppelseitig und häufig ausgeprägter an der dominanten Schulter auf.

E. 3.3.1

Die versicherungsmedizinischen Beurteilungen der Dres. A.____ und B.____ sind für die streitigen Belange umfassend, wurden in Kenntnis der Vorakten abgegeben und setzen sich hinreichend mit den abweichenden ärztlichen Berichten und Einschätzungen auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und deren Beurteilungen sind schlüssig, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei. Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilungen sprechen, bestehen keine (vgl. E. 3.1.1).

Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Operation vom 4. September 2012, anlässlich derer eine Arthroskopie der linken Schulter mit Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion, Tendese der langen Bicepssehne und Acriomioplastik und Resektion AC-Gelenk durchgeführt wurde (Urk. 9/M4), nicht auf das Ereignis vom 28. Juni 2012 zurückzuführen ist, da dieses - der Einschätzung von Dr. B.____ entsprechend - aus biomechanischer Sicht nicht geeignet gewesen ist, einen die Operation indizierenden Befund, sprich die Rotatorenmanschetten-Ruptur, zu verursachen (vgl. E. 3.2.2).

E. 3.3.2

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, dass gestützt auf die Stellungnahme von Dr. B.____ davon auszugehen sei, dass die degenerative Läsion durch die Unfälle aktiviert und symptomatisch geworden sei. Eine Kontusion, wie sie die Versicherte erlitten habe, heile in der Regel nach 2-3 Monaten aus, so dass die Operation vom 4. September 2012 zumindest teilkausal auf die Ereignisse vom 17. und 28. Juni 2012 zurückzuführen seien (Urk. 1 S. 6).

Dem ist entgegenzuhalten, dass sich die Befunde von der Untersuchung vom 6. August 2012 (vgl. Urk. 9/M1) bis zur Untersuchung am 16. August 2012 (Urk. 9/M2) verschlechterten. Bei einer Aktivierung einer bis anhin stillen, krankhaft degenerativen Situation wäre - der Einschätzung von Dr. B.____ folgend - zu erwarten gewesen, dass die Beschwerden im weiteren Verlauf rückgängig gewesen wären und sich nicht ab der ersten Untersuchung am 6. August 2012 weiter verschlechterten.

Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass - sofern die Ereignisse vom 17. und 28. Juni 2012 den stillen Vorzustand überhaupt aktivierten - dies bis zur ersten Untersuchung am 6. August 2012 bereits am Abklingen war und zwischen den Untersuchungen vom 6. und 11. August 2012 eine spontane Ausweitung der Läsion der Rotatorenmanschette erfolgt ist, wie dies von Dr. B.____ beschrieben wurde.

Die versicherten Ereignisse vom 17. und 28. Juni 2012 hatten - selbst bei Annahme der Aktivierung des Vorzustandes - entsprechend mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit keine kausale Bedeutung mehr für die Operation vom 4. September 2012. Diese ist mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit aus schliesslich auf eine spontane Ausweitung der Läsion der Rotatorenmanschette nach der ersten Untersuchung am 6. August 2012 zurückzuführen. Die Leistungseinstellung per 16. August 2012 erfolgte damit grundsätzlich zu Recht.

E. 3.4

Entsprechend kann offen gelassen werden, ob, soweit die Beschwerdeführerin die Ausrichtung weiterer UVG-Leistungen beantragte (Urk. 7 S. 7), überhaupt auf die Beschwerde einzutreten ist.

4.

4.1

Art. 117 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) besagt folgendes: Hat der Krankenversicherer anstelle eines anderen Sozialversicherers zu Unrecht Leistungen ausgerichtet oder hat dies ein anderer Sozialversicherer anstelle des Krankenversicherers getan, so muss der entlastete Versicherer den Betrag, um den er entlastet wurde, dem anderen Versicherer rückvergüten, höchstens jedoch bis zu seiner gesetzlichen Leistungspflicht. Diesbezüglich hielt das Bundesgericht mit Hinweis auf die Lehre fest, dass Art. 117 KVV aus Irrtum oder Versehen ausgerichtete Leistungen des Sozialversicherers beschlage und unbesehen davon sich der Unfallversicherer auch bei Rückforderung faktisch von ihm anerkannter und übernommener Heilkosten gegenüber der Krankenkasse über den Rückkommenstitel der prozessualen Revision oder der Wiedererwägung ausweisen müsse (Urteile des Bundesgerichts 8C_290/2010 vom 21. September 2010 und 8C_512/2008 vom 14. Januar 2009, E. 3.3 je mit Hinweisen). Mit der in Art. 53 ATSG festgelegten und im Rahmen der Rückerstattung nach Art. 25 Abs. 1 Satz 1 ATSG massgeblichen Ordnung, so das Bundesgericht in den zitierten Entscheidungen, sei eine einheitliche Regelung für alle Sozialversicherungszweige geschaffen worden, wobei der Gesetzgeber betont habe, dass keine Ausnahmen vorgesehen seien. Angesichts dieser Ausgangslage seien konkretisierende Ordnungen, welche von Art. 53 ATSG abweichen würden, ausgeschlossen; allfälligen verordnungsmässigen Bestimmungen gingen mithin die Grundsätze der prozessualen Revision oder der Wiedererwägung vor. Im Übrigen habe die Regelung des ATSG als lex

posterior Vorrang gegenüber Art. 117 KVV.

Ein Rückkommen auf die faktische Leistungserbringung setzt demzufolge – unabhängig der gesetzlichen Grundlage der eigentlichen Rückforderung – voraus, dass die Voraussetzungen der prozessualen Revision (wegen vorbestandener neuer Tatsachen oder Beweismittel) oder der Wiedererwägung (wegen zweifelloser Unrichtigkeit der Leistungserbringung und erheblicher Bedeutung der Berichtigung) gegeben sind. 4. 2

4.2.1

Gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG müssen formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war. Solche neue Tatsachen

oder Beweismittel sind innert 90 Tagen nach ihrer Entdeckung geltend zu machen; zudem gilt eine absolute zehnjährige Frist, die mit der Eröffnung der Verfügung zu laufen beginnt (Art. 67 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 53 Abs. 1 ATSG; SVR 2012 IV Nr. 36 S. 140, 9C_896/2011 E. 4.2; 2012 UV Nr. 17 S. 63, 8C_434/2011 E. 3, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_549/2012 vom 12. Dezember 2012 E. 3).

Ergeben sich aus den neu entdeckten Tatsachen und Beweismitteln (lediglich) gewichtige Indizien für das Vorliegen eines prozessualen Revisionsgrundes, sind innert angemessener Frist zusätzliche Abklärungen vorzunehmen, um diesbezüglich hinreichende Sicherheit zu erhalten. In solchen Fällen beginnt die relative 90-tägige Revisionsfrist erst zu laufen, wenn die Unterlagen die Prüfung der Erheblichkeit des geltend gemachten Revisionsgrundes erlauben oder bei Säumnis in dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherungsträger den unvollständigen Sachverhalt mit dem erforderlichen und zumutbaren Einsatz hätte hinreichend ergänzen können (Urteil des Bundesgerichts 9C_896/2011 vom 31. Januar 2012 E. 4.2 mit Hinweis auf Urteil 8C_434/2011 vom 8. Dezember 2011 E. 4.2). 4.2.2

Die Beschwerdegegnerin führte aus, dass insbesondere der Bericht der Z.____ vom 20. Juni 2011 als erhebliche neue Tatsache bzw. Beweismittel im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG zu betrachten sei (Urk. 2 E. 2.8). Die Beschwerdegegnerin ersuchte die Z.____ am 16. April 2013 um Zustellung von Abklärungsberichten aus den Jahren 2008-2001 (Urk. 9/A12). Die Z.____

reichte am 24. April 2013 die Berichte vom 4. Dezember 2008, 20. Januar 2009 und 20. Juni 2011 ein (Urk. 9/V1-V3 ; vgl. Urk. 7 S. 12).

Im Bericht vom 20. Juni 2011 wurde als Nebendiagnose eine nicht-symptomatische transmurale Ruptur der ventrodistalen

Supraspinatussehne links festgehalten (Urk. 9/V1), womit die Beschwerdegegnerin seit April 2013 um den Vorzustand der Versicherten wusste und gehalten war, die zusätzlichen medizinischen Abklärungen mit dem erforderlichen und zumutbaren Einsatz zügig voranzutreiben. Die Beschwerdegegnerin holte rund ein Jahr später, nämlich im April 2014 den Bericht von Dr. A.____

und im Juli 2014 den Bericht von Dr. B.____

ein (Urk. 9/M33 und Urk. 9/M36). Dies wäre ihr allerdings bereits erheblich früher zumutbar gewesen. Daran ändert nichts, dass die Versicherte nach Eingang der Vorakten einen Vorzustand betreffend die linke Schulter in Abrede stellte (vgl. Urk. 9/A15), da der Bericht vom 20. Juni 2011 genügend Anlass für weitere Abklärungen gegeben hätte.

Hinzu kommt, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungen Ende 2013 einstellte, da damals klar geworden sei, dass die Fallübernahme zu Unrecht erfolgt sei. Die letzte Heilbehandlung sei am 31. Januar 2014 abgerechnet worden (Urk. 7 S. 12).

Selbst wenn man entsprechend zugunsten der Beschwerdegegnerin davon ausgehen würde, dass die 90-tägige Revisionsfrist erst ab dem 1. Januar 2014 zu laufen begann, so ist sie bei Verfügungserlass am 9. Mai 2014 (Urk. 9/A33) bzw. 12. Januar 2015 (Urk. 9/A47) dennoch längst abgelaufen. 4.3 4.3.1

Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig

sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Zweifellose Unrichtigkeit liegt vor, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass der Verwaltungsakt unrichtig war. Es darf nur ein einziger Schluss - derjenige auf dessen Unrichtigkeit - möglich sein, wobei die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung massgebend ist (BGE 126 V 399 E. 2b/ bb S. 401, 125 V 383 E. 3 S. 389 f. und E. 6a S. 393; SVR 2006 UV Nr. 17 S. 60 E. 5.2 [U 378/05]; Urteil des Bundesgerichts 8C_862/2010 vom 4. Januar 2011 E. 3). Zweifellose Unrichtigkeit liegt in der Regel vor, wenn eine Leistungszusprechung auf Grund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung in Bezug auf gewisse Schritte und Elemente notwendigerweise Ermessenszüge aufweist (SVR 2010 AHV Nr. 12 S. 42 E. 3.7 [9C_1094/2009], IV Nr. 5 S. 10 E. 2.2 [8C_1012/2008], 2006 UV Nr. 17 S. 60 E. 5.3 [U 378/05]; Urteil des Bundesgerichts 8C_171/2011 vom 1. September 2011 E. 3 mit Hinweisen). Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der Leistungszusprechung dargeboten hat, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Rechtsprechungsgemäss ist eine Verfügung unter anderem dann zweifellos unrichtig, wenn ihr ein unhaltbarer Sachverhalt zugrunde gelegt wurde, insbesondere, wenn eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes zu einem unvollständigen Sachverhalt führte (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Urteile des Bundesgerichtes 9C_33/2014 vom 26. März 2014 E. 1 und 9C_928/2010 vom 7. Februar 2010 E. 3.4.1, je mit Hinweisen). 4.3.2

Gestützt auf die Berichte der Z. ____ vom 6. und 16. August 2012 sowie vom 5. September 2012, welche jeweils die Ereignisse vom 17. und 28. Juni 2012 als ursächliche Ereignisse für die Schulterbeschwerden anführten (vgl. Urk. 9/M1-M2; Urk. 9/M4), erscheint die Leistungsausrichtung

bis Ende 2013 durch die Beschwerdegegnerin nicht als zweifellos unrichtig. Ein Wiedererwägungsgrund ist damit nicht erstellt.

4.4

Zusammenfassend erfolgte die rückwirkende Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin mangels Rückkommenstitel zu Unrecht. Die faktische Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin per Ende Dezember 2013 ist hingegen nicht zu beanstanden. 5.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens kann offengelassen werden, ob die Beschwerdegegnerin als Trägerin einer Sozialversicherung befugt ist, gegen über gleichgestellten Trägern eines anderen Sozialversicherungszweiges verfügungsweise über Rechte und Pflichten zu befinden (vgl. BGE 130 V 215 E. 5.3, 120 V 489 E. 1a; Urteil des Bundesgerichts U 177/01 vom 23. November 2001 E. 2a mit Hinweisen). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird, soweit darauf einzutreten ist, in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 29. Februar 2016 aufgehoben und festgestellt wird, dass die Versicherungsleistungen nach UVG im Zusammenhang mit den Ereignissen vom 17. und 28. Juni 2012 per 31. Dezember 2013 eingestellt werden. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Helsana Versicherungen AG - AXA
Versicherungen AG - X.____ - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Die Gerichtsschreiberin HurstSchwegler

E. 7

unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/M1-M5;

Urk. 8/A1; Urk. 8/PR1-PR7; Urk. 8/Leistungsübersicht; Urk. 9/P1-P5; Urk. 9/A1-A55; Urk. 9/V1-V8; Urk. 9/M1-M36), worüber die Beschwerdeführerin am 2 5. August 2016 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 10). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

E. 10

UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/20

E. 13

vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

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