

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00018

vom 12. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00018

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00018 du 12 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00018 del 12 marzo 2018

Erwägungen

E. 1

Die 1954 geborene X.____ war seit dem 1. Juli 1999 bei der Y.____ AG als Consultant angestellt und obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 23. August 2017 in der Badewanne ausrutschte und sich dabei am rechten Arm und an der rechten Schulter verletzte (Urk. 8/1). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Sie holte eine Aktenbeurteilung ihrer Kreisärztin, Dr. med. Z.____ , Fachärztin Chirurgie, ein (Urk. 8/25). Gestützt darauf stellt sie mit Verfügung vom 12. März 2018 die Leistungen per 2. Januar 2018 ein (Urk. 8/29). Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 11. April 2018 (Urk. 8/32),

ergänzt am 4. Mai 2018 (Urk. 8/35) Einsprache unter Beilage einer

Stellungnahme

ihres behandelnden Arztes

Dr. med. A.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , vom 24. April 2018 (Urk. 8/35 S. 11 ff.). In der Folge holte die Suva eine erneute Beurteilung ihrer Kreisärztin, Dr. Z.____ , ein (Urk. 8/37). Gestützt darauf wies sie die Einsprache der Versicherten mit Entscheid vom 12. Dezember 2018 ab (Urk. 8/43 = Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG), in der vor liegend anwendbaren, seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung, werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Abs. 2): Knochenbrüche (lit . a), Verrenkungen von Gelenken (lit . b), Meniskusrisse (lit . c), Muskelrisse (lit . d), Muskelzerrungen (lit . e), Sehnenrisse (lit . f), Bandläsionen (lit . g) und Trommelfellverletzungen (lit . h). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.2

Gemäss zur Publikation vorgesehenem Urteil des Bundesgerichts 8C_22/2019 vom 24. September 2019 hat der Unfallversicherer nach Meldung einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von

Art.

E. 1.3

Praxisgemäss sind die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens von der versicherten Person glaubhaft zu machen. Kommt sie dieser Forderung nicht nach, indem sie unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben macht, die das Bestehen eines unfallmässigen Schadens als unglaubhaft erscheinen lassen, besteht keine Leistungspflicht des Unfallversicherers.

Praxisgemäss stellen die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die sogenannten Aussagen der ersten Stunde ab, denen in beweiswürdiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis).

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 entfiel (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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs 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 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 Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden; entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des Bundesgerichts 8C_167/2018 vom 28. Februar 2019 E. 4.2 mit zahlreichen Hinweisen).

E. 1.6

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).

Einem reinen Aktengutachten kommt voller Beweiswert zu, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2016 vom 24. März 2017 E. 6.1 mit Hinweisen). Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_540/2007 vom 27. März 2008 E. 3.2).

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 Versicherungsträger 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). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 26. Januar 2019 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien die gesetzlichen Leistungen über den 2. Januar 2018 hinaus zu erbringen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 28. Februar 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 1. März 2019 mitgeteilt wurde (Urk. 9). Mit Eingabe vom 9. April 2019 ersuchte die Beschwerdeführerin um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 10), woraufhin ihr mit Verfügung vom 12. April 2019 eine Frist zur Stellungnahme angesetzt wurde (Urk. 11). Mit Eingabe vom 19. Juni 2019 reichte sie eine Stellungnahme (Urk. 14) sowie eine weitere Beurteilung von Dr. A.____, datiert vom 28. Mai 2019, ein (Urk. 15) und ergänzte diese am 21. Juni 2019 mit der Auflage des von diesem zitierten Fachartikels (Urk. 16 f.) Die Beschwerdegegnerin nahm hierzu mit Eingabe vom 19. August 2019 Stellung unter Beilage einer Beurteilung ihres beratenden Arztes med. pract.

B.____, Facharzt Chirurgie, (Urk. 21). Mit Eingabe vom 8. November 2019 reichte die Beschwerdeführerin eine weitere Stellungnahme (Urk. 27) sowie eine weitere Beurteilung von Dr. A.____ (Urk. 28/6) ein, welche der Beschwerdegegnerin am 11. November 2019 zur Kenntnisnahme

zugestellt wurde (Urk. 29).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin,

auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. Z.____ könne vorliegend abgestellt werden. Die Einwände von Dr. A.____ vermöchten keine Zweifel an der Beurteilung der Kreisärztin zu begründen. Hervorzuheben sei, dass gerade kein geeigneter Unfallmechanismus vorliege, um die Supraspinatussehne einzuklemmen. Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung könne konstatiert werden, dass Unfallfolgen im Beschwerdebild der Versicherten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens vier Monate nach dem Ereignis keine Rolle mehr gespielt hätten. Es sei ferner darauf hinzuweisen, dass ein Vorzustand auch in stummer Form bestehen könne. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass spätestens seit dem 2. Januar 2018 keine Leistungspflicht mehr bestanden habe (Urk. 2 S. 8 f.)

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, dem Bericht von Dr. A.____ vom 24. April 2018 lasse sich nicht nur entnehmen, dass die an der rechten Schulter nach wie vor geklagten Beschwerden eindeutig unfallkausal seien, sondern auch weshalb Dr. A.____ begründe seine Beurteilung nachvollziehbar und schlüssig und er zeige auch auf, weshalb ein degeneratives Geschehen vorliegend ausser Betracht falle. Im Gegensatz zu Dr. Z.____ habe er die Versicherte sodann persönlich untersucht, was seiner Beurteilung zusätzliches Gewicht resp. zusätzliche Beweiskraft verleihe. Die Tatsache, dass sich die Beurteilungen von Dr. A.____ und Dr. Z.____ hinsichtlich der Unfallkausalität der persistierenden Beschwerden diametral entgegenstünden, verpflichte die Beschwerdegegnerin längst zu weiterführenden Abklärungen (Urk. 1 S. 8).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin über den 2. Januar 2018 hinaus verneinte. 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die ärztliche Erstkonsultation erfolgte am 24. August 2017 bei Dr. med. C.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin. Dr. C.____ stellte die Diagnose einer Schulterkontusion und die Differentialdiagnose einer Läsion des Infraspinatus. Die Beschwerdeführerin sei am Vortag in der Badewanne ausgeschliffen und auf die rechte Schulter gestürzt,

initial ohne Befund, dann zunehmend Schmerzen über Nacht, ROM (Range of Motion = Bewegungsumfang) eingeschränkt, kein Hämatom, Druckdolenz subacromial (Urk. 8/20).

Im Verlaufseintrag vom 28. August 2017 hielt sie fest, der Beschwerdeführerin gehe es besser,

ROM vollständig, Jobe-Test schmerzhaft, keine Ruptur (Urk. 8/21).

E. 3.2

Im Krankengeschichteintrag der Hausärztin Dr. C.____ vom 8. Dezember 2017 wurde klinisch der Verdacht auf eine Rotatorenmanschetten-Läsion und die Differentialdiagnose einer Bursitis genannt (Urk. 8/22).

E. 3.3

Am 15. Dezember 2017 wurde am Institut D.____ ein Ultraschall des rechten Schultergelenkes durchgeführt. Dieser ergab eine Tendinose /Tendinitis der Supraspinatussehne mit sonographischem Verdacht auf Partialruptur, durch die Auftreibung der Sehne konsekutives subakromiales

Impingement bei mässiger AC-Gelenksarthrose und Tendinose der Bizepssehne und der Subscapularissehne (Urk. 8/19)

E. 3.4

Am 5. Januar 2018 wurde am Institut D.____ ein MRI der rechten Schulter durchgeführt. Dieses ergab ein subakromiales

Impingement bei Akromion Typ IV, AC-Gelenksarthrose und down sloping des Akromion und eine partielle nicht transmurale Ruptur der Supraspinatussehne (Urk. 8/11).

E. 3.5

Kreisärztin Dr. Z.____

führt in ihrer Aktenbeurteilung vom 1. März 2018 aus, die Beschwerdeführerin habe sich am 23. August 2017 bei einem Sturz in der Badewanne die rechte Schulter und den rechten Arm verletzt. Im Rahmen des Schadenfalles sei es zu einer Prellung/Distorsion der rechten Schulter im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette gekommen. Unfallkausale strukturelle Läsionen seien nicht dokumentiert. Die Folgen einer Schulterprellung/Distorsion sollten nach allgemeiner klinischer Erfahrung innerhalb von drei bis vier Monaten abgeklungen sein. Der Status quo sine sollte dann erreicht sein. Die derzeit noch geltend gemachten Beschwerden im Bereich der rechten Schulter seien auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen zurückzuführen. Laut MRI-Befund vom 5. Januar 2018 bestehe ein subacromiales Impingement bei Acromion Typ IV, AC-Gelenkarthrose und Down-Sloping des Acromions. Diese Konstellation begünstige die nachgewiesenen degenerativen Veränderungen im Bereich der Supraspinatussehne. Der dazugehörige Muskelbauch sei bereits leicht verschmälert. Es bleibe festzuhalten, dass die derzeit noch geltend gemachten Beschwerden an der rechten Schulter nicht mehr als unfallkausal zu beurteilen seien (Urk. 8/25).

E. 3.6

Dr. A.____

hält

in seiner Stellungnahme vom 24. April 2018 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin fest, die Beschwerdeführerin habe ihm am 16. April 2018 gezeigt, wie sie in der Badewanne ausgerutscht sei. Die rechte Hand, mit der sie sich halten wollen, sei an der Glaswand nach unten und hinten gerutscht und der rechte Arm sei so nach hinten gequetscht worden. Sie habe den rechten Arm dann nicht selber nach vorne nehmen können und habe mit der linken Hand nachhelfen müssen. Die Beschwerdeführerin sei dann auf eine gut einmonatige Reise mit ihrem handgeschalteten Ford Puma gegangen. Die Schmerzen im rechten Arm seien so gewesen, dass sie mit links habe schalten müssen. Das MRI vom 5. Januar 2018 zeige im Wesentlichen eine nicht transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne. Es sei einmal infiltriert worden. Zur Suva-Beurteilung vom 1.

März 2018 sei festzuhalten, dass vier Monate nach Schultertrauma natürlich keine aktuellen strukturellen Läsionen im Sinne einer Traumatisierung mehr vorhanden seien. Ein Bone bruise oder ein gröberes Ödem seien sicher nicht mehr da. Was richtig sei, sei dass die Folgen einer Schulterprellung/Distorsion nach allgemeiner klinischer Erfahrung innerhalb von drei bis vier Monaten abgeklungen seien. Hier sei aber die Supraspinatussehne, so wie es die Beschwerdeführerin zeige, beim Sturz zwischen Humeruskopf und Acromion eingeklemmt und beschädigt worden. Dass das Ganze nicht vorbestehend sei, zeige, dass keine Verfettung der zugehörigen Muskulatur aufgetreten sei. Trotz Acromion Typ IV, AC-Gelenksarthrose und Down Sloping des Acromions sei die Beschwerdeführerin bis zum Unfallereignis beschwerdefrei gewesen. Die aufgetretenen Beschwerden seien eindeutig auf das Unfallereignis vom 23. August 2017 zurückzuführen. Es sei ein gewaltsames Einklemmen der Supraspinatussehne unter dem Acromion durch Retroversion und Adduktion des rechten Armes erfolgt. Die Suva-Beurteilung vom 1. März 2018 sei absolut willkürlich und an den Haaren herbeigezogen. Bei der Untersuchung am 16. April 2018 hätten sich weiterhin Zeichen der Einschränkung der Supraspinatusfunktion für die rechte Schulter gefunden. Wenn das Ganze, wie von der Suva behauptet, degenerativ wäre, müsste das Acromion bzw. der Down Slope die Supraspinatussehne von aussen durchraspeln. Der Schaden sei aber hier klar humerusseitig. Das spreche für etwas akut Stattgehabtes. Ebenfalls nicht für das akut Degenerative spreche, dass der zugehörige Muskelbauch kräftig und nicht verfettet sei (Urk. 8/35 S. 11 ff.).

E. 3.7

In ihrer Beurteilung vom 9. Mai 2018 führt Kreisärztin Dr. Z. ___ aus, dass Dr. A. ___ in seinem Bericht vom 24. April 2018 festhalte, dass die Supraspinatussehne beim Sturz vom 23. August 2017 (mit adduziertem und retroviertem Arm) zwischen Humeruskopf und Acromion gewaltsam eingeklemmt und beschädigt worden sei. Das Studium der anatomischen Gegebenheiten zeige, dass bei Retroversion und gleichzeitiger Adduktion des Armes die Supraspinatussehne vor dem Acromion liege. Der anatomische Raum erweitere sich zudem bei dem geschilderten Bewegungsablauf. Es sei festzuhalten, dass damit im Rahmen des Unfallereignisses keine Einklemmung der Supraspinatussehne zwischen Humeruskopf und Acromion eingetreten sei. Die Aussage von Dr. A. ___ könne so nicht nachvollzogen werden. Weiter schildere Dr. A. ___, dass im MRI keine Verfettung der zugehörigen Muskulatur dokumentiert sei, was zeige, dass der Befund nicht vorbestehend sei. Bei Durchsicht der MRI-Bilder zeige sich, dass zwar keine Verfettung der zugehörigen Muskulatur aufgetreten sei, wohl jedoch eine deutliche Atrophie der Muskulatur, eine Retraktion der Sehne sowie eine Zystenbildung im Humeruskopf. Diese Veränderungen seien Zeichen der vorbestehenden und langsam fortschreitenden Degeneration im Bereich des Schultergelenks. Die Beschreibung von Brückensymptomen stütze die Argumentationslinie « post hoc ergo propter hoc ». Der Aussage von Dr.

A. ___, dass, wenn das Ganze degenerativ wäre, das Acromion bzw. der Down Slope die Supraspinatussehne von aussen durchraspeln müsste, sei entgegenzuhalten, dass eine Einklemmung im verengten Subacromialraum zu Kräfteinwirkungen auf der Ober- und Unterseite der Sehne führen könne. Im vorliegenden Fall handle es sich um eine Delaminierung des unteren Blattes der Supraspinatussehne mit Sehnenretraktion als Hinweis auf eine degenerative und langsam fortschreitende Veränderung (Urk. 8/37).

E. 3.8

Dr. A.____

verweist

in seiner Stellungnahme vom 28. Mai 2019 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin auf einen Artikel des Schweizerischen Medizin-Forums 2019 (PD Dr. med. Alexandre Lädermann et al.: «Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette » [Urk. 17]) und hält fest, die forcierte Aussenrotation bei adduziertem (anliegendem) Arm sei von ihm genau so als Unfallursache beschrieben worden. Die subchondrale Sklerose und die subchondralen Zysten des Tuberculum majus stellten keine Prädiktoren für eine chronische Rotatorenmanschetten -Läsion dar. Diese Erscheinungen hätten eine grosse Interobserver -Variabilität und einen niedrigen Vorhersagewert. Sie seien somit keine zuverlässigen Kriterien für eine chronische oder degenerative Schädigung der Rotatorenmanschette . Eine anteriore oder posteriore Ausdehnung bei einem zuvor asymptomatischen Patienten lasse ein Trauma vermuten. Abschliessend und zusammenfassend liege hier mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine traumatische Schädigung der Supraspinatussehne bedingt durch den Sturz in der Badewanne vor (Urk. 15) .

E. 3.9

Med. pract . B.____

führt in seiner Beurteilung vom 25. Juli 2019 aus, bei einer akuten traumatischen Verletzung einer Sehne sei mit zeitnah einsetzenden starken Schmerzen und Funktionsausfällen und nicht mit zeitverzögert einsetzenden und dann zunehmenden Beschwerden zu rechnen . Es sei dokumentiert, dass die Beschwerdeführerin bereits fünf Tage nach dem Ereignis vom 23. August 2017

wieder eine vollständig freie Schulterfunktion gehabt habe. Das spreche nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dafür, dass das Ereignis vom 23. August 2017 zu einer strukturellen Verletzung der Supraspinatussehne geführt habe. Schmerzen beim Jobe -Test – ohne die Dokumentation einer Kraftminderung – sprächen für eine Beeinträchtigung der Sehne des Musculus supraspinatus. Eine Unfallkausalität könne aber aus den Schmerzen beim Jobe -Test nicht abgeleitet werden.

Die Schilderung von Dr. A.____ , wonach die Beschwerdeführerin auf ihrer gut einmonatigen Reise mit ihrem handgeschalteten Ford Puma wegen der Schmerzen im rechten Arm links geschaltet habe, erscheine unglaubwürdig, denn das Bedienen des Schaltgetriebes über den Schalthebel, der bei einem Ford Puma in der Mittelkonsole lokalisiert sei, liesse artistisch anmutende Ausweichbewegungen des rechten Arms im Schultergelenk für jeden Schaltvorgang erwarten, die mit schmerzhaften Einschränkungen der Schulterfunktion rechts schwerlich zu vereinbaren seien.

Die Verkehrssicherheit wäre wohl in diesem Fall gefährdet und es wäre zu erwarten, dass die Fahrt nicht fortgeführt worden wäre. Wichtig erscheine der Hinweis auf die Nachtschmerzen, die als Ausdruck eines chronischen Prozesses gälten.

Am 15. Dezember 2017 sei eine sonographische Untersuchung der rechten Schulter durchgeführt worden. Die Sonographie stelle ein gut geeignetes Verfahren zur Diagnostik von Pathologien der Sehnen der Rotatorenmanschette dar. Eine Tendinose mehrerer Sehnen der Rotatorenmanschette und zugleich der Bicepssehne gelte als Ausdruck eines chronischen Reizzustandes dieser Sehnen durch eine Fehl- und/oder Überbelastung im

Sinne einer rezidivierenden Mikrotraumatisierung und nicht als Hinweis auf eine einmalige traumatische Verletzung der Sehnen. Die Entzündung des subacromialen Schleimbeutels (Bursitis subacromialis) gelte als typischer Ausdruck eines chronischen Reizzustandes bei einem subacromialen Impingement .

Am 5. Januar 2018 sei eine MR-Tomographie der rechten Schulter durchgeführt worden. Als Ergebnis der Untersuchung seien ein subacromiales Impingement bei einem Acromion Typ IV, eine AC-Gelenksarthrose, ein Downsloping des Acromions und eine partielle nicht transmurale Ruptur der Supraspinatussehne genannt worden. Diese Sehne sei um mehr als 50 % ausgedünnt. Der zugehörige Muskelbauch sei leicht verschmälert. Mit diesem radiologischen Befund würden nicht Folgen einer Traumatisierung der rechten Schulter, sondern anatomische Variationen in Kombination mit einem chronischen Verschleissleiden beschrieben .

Dr. A.____ dokumentiere als Ergebnis seines Gesprächs mit der Beschwerdeführerin vom 16. April 2018 in seiner Stellungnahme vom 24. April 2018, die rechte Hand, mit der sich die Beschwerdeführerin habe halten wollen, sei nach unten und hinten gerutscht und dadurch sei der rechte Arm nach hinten gequetscht worden. Eine Quetschung des rechten Arms oder der rechten Hand sei anhand der vorliegenden medizinischen Befunde jedoch nicht zu objektivieren . Die Beschwerdeführerin habe weder bezüglich des rechten Arms noch der rechten Hand bei der Erstuntersuchung am 24. August 2017 Beschwerden angegeben. Das Vorliegen eines Hämatoms habe die Hausärztin explizit verneint und eine Quetschmarke habe sie nicht dokumentiert. Dr. A.____ habe in seiner Stellungnahme vom 28. Mai 2019 postuliert, er habe eine forcierte Aussenrotation bei adduziertem Arm als Unfallursache beschrieben, die Supraspinatussehne sei eingeklemmt und dadurch beschädigt worden. Biomechanisch sei eine Einklemmung oder Quetschung der Supraspinatussehne durch eine Aussenrotation im Schultergelenk bei angelegtem Arm nicht zu begründen. Der subacromiale Raum, in dem die Supraspinatussehne verlaufe, werde bei adduziertem Arm sogar erweitert. Durch eine erzwungene Aussenrotation könne eine Schädigung der Sehne des Musculus supraspinatus nicht begründet werden, weil der Musculus supraspinatus an Rotationsbewegungen nicht beteiligt sei. Eine Zerreissung der Subscapularissehne hingegen wäre dabei denkbar. Dr. A.____ verweise auf die mit der Publikation von Lädermann et al. gemachten Aussage, dass die Expertengruppe davon ausgehe, dass bei einem Direkttrauma der Schulter ohne explizit ausgestrecktem Arm ebenfalls eine Läsion der Rotatorenmanschette entstehen könne . Damit werde lediglich eine Möglichkeit genannt und keine überwiegende Wahrscheinlichkeit . Die Expertengruppe stehe mit ihrer Meinung im Vergleich mit der internationalen Literatur relativ allein da. Eine isolierte traumatische Schädigung einer einzelnen Sehne der Rotatorenmanschette gelte als aussergewöhnlich. Es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass das Ereignis vom 23. August 2017 zu einer Einklemmung und darüber hinaus zu einer traumatischen Schädigung der Supraspinatussehne im rechten Schultergelenk der Beschwerdeführerin geführt habe.

Das Ereignis vom 23. August 2017 liege zum Zeitpunkt der MR-Tomographie ungefähr einviereinhalb Monate zurück. Selbst wenn eine traumatische Zerreissung der Supraspinatussehne zu diesem Zeitpunkt erfolgt wäre, wäre nach derzeitiger wissenschaftlicher Erkenntnis am 5. Januar 2017 noch nicht mit dem Nachweis einer relevanten Verfettung zu rechnen gewesen. Im vorliegenden Fall sei eine transmurale Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne gar nicht objektiviert, sondern nur eine

partielle Zusammenhangstrennung und eine Tendinose . Eine relevante Fetteinlagerung in den Muskel sei bei dieser Konstellation nicht zu erwarten. Eine fehlende relevante Verfettung des Musculus supraspinatus könne im vorliegenden Fall daher weder als Beleg für eine traumatische Genese der Veränderung dieser Sehne noch für eine degenerative Genese angeführt werden.

Dr. A.____ führe als Argument für eine Unfallkausalität an, dass die Beschwerdeführerin vor dem Ereignis vom 23. August 2017 beschwerdefrei gewesen sei. Nahezu 100 % der Allgemeinbevölkerung habe im fortgeschrittenen Lebensalter eine Arthrose des AC-Gelenks, jedoch bei weitem nicht alle hätten Beschwerden. Lädemann et al. hätten, wie bereits andere Autoren zuvor, darauf hingewiesen, dass ein Downsloping des Acromions keinen Beweis für das Vorliegen eines Rotatorenmanschettenschadens darstelle. Ein Downsloping des Acromions gelte als eine mögliche Ursache für ein subacromiales Impingement -Syndrom der Schulter, könne somit Beschwerden verursachen, müsse jedoch nicht.

Entgegen der Auffassung von Dr. A.____ gelte ein positives Tangenzzeichen als sicherer Hinweis für eine Atrophie des Supraspinatusmuskels .

Dr. A.____ führe als Argument gegen das Vorliegen degenerativer Veränderungen der rechten Schulter der Beschwerdeführerin die Aussage in der beigefügten Publikation an, dass subchondrale

Cysten des Tuberculum majus keine Prädiktoren für eine chronische Rotatorenmanschettenschädigung darstellten. Es werde auf eine grosse Inter-Observer-Variabilität und einen niedrigen Vorhersagewert verwiesen . Durch eine aktuelle Publikation aus dem Jahr 2019 würden diese Aussagen erheblich in Frage gestellt . Die Autoren zeigten, dass anterior und posterior im Tuberculum majus gelegene Cysten mit hoher Evidenz mit Läsionen der Infra- und Supraspinatussehne vergesellschaftet seien. Da solche cystischen Veränderungen des Knochens über lange Zeiträume entstünden, sei es überwiegend wahrscheinlich, dass die mit MRI vom 5. Januar 2018 objektivierte Cyste des proximalen Humeruskopfes bereits zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 23. August 2017 vorhanden gewesen sei.

Die relativ grosse Cyste im Bereich des Tuberculum majus des proximalen Humerus spreche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dafür, dass bereits seit längerer Zeit auch ein Schaden an der in der Region ansetzenden Supraspinatussehne vorhanden sei. Es sei somit überwiegend wahrscheinlich, dass eine partielle Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne bereits im Zeitpunkt des Ereignisses vom 23. August 2017 vorhanden gewesen sei.

Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die ausgeprägte Tendinose der Supraspinatussehne mit deutlicher Auftreibung der Sehne bereits zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 23. August 2017 vorhanden gewesen sei, denn es seien bereits ungefähr vier Monate später Zeichen einer partiellen Zusammenhangstrennung bildgebend dokumentiert. Dieser Vorgang benötige nach allgemeiner Erfahrung länger als nur vier Monate.

Zusammenfassend sei überwiegend wahrscheinlich, dass das Ereignis vom 23. August 2017 einen – wohl asymptomatischen – degenerativen Vorzustand der rechten Schulter mit einer fortgeschrittenen Arthrose des AC-Gelenkes und einem chronischen Verschleissleiden der Supraspinatussehne getroffen habe. Treffe eine Kontusion und Distorsion der Schulter

auf einen Vorzustand eines Verschleissleidens, so könne nach allgemeiner traumatologischer Erfahrung eine längere Zeit bis zur Heilung der Unfallfolgen benötigt werden, als dies ohne Vorzustand zu erwarten wäre. Im vorliegenden Fall sei bereits fünf Tage nach dem Ereignis wieder eine freie Funktion der rechten Schulter erreicht worden und ein Hämatom sei nicht vorhanden gewesen. Dies spreche gegen eine schwere Kontusion oder Distorsion. Es sei daher von einer leichten bis allenfalls mässiggradigen Kontusion/Distorsion auszugehen. Der Zustand, wie er auch ohne den Unfall eingetreten wäre, sei nach allgemeiner traumatologischer Erfahrung nach sechs bis maximal zwölf Wochen erreicht. Im vorliegenden Fall sei dieser Zustand da mit spätestens Mitte November 2017 erreicht gewesen. Die ab dem 8. Dezember 2017 dokumentierte, gegenüber zuvor deutlich gewandelte Symptomatik sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 23. August 2017 zu rückzuführen. Die Zunahme der Symptomatik zeuge eher von einer entzündlichen Reaktion, die mit dem Befund der Sonographie vom 15. Dezember 2017 bestätigt worden sei. So sei es eine Tendinitis und eine Bursitis subacromialis genannt worden.

Das Ereignis vom 23. August 2017 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einen chronischen Verschleissleiden des AC-Gelenkes und der Supraspinatussehne entsprechenden Vorzustand getroffen. Da unfallkausale strukturelle Veränderungen im Bereich der rechten Schulter bildgebend nicht objektiviert worden seien und bereits am 28. August 2017 ein deutliches Decrescendo der Beschwerden dokumentiert worden sei, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das Ereignis vom 23. August 2017 zu einer vorübergehenden und nicht richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt habe. Die partielle Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne sowie die Tendinose/Tendinitis, wie sie bildgebend am 15. Dezember 2017 und am 5. Januar 2018 dokumentiert worden seien, seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 23. August 2017 zurückzuführen. Der Zustand, wie er auch ohne das Ereignis vom 23. August 2017 eingetreten wäre, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens Anfang bis Mitte November 2017 erreicht gewesen. In diesem Zeitraum sei die Beschwerdeführerin stets in ihrem angestammten Beruf als Consultant arbeitsfähig gewesen (Urk. 21).

E. 3.10

Dr. A.____

hält in seiner Kurzbeurteilung vom 6. November 2019 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin

zum Unfallhergang fest, der rechte Oberarm sei nach hinten gedrückt worden. Es habe hier keine erzwungene Aussenrotation des rechten Armes gegeben, sondern eher ein Einklemmen und ein Halten. Das Festhalten sei im Vordergrund gestanden. Sie habe keine Schmerzen im Arm bzw. der Schulter gehabt.

Es sei «noch alles gegangen», aber sie habe mit der linken Hand den Arm nach vorne nehmen müssen. Die Beschwerdeführerin habe dann Nachtschmerzen gehabt und am Morgen sei es «satanisch» gewesen. Am 28. August 2017 sei es ihr

besser

gegangen. Der Jobe-Test sei aber schmerzhaft gewesen, das heisse positiv. Ein positiver Jobe-Test gelte als Zeichen einer Supraspinatusvorderrandläsion.

Nachtschmerzen seien typisch für eine Rotatorenmanschettenruptur. Im vorliegenden Fall sei der Schmerz initial und nicht wie Dr. B. ___ behauptet verzögert aufgetreten. Der Jobe-Test sei am 28. August 2017 positiv gewesen, es habe sich also fünf Tage nach dem Unfall ein Funktionsverlust gezeigt. Die Schilderung der Beschwerdeführerin und die Läsion im Arthro-MRI seien vereinbar mit dem Schaden, wie er unfallmässig gesetzt worden sei. Insbesondere bestehe keine Verfettung der Rotatorenmanschettenmuskulatur und die Supraspinatussehne sei humerusseitig geschädigt, was ebenfalls für die traumatische Läsion spreche (Urk. 28/6).

E. 4

ATSG vorliegt.

Anlässlich der Befragung vom 29. Januar 2018 durch die Beschwerdegegnerin, schilderte die Beschwerdeführerin den Unfallhergang wie folgt: Sie sei während des Duschens ausgerutscht. Während des Falles habe sie versucht, sich mit gestrecktem rechten Arm an der Glasduschwand abzustützen/festzuhalten. Dies sei nicht gelungen und der Sturz sei weitergegangen. Sie sei anschliessend mit der rechten Schulter gegen die Glaswand geprallt und sei an dieser hinuntergerutscht, bis sie auf den Knien gelandet sei. Während des Runterrutschens habe sich die rechte Schulter/der rechte Arm an dieser Glasduschwand befunden. Durch das Rutschen habe es ihren Arm nach hinten gezogen (Urk. 8/14).

E. 4.1

Unbestritten ist, dass es ein Unfall im Sinne von Art.

E. 4.2

Die Ausführungen des behandelnden Orthopäden Dr. A. ___ zum Unfallhergang im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens sind widersprüchlich und nicht nachvollziehbar. So hielt er in seiner Stellungnahme vom 28. Mai 2019 unter Verweis auf die Publikation Lädemann et al. (Urk. 17)

fest, eine forcierte Ausserrotation bei adduziertem (anliegendem) Arm sei von ihm als Unfallursache genau so beschrieben worden (Urk. 15 S. 2). In seiner Stellungnahme vom 6. November 2019 stellte er die von ihm selbst

vorgebrachte forcierte Ausserrotation wieder in Abrede,

indem er

ausführte, es habe keine erzwungene Ausserrotation des rechten Armes gegeben, sondern eher ein Einklemmen und ein Halten. Hier stehe das Festhalten im Vordergrund (Urk. 28/6). Dies überzeugt je doch insofern nicht, als die Beschwerdeführerin angegeben hat, dass es ihr eben nicht gelungen sei, sich an der Glasduschwand festzuhalten bzw. abzustützen und sie an dieser hinuntergerutscht und auf den Knien gelandet sei. Es besteht kein Anlass, an der ursprünglichen Schilderung des Unfallherganges der Beschwerdeführerin zu zweifeln. Die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens vorgebrachten Darstellungen des Unfallherganges scheinen hingegen eher von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher Art beeinflusst zu sein

(vgl. vorne E. 1.3). Der Unfallhergang ist somit erstellt und es wird nachfolgend darauf Bezug genommen.

E. 5.1

Zu prüfen ist, ob die nach dem 2. Januar 2018 bestehenden Schulterbeschwerden noch überwiegend wahrscheinlich in einem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 23. August 2017 stehen.

E. 5.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Leistungseinstellung in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilungen ihrer Kreisärztin Dr. Z.____, welche im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens durch die versicherungsinterne Aktenbeurteilung von med. pract. B.____ ergänzt wurde.

Ein medizinischer Aktenbericht als Entscheidungsgrundlage ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 8C_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1 mit Hinweisen, vgl. vorne E. 1.4), was vorliegend der Fall ist (vgl. auch die vollständige Krankengeschichte der erstbehandelnden Ärztin samt bildgebender Dokumentation, Urk. 8/19-22, Urk. 8/9-11). Die Aktenbeurteilungen von Dr. Z.____ und med. pract. B.____ erfüllen

zu dem die Anforderungen an beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlagen (vgl. vorne E. 1.6).

Sie wurden in einlässlicher Auseinandersetzung mit den relevanten Vorakten erstattet. Die Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Der Umstand, dass die versicherungsinternen Ärzte keine eigene Untersuchung durchgeführt haben, vermag den Beweiswert ihrer Beurteilungen nicht zu schmälern, zumal es mit der Frage nach der Unfallkausalität einen feststehenden medizinischen Sachverhalt zu erörtern galt, ohne dass zusätzliche Untersuchungen notwendig gewesen wären. Praxisgemäss

können unter diesen Voraussetzungen auch reine Aktengutachten voll beweiskräftig sein (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_325/2009 vom 23. September 2009 E. 3.4.1 mit Hinweisen).

E. 5.3

Dr. Z.____

gelangt in ihren sorgfältig begründeten Beurteilungen nachvollziehbar zum Schluss, dass es im Rahmen des Schadenfalles zu einer Prellung/Distorsion der rechten Schulter im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette gekommen ist. Unfallkausale strukturelle Läsionen seien nicht dokumentiert

(vgl. vorne E. 3.5).

Bei Durchsicht der MRI-Bilder zeige sich, dass zwar keine Verfettung der zugehörigen Muskulatur aufgetreten sei, wohl jedoch eine deutliche Atrophie der Muskulatur, eine Retraktion der Sehne sowie eine Zystenbildung im Humeruskopf. Diese Veränderungen seien Zeichen der vorbestehenden und langsam fortschreitenden Degeneration im Bereich

des Schultergelenks. Im vorliegenden Fall handelt es sich um eine Delaminierung des unteren Blattes der Supraspinatussehne mit Sehnenretraktion als Hinweis auf eine degenerative und langsam fortschreitende Veränderung (vgl. vorne E. 3.7).

In Übereinstimmung mit Dr. Z. ____

hält med. pract.

B. ____

fest, dass mit dem radiologischen Befund

vom 5. Januar 2018 nicht Folgen einer Traumatisierung der rechten Schulter, sondern anatomische Variationen in Kombination mit einem chronischen Verschleissleiden beschrieben würden. Unter Verweis auf eine aktuelle Publikation fügt med.

pract.

B. ____ an, die relativ grosse Zyste im Bereich des Tuberculum majus des proximalen Humerus spreche dafür, dass bereits seit längerer Zeit ein Schaden an der in der Region ansetzenden Supraspinatussehne vorhanden gewesen

sei. Er gelangt unter eingehender Würdigung der medizinischen Berichte sowie des Bildmaterials

zum Schluss, dass das Ereignis vom 23. August 2017 einen – wohl asymptomatischen – degenerativen Vorzustand der rechten Schulter mit einer fortgeschrittenen Arthrose des AC-Gelenkes und einem chronischen Verschleissleiden der Supraspinatussehne getroffen habe. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das Unfallereignis zu einer vorübergehenden und nicht richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt habe. Dass bereits fünf Tage nach dem Ereignis wieder eine freie Funktion der rechten Schulter erreicht worden sei und ein Hämatom nicht vorhanden gewesen sei, spreche gegen eine schwere Kontusion oder Distorsion. Es sei daher von einer leichten bis allenfalls mässiggradigen Kontusion bzw. Distorsion auszugehen. Der Zustand, wie er auch ohne den Unfall eingetreten wäre, sei nach allgemeiner traumatologischer Erfahrung nach sechs bis maximal zwölf Wochen und damit spätestens Mitte November 2017 erreicht gewesen

(vgl. vorne E. 3.9).

E. 5.4

Was der behandelnde Orthopäde Dr. A. ____

da gegen einwendet, vermag nicht zu überzeugen. So kam er von seinen in seinen Stellungnahmen vom 24. April 2018 und vom 28. Mai 2019 dargestellten gewaltsamen Einklemmen der Supraspinatussehne unter dem Acromion durch Retroversion und Adduktion des rechten Armes in seiner aktuellsten Stellungnahme vom 6. November 2019 wieder ab (vgl. vorne E. 3.10), nachdem Dr. Z. ____ und med. pract.

B. ____ diese Darstellung entkräfteten, indem sie darauf hinwiesen, dass eine Einklemmung oder Quetschung der Supraspinatussehne durch eine Aussenrotation im Schultergelenk bei angelegtem Arm biomechanisch nicht zu begründen sei. Der subacromiale Raum, in dem die Supraspinatussehne verlaufe, werde bei adduziertem Arm sogar erweitert (vgl. vorne E. 3.7 und E. 3.9). Soweit Dr. A. ____ nun mit seiner revidierten Aussage, wonach das Festhalten im Vordergrund stehe (vgl. vorne E.

3.10), einen Sturz mit fixiertem Arm resp. einen starken Zug beim Fest halten

konstruieren will, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden, weil diese Darstellung – wie bereits erwähnt (vgl. vorne E.

4.2) - mit dem von der Beschwerdeführerin geschilderten Unfallhergang nicht übereinstimmt. Die Beschwerdeführerin ist mit der rechten Schulter gegen die Glaswand geprallt und an dieser hin untergerutscht, bis sie auf den Knien gelandet ist. Das beabsichtigte Festhalten /Abstützen ist ihr nicht gelungen (vgl. vorne E. 4.1). Da sie lediglich der Glaswand entlang gerutscht ist und sich schliesslich mit den Knien aufgefangen hat, kann auch nicht von einem Sturz mit erheblicher Beschleunigung des Körpers gesprochen werden, wie dies in der Publikation von Lädermann et al. beschrieben wird (vgl. Urk. 17 S. 263). Somit liegt kein

Traumahergang vor, der geeignet wäre, eine strukturelle Schädigung der Rotatorenmanschette zu bewirken.

Med. pract. B. ___

hält

des Weiteren fest, dass bereits fünf Tage nach dem Unfallereignis wieder eine freie Funktion der rechten Schulter erreicht worden sei und ein Hämatom nicht vorhanden gewesen sei. Dies spreche gegen eine schwere Kontusion oder Distorsion. Es sei daher von einer leichten bis allenfalls mässigen Kontusion bzw. Distorsion auszugehen. Diese Aussage hält Dr. A. ___ für nicht zutreffend, da der Jobe-Test am 28. August 2017 positiv gewesen sei. Aus den Akten geht hervor, dass die Hausärztin am 28. August 2017, mithin fünf Tage nach dem Unfallereignis, einen vollständigen Bewegungsumfang der rechten Schulter

und einen schmerzhaften

Jobe-Test beschrieb (vgl. vorne E. 3.1).

Entgegen der Auffassung von Dr. A. ___ (vgl. vorne E. 3.10) ist kein Funktionsverlust dokumentiert. Med. pract. B. ___ weist darauf hin, dass Schmerzen beim Jobe-Test – ohne die Dokumentation einer Kraftminderung – für eine Beeinträchtigung der Sehne des Musculus supraspinatus sprächen. Eine Unfallkausalität könne aber aus den Schmerzen beim Jobe-Test nicht abgeleitet werden (vgl. vorne E. 3.9). Die Hausärztin verneinte bei der Erstkonsultation zudem ausdrücklich ein Hämatom (vgl. vorne E. 3.1), weshalb auch deshalb nicht von einer schweren Kontusion bzw. Distorsion auszugehen ist.

Auch eine relevante Quetschung des rechten Arms ist anhand der vorliegenden medizinischen Befunde nicht zu objektivieren (vgl. vorne E. 3.9).

Somit sprechen sowohl der Verletzungsmechanismus wie auch die zu geringe Gewalteinwirkung gegen eine traumatisch bedingte Schädigung.

Dr. A. ___ bringt weiter vor, dass die Beschwerdeführerin im September nach dem Unfallereignis auf eine rund vierwöchige Ferienreise mit ihrem handgeschalteten Ford Puma gegangen sei. Wegen der Schmerzen habe sie mit der linken Hand schalten müssen (Urk. 8/35 S. 1 und Urk. 28/6 S. 2), was doch ziemlich realitätsfremd erscheint. Es ist auch nicht ersichtlich, was er daraus zu ihren Gunsten ableiten will. Selbst wenn dies zutreffen sollte, könnte er damit keine Unfallkausalität

begründen . Es erübrigt sich daher, näher darauf einzugehen.

Die Argumentation von Dr. A.____ , dass die Beschwerdeführerin bis zum Unfallereignis beschwerdefrei gewesen sei und die Beschwerden daher eindeutig auf das Unfallereignis zurückzuführen seien (vgl. vorne E. 3.6), entspricht letztlich der unzulässigen Beweisregel " post hoc ergo propter hoc", welche zum Beweis eines natürlichen Kausalzusammenhanges nicht genügt (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb ; Urteil des Bundesgerichts 8 C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1) .

Soweit Dr. A.____

in seiner aktuellsten Stellungnahme wiederholt

darauf hinweist, dass keine Verfettung der Rotatorenmanschettenmuskulatur bestehe , was für eine traumatische Läsion spreche (vgl. vorne E. 3.10) , ist festzuhalten, dass sich

Dr. Z.____ und med. pract . B.____ mit diesem Einwand bereits eingehend auseinandergesetzt haben . So hielt

Dr. Z.____ fest, dass zwar keine Verfettung der Muskulatur aufgetreten sei, jedoch eine deutliche Atrophie (vgl. vorne E. 3.7). Med. pract .

B.____ führte aus , dass das Unfallereignis zum Zeitpunkt der MR-Tomographie ungefähr viereinhalb Monate zurückgelegen sei. Selbst wenn beim Unfall eine traumatische Zerreissung der Supraspinatussehne erfolgt wäre, wäre nach derzeitiger wissenschaftlicher Erkenntnis am 5. Januar 2017 noch nicht mit dem Nachweis einer relevanten Verfettung zu rechnen gewesen. Es sei denn auch keine traumaturale Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne objektiviert, sondern nur eine partielle Zusammenhangstrennung und eine Tendinose . Bei dieser Konstellation sei keine relevante Fetteinlagerung in den Muskel zu erwarten. Eine fehlende relevante Verfettung des Musculus supraspinatus könne daher nicht als Beleg für eine traumatische Genese angeführt werden (vgl. vorne E . 3.9).

Insgesamt vermag die Kritik von Dr. A.____ an den versicherungsinternen Beurteilungen nicht zu überzeugen und es gelingt ihm damit nicht, die nachvollziehbaren Schlussfolgerungen von Dr. Z.____ und med. pract . B.____

zu entkräften . Es entsteht vielmehr der Eindruck, dass er als behandelnder Spezialarzt aufgrund seiner auftragsrechtlichen Stellung zugunsten seiner Patientin aussagt (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc mit Hinweisen) .

Der medizinische Sachverhalt ist hinreichend abgeklärt. Von ergänzenden Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten.

E. 5.5

Nach dem Gesagten ist von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes und dem

Eintreten des Status quo sine spätestens zwölf Wochen nach dem Unfallereignis auszugehen. Somit ist ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 23. August 2017 und den über den 2. Januar 2018 hinaus anhaltenden Beschwerden der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weggefallen . Demzufolge hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere Leistungen zu Recht verneint. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Urs Schaffhauser - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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