

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00042 vom 10. Januar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-01-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00042

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00042 du 10 janvier 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00042 del 10 gennaio 2020

Erwägungen

E. 1

Die 1966 geborene X.____ war seit Juli 2015 als Wäscherei- Mitarbeiterin bei der Y.____ AG angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie am 7. September 2017 vom Fahrrad fiel (Urk. 8/1). Die gleichentags

erstbehandelnden Ärzte des Instituts für Notfallmedizin des Universitätsspitals Z.____ diagnostizierten eine Risswunde an der Unterlippe und eine Kontusion des Unterkiefers. Erstere wurde in Lokalanästhesie mit zwei Nähten verschlossen und die Versicherte beim computertomographischen Ausschluss traumatischer Läsionen der Organe, Weichteile und/oder ossären Strukturen unter Schmerzmittelabgabe noch am Unfalltag nach Hause entlassen.

Zudem wurde ihr eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 8/2 ff., Urk. 8/12, Urk. 8/15, Urk. 8/42 f.). Die Suva anerkannte den Schadenfall und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 8/4). Im weiteren Verlauf beklagte die Versicherte Schulter- und Handgelenksbeschwerden. Bildgebend zeigte sich eine grosse und mehrere kleine intraossäre Ganglionzysten sowie eine mässige Synovitis

an der rechten Hand; an der rechten Schulter wurde eine tiefe Partialruptur der Supraspinatussehne

diagnostiziert (Urk. 8/27 ff., Urk. 8/33). Am 20. März und 25. April 2018

nahm ein

die Kreisärzte

Dr. A.____, Facharzt FMH für Radiologie, und Dr. B.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, zur Sache Stellung (Urk. 8/45, Urk. 8/67). Mit Verfügung vom 24. Mai 2018 stellte die Suva die bisher erbrachten Leistungen per 14. November 2017 ein (Urk. 8/68). Die am 22. Juni 2018 dagegen erhobene Einsprache (Urk. 8/71) wies sie mit Einspracheentscheid vom 30. Januar 2019 ab (Urk. 2); zwischenzeitlich reichte die Versicherte das Privatgutachten von Dr. C.____, Facharzt FMH für Chirurgie, speziell Traumatologie, orthopädische Schulterchirurgie, vom 12./13. Dezember 2018 (Urk. 8/99 ff.; mit Nachtrag vom 21. Januar 2019, Urk. 8/101) zu den Akten und holte die Beschwerdegegenüber die Stellungnahmen von Dr. A.____ vom 1. Oktober 2018 und

E. 1.1

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

Der hier zu beurteilende Sachverhalt hat sich am 7. September 2017 ereignet, weshalb die ab dem 1. Januar 2017 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 des UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 1.3

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG).

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 blosser 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).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. 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. 1.5

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 Versicherungssträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4).

E. 2

und S. 10). Mit Beschwerdeantwort vom 25. März 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Zudem gab sie die kreisärztliche Beurteilung von Dr. D.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, vom 19. März 2019 zu den Akten (Urk. 9). Je eine Kopie dieser Eingaben wurde der Beschwerdeführerin zugestellt (Urk. 10). Mit Eingabe vom 10. April 2019 hielt die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die beiliegende Stellungnahme von Dr. C.____ vom 4. April 2019 an ihren bisherigen Anträgen fest (Urk. 11, Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen bestehe zwischen den beklagten Hand- und Schulterbeschwerden rechts und dem Fahrradsturz vom 7. September 2017 kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang, weshalb die Leistungseinstellung per 14. November 2017 zu Recht erfolgt sei (Urk. 2). In ihrer Beschwerdeantwort hielt die Beschwerdegegnerin gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. D.____ vom 19. März 2019 an ihrem Standpunkt fest (Urk. 7, Urk. 9).

E. 2.2

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin ein, Dr. A.____ fehle die fachliche Qualifikation zur Beurteilung der fraglichen Kausalität; Dr. B.____

wiederum habe lediglich die Plausibilität der Stellungnahme von Dr. A.____ überprüft, weshalb seinen Feststellungen kein eigenständiger Beweiswert zu käme. Zudem sei die Beschwerdeführerin kreisärztlicherseits nie persönlich untersucht worden. Vielmehr sei gestützt auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte sowie die Ausführungen von Dr. C.____

davon auszugehen, dass der Unfall vom 7. September 2017 zu einer richtunggebenden Verschlimmerung eines Vorzustandes geführt habe. Darüber hinaus habe die Beschwerdegegnerin den gesetzlichen Gehörsanspruch verletzt, indem sie der Beschwerdeführerin die Stellungnahme von Dr. A.____ vom 24. Januar 2019 nicht vor dem Einspracheentscheid

zugestellt habe. Da das Gutachten von Dr. C.____ vom 12./ 13. Dezember 2018 und seine Stellungnahme von 6. Februar 2019 für die Beurteilung des Leistungsanspruchs unerlässlich gewesen seien, sei die Beschwerdegegnerin schliesslich zu verpflichten, die damit entstandenen Auslagen zu ersetzen (Urk. 1). Mit Eingabe vom 10. April 2019 hielt die Beschwerdeführerin gestützt auf die Ausführungen von

Dr. C.____ vom 4. April 2019 an ihrem Standpunkt fest und monierte zudem, Dres. A.____ und D.____ hätten keine plausible Erklärung für die Entstehung der strittigen Schulterverletzung geliefert. Vielmehr begnüge sich die Beschwerdegegnerin mit ihrer Abwehrhaltung (Urk. 11, Urk. 12).

E. 3.1

3

Auf Vorlage der Beurteilung von Dr. D.____ nahm Dr. C.____ am 4. April 2019 erneut zur Sache Stellung und führte dabei insbesondere aus, eine Traumatisierung (Kontusion) des Rotatorenmanschettengebewebes subacromial sei sehr wohl möglich und auch häufig. Dazu machte er Ausführungen zum statischen Stabilisationsmechanismus

im Schultergelenk allgemein sowie bei asymptotischen inliegenden Kalkherden infolge eines

Sturzes. Zudem bestätigte er den von ihm in seinen früheren Stellungnahmen beschriebenen pathophysiologischen Ablauf einer Tendinitis calcarea und verwies dabei einerseits auf seine jahrzehntelange Praxiserfahrung und

andererseits auf die medizinische Fachliteratur (Urk. 12) . 4.

E. 3.2

Am 11. September 2017 begab sich die Beschwerdeführerin aufgrund starker Schulterbeschwerden in die hausärztliche Behandlung zu

Dr. E.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin. Dabei habe sie berichtet, sie sei anlässlich eines Fahrradsturzes aufs Gesicht gefallen. Nebst Schwellungen und Hämatomen im Gesicht notierte

Dr. E.____ eine starke Druckdolenz in der rechten Schulter « mit Eindruck diffuser Schwellung », wobei sich die Beschwerdeführerin spontan « recht gut »

bewegen können. Am 15. September 2017 wurde die Beschwerdeführerin bei Klagen über rechtsseitige Schulterbeschwerden erneut bei Dr. E.____ vorgestellt. Dieser hielt starke Druckdolenzen ventral auf dem Humeruskopf mit Schmerzprovokation bei der seitlichen Elevation und Innenrotation fest. Anlässlich des Kontrolltermins vom 26. September 2017 habe die Beschwerdeführerin schliesslich

angegeben, der rechte Ellbogen sei seit zwei Tagen medialseitig

rot und angeschwollen. Klinisch zeigte sich ein sehr druckdolentes Epicondylus humeri

ulnaris und radialis sowie dolenter Strang der Kubitalvenen. Dr. E.____

erwog eine Epicondylitis

beidseits respektive

Venenthrombose

(Urk. 8/33). Im Oktober 2017

wurde eine langstreckige Thrombose der Vena

basilica am Ober- und Unterarm bildgebend bestätigt (Urk. 8/25) und erfolgreich medikamentös behandelt (Urk. 8/27).

E. 3.3

Bei persistierenden Schulter- und Handgelenksschmerzen (Urk. 8/27) wurde am 14. Dezember 2017 ein MRI der rechten Hand durchgeführt. Dieses brachte eine grosse und mehrere kleine intraossäre Ganglionzysten sowie

eine mässige Synovitis

zur Darstellung; das Arthro-MRI der rechten Schulter vom 11. Januar 2018 zeigte eine leichte AC-Gelenksarthrose, tiefe Partialruptur der Supraspinatussehne, leichte Bursitis subacromialis / subdeltoidea

und Tendinitis der distalen Infrapinatussehne

sowie ein prädisponierend für ein Impingement verschmälertes Subakromialraum

(Urk. 8/28

f.) .

E. 4

Im rheumatologischen Konsilium vom 14. Januar 2018 hielt Dr. F.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin,

einen Fahrradsturz am 7. September 2017 und seither bestehende Schulter- und Handgelenksschmerzen rechts fest mit /bei

- tiefer gelenksseitiger Partialruptur der Supraspinatussehne mit leichter Bursitis subacromialis - Status nach Kontusion/Aktivierung mit Synovitis radiokarpal bei grosser Ganglionzyste im Os Scaphoideum mit Gelenkverbindung (Urk. 8/27).

Die Beschwerdeführerin habe anlässlich des Fahrradsturzes vom 7. September 2017 nach eigenen Angaben eine Kontusion des rechten Arms erlitten. Klinisch zeigten sich im Bereich der rechten Schulter Druckdolenzen und schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen; das Handgelenk habe

sich radiallyseitig druckdolent mit prominenten Karpalbossen präsentiert. Die Motorik, Kraft und Sensibilität der Hand sowie

der oberen Extremitäten seien symmetrisch erhalten gewesen .

Bei fehlenden Entzündungszeichen sei eine rheumatische Ursache der Handgelenksbeschwerden auszuschliessen. Die Venenthrombose sei wahrscheinlich iatrogen entstanden, insbesondere mit Blick auf die betroffene Vena

basilica; diese sei im Zuge der notfallmässigen Untersuchungen (Blutentnahme, Kontrastmittel für das CT) am Unfalltag wahrscheinlich punktiert und katheterisiert worden. Betreffend die im MRI festgestellte Partialruptur der Supraspinatussehne sei die Unfallkausalität sicherlich gegeben, zumal die Beschwerdeführerin vor dem Unfall körper

lich uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen sei und weder Schulter - noch Hand beschwerden gehabt habe. Sodann könnten grössere Knochenzysten bekanntlich Schmerzen auslösen. Die bildgebend ausgewiesenen Zysten seien vorbestehend. Überwiegend wahrscheinlich sei es erst durch die Kontusion beim Sturz diesbezüglich zu einer Reizung mit der entsprechend manifest gewordenen Synovitis radiocarpi gekommen (Urk. 8/27). 3.

E. 4.1

Unter den Parteien besteht Einigkeit darüber, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Fahrradsturzes vom 7. September 2017 keine

primären traumatischen Läsionen erlitten hat. Unstrittig ist auch, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses

per 14. November 2017 jedenfalls mit Bezug auf die am 7. September 2017 erlittene Rissquetschwunde an der Unterlippe und Kontusion des Unterkiefers keine Leistungspflicht mehr bestand.

Strittig

und zu prüfen ist indes, ob

die Beschwerdegegnerin aufgrund der beklagten Schulter- und Handgelenksbeschwerden über den 14. November 2017 hinaus leistungspflichtig ist und in diesem Zusammenhang die Frage, ob es

aufgrund des Fahrradsturzes vom 7. September 2017 zu einer «früh- sekundären Ruptur im Gefolge einer traumatisierten Tendinitis calcarea

–

Rotatorenmanschette» und in diesem Sinne zu einer richtunggebenden Verschlimmerung gekommen ist. Dies setzte allem voran voraus, dass die Beschwerdeführerin am 7. September 2017 ein irgendwie geartetes Trauma der rechten oberen Extremität erlitten hat.

E. 4.2

Diesbezüglich erhellt aus dem Bericht des Z.____ vom 7. September 2017, die Beschwerdeführerin in

sei anamnestisch «vom Trottoir gefahren und dann frontal auf das Gesicht gefallen» (vgl. auch die Unfallmeldung vom 19. Oktober 2017, wo nach die Beschwerdeführerin beim Velofahren gestützt sei und sich im Gesicht verletzt habe, Urk. 8/14). Entsprechend zeigten sich eine Rissquetschwunde an der Unterlippe, Schürfwunden am Kinn und Druckschmerzen im Bereich des Gesichtsschädels sowie

Unteraugen- und Unterkiefernerven. Der Thorax

präsentierte sich

mit intaktem Integument, ohne Prellmarken und Kompressionsschmerz. Das selbe gilt für das Abdomen und Becken; hier liessen sich weder Schmerzen,

Prellmarken noch Hämatome feststellen. Sodann ergab auch die Untersuchung der Extremitäten ein intaktes Integument, warme, nicht ödematöse, unauffällige Verhältnisse und eine allseits intakte Motorik und Sensibilität

(Urk. 8/12) . Gegenteiliges hat die Beschwerdeführerin nicht behauptet. Mit anderen Worten ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Fahrradsturzes vom 7. September 2017 im Bereich der Schultern, Arme und/oder Hände keine äusseren Verletzungen erlitten hat, die darauf hindeuteten, dass die rechte obere Extremität im Zuge des Fahrradsturzes tangiert resp. verletzt wurde.

Sodann konnten traumatische

Läsionen der Organe, Weichteile und/oder ossären Strukturen computertomographisch ausgeschlossen werden. Mit Blick auf die im Bericht des Z.____ erhobenen Befunde steht zudem ausser Frage, dass die oberen Extremitäten im Rahmen der notfallmässigen Erstuntersuchung jedenfalls zumindest abgetastet und auf grundlegendste Bewegungsabläufe hin getestet wurde; andernfalls eine «allseits intakte Motorik und Sensibilität» nicht hätte festgestellt werden können. Damit ist weder einzusehen noch hat die Beschwerdeführerin konkret dargetan (Urk. 1) , inwiefern es sich für sie als nachteilig erweisen sollte, wenn

die Extremitäten nach Wortlaut des Berichts des Z.____ «grobkursorisch» untersucht worden sind (vgl. Urk. 8/12) .

Dass unmittelbar nach dem Unfall von einer MRI-Untersuchung abgesehen wurde, hat im Übrigen selbst Dr. C.____ nicht beanstandet (vgl. E. 3.9).

Anlässlich der Konsultation beim behandelnden Hausarzt Dr. E.____

vom 11. September 2017 gab die Beschwerdeführerin erneut an, sie sei am 7. September 2017 vom Fahrrad aufs Gesicht gestürzt. Dr. E.____ dokumentierte Schwellungen und Hämatome im Gesicht, jedoch keinerlei Verletzungen im Bereich der Schultern, Arme und/oder Handgelenke. Anlässlich der dreifachen Konsultationen vom 11., 15. und 26. September 2017 notierte er diesbezüglich vornehmlich

starke Druckdolenzen und diffuse Schwellungen, deren Vorhandensein indes weder von Dr. E.____

noch seitens der Beschwerdeführerin mit dem Fahrradsturz in Verbindung gebracht wurde. Solches ist den Einträgen in die hausärztliche Krankengeschichte jedenfalls nicht zu entnehmen. Vielmehr erwog Dr. E.____ eine beidseitige Epicondylitis

sowie Venenthrombose (Urk. 8/33). Letzteres wurde

im Oktober 2017 duplex-sonographisch bestätigt und es kann diesbezüglich gestützt auf die einleuchtenden Ausführungen von Dr. F.____

unbestrittenermassen von einer iatrogenen Entstehung im Zuge der notfallmässigen Erstbehandlung im Z.____

sowie erfolgreichen medikamentösen Therapie ausgegangen werden (vgl. E.

3.2) .

Zusammenfassend ergeben sich aufgrund der zum Unfallereignis zeitnahen medizinischen Unterlagen keinerlei Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Fahrradsturzes ein irgendwie geartetes Trauma der rechten oberen Extremität erlitten hätte. Weder hat dies die Beschwerdeführerin im Rahmen der notfallmässigen Erstversorgung sowie dreifachen hausärztlichen Konsultationen selbst angegeben noch wurden

ärztlicherseits klinische und/ oder bildgebende Verletzungen dokumentiert, die überwiegend wahrscheinlich darauf schliessen liessen. Daran vermögen weder die vier Tage nach dem Fahrradsturz hausärztlich dokumentierten Druckdolenzen mit «diffuser Schwellung» im Bereich der rechten Schulter (vgl. E. 3.2) noch der erstmals mit Konsiliarbericht vom 14. Januar 2018 von Dr. F.____

festgehaltene «Status nach Kontusion/Aktivierung mit Synovitis radiokarpal bei grosser Ganglionzyste im Os Scaphoideum mit Gelenkverbindung» etwas zu ändern.

Insbesondere stützte sich Dr. F.____ hier bei vornehmlich

auf die Schilderungen der Beschwerdeführer in , welche inzwischen angab , anlässlich des Fahrradsturzes eine Kontusion des rechten Arms erlitten zu haben (E.3.4). In diesem Kontext ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts auf die sogenannten Aussagen der ersten Stunde abstellen, denen in beweismässiger 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).

Auch vermag die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts den Beweisanforderungen nicht zu genügen . Vielmehr folgt das Gericht jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3).

Soweit Dr. F.____

alsdann erwo, die Unfallkausalität der im MRI festgestellten Partialruptur [der Supraspinatussehne] sei «sicherlich gegeben», zumal die Beschwerdeführerin vor dem Unfall keine Schulterprobleme gehabt habe und als Wäscherei-Mitarbeiterin stets arbeitsfähig gewesen sei, so ist dem zunächst entgegenzuhalten, dass selbst die Beschwerdeführerin gestützt auf die Ausführungen von Dr. C.____

nicht von einer primären traumatischen Ruptur ausgeht (Urk. 1, vgl. auch E. 3.11) . Ganz abgesehen davon 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, beweis rechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb , Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). Dasselbe gilt für die gleichlautenden Ausführungen von Dr. G.____

im Konsiliarbericht vom 1. März 2018 (vgl. E. 3.4). Endlich

lässt sich auch aus den Ausführungen von Dr. C.____ , wonach mit dem Ausbleiben eines Ergusses oder Hämatoms eine fehlende Unfallkausalität nicht bewiesen sei, nichts zum Vorteil der Beschwerdeführerin ableiten. Insbesondere obliegt es nicht der Beschwerdegegnerin, die fehlende Unfallkausalität zu beweisen. Vielmehr muss die Unfallkausalität aufgrund der medizinischen Aktenlage im Beweismass der im Sozialversicherungsrecht massgeblichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sein und tragen die Parteien insofern eine Beweislast, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 115 V 133 E.

8a).

Nach dem Gesagten

ist jedenfalls nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgeblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, dass die rechte obere Extremität der Beschwerdeführerin anlässlich des Fahrradsturzes vom 7. September 2017

tangiert wurde, geschweige denn ein irgendwie geartetes Trauma erlitten hat. Damit erübrigen sich Weiterungen zur beschwerdeweise postulierte n

«früh-sekundäre [n] Ruptur im Gefolge einer traumatisierten Tendinitis calcarea – Rotatorenmanschette» und den damit im Zusammenhang stehenden

fachmedizinischen Ausführungen von Dres. C.____, A.____ und D.____, inklusive Hinweise auf die medizinische Fachliteratur der letzten 50 Jahre. Damit ist entgegen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 10) im Übrigen auch gesagt, dass weder das Gutachten von Dr. C.____ vom 12./13. Dezember 2018 noch seine späteren Stellungnahmen

zur Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs notwendig, geschweige denn unerlässlich waren. Insbesondere hat die Beschwerdegegnerin das Einholen des Privatgutachtens nicht durch die vor Entscheid erlassene nur unzureichend durchgeführten Sachverhaltsabklärungen (vgl. dazu etwa Bundesgerichtsurteil 8C_207/2015 vom 29. September 2015 E. 4) veranlasst und sind ihr dementsprechend in diesem Zusammenhang keine Kosten aufzuerlegen.

Der Vollständigkeit halber ist abschliessend festzuhalten, dass eine Verletzung des rechtlichen Gehörs

- entgegen dem Dafürhalten der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 7) - zu verneinen ist. Insbesondere vermochte die Beschwerdeführerin den Entscheid sachgerecht anzufechten und konnte sie ihr Anliegen vor einer Beschwerdeinstanz, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüft, vortragen (vgl. BGE 127 V 431 E. 3d/aa S. 437).

Mit ihren übrigen Vorbringen ist die Beschwerdeführerin mangels Relevanz nicht zu hören.

5.

Zusammenfassend ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass ein Kausalzusammenhang zwischen dem Fahrradsturz vom 7. September 2017 und den beklagten Schulter- und Handgelenksbeschwerden

jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich ist. Dass die Beschwerdegegnerin die gesetzlichen Leistungen für das Ereignis vom 7. September 2017 per 14. November 2017 eingestellt hat, ist daher nicht zu beanstanden. Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - Suva, unter Beilage je einer Kopie von Urk.

E. 5

Im orthopädischen Konsiliarbericht vom

1. März 2018 hielt Dr. G.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

sowie Oberarzt der Klinik H.____ fest, die Beschwerdeführerin habe am 7. September 2017 einen Velosturz erlitten, wobei sie anamnestisch mit aus gestreckten Armen und mit dem Gesicht aufgeschlagen sei. In den darauffolgenden Tagen habe sie zunehmend bewegungseinschränkende Schulterschmerzen rechtsseitig verspürt. Auch sei ihr ein Kraftverlust aufgefallen.

Die Röntgenuntersuchung der rechten Schulter vom 5. März 2018 habe eine Mehrsklerose und ein Kalkdepot, jedoch keine wesentlichen degenerativen Veränderungen zur Darstellung gebracht. Da die Beschwerden durch den Fahrradsturz ausgelöst worden seien, müsse von einer Kausalität ausgegangen werden. Eine arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette sei jedenfalls eindeutig indiziert

(Urk. 8/40). 3.

E. 6

Kreisarzt Dr. A.____ hielt am 20. März 2018 fest, hätte sich die Beschwerdeführerin am 07. September 2017 eine traumatisch bedingte Ruptur des Tendons musculus

supraspinati zugezogen, so wären die Extremitäten vom untersuchenden Arzt des

Z.____ sicherlich nicht als unauffällig beurteilt worden. Zudem hätte sich computertomographisch gegebenenfalls ein Gelenkguss und Ödem/Hämatom der periartikulären Weichteile ergeben. Dies sei

indes nicht der Fall gewesen. Im Gegenteil hätten sich computertomografisch sowohl am 07. September 2017 als auch am 5. März 2018 Zeichen einer vor längerer Zeit durchgemachten Tendinitis calcarea

nachweisen lassen. Sodann habe das Schulter-MRI vom 11. Januar 2018 mehrere Veränderungen zur Darstellung gebracht, die klar für eine degenerativ bedingte Läsion des Tendons musculus

supraspinati sprächen; gleichzeitig fehlten jegliche Hinweise für mikrotraumatisch bedingte Veränderungen. Alsdann habe das Hand-MRI vom 14. Dezember 2017 zahlreiche Veränderungen ergeben, die vorbestehend sein müssten, zumal sie sich nicht

innerhalb dreier Monate hätten entwickeln können.

Auch betreffend das Handgelenk habe sich bildgebend

keine einzige Veränderung ergeben, die sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall drei Monate zuvor zurückführen liesse. Komme schliesslich hinzu, dass

anlässlich der notfallmässigen Untersuchung im Z.____

diesbezüglich auch in klinischer Hinsicht

keine Befunde erhoben worden seien.

Bei all dem sei die Operationsindikation zur arthroskopischen

Rotatorenmanschettenrekonstruktion nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das

Unfallereignis zurückzuführen. Vielmehr lägen der Operationsindikation überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingte Schäden zugrunde (Urk. 8/45). 3.

E. 7

Im Rahmen der kreisärztlichen Aktenbeurteilung vom 25. April 2018 bestätigte Dr. B.____ die Ausführungen von Dr. A.____. Ergänzend hielt er fest, es hätten sich auch im Nachgang der notfallmässigen Erstuntersuchung im Z.____ bildgebend ausschliesslich degenerative Veränderungen ausweisen lassen, womit ein Kausalzusammenhang zwischen den beklagten Hand- und Schulterbeschwerden und dem Unfallereignis zu verneinen sei (Urk. 8/67). 3.

E. 8

Am 1. Oktober 2018 nahm Dr. A.____ erneut zur Sache Stellung. Dabei hielt er insbesondere fest, selbst im Rahmen einer notfallmässigen, grobkursorischen Erstuntersuchung würden die

Schultern in Fällen wie dem vorliegenden stets kräftig abgetastet (inkl. Akromioklavikulargelenk und Clavicula) und einige grosse Rotationsbewegungen durchgeführt. Spätestens dann hätte sich eine frische, traumatisch bedingte Läsion des Tendo musculi supraspinati bemerkbar machen müssen. Zudem sei aus der Literatur bekannt, dass degenerativ bedingte Läsionen der Rotatorenmanschette sehr häufig vorkämen, besonders bei Personen mit körperlich belastenden Berufen und/oder hohen Alters. Bekannt sei auch, dass bis zu 70 % dieser Läsionen asymptomatisch seien. Sodann sei zu bezweifeln, dass die Beschwerdeführerin beim Fahrradsturz den Arm tatsächlich ausgestreckt habe. Insbesondere verliefen derartige Stürze derart rasch, dass die Betroffenen meist reflexartig versuchten, die Lenkstange mit beiden Händen zu stabilisieren. Damit bliebe keine Zeit, den Arm auszustrecken. Entsprechend sei es gestützt auf den Bericht des Z.____ vorliegend nicht zu einem Lenkeranprall gekommen. Zudem sei ein intaktes Integument an den Extremitäten dokumentiert worden. Wäre die Beschwerdeführerin tatsächlich mit ausgestrecktem Arm gefallen, so hätten sich indes zumindest Schürfwunden an den Händen feststellen lassen. Schliesslich spreche auch der Bericht des MR-Arthrogrammes vom 11. Januar 2018 nicht für eine traumatische Läsion des Tendo musculi supraspinati. Im Gegenteil seien darin Faktoren dokumentiert, die für ein subakromiales Impingement sprächen (Urk. 8/91). 3.

E. 9

Im Privatgutachten vom

12./13. Dezember 2018 führte

Dr. C.____

aus, die «grobkursorische» Untersuchung im Z.____

habe lediglich zum Ziel gehabt, irgendwie geartete Frakturen auszuschliessen. Auch die computertomographische Untersuchung habe vornehmlich dazu gedient, relevante, schwere innere Verletzungen auszuschliessen, nicht aber, um irgendwie geartete Sehnen- und Bandverletzungen zu diagnostizieren. Aufgrund eines CTs könne logischerweise auch nur eine «grobkursorische» Beurteilung abgegeben werden. Insbesondere seien im computer

tomographisch en Verfahren keine Sehnenläsionen diagnostizierbar. Es sei denn , es handle sich – wie vorliegend - um eine grobschollige Verkalkung der Supra spinatussehne. Eine Arthro -MRI-Untersuchung der Schulter, welche viel aussa gekräftiger sei, sei aber gerade in den Stunden posttraumatisch nicht indiziert, zumal relevante radiologische Zeichen wie Ödeme der rupturierten Sehnen oder der Bursa subacromialis fehlen könnten; diese träten nach einem Trauma erst nach Stunden oder wenigen Tagen auf. Das Fehlen eines Ergusses sei kein Beweis gegen eine unfallkausale Ruptur. Zudem verbliebe der Erguss bei einer traumatischen Ruptur mit Einblutung nicht im Gelenk. Vielmehr würde sich ein solcher langsam in der Umgebung verbreiten. Ein vorhandenes Hämatom könne als Beweis für ein Trauma gelten, der Umkehrschluss sei indes unzulässig . Alsdann machte Dr. C.____ Ausführungen zur Korrelation

einer Tendinitis der Schulter und der degenerativen Ruptur der Supraspinatussehne sowie zum pathophysiologischen Verlauf

einer Tendinitis calcarea .

Er vertrat weiter

den Standpunkt,

im Schulter-MRI liessen sich kaum bis nur wenige degenerative Veränderungen der Sehne feststellen. An dieser Stelle machte Dr. C.____ unter Hinweis auf das vorhandene Bildmaterial weitere Ausführungen zur Diagnostik der degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschette . Er kam zum Schluss , die kleine Ruptur könne nur traumatisch entstanden sein oder frühsekundär durch eine beim Unfall erlittene Kontusion der Sehne mit in liegendem Kalkherd . Durch diese Kontusion sei es nach Stunden bis Tagen zu einer starken Entzündung in der Sehne um den Kalkherd mit möglicher Perforation des Kalkes (oder eines Teils davon) in die Umgebung sowie Lückenbildung in der Sehne am Ort des ehemaligen Kalkes gekommen . Die anfangs 2018 bildgebend ausgewiesene Bursaschwellung passe dazu. Auch habe die Beschwerdeführerin bereits zwei Tage nach dem Unfall stärkste Schulter schmerzen rechts verspürt. Die Ruptur sei denn auch seitens der behandelnden Ärzte als traumatische Rotatorenmanschetten -Ruptur bezeichnet worden. Ungeachtet der physikalischen, medikamentösen und operativen Behandlungen hätten sich die Beschwerden in der Schulter nicht gebessert. Im Gegenteil habe die Beschwerdeführerin im August 2018 erneut eine starke Schmerzhaftigkeit verspürt. Bei all dem fusse die Operationsindikation – entgegen Dr. A.____ – nicht auf degenerativen Veränderungen.

Am 21. Januar 2019 hielt Dr. C.____ ergänzend fest, dass von ihm veranlasste neue Arthro -MRI habe den Verdacht einer Reruptur bestätigt; die Indikation zur Reoperation sei zwecks Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und vorbeugend eines chronischen Schmerzsyndroms unbedingt gegeben (Urk. 8/99, Urk. 8/101). 3.

E. 10

Auf Vorhalt der Ausführungen von Dr. C.____

führte

Dr. A.____ am 24. Januar 2019 aus, akute traumatisch bedingte Rupturen der Rotatorenmanschette , insbesondere des Musculus supraspinatus, gehörten zu den schmerzhaftesten Muskelverletzungen überhaupt. Zudem fände sich – auch bei nicht

totalen transmuralen Rupturen –

häufig eine reflektorische Pseudoparalyse. Derartige Schmerzen wären bei der notfallmässigen Untersuchung sicherlich aufgefallen; spätestens als die Beschwerdeführerin zwecks Durchführung des CTs die Arme über den Kopf habe strecken, mithin mit beiden Schultergelenken in Elevation habe gehen müssen. Weiter begründete Dr. A.____, weshalb es seiner Einschätzung nach in den allermeisten Fällen nicht zutreffe, dass der Erguss bei einer traumatischen Ruptur nicht im Gelenk bleibe. Zudem widersprach er den Ausführungen von Dr. C.____ betreffend Diagnostik degenerativ bedingter Sehnenrupturen und verwies dabei auf die entsprechende Fachliteratur (Urk. 8/102).

E. 11

und Urk.

E. 12

- 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin HurstHediger

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