

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00139 vom 14. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00139

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00139 du 14 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00139 del 14 marzo 2018

Erwägungen

E. 1.1

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).

Das hier zu beurteilende Unfallereignis hat sich am 30. September 2013 zuge tragen, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Am 23. Juni 2015 meldete die Arbeitslosenkasse des Kantons Zürich der Suva betreffend der zwischenzeitlich arbeitslos gewordenen X.____ einen Rückfall per 1. April 2015 (Urk. 8/36, vgl. auch Urk. 8/45/19). Die Suva verneinte mit Verfügung vom 26. November 2015 (Urk. 8/65) ihre diesbezügliche Leistungspflicht mangels eines Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 30. September 2013 und den geltend gemachten Beschwerden (Urk. 8/65). Die von der Versicherten dagegen erhobene Einsprache (Urk. 8/68) wies sie mit Entscheid vom 17. März 2016 (Urk. 2) ab.

E. 1.2.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 entfiere (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).

E. 1.2.2

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 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).

E. 1.3

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).

E. 1.4

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine).

E. 1.5

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die versicherungsinterne ärztliche Beurteilung zu entscheiden. Allerdings sind in solchen Fällen an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen eine versicherungsexterne Begutachtung anzuordnen ist (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 2

Hiergegen erhob X. ____

mit Eingabe vom 15. April 2016 (Urk. 1/1), direkt bei der Suva eingegangen und von dieser mit Schreiben 31. Mai 2016 (Urk. 3) einschliesslich Übersetzung (Urk. 1/2) dem Sozialversicherungsgericht überwiesen, Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 17. März 2016 sowie die Zusprache der gesetzlichen Leistungen. Die Suva ersuchte in ihrer Beschwerdeantwort vom

6. Juli 2016 (Urk. 7) um Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 1. Juli 2016 (Urk. 9) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1.1

Auf Zuweisung der am Unfalltag erstbehandelnden Dr. med. A.____, FMH Physikalische Medizin, wurden am 1. Oktober 2013 im Röntgeninstitut B.____ verschiedene Röntgenaufnahmen angefertigt (Urk. 8/6). Laut Bericht von Dr. med. C.____, Facharzt für Radiologie FMH, vom selben Datum zeigten sich im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) eine geringe linkskonvexe flachbogige Skoliose und eine Streckhaltung/Steilstellung der HWS in Neutralstellung. Eine darüberhinausgehende segmentale Gefügestörung liege nicht vor. Es bestehe ein unauffälliger Knochen- und Gelenkbefund und es habe keine Fraktur nachgewiesen werden können.

Die Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) ergab ebenfalls keinen Frakturachweis. Es zeigten sich eine Hyperlordose und eine geringe s-förmige Skoliose sowie eine geringe Osteochondrose und Spondylolisthesis mit Antelisthesis von LWK5 gegenüber S1 um wenige Millimeter. Abgesehen von Arthrosen der Iliosakralgelenke (ISG) sei der Knochen- und Gelenkbefund unauffällig.

Im Bereich der rechten Schulter, des rechten Ellenbogens, des rechten Knies und des linken oberen Sprunggelenks (OSG) wurde ebenfalls ein unauffälliger Knochen- und Gelenkbefund erhoben. Es präsentierten sich weder Frakturen noch osteochondrale Läsionen oder degenerative Veränderungen. Hinweise auf Gelenkergüsse und Weichteilverkalkungen wurden verneint.

Am rechten Daumen bestehe allenfalls eine diskrete Arthrose im Endgelenk. Ansonsten sei der Knochen- und Gelenkbefund unauffällig.

E. 2.1.2

Im Arzzeugnis vom 15. Januar 2014 (Urk. 8/20) hielt Dr. A.____ zur Anamnese fest, die Beschwerdeführerin sei bei der Arbeit auf dem Boden ausgerutscht und dabei auf die rechte Seite gefallen. Sie nannte als objektiven klinischen Befund ausgedehnte muskuläre Verspannungen cervical beidseits, weniger auch lumbal, mit schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit der HWS und LWS sowie Druckdolenzen subacromial rechts und im Bereich des Epicondylus humeri

radialis rechts. Röntgenologisch bestünden keine ossären Läsionen im Bereich der HWS und LWS, der Schulter und des Ellenbogens sowie des linken OSG. Dr. A.____ nannte als Diagnosen ein posttraumatisches Cervicolumbovertebralsyndrom und eine posttraumatische Periarthritis humeroscapularis (PHS) rechts sowie Kontusionen am rechten Ellenbogen, am linken OSG, am rechten Knie und am rechten Daumen. Sie verordnete eine physikalische Therapie (letztmals am 2. April 2014, Urk. 8/31) und bescheinigte vom 1. Oktober 2013 bis 12. Januar 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Ab dem 13. Januar 2014 sei der Beschwerdeführerin die Arbeitsaufnahme vollzuzumutbar (vgl. auch Unfallschein, Urk. 8/30).

E. 2.1.3

Anfang April 2014 erfolgten auf Veranlassung von Dr. A.____ weitere radiologische Untersuchungen im Röntgeninstitut B.____.

Das Arthro -MRI der rechten Schulter vom 1. April 2014 brachte gemäss dem Radiologen Dr. C.____ eine Tendinitis und eine geringfügige, oberflächliche, artikulare, partielle Läsion der Supraspinatussehne im ventralen Sehnendrittel zur Darstellung. Ausserdem bestünden eine Arthrose des Acromioclavicularge lenks (AC) und eine leichtgradige subacromiale Bursitis. Es liege ein akzessorischer Buford-Komplex vor. Ansonsten präsentiere sich die Bildgebung unauffällig (Urk. 8/34 S. 1).

Im MRI der LWS vom 1. April 2014 präsentierten sich laut Dr. C.____ eine Hyperlordose, geringe Facettengelenksarthrosen LWK

E. 2.1.4

In ihrem Bericht vom 20. Mai 2014 an die Beschwerdegegnerin (Urk. 8/33) nannte Dr. A.____ im Wesentlichen unveränderte Diagnosen und führte aus, unter physikalischer Therapie sei es zu einer langsamen Rückbildung der Rückenschmerzen gekommen. Es bestünden noch belastungsabhängige Schmerzen der rechten Schulter bei partieller Läsion der Supraspinatussehne, wobei die Beschwerdeführerin aber in ihrem Alltag nicht wesentlich beeinträchtigt sei. Die Prognose sei gut. Die Behandlung sei abgeschlossen und die Beschwerdeführerin habe ihre Arbeit am 13. Januar 2014 wieder zu 100 % aufgenommen.

Laut Unfallschein erfolgte die (vorerst) letzte Konsultation bei Dr. A.____ am 25. April 2014 (Urk. 8/30).

E. 2.2

.7

Kreisärztin Dr. med. I.____, FMH Chirurgie, verneinte am 18. November 2015 (Urk. 8/50) einen kausalen Zusammenhang der ab 1. April 2015 geltend gemachten Beschwerden mit dem Unfall vom 30. September 2013. Der angegebene Sturzmechanismus sei nicht geeignet, eine Supraspinatussehnenverletzung zu bewirken, so dass die dokumentierte Veränderung degenerativer Natur sei bei AC-Gelenksarthrose. Betreffend Kniegelenk, HWS, Daumen und Ellenbogen sei röntgenologisch keine Fraktur dokumentiert, entsprechend handle es sich um Prellungen, welche in der Regel innerhalb von ein paar Tagen beziehungsweise Wochen folgenlos abheilen.

In der im Einspracheverfahren ergangenen kreisärztlichen Aktenbeurteilung vom 18. Dezember 2015 (Urk. 8/71 S. 4) führte Dr. I.____ ergänzend aus, die im MRI (Bildgebung vom 1. April 2014) festgestellte oberflächliche artikulare, partielle Läsion der Supraspinatussehne sei nicht mit der geforderten überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das geschilderte Unfallereignis gemäss Her gangsschilderung anlässlich der Befragung vom 13. November 2015 (vgl. Urk. 8/64) zurückzuführen. Gemäss wissenschaftlicher Literaturrecherche seien nur andere (näher beschriebene) Unfallmechanismen geeignet, eine Rotatoren manschettenruptur zu verursachen. Entsprechend habe die Beschwerdeführerin beim Sturz eine Schulterprellung erlitten. Die beschriebenen Veränderungen, eine artikulare, partielle

Rotatorenmanschettenruptur, seien vorbestehend gewesen und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativer Natur.

Das lumbospondylogene Schmerzsyndrom sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Sturzereignis zurückzuführen. Am 1. April 2014 sei eine MRI-Untersuchung der

LWS erfolgt, wobei ausschliesslich degenerative Veränderungen dokumentiert worden seien; eine frische traumatische strukturelle Läsion, welche auf den Sturz zurückzuführen sei, könne nicht postuliert werden. Entsprechend könne es beim Sturz zu einer Wirbelsäulenprellung gekommen sein, welche jedoch ohne strukturelle Verletzungen in der Regel innerhalb von ein paar Wochen folgenlos abheile. Entsprechend sei der Behandlungsabschluss gemäss Dr. A. ___ bezüglich der Sturzfolgen gut sechs Monate nach dem Ereignis erfolgt (Bericht vom 20. Mai 2014). Gegenüber der Aussendienstmitarbeiterin habe die Beschwerdeführerin weiterhin Fusschmerzen rechts angegeben. Dabei müsse gesagt werden, dass Fusschmerzen rechts gemäss vorliegenden medizinischen Aktenlage erstmals dokumentiert seien. Bei der Erstbehandlung am Unfalltag seien keine Beschwerden am rechten Fuss dokumentiert worden, sondern lediglich im Bereich des rechten Kniegelenks und des linken oberen Sprunggelenks. Auch hier sei ein radiologischer Frakturausschluss erfolgt. In den aktuellen Berichten der Universitätsklinik E. ___ Orthopädie/Rheumatologie seien keine Beschwerden im Bereich des rechten Fusses dokumentiert. Da rechtzeitig keine Verletzung dokumentiert sei, seien die aktuellen Fussbeschwerden nicht mit der geforderten überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Sturzereignis vom 30. September 2014 (richtig: 2013) zurückzuführen. 3. 3.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin aus dem Unfallereignis vom 30. September 2013 für die ab dem 1. April 2015 geltend gemachten gesundheitlichen Beschwerden leistungspflichtig ist. In diesem Zusammenhang ist nicht ausschlaggebend, ob diese Beschwerden als Rückfall oder als Teil des fortdauernden Grundfalls gesehen werden. Bei beiden Konstellationen müssen die Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang (vgl. E. 1.2 und E. 1.3 hiervor) zum Unfallereignis vom 30. September 2013 stehen; die unterschiedliche Beweislastverteilung beim Nachweis der natürlichen Kausalität wirkt sich im vorliegenden Fall letztlich nicht entscheidungswesentlich aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_282/2007 vom 8. Februar 2008 E. 2). 3.2

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. März 2016 (Urk. 2) basiert auf den Aktenbeurteilungen von Dr. I. ___ vom 18. November und 18. Dezember 2015 (vgl. E. 2.2.7 hiervor). Die zur Beurteilung der Unfallkausalität beigezogene Kreisärztin legte gestützt auf die Akten, insbesondere unter Berücksichtigung der Ergebnisse der bildgebenden Untersuchungen und des von der Beschwerdeführerin geschilderten Unfallhergangs, nachvollziehbar und schlüssig dar, dass die ab dem 1. April 2015 geltend gemachten Beschwerden nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 30. September 2013 zurückzuführen sind.

Soweit Dr. I. ___ die Unfallkausalität der rechtsseitigen Schulterbeschwerden unter Hinweis auf den von der Beschwerdeführerin beschriebenen Unfallhergang verneinte, wird dies gestützt durch die S2e-Leitlinie „Rotatorenmanschette“ (Registernummer: 033-041, Version März 2017) der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in Deutschland (abrufbar unter www.awmf.org), wonach unfallbedingte Rupturen der Rotatorenmanschette durch potenziell geeignete Verletzungsmechanismen entstehen

können. Dabei handelt es sich um exzentrische Belastungen kontrahierter Anteile der Rotatorenmanschette (z.B. bei passiv forcierter Aussen- oder Innenrotation beim Festhalten im Rahmen eines Sturzes), passive Traktionen nach kaudal (z.B. beim Auffangen eines schweren Gegenstandes) oder axiale Stauungen nach kranioventral oder ventromedial

(z.B. bei einem Sturz auf den nach hinten gestreckten Arm). Alternativ kommt es bei älteren Patienten im Rahmen traumatischer Schultergelenkluxationen typischerweise zu Rupturen der Supraspinatus- und/oder der Subscapularissehne (S. 7 der Leitlinie). Vorliegend liegt weder einer der oben beschriebenen Verletzungsmechanismen noch eine Schulterluxation vor, sondern ein einfacher Anprall der Schulter. Ein solcher ist nach einhelliger fachärztlicher Ansicht aber nicht geeignet, eine Verletzung der Rotatorenmanschette zu bewirken (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_100/2016 vom 17. Mai 2016 E. 5 mit Hinweisen).

Sodann steht die Feststellung der Kreisärztin, es fehle im Bereich des Rückens am Nachweis einer (frischen) traumatischen strukturellen Läsion, welche auf den Sturz vom 30. September 2013 zurückzuführen sei, im Einklang mit den Ergebnissen der durchgeführten radiologischen Untersuchungen (vgl. E. 2.1.1, E. 2.1.3 und E. 2.2.3 hiervor). Vor diesem Hintergrund ist mit Dr. I.____ davon auszugehen, dass es infolge des Unfalls lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden Beschwerden gekommen und eine richtunggebende Verschlimmerung durch die Akten nicht belegt ist. Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens jedoch nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_571/2015 vom 14. Oktober 2015 E. 2.2.3). Die Behandlung bei Dr. A.____ wurde denn auch Ende April 2014 – mithin sieben Monate nach dem Unfallereignis vom 30. September 2013 – abgeschlossen. Von diesen allgemeinen Erkenntnissen abzuweichen besteht vorliegend umso weniger Anlass, als die Kontusion nach Lage der Akten nicht besonders schwer gewesen sein dürfte.

Anhaltspunkte dafür, dass das Sturzereignis von Ende September 2013

für die übrigen gesundheitlichen Beschwerden – mithin für die Beschwerden am rechten Knie, am rechten Fuss, an der rechten Hand und am Gesicht (vgl. E. 2.2.6 hiervor) – verantwortlich

wäre, sind in den Akten nicht greifbar und wurden auch von der Beschwerdeführerin nicht benannt. 3.3

Ärztliche Einschätzungen, welche den Standpunkt der Beschwerdeführerin (Urk. 1, Urk. 8/68) stützen und auch nur geringe Zweifel an der kreisärztlichen Kausalitätsbeurteilung von Dr. I.____ zu begründen vermögen, sind nicht aktenkundig. Während Dr. F.____ in seinem neurologischen Bericht vom 10. Juni 2015 (vgl. E. 2.2.2 hiervor) weder einen Unfall noch einen Kausalzusammenhang zu einem spezifischen Ereignis erwähnte und die Ärzte der Universitätsklinik E.____ sich nicht für eine Unfallkausalität der gesundheitlichen Beschwerden insbesondere an der rechten Schulter aussprachen (vgl. insbesondere E. 2.2.5 hiervor), stuft Dr. A.____ die ihr gegenüber ab April 2015 erneut geklagten Schmerzen im rechten Schultergelenk im „Arztzeugnis UVG für Rückfall“ vom 7. August 2015 (vgl. E. 2.2.4 hiervor) zwar als unfallkausal ein. Indes lieferte sie keine Begründung für den postulierten Kausalzusammenhang zwischen der partiellen Läsion der Supraspinatussehne und dem Unfallereignis vom 30. September 2013, weshalb auf ihre Einschätzung nicht abgestellt werden kann.

Der Unfallversicherer hat sodann nicht nach allfälligen unfallfremden Auslösern einer Gesundheitsschädigung zu suchen. Als Tatfrage muss die natürliche Kausalität vielmehr positiv mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein erforderlichen Beweisgrad der

überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein, um eine Haftung des Unfallversicherers zu begründen (vgl. E. 1.2.1 hiervor). Dazu genügt es nicht, dass für eine gesundheitliche Beeinträchtigung abgesehen vom versicherten Ereignis keine andere Ursache genannt werden kann (Urteil des Bundesgerichts U 286/00 vom 26. Juli 2002 E. 4b).

Auch mit dem Vorbringen, sie sei vor dem Unfall vom 30. September 2013 gesund gewesen und habe keinerlei Schmerzen an ihrer rechten Körperseite verzeichnet (Urk. 8/68/1), vermag die Beschwerdeführer in nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Denn die Argumentation nach der Formel „post hoc ergo propter hoc“, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Beweis natürlicher Kausalzusammenhänge nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, Urteil des Bundesgerichts 8 C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

E. 2.2.2

Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Neurologie, untersuchte die Beschwerdeführerin am 9. Juni 2015 und diagnostizierte in seinem Bericht an Dr. A.____

vom Folgetag (Urk. 8/49) einen diskreten, diagnostisch nicht eindeutig zuordenbaren Tremor der rechten Hand (wahrscheinlich essentieller Tremor), bezüglich dessen sich aktuell keine therapeutischen Konsequenzen ergäben. Die Beschwerdeführerin klagte vor allem über eine

Zerviko-Brachialgie rechts. Auf Grund der Angabe von nächtlichen Einschlafgefühlen habe er eine Medianus neurographie durchgeführt, welche jedoch keine Hinweise auf ein Karpaltunnelsyndrom ergeben habe. Das Beschwerdebild dürfte somit zerviko-radikulär bedingt sein. Der neurologische Befund sei unauffällig gewesen, so dass eine relevante Läsion einer zervikalen Wurzel nicht anzunehmen sei.

E. 2.2.3

Im Bericht der Rheumatologie der Universitätsklinik E.____ vom 17./18. Juni 2015 (Urk. 8/62/6-8) führten Dr. med. G.____, Oberärztin, und Dr. med. H.____, Assistenzarzt, aus, vordergründig für die Beschwerdeführerin seien seit einem Unfall im September 2013 aufgetretene rechtsseitige Schulterschmerzen und von geringerem Leidensdruck seither bestehende rechtsseitige lumbale Rückenschmerzen sowie diffuse Beschwerden mit Ameisenlaufen, Schwäche und Schwellung des rechten Fusses. Bisherige Abklärungen mittels Arthro-MRI der rechten Schulter hätten eine partielle Ruptur der Supraspinatussehne und eine Bicipitendinopathie sowie degenerative Veränderungen der unteren LWS ohne morphologisches Korrelat für die ausstrahlenden Beschwerden der rechten unteren Extremität ergeben. In der aktuellen klinischen Untersuchung hätten sich eine schmerzhafte Funktionsprüfung der Supraspinatussehne und eine Druckdolenz des Sulcus

bicipitalis sowie Druckdolenz der lumbalen und thorakalen Wirbelsäule bei guter Wirbelsäulenbeweglichkeit gezeigt. Im Bereich der HWS bestünden vorwiegend über Rotation endgradig kontralateral auslösbare Schmerzen. Der Neurostatus falle unauffällig aus (S. 3).

Nach ergänzenden Untersuchungen stellten die Ärzte der Rheumatologie der Universitätsklinik E.____ folgende Diagnosen (Sprechstundenberichte vom 18./19. August [Urk. 8/62/4-5] und 3. November 2015 [Urk. 8/62/2-3]): - Chronische Schulterschmerzen

rechts - Status nach Sturz am 30. September 2013 - Röntgen Schulterstatus rechts vom 5. Januar 2015: keine wesentlichen degenerativen Veränderungen. Normales AC-Gelenk. - Arthro-MRI Schulter rechts vom 1. April 2014 (aktenanamnestisch, Röntgeninstitut B.____): Tendinitis und geringfügige oberflächliche artikulare partielle Läsion der Supraspinatussehne im ventralen Sehnendrittel. AC-Arthrose, leichtgradige subacromiale Bursitis. - Infiltration diagnostisch/therapeutisch subacromial und glenohumeral rechts am 6. Januar 2015: Nach einer Viertelstunde Schmerzprogredienz von 5,5 auf 8 Punkte. Nach 3 bis 4 Tagen Beschwerdereduktion bis zur annähernden Beschwerdefreiheit für 5 Wochen - Labor vom 17. Juni 2015: CRP 1,9 mg/l, BSR 20mm/ std. , TSH basal normwertig, CK und Myoglobin normwertig, Leber- und Nierenfunktion normwertig - Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts - MRI LWS vom 1. April 2014 (aktenanamnestisch, Röntgeninstitut B.____): Hyperlordose, geringe Facettengelenksarthrose LWK4 - SWK1 und degenerierte Bandscheiben LWK2 - SWK1 - Röntgen HWS und Dens vom 7. Juni 2015: multisegmentale leichte Spondylarthrose und Unkovertebralarthrosen ohne foraminale Stenose, die paravertebralen Weichteile sind unauffällig. Keine postentzündlichen Veränderungen - Röntgen Becken ap vom 17. Juni 2015: keine degenerativen, keine postentzündlichen Veränderungen - Ruhetremor unklarer Ätiologie Arm rechts - anamnestisch neurologische Abklärung unauffällig - Vitamin D-Mangel - Labor 17. Juni 2015: 25-OH-Vitamin D > 20 nmol/l

Mittels Physiotherapie konnten gemäss Angaben der Dres. G.____ und H.____ keine wesentlichen Erfolge erzielt werden (Urk. 8/62/3; vgl. auch Verordnung Physiotherapie vom 3. November 2015, Urk. 8/62/1-2).

E. 2.2.4

Im „Arztzeugnis UVG für Rückfall“ vom 7. August 2015 (Urk. 8/41) vermerkte Dr. A.____ eine Erstbehandlung vom 10. April 2015, anlässlich welcher die Beschwerdeführerin über eine erneute Zunahme der Schmerzen des rechten Schultergelenks geklagt habe. Dr. A.____ nannte als Befund ausgeprägte Druckdolenzen

subakromial mit stark eingeschränkter Beweglichkeit der rechten Schulter und diagnostizierte eine posttraumatische Periarthritis humeroscapularis (PHS) rechts mit partieller Läsion der Supraspinatussehne. Sie hielt fest, dass es sich dabei um Folgen des Ereignisses vom 30. September 2013 handle, und postulierte einen Rückfall per 1. April 2015 mit seither bestehender Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

Gemäss Unfallschein (Urk. 8/45/22) lag ab dem 14. September 2015 keine Arbeitsunfähigkeit mehr vor (zum Wegfall der Arbeitsunfähigkeit vgl. auch das Schreiben des Sohnes der Beschwerdeführerin vom 21. September 2015, Urk. 8/45/25-36).

E. 2.2.5

Mit Betreff Unfallschein teilte Dr. H.____ der Beschwerdeführerin am 31. August 2015 (Urk. 8/45/17) mit, zur Stellungnahme bezüglich des Unfalls solle sie die eingereichten Unterlagen den Ärzten senden, welche sie diesbezüglich betreut hätten. Die Ärzte der Universitätsklinik E.____ hätten sie rheumatologisch beurteilt und könnten zum Unfall keine Arbeitsunfähigkeit ausstellen beziehungsweise dokumentieren.

Im Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 18. September 2015 (Urk. 8/48) führte Dr. H.____ aus, anamnestisch beklage die Beschwerdeführerin seit einem Sturz am 30. September 2013 bestehende rechtsseitige Schulterschmerzen mit Schwäche der rechten

oberen Extremität. Von geringerem Leidensdruck sei en ebenfalls seither aufgetretene lumbal rechtsbetonte Schmerzen und damit vergesellschaftet eine Schwäche der rechten unteren Extremität mit fluktuieren dem Einschlafen und Schwellung des rechten Fusses. Seit 1.5 Jahren besuche sie eine Physiotherapie mit vorwiegend passiven Techniken mittels Massage und Strom-Behandlung. Nach schulterorthopädischer Beurteilung im E.____ seien im Januar glenohumerale und subacromiale Infiltrationen erfolgt, welche eine annähernde Beschwerdefreiheit für fünf Wochen bewirkt hätten. Aktuell seien die Schulterschmerzen rechts erneut auf ähnlichem Niveau wie vor der Infiltration. Seit den Infiltrationen bestehe ein fluktuierendes Zittern der rechten Hand, welches neurologisch abgeklärt worden sei. Dr. H.____ nannte als Diagnose chronische Schulterschmerzen rechts bei Status nach Sturz am 30. September 2013 und beantwortete die Frage nach dem Vorliegen von Unfallfolgen mit (-----).

E. 2.2.6

Anlässlich des Gesprächs mit einer Aussendienstmitarbeiterin der Beschwerde gegnerin vom 13. November 2015 (Bericht vom selben Datum, Urk. 8/64) schilderte die Beschwerdeführerin unter anderem den Unfallhergang vom 30. September 2013 und erklärte dabei, sie sei beim Wischen mit dem Mop auf einer Traubenbeere ausgerutscht und den Stiel in den Händen haltend heftig rückwärts seitlich auf ihre rechte Schulter gestürzt. Am Boden angelangt sei sie in dieser Position noch nach vorne gerutscht (S. 1). Die Beschwerdeführerin schilderte Schmerzen am Rücken und an der rechten Schulter (mit Ausstrahlung in Brust/Rücken) sowie Beschwerden am rechten Knie und am rechten Fuss. Am rechten Ellenbogen verzeichne sie keine Schmerzen mehr; es habe sich um Sturzschmerzen gehandelt. Weiter seien die rechte Hand und das Gesicht seit dem Unfall angeschwollen (S. 2 f.). Vor dem Unfall sei sie beschwerdefrei gewesen (S. 4).

E. 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, zuzu stellen.

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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubSenn-Buchter

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