

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00198

vom 24. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00198

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00198 du 24 septembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00198 del 24 settembre 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1962, ist seit dem 1. Dezember 2011 bei der Y.____ in der Administration tätig und in dieser Eigenschaft bei der ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG (folgend: ÖKK) gegen Berufs- und Nichtberufs unfälle versichert. Mit Unfallmeldung vom 31. Januar 2018 zeigte die Versicherte der ÖKK an, dass sie am 16. Dezember 2017 auf dem Glatteis gestürzt sei (Urk. 9/1). Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, diagnostizierte anlässlich der Erstbehandlung vom 18. Januar 2018 eine Schulterkontusion rechts am 16. Dezember 2017 mit posttraumatischer Bursitis subacromialis (Urk. 9/4). Mit Verfügung vom 5. Juni 2018 stellte die Unfallversicherung die Leistungen per 7. Januar 2018 ein und konstatierte, dass sie nach dem 7. Januar 2018

Leistungen in Höhe von Fr. 458.25 erbracht habe, wo mit sie allerdings ihre grundsätzliche Leistungspflicht nicht anerkenne (Urk.

9/15).

Hiergegen erhoben die SWICA Krankenversicherung AG (folgend: SWICA bzw. Beschwerdeführerin 2) am 19. Juni 2018 und die Versicherte am 20. Juni 2018 Einsprache (Urk. 9/19 und Urk. 9/21), welche die ÖKK mit Einspracheentscheid vom 10. August 2018 abwies (Urk. 2; Urk. 11/2).

E. 2

Am 4. bzw. 12. September 2018 erhoben sowohl die Versicherte als auch die SWICA hiergegen Beschwerde am hiesigen Gericht (Urk. 1, angelegt unter Verfahrens-Nr. UV.2018.00198; Urk. 11/1, angelegt unter Verfahrens-Nr. UV.2018.00211) und beantragten, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin habe Leistungen für die Schulterbeschwerden zu erbringen. Mit Beschwerdeantworten vom 8. Oktober 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerden und ersuchte in formeller Hinsicht um Vereinigung der beiden Verfahren (Urk.

E. 2.1.1

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 un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädi gende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geis tige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weg gedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene ge sundheitliche 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 Leistungs anspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 2.1.2

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 Ursa chen 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 Vor zustandes 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 überwie genden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ur säch licher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzu sam menhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfall ver sicherer (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 Spät folgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundes ge

richts 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. 2.1.3

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

E. 2.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherer alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 2.3

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 3.

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen folgendermassen: 3.1

Der erstbehandelnde Arzt Dr. Z.____ untersuchte die Beschwerdeführerin 1 am 18. Januar 2018 und diagnostizierte eine Schulterkontusion rechts am 16. Dezember 2017 mit posttraumatischer Bursitis subacromialis. Nachdem Physiotherapie sowie eine Infiltration der Bursa subacromialis rechts nicht die gewünschte Besserung erbrachten, wurde von Dr. Z.____ ein Arthro-MRI der rechten Schulter angeordnet (Urk. 9/4).

Dr. med. D.____, Facharzt für Radiologie, führte in seinem Bericht über die MR Arthrographie der rechten Schulter vom 18. April 2018 aus, dass eine ansatznahe grössere Partialruptur der Supraspinatussehne auf der artikulären Seite mit einer kleinen transmuralen Komponente vorliege. Die übrigen RM-Komponenten seien intakt. Es bestehe darüber hinaus eine leichte AC-Gelenksarthrose. Die übrigen Binnenstrukturen seien intakt, insbesondere bestünden keine Hinweise auf eine SLAP-Läsion oder eine Fraktur/Fissur oder Knochenkontusion (Urk. 9/3).

Dr. Z.____ überwies die Beschwerdeführerin 1 infolgedessen an Dr. med.

A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie (Urk. 9/4). 3.2

Dr. B.____ nahm erstmals am 3. Mai 2018 Stellung und konstatierte, dass der natürliche Kausalzusammenhang 2-3 Wochen nach dem Unfall entfallen sei. Es sei eine AC-Gelenksarthrose als degenerative, vorbestehende Veränderung vorhanden. Die Sehne sei nicht durchgehend gerissen, was typisch sei für eine degenerative Läsion. Auch sei die Beschwerdeführerin 1 erst einen Monat nach dem Ereignis zum Arzt, ein Sehnenriss verursache aber sofortige Schmerzen und funktionelle Einschränkungen. Die Operation vom 15. Mai 2018 sei nicht unfallkausal (Urk. 9/5). 3.3

Dr. A.____ führte in seinem Bericht vom 16. Mai 2018 aus (Urk. 9/10.1-2), dass die Beschwerdeführerin 1 am 16. Dezember 2017 beim Gehen einen Ausrutschsturz auf Glatteis erlitten habe und sich mit dem linken Arm an ihrem Ehemann festzuhalten versucht habe. Dabei sei sie auf die rechte Körperseite gefallen und habe eine Distorsion der rechten Schulter erlitten. Beim Fallen sei der Ehemann auf sie gestürzt. In der Folge sei es zu ausgeprägten Schulterschmerzen rechts gekommen, weshalb sie

Dr. med. Z.____

konsultiert habe.

In der klinischen Untersuchung bei ihm vom 11. Mai 2018 hätten ganz klar Zeichen einer deutlich instabilen Biceps

longus Sehne rechts vorgelegen. Das gehe auch aus dem Sprechstundenbericht hervor. In der Bildgebung zeige sich eine gelenkseitige Supraspinatus-Partialläsion mit bereits erkennbarem Abriss im Bereich des Rotatorenintervalls. Auch das habe er in der Sprechstunde und nach Betrachtung der MRI-Bilder festgehalten. Die Trochik der Rotatorenmanschetten-Muskulatur sei einwandfrei erhalten ohne Zeichen einer Atrophie und ohne Zeichen einer fettigen Infiltration. Beim

arthroskopischen Vorgehen habe sich intraartikulär eine komplette Ruptur des lateralen Pullys mit gelenkseitiger Supraspinatus-Partialläsion und nach medial eingeschlagenem Sehnenblatt gezeigt. Dies erkläre die ausgeprägte Reizung der Membrana

synovialis und die Symptomatik bei ebenso vorhandener instabiler langer Bicepssehne.

Bei der Be schwerdeführerin 1 seien sämtliche Kriterien der Definition des Unfallbegriffes erfüllt. Sie habe ein plötzliches, unvorhersehbares, von extern einwirkendes Ereignis durch den Ausrutschsturz auf eisiger Unterfläche am 16. Dezember 2017 erlitten. In der Folge hätten sofort Symptome an der dominanten rechten Schulter bestanden. Vom Unfallereignis bis zur Behandlung bei ihm hätten diese Symptome permanent bestanden und seien auch ärztlich dokumentiert. Daneben zeige sich eine anatomopathologische Läsion, die diesem Unfallereignis entspreche. Ob der intraoperativ diagnostizierte Knorpelschaden am Humeruskopf unfallbedingt sei, könne nicht mit Sicherheit determiniert werden. Sicher sei aber, dass das Unfallereignis, wie auch die in der Folge aufgetretene n Symptome und die Läsion der Supraspinatussehne mit instabiler langer Bicepssehne in direktem Kausal Zusammenhang miteinander verbunden seien. Es bestünde kein Nachweis einer vor dem Unfallereignis bestandenen Rotatorenmanschettenläsion. Gemäss den Empfehlungen zur Diagnostik und Begutachtung der traumatischen Rotatorenmanschettenläsionen von Loew et al. entspreche dies mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer traumatischen Ätiologie. 3.4

Dr. B.____ nahm am 25. Mai 2018 erneut Stellung zur medizinischen Aktenlage (Urk. 9/14). In der versicherungsmedizinischen Schlussbeurteilung führte er aus, dass anhand des OP-Berichtes das Schadensbild weiter präzisiert werde. Neu sei die sogenannte Pulley-Läsion, welche de facto den Schaden am proximalen Hal tungssapparat der Supraspinatussehne beschreibe. Dieser Schaden des Haltungsapparates müsse allerdings nicht zwangsläufig traumatisch entstanden sein, es würden nämlich mindestens ebenso viele degenerative Läsionen beschrieben. Typische Stresssituationen seien für diese Struktur die Aus senrotatoren bzw. Hyper flexionsbewegungen. In diesem Zusammenhang sei auch die ausführliche Lösung der Bicepssehne beschrieben, was wiederum auf einen krankhaften Zustand hinweise. Es werde ausdrücklich festgehalten, dass die Oberfläche der Rotatoren manschette (dem Gelenk abgewandt) intakt sei und damit kein Kontinuitätsverlust der Sehnen vorliege (damit sei auch keine Muskelretraktion möglich).

Der Kollege weise auf die bereits oben erwähnte Arbeit von Loew / Magosch /

Lichtenberg hin, welche als Beweis ohne weitere Diskussion von Details genannt werde. Im Abstract würden allerdings die für eine traumatische Läsion charakteristischen Röntgen- und MRI-befunde diskutiert. Die dabei beschriebenen, eher für eine traumatische Läsion sprechenden Befunde würden im MRI in diesem Fall eben als nicht vorhanden beschrieben. Somit sei dieser Hinweis ohne weitere Diskussion bzw. Kommentar nicht klar interpretierbar.

Seinerseits würde er gerne noch eine Arbeit „Begutachtung des Rotatoren manschetten schadens der Schulter nach Arbeitsunfällen“ von Beikert /Panzer/ Gessmann / et al. vorlegen (Beilage). In dieser Arbeit werde explizit auf die Belastbarkeit der Rotatorenmanschette respektive deren Belastungsgrenze und zur Zerreissung erforderliche Pathomechanismen eingegangen. Dies als Kommentar zu den Ausführungen betreffs Unfallbegriffs durch den Operateur. Der von der Be schwerdeführerin 1 beschriebene Unfallmechanismus entspreche nicht einer solchen Belastung. Im Weiteren sei auch zu beachten, dass es sich nicht um einen Durchriss sondern um eine gelenkseitige Teilläsion resp. Ausdünnung der Sehne handle.

Zusammenfassend sei die beschriebene Läsion des Weichteilankers der langen Bicepssehne zusammen mit dem Befund des

peritendinösen Gewebe s doch über wiegend wahrscheinlich im Sinne einer Langzei tschädigung zu sehen. Dazu passe auch das beschriebe ne Hobby des Golfsportes punkto Belastungsmuster (Bewe gung beim Abschlag). Ebenso sei auf die unklare Knorpelläsion hinzuweisen. An der Einschätzung der Kausalitätsbeurteilung der Rotatorenmanschettenläsion hätten die Unterlagen ni chts geändert. Schliesslich sprä chen alle diese Befunde überwiegend wahrscheinlich für eine nicht traumatisch entstandene Läsion des Schultergelenkes rechts, welche durch die Kontusion symptomatisch geworden sei. 3.5

Dr. Z.____ nahm am 2 3. Mai 2018 zuhanden der Beschwerdegegnerin Stellung. Er führte aus, dass sich zwar im MRI eine leichte AC-Gelenksarthrose zeige, die von der Beschwerdeführerin

1 geschilderten Beschwerden h ä tten aber mit dieser Teildiagnose aus dem MRI keinerlei Zusammenhang. Die Beschwerden seien vielmehr auf die Partialruptur der Supraspinatussehne mit einer kleinen trans muralen Komponente zurückzuführen. Diese Ruptur sei wiede rum auf das Unfall ereignis vom 1 6. Dezember 2017 zurückzuführen. Die Beschwerdeführerin 1 sei damals auf dem Eis auf die rechte Schulter gestürzt. Zuvor sei sie bezüglich der rechten Schulter völlig beschwerdefrei gewesen . Die K riterien des Unfallbegriffs seien aus seiner Sicht erfüllt, es handle sich um eine plötzliche, nicht beab sichtigte Einwirkung mit einem ungewöhnlichen äusseren Faktor (auf dem Eis ausge rutscht und auf die rechte Schulter gestürzt). Insofern k ö nn e

er nicht nachvoll ziehen, dass die Beschwerdegegnerin diesen Fall ablehne (Urk. 9/17) . 3.6

Dr. A.____ hielt in seinem Bericht vom 2 5. Juli 2018 fest, dass die Beschwer deführerin 1 weiterhin regelmässig die assistierte Physiotherapie mache und sich die Beweglichkeit der rechten Schulter weiter verbessert habe. Die Physiotherapie sollte fortgesetzt werden. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe noch zu 100 % bis 3 1. August 201 8. Im September sehe er die nächste Verlaufskontrolle vor (Urk. 9/24).

3.7

Dr. med. C.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und beratender Arzt der Beschwerdeführerin 2, nahm erstmals am 1 5. Juni 2018 Stellung (Urk. 11/3 /3). Er ko n statierte, dass die 56- jährige sportlich aktive Beschwerdeführerin 1 (Go l f spielerin) am 1 6. Dezember 2017 auf ihre rechte Schulter gestürzt sei . Von diesem Moment an sei die Schulter schmerzhaft gewesen. Es liege ein Unfallereignis vor, welches eine Schulterpathologie bewirkt habe. Die MRI Abklärung vom 1 8. April 2018 habe die Diagnose einer gelenkseitigen Partialruptur der

Supraspinatus sehne ergeben . Die degenerativen Veränderungen subacromial seien minimal. Im Operationsbericht sei die Läsion wie folgt beschrieben worden : «Das laterale Pulley ist komplett rupturiert mit einer gelenkseitigen Partialruptur der Supra spinatussehne . Die rupturierte Sehnenplatte ist nach medial umgeschlagen. » D iese Befunde sprä chen unzweifelhaft für eine traumatische Genese. Der Knorpel scha den am Humerus k ö nn e gar auf eine Subluxation hinweisen. Bei der beschr ie benen Sehnenverletzung handle es sich um eine Listenverletzung. Die Ab lehnung der Unfallversicherung sei völlig unverstä ndlich. Im Weiteren verweise er auch auf den Brief von Dr. Z.____ vom

2 3. Mai 2018, dessen Argumentation er vor behaltlos unterstütze.

Des Weiteren wolle er folgende Einwände zur versicherungsmedizinischen Beurteilung des Unfallversicherers vorbringen : - Die funktionelle Problematik sei abhängig von der Ausdehnung der Läsion. Es sei klar, dass bei einer Partialruptur nicht derselbe Funktionsausfall zu beobachten sei, wie bei einer Massenuptur. Zudem könnten isolierte Supraspinatusrupturen völlig asymptomatisch sein. - Es werde behauptet, dass die PASTA-Läsion eine degenerative Sehnenläsion sei. Es sei jedoch genau umgekehrt, die gelenkseitige partielle Supraspinatussehnenruptur (PASTA-Läsion) habe eine traumatische Ursache, insbesondere mit zusätzlich eingeschlagenem Lappen. Die degenerative Supraspinatussehnenläsion andererseits zeige eine bursaleitige

Ausdünnung (verschmälertes subacromiales Raum, Osteophyten AC-Gelenk). - Das Argument, es liege aufgrund der zeitlichen Verzögerung des Erstbesuches beim Hausarzt kein Trauma vor, müsse in aller Form zurück gewiesen werden. Die funktionelle Problematik sei nicht allein vom Ausmass der Sehnenruptur abhängig. Im konkreten Fall habe eine partielle Ruptur ohne Retraktion der Sehne bestanden, welche keinen Funktionsausfall bewirken müsste. Dass es sich hierbei um einen «atypischen» Verlauf handeln solle, sei eine Behauptung und entbehre einer wissenschaftlichen Grundlage. - Es sei unklar, weshalb eine Schulterkontusion keine Traktions- oder Schwerkraft auf den Ansatz der Rotatorenmanschette haben soll. Immerhin falle die Schulter der Beschwerdeführerin aus ca. 160cm Höhe ungebremst auf den Boden. Wenn noch eine Abwehr- oder Schutzbewegung mit dem betreffenden Arm erfolge, sei das

Trauma auf die Schulter noch grösser.

Die Unfallkausalität sei überwiegend wahrscheinlich und es gebe keinerlei Anhaltspunkte für einen krankhaften Vorzustand. Die im OP-Bericht vom 15. Mai 201

E. 6

und Urk. 11/6).

Die Beschwerdeführerin 1 brachte demgegenüber vor, dass sie - entgegen den Feststellungen der Beschwerdegegnerin - mit voller Wucht auf die rechte Schulter gefallen und ihr Mann auf sie gestürzt sei. Sie habe nach dem Ereignis direkt starke Schmerzen gehabt, habe den Arm aber eingeschränkt bewegen können, so dass sie nicht von einer schweren Verletzung ausgegangen sei. Sie habe vor Weihnachten noch eine diplomierte Physiotherapeutin aufgesucht, welche ihr dann anfangs Januar geraten habe, Dr. Z.____ aufzusuchen. Der 18. Januar 2018 sei der frühest mögliche Termin gewesen (Urk. 1).

Mit Beschwerde vom 12. September 2018 machte die Beschwerdeführerin geltend, dass Dr. B.____ nicht richtige Kenntnis vom Unfallhergang

gehabt habe, weshalb seine Aktenbeurteilung mangelhaft sei. Des Weiteren habe die Beschwerdeführerin 1 die Physiotherapeutin bereits vor Weihnachten aufgesucht, womit eine zeitnahe therapeutische Konsultation stattgefunden habe. Die rechte Schulter der Beschwerdeführerin 1 sei früher weder verletzt noch erkrankt gewesen. Ein labiler Vorzustand, welcher den Unfall als Gelegenheits- oder Zufallsursache erscheinen lasse, sei damit zu verneinen. Der Unfall sei damit zumindest als Teilsache anzusehen. Der von ihr zugezogene Arzt Dr. med.

C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, habe festgehalten, dass die Befunde unzweifelhaft für eine traumatische Genese sprächen. Zusammenfassend sei klar von einer unfallbedingten Schulterschädigung auszugehen (Urk. 11/1). 2.

E. 8

beschriebene Sehnenverletzung sei überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 16. Dezember 2017 zurückzuführen. Es gebe keinerlei Anhaltspunkte für einen krankhaften Vorzustand. 3.8

Im E-Mail vom 18. August 2018 nahm Dr. A.____ zuhause der Beschwerdeführerin 1 Stellung. Er führte aus, dass die Beschwerdeführerin mit völlig irrelevanten anatomischen Details argumentiere. Das AC-Gelenk degeneriere bei allen ab der dritten Lebensdekade. Das spiele für die Beurteilung des Rotatorenintervalls überhaupt keine Rolle. Die vorliegende Pulley-Läsion oder Intervall-Läsion sei eben ein typisch traumatisches Ereignis bei ansonsten intakter Sehnenstruktur der Rotatorenmanschette. Darin liege die Unfallkausalität begründet. Das eigentlich schmerz auslösende Phänomen sei das der langen Bizeps-Sehne.

Die intraartikulären (gelenkseitigen) wie auch die bursaseitigen (oberflächlichen) Teilrisse insbesondere der Supraspinatus-Sehne seien extrem schmerzhaft. Bei der Beschwerdeführerin 1 habe nur eine sehr kleine gelenkseitige Teilruptur der Supraspinatus-Sehne vorgelegen, jedoch mit Ruptur des Pulley-Zügels (der Aufhängung der langen Bizeps-Sehne), weshalb es eben zur Instabilität dieser Bizeps-Sehne gekommen sei und das sei schliesslich der nicht beherrschbare Schmerz faktor. Diese Läsionen könnten nicht oder nur äusserst ungenau vor dem arthroskopischen Eingriff diagnostiziert werden, insbesondere auch nicht mittels MRI (Urk. 3/1). 3.9

Am 20. August 2018 führte Dr. C.____ ergänzend aus, dass es keine neuen Aspekte gebe. Die Beschwerdeführerin stütze sich weiterhin auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes und die Erstbeurteilung von Dr. Z.____, welche auf einer Ultraschalluntersuchung basierte. Die MRI-Untersuchung habe zwar später die korrekte und vollständige Diagnose erbracht. Die Argumente von Dr. Z.____, Dr. A.____ und ihm seien zwar erwähnt worden, sie seien jedoch pauschal als Parteinahme abqualifiziert worden, wohingegen die ausschliesslich literaturbasierte Beurteilung des beratenden Arztes als «zuverlässig und schlüssig» beurteilt worden sei. In seinen Augen sei nur der intraoperative Befund zuverlässig und schlüssig, diese Beurteilung erfülle sämtliche Kriterien der überwiegend traumatischen Genese (gelenkseitige, teils transmurale Ruptur der

Supraspinatussehne mit Lappenbildung). Der Bundesgerichtssentscheid

8C_595/2016 definiere, dass

die bursaseitige Ausdünnung der

Rotatorenmanschette häufig degenerativer Natur sei, er widerlege nicht, dass die gelenkseitige Supraspinatusläsion traumatischen Ursprungs sei. Der Unfall könne auch nicht «Gelegenheits- oder Zufallsursache» einer Schädigung sein, denn eine Pulleyläsion sei klinisch nie stumm und ein Status quo sine könne weder mit konservativen Massnahmen noch spontan erreicht werden. Die Beschwerdeführerin 1 wäre mit dieser Pathologie vor dem Unfallereignis nicht sportfähig gewesen, speziell nicht im Golfsport (Urk. 11/3/3). 4.

4.1

Die Berichte von Dr. B.____ und Dr. C.____ widersprechen sich grundlegend: So ging Dr. B.____ in seiner Beurteilung vom 25. Mai 2018 davon aus, dass bei einer akuten

Sehnenruptur erfahrungsgemäss nebst dem akuten Schmerz auch eine akut eintretende funktionelle Problematik vorliege, was einen möglichst raschen ärztlichen Besuch zur Folge habe. Die Beschwerdeführerin 1 habe sich erst gut einen Monat später im E.____ gemeldet (Urk. 9/14.1). Dr. B.____ war dabei - soweit aus den Akten ers ichtlich - nicht in Kenntnis der

Konsultation der Beschwerdeführerin 1 bei der Physiotherapeutin F.____ , Manualtherapeutin OMT, noch vor Weihnachten (Urk. 3/2). F.____ atte stierte der Beschwerdeführerin 1 funktionelle Ausfälle, welche per 2 1. November 2017 noch nicht vorhanden gewesen seien. Am Bericht von Dr. B.____ bestehen damit geringe Zweifel.

In den Beurteilungen vom 1 5. Juni und 2 0. August 2018 führte Dr. C.____ aus, dass die Unfallkausalität der Operation vom Mai 2018 und dem Unfallereignis vom 1 6. Dezember 2017 klar zu bejahen sei. So führte er insbesondere aus, dass eine Schulterkontusion Traktions- oder Schwerkkräfte auf den Ansatz der Rotatoren manschette haben könne. Immerhin falle die Schulter des Patienten aus ca. 160cm Höhe ungebremst auf den Boden. Wenn noch eine Abwehr- oder Schutz be wegung mit dem betreffenden Arm erfolge, sei das Trauma auf die Schulter noch grösser (Urk. 11/3/3). Allerdings gab die Beschwerdeführerin 1 an, dass sie aus gerutscht und auf die rechte Schulter gestürzt sei. Sie habe sich mit der linken Hand/Arm beim Ehemann eingehakt gehabt. Als sie ausgerutscht sei, habe dieser den Sturz jedoch nicht auffangen können, somit sei sie voller Wucht auf die rechte Schulter geknallt (Urk. 9/2; vgl. Urk. 9/1 ; vgl. auch Urk. 1). Dass eine Abwehr- oder Schutzbewegung stattgefunden hätte, ist damit nicht überwiegend wahrscheinlich. Dr. B.____ hielt unter Berücksichtigung der Angaben der Beschwerdeführerin 1 fest, dass eine Schulterkontusion biomechanisch gesehen keinen Belastungsmechanismus zu bewirken vermöge, welcher eine mechanische Überbelastung im Sinne des zu starken Zuges verursachen könnte. Damit bestehen auch am Bericht von Dr. C.____ geringe Zweifel.

Dr. Z.____ und Dr. A.____ bejahten die Unfallkausalität. Allerdings setzte sich keiner der beiden Ärzte vertieft mit dem Unfallhergang auseinander (vgl. ins besondere Urk. 9/11 und Urk. 9/17) bzw. nahm keiner nachvollziehbar Stellung , ob die entsprechenden Kräfte überhaupt geeignet waren, die vorliegende Schul ter problematik zu verursachen. Hinzu kommt die Erfahrungstatsache, dass

be han delnde Arztpersonen und Therap euten mitunter im Hinblick auf ihre auf trags rechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientin nen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Damit lassen auch ihre Berichte keine abschliessende Beurteilung der Unfallkausalität zu. 4.2

Nach dem Gesagten bestehen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit sowohl der Beurteilung en von Dr. B.____ als auch an den Beurteilungen von Dr. C.____ , weshalb darauf nicht abgestellt werden kann . Die Berichte der behan delnden Ärzte lassen ebenfalls keine abschliessende Beurteilung der Unfallkausa lität zu, weshalb d ie Frage der Kausalität der noch bestehenden Beschwerden im Rahmen eines unabhängigen e xternen Gutachtens zu prüfen ist (vgl. E. 2.2-2.3) . Der angefochtene Einspracheentscheid ist daher aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach ergänzender Abklärung eine neue Beurteilung vornehme und hernach über ihre Leistungspflicht neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

Das vorliegende Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit . a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 5.2

Im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde darf obsiegenden Behörden oder mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen werden. In Anwendung dieser Bestimmung hat das Bundesgericht der Suva und den privaten UVG-Versicherern sowie – von Sonderfällen abgesehen – den Krankenkassen keine Parteientschädigungen zugesprochen, weil sie als Organisationen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben zu qualifizieren sind (BGE 112 V 356 E. 6 mit Hinweisen). Demnach ist der Beschwerdeführerin 2 entgegen ihrem Antrag (vgl. Urk. 11/1) keine Parteientschädigung zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. August 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der Beschwerdeführerin 2 wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - SWICA Krankenversicherung AG - Rechtsanwalt Dr. Martin Schmid - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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