

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00010

vom 8. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00010

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00010 du 8 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00010 del 8 novembre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1966, war ab November 2015 bei der A.____ GmbH als Pizzaiola angestellt und dadurch obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert (vgl. Urk. 20/A1). Am 24. Februar 2016 verlor die Versicherte gemäss Unfallmeldung vom 7. März 2016 bei der Arbeit kurzzeitig das Bewusstsein und stürzte auf ihre linke Schulter und den Hals (Urk. 20/A1). Die Erstbehandlung fand stationär im Spital B.____ statt und dauerte ab dem Unfalltag bis zum 26. Februar 2016, wobei die Ärzte der Klinik eine leichte traumatische Hirnverletzung, eine Synkope und eine Kontusion der Schulter links diagnostizierten (Urk. 20/M1). Ab dem Unfalltag bestand eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 20/M2-6). Der Unfallversicherer, die Solida Versicherungen AG (nachfolgend: Solida), anerkannte die Leistungspflicht für die Sturzfolgen (Urk. 20/A5.2; vgl. auch Urk. 20/A7, Urk. 20/A8). Nachdem die Hausärztin Dr. C.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin, fortdauernd eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte (vgl. Urk. 20/M2-6, Urk. 20/M7.3, Urk. 20/M8), holte die Solida bei Dr. D.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, die versicherungsmedizinische Stellungnahme vom 4. Mai 2016 ein (Urk. 20/M9) und erliess am 20. Juni 2016 die Verfügung, mittels der sie die Versicherungsleistungen ab dem 23. Juni 2016 einstellte (Urk. 20/A27).

Dagegen erhob der Krankenversicherer von X.____, die Progrès Versicherungen AG, am 28. Juni 2016 Einsprache (Urk. 20/A28). Am 19. August 2016 erhob auch die Versicherte Einsprache gegen die Verfügung vom 20. Juni 2016 (Urk. 20/A44). Sie wies darin namentlich auf die Beurteilung von Dr. E.____, Leitender Arzt Traumatologie des Stadtspitals F.____, hin (vgl. Urk. 20/M14 f.). Die Solida holte in der Folge die weitere Stellungnahme von Dr. D.____ vom 13. September 2016 ein (Urk. 20/M16) und nahm auch den Bericht von Dr. G.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 22. September 2016 zu den Akten (Urk. 20/M17). Am 25. November 2016 erliess sie den Einspracheentscheid, mit dem sie die Einsprache abwies (Urk. 2 = Urk. 20/A48).

E. 1.1

Gemäss Absatz 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015, das heisst vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bis herigem Recht gewährt, weshalb im Folgenden die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Rechtslage massgebend ist und die bis dann in Kraft gestandenen Rechtsnormen genannt werden.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 UVG werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat hat sodann gestützt auf Art. 6 Abs. 2 UVG Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbezogen (Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung; UVV).

E. 1.3

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (BGE 129 V 402 E. 2.1).

E. 1.4

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 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).

E. 1.5

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 Überwiegen der 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 hier bei 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).

E. 1.6

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 (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. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 25. November 2016 erhob die Versicherte am 13. Januar 2017 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es sei die Solida zu verpflichten, ihr auch nach dem 23. Juni 2016 und bis auf Weiteres Versicherungsleistungen zu gewähren. Eventualiter seien durch einen Facharzt in den Bereichen Traumatologie oder Schulter-Orthopädie erneut medizinische Abklärungen durchzuführen (Urk. 1). Am 11. April 2017 ergänzte die Versicherte die Beschwerde (Urk. 13 und Urk. 14/11-13). Die Solida beantragte mit der

Beschwerdeantwort vom 22. Mai 2017 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 19). Diese wurde der Versicherten am 24. Mai 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 22).

Auf die Ausführungen der Parteien und die Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zu ihrem Entscheid aus, Dr. D.____ habe in seinen Stellungnahmen nachvollziehbar dargelegt, dass das Vorliegen einer Supraspinatussehnenruptur kein Nachweis für die Unfallkausalität der geklagten Beschwerden sei. Eine solche Läsion könne ebenso eine degenerative Ursache haben. Sodann sei Dr. D.____ mit überzeugenden Darlegungen zum Schluss gekommen, dass die von Dr. E.____ erwähnte SLAP-Läsion durchaus wahr scheinlich sei. Allerdings handle es sich dabei ebenso wenig um einen spezifisch traumatischen Befund, was auch Dr. E.____ bestätigt habe. Bezüglich der Schulterbeschwerden sei die Unfallkausalität somit nicht gegeben. Der Umstand, dass diese erst nach dem Unfall aufgetreten seien, sei kein genügender Kausalitätsnachweis. Konkrete Anhaltspunkte für eine traumatische Ursache hätten nicht festgestellt werden können. Die blosser Möglichkeit, dass es sich um eine durch den Unfall verursachte Schädigung handle, genüge nicht. Insgesamt ergebe sich, dass die von der Beschwerdeführerin ab dem 1. April 2016 geklagten Beschwerden unfallfremd seien, weswegen die Leistungseinstellung per 23. Juni 2016 gerechtfertigt sei. Bezüglich der linken Schulter sei der status quo sine und bezüglich der Schädelkontusion sei der status quo ante und damit das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung des Unfalles erreicht. Die von der Beschwerdeführerin neu geklagten Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule seien nicht unfallkausal. Es fehlten Anzeichen für traumatisch bedingte Veränderungen im Bereich der Halswirbel, weswegen eine richtunggebende Verschlimmerung ausgeschlossen sei. Vielmehr bestünden klare Anzeichen für einen degenerativen Prozess (Urk. 2 S. 8 ff. Urk. 19 S. 12 ff.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, auf die Stellungnahmen von Dr. D.____ könne nicht abgestellt werden. Dr. E.____ habe dargelegt, dass die andauernden Schulterbeschwerden sehr wohl traumatischer Art sein könnten. Ausserdem habe Dr. E.____ darauf hingewiesen, dass vor dem Unfall keine Schulterbeschwerden aufgetreten seien. Laut dem Arzt seien sodann auf dem MRI vom April 2016 keine degenerativen Veränderungen an der Supraspinatussehne erkennbar, sondern Anzeichen für eine traumatische Verletzung. Auch die per fekte Muskelqualität spreche nicht für die Folgen eines degenerativen Prozesses, sondern für ein Trauma. Obschon eine Läsion der Supraspinatussehne auch degenerativ bedingt sein könne, bestehe trotz des bereits zurückgelegten 40. Altersjahres kein Anlass, die Verletzung zwingend der Folge einer Degeneration zuzuschreiben. Auch Dr. G.____ sei zum Schluss gekommen, dass von unfallbedingten Beschwerden auszugehen sei. Aufgrund des direkten zeitlichen Zusammenhangs zwischen dem Sturz am 24. Februar 2016 und dem Auftreten der Schmerzen an der zuvor beschwerdefreien linken Schulter sei die Annahme eines Kausalzusammenhangs durch den gesunden Menschenverstand geboten. Eine Leistungspflicht bestehe sodann auch bei unfallähnlichen Körperschädigungen. Bei der angerissenen Supraspinatussehne handle es sich um eine entprechende Verletzung, die gemäss der Beurteilung der Dres. E.____ und G.____ nicht eindeutig einer Erkrankung

zuzuschreiben seien. Die von Dr. G.____ diagnostizierten Myogelosen seien als Nebenbefunde ebenfalls zu übernehmen. Zwischenzeitlich sei eine komplexe somatische Dysfunktion der schulterführenden Muskulatur aufgetreten. Beteiligt sei nunmehr auch die rechte Schulter. Die Behandlung leite Dr. H.____, Leitender Arzt Sport medizin der Klinik I.____. Im Zusammenhang mit der Schmerzlokalisierung sei eine etwaige Beteiligung der Halswirbelsäule geprüft worden und habe sich in der Folge bestätigt. Es sei davon auszugehen, dass es im Rahmen des Unfalls zu einer Diskusprotrusion im Segment C5/6 gekommen sei. Es liege damit nicht nur eine Schulter- sondern auch eine durch den Unfall verursachte Wirbelsäulenverletzung vor (Urk. 1 S. 2 ff., Urk. 13 S. 1-3)

E. 3.1

Nach dem Sturz vom 24. Februar 2016 als Folge eines kurzzeitigen Bewusstseinsverlustes wurde die Beschwerdeführerin bis zum 26. Februar 2016 stationär im Spital B.____ behandelt. Im Bericht der Klinik vom 29. Februar 2016 (Urk. 20/M1) hielten die behandelnden Ärzte fest, bei Eintritt sei die Halswirbelsäule (HWS) im Bereich der Wirbel C6/7 deutlich druckdolent gewesen. Im Bewegungsausmass sei die HWS nicht eingeschränkt, jedoch endgradig schmerzhaft gewesen. Das Elektrokardiogramm (EKG) vom Eintrittstag habe keine Auffälligkeiten gezeigt (Urk. 20/M1 S. 1).

Zur Auswertung der bildgebenden Abklärungen der Schulter links hielten Ärzte fest: keine frische Fraktur, keine Luxation, keine ossäre Bankartverletzung, Dorsale Kontur lateral am ehesten durch Überlagerung am Tuberculum majus verursacht. Zum bildgebenden Befund der HWS hielten die Ärzte fest: keine Frakturen oder Fehlstellungen einzelner Wirbelkörper, mässige Osteochondrose C5/C6 und C6/C7, unauffälliger Dens ohne Frakturzeichen. Für den Fall der Persistenz der Schulterschmerzen über die Dauer von zwei Wochen hinaus rieten die Ärzte sodann zu einer erneuten klinischen Kontrolle (Urk. 20/M1 S. 1 f.).

E. 3.2

In der Folge persistierten Schulterbeschwerden. Deswegen fand am 5. April 2016 eine Untersuchung der linken Schulter mittels MR-Arthrografie statt. Es zeigte sich eine partielle Läsion im Sinne eines artikulareseitigen Einrisses der Supraspinatussehne knapp oberhalb des Tuberculum majus humeri, eine Arthrose des Akromioklavikulargelenks (AC-Gelenk) und ein Reizzustand des peribursalen Fettkörpers (Urk. 20/M7).

E. 3.3

Dr. D.____ hielt in der vertrauensärztlichen Stellungnahme vom 4. Mai 2016 fest, zu klären sei die Ursache der bildgebend festgestellten Partialruptur der Supraspinatussehne links. Der Nachweis der Partialruptur allein sei noch kein Beweis für die Unfallkausalität. Aus wissenschaftlicher Sicht könne die Läsion sowohl traumatisch als auch degenerativ bedingt auftreten. Schulterbeschwerden seien in der Bevölkerung verbreitet. Die Häufigkeit nehme mit dem Alter zu. Bei der Beschwerdeführerin sei es in Form einer Kontusion zu einer Gewalteinwirkung gekommen. Die in der Tiefe unter dem Deltamuskel und unter dem knöchernen bindegewebigen Schulterdach gelegene Rotatorenmanschette werde durch eine direkte Kraft isoliert nicht tangiert. Verletzungen der Rotatorenmanschette durch eine direkte Krafteinwirkung verlangten vielmehr Verletzungszeichen auch im Bereich der vorgelagerten und benachbarten Strukturen, also im Bereich der Haut, der Unterhaut, der Muskulatur, des Kapselbandapparates, des Schleimbeutels sowie der knöchernen und knorpeligen Strukturen. Fehlten die für eine direkte Krafteinwirkung unverzichtbaren

deutlichen Verletzungen im Bereich der vorge lagerten und benachbarten Strukturen, würden aufgrund eines natürlichen Kau salitätsbedürfnisses entweder Beschwerden irrig mit einem Unfall in Verbindung gebracht oder es manifestierten sich infolge instinktiver Ruhighaltung oder Kon zentration auf die betroffene Gliedmasse in einem lockeren zeitlichen Zusam menhang nach einer Schulterprellung Beschwerden, für die die Prellung keine Ursache gewesen sei. Objektive strukturelle Läsionen an vorgelagerten Strukturen hätten bei der Beschwerdeführerin keine festgestellt werden können, weswegen die Partialruptur der Supraspinatussehne nicht als unfallkausal eingestuft werden könne. Es müsse vielmehr von einem degenerativen Vorzustand ausgegangen werden. Auf eine degenerative Veränderung weise auch die bildgebend nachge wiesene AC-Gelenksarthrose hin (Urk. 20/M9 S. 4 ff.).

E. 3.4

Dr. E.____ nannte im Bericht vom 23. Juni 2016 an die Hausärztin der Beschwerdeführerin als Diagnose eine traumatische PASTA-Läsion an der Schul ter links mit SLAP-Läsion. Ferner erwähnte er die aktuell symptomatische AC-Gelenksarthrose. Er führte aus, seiner Meinung nach sei dies ein unfallähnliches Ereignis und die Beschwerden an der Schulter könnten sehr wohl posttraumatisch sein (Urk. 20/M14 S. 1 f.; vgl. auch Urk. 20/M11).

Am 3. August 2016 nahm Dr. E.____ zu verschiedenen Fragen der Vertretung der Beschwerdeführerin Stellung. Er hielt wiederum fest, es liege eine unfallähn liche Verletzung vor. Unfallähnlichkeit bestehe, weil die Ohnmacht als Auslöser des Sturzes krankheitsbedingt gewesen sei. Richtig sei, dass degenerativ bedingte Probleme an der Rotatorenmanschette ab 40 Jahren gehäuft aufträten, was aber nicht heisse, dass die Schulter der Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall geschädigt gewesen sei. Insbesondere habe die Beschwerdeführerin versichert, dass sie vor dem Unfall nie Beschwerden gehabt habe. Seines Erachtens heilten Schulterprobleme nach Unfällen nicht innert sechs Wochen ab, sondern könnten länger dauern (Urk. 20/M15 S. 1 f.).

E. 3.5

Dr. D.____ nahm im Einspracheverfahren erneut Stellung (Urk. 20/M16). Am 13. September 2016 hielt er fest, es sei keine traumatische Läsion an vorgelager ten Strukturen festgestellt worden, insbesondere keine ossäre Läsion im Sinne einer Fraktur oder eines Bone Bruise (Knochenprellung). Eine relevante Gewalt einwirkung auf die linke Schulter könne ausgeschlossen werden, weswegen die Supraspinatusläsion als unfallfremd einzustufen sei. Eine traumatische Läsion hätte im Verletzungszeitpunkt einen unmittelbaren Funktionsverlust der Schulter und initial starke Schmerzen zur Folge gehabt. Beides sei bei der Beschwerde führerin nicht der Fall gewesen. Im Bericht des Spitals B.____ fehlten entspre chende Hinweise. Schmerzen seien erst im weiteren Verlauf aufgetreten. Dr. E.____ habe eine PASTA-Läsion diagnostiziert. Hierbei handle es sich betreffend Entstehungsursache um keinen eindeutigen Befund. Gemäss wissen schaftlichen Erkenntnissen kämen bei Sehnenrupturen als Ursache sowohl ein Trauma als auch ein degenerativer Prozess in Frage. Die Häufigkeit von degene rationsbedingten Problemen mit der Rotatorenmanschette ab dem 40. Altersjahr habe im Übrigen Dr. E.____ anerkannt. Sodann verweise Dr. E.____ auf den Umstand, dass vor dem Unfall keine Beschwerden vorhanden gewesen seien. Versicherungsmedizinisch lasse sich damit eine Unfallkausalität nicht nachwei sen. Kontusionsbeschwerden heilten nach wissenschaftlichem Erkenntnisstand innert Tagen bis Wochen wieder ab. Die Persistenz von Beschwerden sei

demnach nicht unfallkausal (Urk. 20/M16 S. 2 ff.).

E. 3.6

Dr. G.____ berichtete der Beschwerdegegnerin am 22. September 2016 (Urk. 20/M17). Er diagnostizierte ausgeprägte posttraumatische Myogelosen periscapulär links mit deutlicher Dyskinesie der linken Scapula und in der Folge Bewegungslimitation der linken Schulter bei ausserdem möglicherweise assoziierter posttraumatischer PASTA-Läsion der Supraspinatussehne. Des Weiteren führte er aus, bei der Beschwerdeführerin bestünden ausgeprägte posttraumatische Muskelkontrakturen periscapulär links mit in der Folge eingeschränkter Schulterbeweglichkeit und Dyskinesie der linken Scapula. Ein operatives Vorgehen sei in der gegebenen Situation nicht angezeigt. Er gehe nicht davon aus, dass die MR-tomographisch nachgewiesene kleine PASTA-Läsion verantwortlich für die Schmerzsymptomatik sei (Urk. 20/M17 S. 1-2).

Am 23. Dezember 2016 nahm Dr. G.____ zu Fragen des Vertreters der Beschwerdeführerin Stellung (Urk. 20/M18). Er führte aus, klinisch feststellbar seien die ausgeprägten Myogelosen periscapulär links mit auch leichtem myofascialem Syndrom und Ausstrahlung in die linke obere Extremität. Es sei äusserst schwierig, durch bildgebende Massnahmen ein entsprechendes strukturelles Korrelat zu finden. Die Argumentationen der Dres. E.____ und D.____ seien gleichermassen nachvollziehbar und möglich. Tatsache sei, dass die geklagten Myogelosen auch noch längere Zeit vorhanden sein könnten. Es dürfte zu keinem definitiven Schluss führen, wenn auf der Basis der bildgebenden Befunde die Unfallkausalität weiterhin diskutiert werde. Eine weitere klinische Beurteilung in ein bis zwei Monaten sei sinnvoll. Bei regelmässiger und intensiver Triggerpunktmassage sei mit einer Besserung bis zur vollständigen Linderung der Symptomatik zu rechnen (Urk. 20/M18 S.1-2).

E. 3.7

Im laufenden Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin von Dr. H.____ drei Berichte vom 1. und 27. Februar sowie vom 2. März 2017 ein (Urk. 14/11-14). Auch der Beschwerdegegnerin berichtete Dr. H.____ mehrmals (Urk. 20/M19-23). Er hielt zusammengefasst fest, bei der Beschwerdeführerin sei es zu einer komplexen Dysfunktion der schulterführenden Muskulatur gekommen, was eine Schulterdyskinesie in der Scapulaführung zur Folge gehabt habe. Auffällig sei die erhebliche Druckdolenz über dem AC-Gelenk. Weitere Behandlungsoptionen, namentlich eine neuraltherapeutische Infiltration der myofascialen Triggerpunkte im Bereich der schulterführenden Muskulatur, hätten noch nicht den gewünschten Erfolg gezeigt. Im Rahmen des Unfalls scheine es sodann zu einer Diskusprotrusion im Segment C5/6 gekommen zu sein (vgl. MR-Untersuchung der HWS vom 28. Februar 2017; Urk. 20/M21.2). Die pathomorphologische Situation der Nervenwurzel B6 links erkläre die Cervikobrachialgie nach links bei bisher frustraner Behandlung der linksseitigen Schulterschmerzen.

E. 3.8

Am 8. Mai 2017 nahm Dr. D.____ erneut zur Sache und insbesondere zu den Ausführungen der Dres. G.____ und H.____ Stellung (Urk. 20/M24). Ergänzend zu seinen bisherigen Ausführungen hielt er fest, als Hauptbefund habe Dr. G.____ ausgeprägte Myogelosen erhoben. Auch wenn diese Muskelverspannungen ausgeprägt seien, sei dies kein spezifischer traumatischer Befund. Daran ändere der Umstand nichts, dass Dr. G.____ die Myogelosen als posttraumatisch beurteilt habe. Der Begriff bezeichne allein das zeitliche

Auftreten, die Unfallkausalität lasse sich daraus aber nicht ableiten. Myogelosen seien unspezifische Befunde, zumal bei der Beschwerdeführerin im Schultergürtelbereich keine traumatischen Läsionen nachweisbar gewesen seien. Auch mit der Persistenz von Myogelosen lasse sich keine Unfallkausalität nachweisen. Myogelosen träten in der Bevölkerung auch ohne Trauma häufig auf, bereits Stress oder Anspannung reichten aus. Muskelverspannungen könnten durchaus länger anhalten, weswegen aus der von Dr. G.____ erwähnten Dauer nichts in Bezug auf die Unfallkausalität abgeleitet werden könne. Die Persistenz von Schmerzzuständen nach einem Ereignis beweise eine solche nicht (Urk. 20/M24 S. 2 ff.).

Dr. H.____ habe eine Muskelproblematik im Sinne einer Schulterdysfunktion diagnostiziert. Initial habe er die Dysfunktion und die Beschwerden vor allem schulterbedingt interpretiert, im weiteren Verlauf aber im Sinne einer Cervikobrachialgie, wobei er diese als Folge einer sturzbedingten Diskusprotrusion C5/6 beurteilt habe. Im Vordergrund stehe inzwischen nicht mehr die Schulterpathologie, sondern eine pathomorphologische Situation an der HWS. Der Nachweis einer Diskusprotrusion oder einer Diskushernie beweise keine Unfallkausalität, denn in der überwiegenden Zahl der Fälle seien diese Verletzungsbilder degenerativ und nicht traumatisch bedingt. Die Bandscheibe sei belastbarer als der Wirbelkörper. Zum Nachweis der Unfallkausalität bedürfe es in aller Regel einer Begleitverletzung in Form von Frakturen im Bereich der Wirbelkörper oder der Zerreissung von Bandstrukturen zwischen zwei Wirbelkörpern (diskoligamentäre Verletzung). Dies sei vorliegend nicht der Fall (Urk. 20/M24 S. 7 ff.).

E. 4.1

Die bildgebende Abklärung im April 2015 als Folge persistierender Beschwerden zeigte linksseitig eine Teiltraktur der Supraspinatussehne im Sinne eines artikularseitigen Einrisses der Supraspinatussehne knapp oberhalb des Tuberculum majus humeri, eine Arthrose des AC-Gelenks und einen Reizzustand des peribursalen Fettkörpers (Urk. 20/M7; vgl. vorstehende E. 3.1). Ob die Teiltraktur der Supraspinatussehne Folge des Unfalles ist, beantwortete die bildgebende Untersuchung nicht.

E. 4.2

Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. D.____, der die Beschwerdeführerin selber nicht untersuchte, verneinte die Unfallkausalität nach Einsicht in die Akten. Er begründet dies mit der Erfahrungstatsache, dass Verletzungen der Supraspinatussehne sowohl traumatisch als auch degenerativ bedingt auftreten können, wobei bei einer traumatischen Genese in der Regel zusätzliche Verletzungszeichen an benachbarten Strukturen zu erwarten sind, das heisst im Bereich der Haut, der Unterhaut, der Muskulatur, des Kapselbandapparates, des Schleimbeutels sowie der knöchernen und knorpeligen Strukturen. Objektive strukturelle Läsionen an vorgelagerten Strukturen vermochte Dr. D.____ nicht zu erkennen. Ferner wies Dr. D.____ unter Bezugnahme auf verschiedene Fundstellen in der Fachliteratur auf den Umstand hin, dass insbesondere nach dem 40. Altersjahr gehäuft Beschwerden aufgrund degenerativ bedingter Läsionen der Supraspinatussehne auftreten, was auch Dr. E.____ erwähnte (Urk. 20/M15 S. 1). Sodann weist gemäss Dr. D.____ auch die bildgebend nachgewiesene AC-Gelenksarthrose auf ein degeneratives Geschehen hin (Urk. 20/M9 S. 4 ff.).

E. 4.3

Dr. E.____ und Dr. G.____, beides behandelnde Ärzte der Beschwerdeführerin, bejahten die Unfallkausalität. Sie betonen, es lägen posttraumatische Beschwerden vor. Es müsse von der Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen der Schuldersymptomatik und dem Sturz vom 24. Februar 2016 ausgegangen werden, insbesondere sei die Beschwerdeführerin bis zum Vorfall vom 24. Februar 2016 beschwerdefrei gewesen (Urk. 20/M14 S. 1-2, Urk. 20/M15 S. 1, Urk. 20/M17 S. 2, Urk. 20/M18 S. 1-2; vgl. vorstehende E. 3.4 u. 3.6).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest stehen. Die von den Ärzten erwähnte 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).

Ferner ist 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, 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).

Im medizinischen Sprachgebrauch wird "posttraumatisch" zwar häufig mit "unfallkausal" gleichgesetzt (Urteil des Bundesgerichts 8C_400/2014 vom 21. Juli 2014 E. 3.2 mit Hinweisen), weswegen jeweils zu prüfen ist, welche Bedeutung dem Begriff beizumessen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_254/2014 vom 20. August 2014 E. 4.3.3 mit weiterem Hinweis). Die behandelnden Ärzte nahmen mit der Bezeichnung posttraumatisch Bezug auf die Kausalität, eine schlüssige Herleitung derselben fehlt indessen. Mit der Bezeichnung posttraumatisch allein kann die Kausalität nicht begründet werden.

E. 4.4

Dr. G.____ hielt fest, die Argumentationen der Dres. E.____ und D.____ seien gleichermassen nachvollziehbar und möglich. Tatsache sei, dass die geklagten Myogelosen auch noch längere Zeit vorhanden sein könnten. Es dürfte zu keinem definitiven Schluss führen, wenn auf der Basis der bildgebenden Befunde die Unfallkausalität weiterhin diskutiert werde. Er glaube nicht, dass die bildgebend nachgewiesene Läsion der Supraspinatussehne grundsätzlich für die Schmerzsymptomatik verantwortlich sei (Urk. 20/M18 S. 2, Urk. 20/M17 S. 2). Damit kam Dr. G.____ letztlich zum Schluss, die Unfallkausalität bleibe offen. Seine Ausführungen vermögen eine Kausalität nicht nachzuweisen.

E. 4.5

Dr. H.____ fasste zusammen, im Rahmen des Unfalls scheine es zu einer Diskusprotrusion im Segment C5/6 gekommen zu sein (vgl. vorstehende E. 3.7). Bereits die Formulierung deutet auf eine Vermutung hin. Für den Nachweis der Unfallkausalität reicht diese Erkenntnis klarerweise nicht aus. Überzeugender sind die Argumente von Dr. D.____. Er legte dar, dass im Zusammenhang mit der pathomorphologischen Situation im Bereich der HWS weder strukturelle traumatische Läsionen noch eine relevante Begleitverletzung nachgewiesen seien, weswegen ein Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. Februar 2016 nicht nachgewiesen sei (Urk. 20/M24 S. 7 ff. und S. 11 f.). Nachvollziehbar sind die Ausführungen von Dr. D.____ auch zum Kausalzusammenhang zwischen dem Schulterleiden und dem Ereignis vom 24. Februar 2016 (vgl. vorstehende E. 3.3, 3.5 und 3.8).

E. 4.6

Aus den dargelegten Gründen ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, es fehle am Nachweis, dass es sich bei der kurz nach dem Vorfall vom 24. Februar 2016 erkannten linksseitigen Supraspinatusläsion einerseits (Urk. 20/M7.2) und der erst von Dr. H.____ im März 2017 bildgebend festgestelltem Diskusprotrusion im Bereich der HWS andererseits (vgl. Urk. 20/M23 S. 1) um Unfallfolgen handle. Ferner ging sie gestützt auf die nachvollziehbaren Darlegungen von Dr. D.____ (vgl. Urk. 20/M9 S. 7) zulässigerweise davon aus, ab dem 23. Juni 2016 sei bezüglich der Sturzfolgen der status quo sine (linke Schulterkontusion) respektive der status quo ante (Schädelkontusion respektive milde traumatische Hirnverletzung) erreicht worden und damit jede kausale Bedeutung des Sturzes für die noch bestehenden Beschwerden dahingefallen (Urk. 2 S. 13 lit. f., Urk. 20/A27 S. 2). Die Einstellung der Leistungen ab dem 23. Februar 2016 ist damit nicht zu beanstanden.

E. 5.1

Die Leistungseinstellung rechtfertigt sich sodann auch unter einem anderen Gesichtspunkt. Die Beschwerdeführerin führte zum Vorfall vom 24. Februar 2016 aus, ihr sei schwarz vor Augen geworden, woraufhin sie zusammengebrochen sei (Urk. 29/A5 S. 1 Ziff. 2). Aus der Unfallmeldung geht hervor, die Beschwerdeführerin sei in der Küche in Ohnmacht gefallen und auf ihre linke Schulter und den Hals gestürzt (Urk. 20/A1). Ursache des Sturzes war somit ein plötzlicher Bewusstseinsverlust. Auch Dr. E.____ wies darauf hin, der Sturz sei nach der Schilderung der Beschwerdeführerin durch einen Ohnmachtsanfall ausgelöst worden. Hierbei handle es sich um ein krankhaftes Geschehen. Seiner Auffassung nach liege deshalb ein unfallähnliches Ereignis vor (Urk. 20/M14 S. 2, Urk. 20/M15 S. 1 f.).

E. 5.2

Ein Unfall im Rechtssinne setzt unter anderem die Einwirkung durch einen äusseren Faktor voraus (vgl. vorstehende E. 1.3). Gemäss der Rechtsprechung ist dafür ein ausserhalb des Körpers liegendes, objektiv feststellbares und sinnfälliges Ereignis nötig (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. A., Zürich 2012, S. 80 mit Hinweisen). Diese Voraussetzung fehlt bei einem unvermittelt auftretenden Bewusstseinsverlust ohne äussere Einwirkung. Gemäss den Unfallschilderungen trat der Bewusstseinsverlust ohne ein vom reinen Körpergeschehen unterscheidbares Begleitereignis auf. Die Ohnmacht und der darauffolgende Sturz der Beschwerdeführerin sind mithin nicht die Folge eines von aussen auf den Körper wirkenden Faktors, sondern wurden durch eine körperliche Fehlfunktion verursacht. Der Bewusstseinsverlust und der Sturz sind mithin nicht Unfall- sondern Krankheitsfolge (zur Unterscheidung von Unfall- resp. Krankheitsursachen vgl. BGE 142 V 219 und 142 V 435). Fehlt es an einem äusseren Faktor ist nicht nur der Unfallbegriff (vgl. Art. 4 ATSG) nicht erfüllt, sondern es liegt auch keine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVV vor.

Die Beschwerde erweist sich aufgrund aller Darlegungen als unbegründet, weswegen sie abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - TCL Treuhand Consulting Liegenschaften AG - Rechtsanwalt Martin Bürkle - 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
Die Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Grünig
Wilhelm

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