

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00197

vom 3. November 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-11-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00197

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00197 du 3 novembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00197 del 3 novembre 2020

Erwägungen

E. 1

8. Juni 2018 berich tete

dipl. med.

A.____, Fachärztin für Allgemeine und innere Medizin und Kardiologie, bei der Versicherten bestehe eine irreparable Rotatorenmanschetten läsion an der rechten Schulter (Urk. 8/44). Nachdem die Visana das Dossier ihrem beratenden Arzt unterbreitet hatte, stellte sie ihre Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 19. September 2018 mangels natürlichen Kausalzusammenhangs der weiterhin beklagten Beschwerden per 12. Juni 2018 ein, wobei auf eine Rückforderung darüber hinaus erbrachter Leistungen verzichtet werde (Urk. 8/59). Die hiergegen erhobene Einsprache der Versicherten vom 22. Oktober 2018 (Urk. 8/66) wies die Visana nach Einholung einer weiteren Stellungnahme ihres beratenden Arztes (Urk. 8/72) mit Einspracheentscheid vom 19. Juni 2019 (Urk. 2) ab.

E. 1.1

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

E. 1.2

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG, wer den 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. 1.3.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs

sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3.2

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die bloße Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des 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 Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

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

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

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

E. 1.4

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 beziehungsweise beratender 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 ; Urteil des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2). 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).

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 21. August 2019 Beschwerde und beantragte, es seien ihr im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 20. Februar 2018 auch über den 12. Juni 2018 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 30. Oktober 2019 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Verfügung vom 31. Oktober 2019 wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 9). In dessen Rahmen hielten die Parteien mit Replik vom 20. Januar 2020 (Urk. 12) beziehungsweise Duplik vom 5. März 2020 (Urk. 16) an ihren Anträgen fest, wovon die Parteien in Kenntnis gesetzt wurden (Verfügung vom 21. Januar 2020, Urk. 13 , und Verfügung vom 6. März 2020, Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Entscheid unter Hinweis auf die Einschätzung von PD Dr. med. Dr. iur. B.____, Facharzt Chirurgie und Intensivmedizin, wonach die anlässlich der Erstuntersuchung nach dem Unfall ereignis erhobenen Befunde nicht für eine frische Rotatorenmanschettenruptur sprechen würden und eine Rippenfraktur mittels Röntgenuntersuchung nicht habe bestätigt werden können. Mithin habe sich die Beschwerdeführerin am 20. Februar 2018 eine Kontusion der rechten Schulter zugezogen und sei diesbezüglich der Status quo sine per 12. Juni 2018 erreicht gewesen (Urk. 2). An ihrer Auffassung, der Bericht von PD Dr. med. C.____, leitender Arzt Schulterchirurgie, Uniklinik D.____, vom 24. September 2018 vermöge an der Einschätzung des beratenden Arztes, PD Dr. B.____, keine Zweifel zu erwecken, hielt sie mit Beschwerdeantwort fest. Der von der Beschwerdeführerin erlittene Stolpersturz sei weder geeignet, eine Rotatorenmanschettenläsion herbeizuführen, noch hätten sich im MRI Hinweise für eine traumatische Läsion finden lassen. Ergänzend wies die Beschwerdegegnerin sodann darauf hin, dass sich die Beschwerdeführerin am 27. Juni 2017 in Ungarn bei einem Unfall eine mediale Schenkelhalsfraktur zugezogen habe, welche operativ versorgt worden sei. Für dieses Ereignis habe die HDI Global bis zum 7. Mai 2018 Leistungen ausgerichtet (Urk. 7).

E. 2.2

Demgegenüber hielt die Beschwerdeführerin dafür, der Einschätzung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin mangle es an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit. Vielmehr sei gestützt auf die mittels MRI erhobenen bildgebenden Befunde sowie in Übereinstimmung mit der wissenschaftlich belegten Auffassung von PD Dr. C.____

davon auszugehen, dass sie beim fraglichen Sturz auf die rechte Seite sowohl eine Rippenfraktur als auch eine Rotatorenmanschettenläsion erlitten habe.

Insbesondere sei darauf hinzuweisen, dass eine - wie im MRI dargestellte - Verfettung der Rotatorenmanschetten-Muskulatur die traumabedingte Genese der Läsion belege. Damit bestünden begründete Zweifel an der Beurteilung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin (Urk. 1). Zwar treffe es zu, dass sie, die Beschwerdeführerin, am 27. Juni 2017 einen Stolpersturz mit Fraktur des linken Oberschenkelhalses erlitten habe; nachdem jedoch damals die linke Körperhälfte beteiligt gewesen sei, fehle es jenem Ereignis für den vorliegenden Fall an Bedeutung (Urk. 12).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht per 12. Juni 2018 von einem Status quo sine ausgegangen ist und demzufolge ihre Leistungen ein gestellt hat oder ob die darüber hinaus anhaltenden Beschwerden mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 20. Februar 2018 zurückzuführen sind.

E. 3.1

Mittels Rettungsdienst wurde die Beschwerdeführerin am 20. Februar 2018 ins Spital Z.____ überführt, wo sie davon berichtete, gleichentags über ein Kabel gestolpert zu sein. Deren Ärzte notierten mit ambulantem Notfallbericht vom 20. Februar 2018 (Urk. 8/9), die Röntgenuntersuchung der rechten Schulter habe eine regelrechte Artikulation glenohumeral ohne Hinweis auf eine Fraktur oder eine Luxation gezeigt. Am Tuberculum

majus habe eine vermehrte Sklerosierung visualisiert und am Ansatz der Supraspinatussehne eine kleine Verkalkung (DD

im Rahmen einer PHS) nachgewiesen werden können. Es bestehe eine AC Arthrose rechts; im Übrigen seien die knöchernen Strukturen bei generalisierter Osteopenie regelrecht zur Darstellung gekommen. An der Hüfte hier sei der Beschwerdeführerin im September 2017 eine Hüft-Totalprothese eingesetzt worden

-

würden sich ebenso wenig Hinweise auf eine frische ossäre Läsion oder Luxation ergeben. Anhaltspunkte für eine periprothetische Fraktur bestünden ebenfalls keine. Der Befund am Thorax sei schliesslich im Vergleich zum Voruntersuch vom 9. Dezember 2015 unverändert. Es bestünden weder ein Erguss, noch ein Hinweis auf eine dislozierte Rippenfraktur oder Anhaltspunkte für einen Pneumothorax.

Am linken Oberarm bestehe ein normaler Befund, rechts bestünden eine Schonhaltung sowie eine Druckdolenz über dem proximalen Humerus. Über der Clavicula, der Scapula, dem vorderen und hinteren Gelenkspalt sowie über dem AC-Gelenk bestehe keine Druckdolenz. Als Diagnosen nannten die Ärzte eine Fraktur der 6. Rippe rechts, eine Schulterkontusion rechts sowie eine Hüftkontusion rechts.

E. 3.2

Am 12. Juni 2018 (Urk. 8/45) diagnostizierte PD Dr. C.____, Uniklinik D.____, Folgendes:
- irreparable Rotatorenmanschettenläsion, Schulter rechts mit Bursitis subacromialis und Insertionsperiostose M. Pectoralis

major, St. nach Stolpersturz 20.02.2018 - Schmerzen Hüfte links, DD Abduktorenirritation bei St. n. Hüft-TP links 09/2017, St. n. Schraubenosteosynthese Schenkelhals links bei lateraler Schenkelhalsfraktur 06/2017 in Ungarn - postoperative Lungenembolien nach Hüft-TP-Implantation 09/2017 - deutlich regrediente schmerzhaftes Fusschwellung links, DD: regredientes CRPS - Verdacht auf Neuropathie - Lipomatose

Raumforderung Schulter rechts, anamnestisch abgeklärt. Der Arzt notierte, gestützt auf das am 12. Juni 2018 erstellte MRI der rechten Schulter entspreche die kortikale Ausziehung am ulnarseitigen proximalen Humerusschaft

am ehesten einer Insertionsperiostose des Musculus pectoralis

major, differentialdiagnostisch sei ein Status nach Tendinitis calcarea in Betracht zu ziehen. Ein malignitätssuspekter Befund bestehe nicht, jedoch sei eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne, eine Bursitis subacromialis / subdeltoidea sowie eine Oberrandläsion der Subscapularissehne zur Darstellung gekommen. Bei irreparabler Rotatorenmanschettenläsion sei keine gelenkerhaltende Therapie möglich; hierbei sei ein künstlicher Gelenkersatz mittels inverser Prothese indiziert.

E. 3.3

PD Dr. B.____, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, erklärte in seiner Stellungnahme vom 12. Juli 2018 (Urk. 8/46), im Rahmen der Erstuntersuchung am 20. Februar 2018 im Spital Z.____ seien einzig degenerative Veränderungen ausserhalb der eigentlichen Gelenkstruktur ohne frische strukturelle Veränderungen dokumentiert worden. Auch betreffend das MRI vom 7. Juni 2018 hätten diverse festgestellte degenerative Veränderungen im Zentrum der Beurteilung gestanden. Zudem habe sich eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne bei gleichzeitig bestehender Bursitis subacromialis bei

dieser betagten Versicherten (70 Jahre alt) finden lassen. Mithin seien die aktuell geltend gemachten Schulterbeschwerden und die vorgesehene Operation im Zusammenhang mit degenerativen Veränderungen zu würdigen. Insbesondere seien keine richtungsgebenden Veränderungen im Zusammenhang mit dem Ereignis dokumentiert, aufgrund welcher sich die Indikation und der Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 20. Februar 2018 herleiten lassen. Nachdem die Bildgebung mittels MRI und die hieraus gewonnenen Erkenntnisse in der Sprechstunde vom 12. Juni 2018 besprochen worden seien, sei der Endzustand auf dieses Datum festzulegen. Mit anderen Worten sei der Status quo sine am 12. Juni 2018 erreicht gewesen.

E. 3.4

), den Beweisanforderungen zu genügen. Was die Beschwerdeführerin dies bezüglich vorbringen lässt (Urk. 12 S.

3 f.), geht an der Sache vorbei.

E. 3.5

Am 24. September 2018 (Urk. 8/66 S. 5) erklärte PD Dr. C.____, obschon eine Rotatorenmanschettenruptur im Alter von 70 Jahren nicht selten vorkomme, sprächen einige Gegebenheiten für eine überwiegend traumatische Komponente (> 75 %). Einerseits sei die Beschwerdeführerin im Hause seit 2001 in der Fusschirurgie bekannt; bei der Durchsicht sämtlicher bisherigen Sprechstundenberichte sei nie von einer Schulterproblematik die Rede gewesen. Auch eine ausführliche Untersuchung durch die Kollegen der Rheumatologie vom 4. November 2014 habe kein Verdachtsmoment auf eine Pathologie der rechten Schulter auf gezeigt. Dementsprechend sei die nun vorliegende Rotatorenmanschettenläsion rechts wohl dem Stolpersturz vom 20. Februar 2018 mit Schulterdistorsion rechts und folgender richtungsweisender Verschlechterung des Vorzustandes zuzuordnen.

E. 3.6

Erneut zur Aktenlage stellungnehmend hielt PD Dr. B.____ am 14. Juni 2019 (Urk.

8/72) fest, in Verbindung mit der Erstuntersuchung vom 20. Februar 2018 finde sich in der Anamnese explizit kein Sachverhalt, welcher für eine erlittene Schulterluxation spreche. Weiter sei im entsprechenden Bericht zwar die Diagnose einer Rippenfraktur genannt, betreffend die Röntgenuntersuchung sei indes ausdrücklich darauf hingewiesen worden, es lasse sich keine dislozierte Rippenfraktur erkennen. Damit sei höchstens klinisch der Verdacht auf eine mögliche Rippenfraktur anzunehmen. Auch habe er, PD Dr. B.____, den Bildatensatz zur konventionellen Röntgenuntersuchung der rechten Schulter persönlich eingesehen; ein Hinweis für eine frakturierte (sechste) Rippe habe sich indes nicht finden lassen. Mithin lasse sich die klinische Verdachtsdiagnose einer gebrochenen sechsten Rippe nicht bestätigen. Was die Befunde zur klinischen Schulteruntersuchung anbelange, so würden diese in keiner Art und Weise für das Vorliegen einer frischen Rotatorenmanschettenruptur sprechen. Konkret sei explizit keine Funktionseinbuße im Schultergelenk dokumentiert, sondern lediglich festgehalten worden, dass eine Druckdolenz über dem proximalen Humerus angegeben worden sei; dies bei unauffälligen Palpationsbefunden über der Clavicula, Scapula, dem vorderen und hinteren Gelenkspalt sowie über dem AC Gelenk. Die Argumentation von PD Dr. C.____ stelle eine juristische Beurteilung vom Typ post-hoc-ergo-propter-hoc dar. Er habe nicht zur Kenntnis

genommen, dass die Versicherte eine Schulterkontusion ,

nicht aber - gemäss Anamnese - eine Schulterluxation erlitten habe. Ebenso wenig gehe er darauf ein, dass anlässlich der Erstuntersuchung keine Befunde erhoben worden seien, die auf eine zu diesem Zeitpunkt bestehende frische Rotatorenmanschettenruptur hingewiesen hätten.

E. 4.1

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin vermag die Einschätzung von PD Dr. B.____ , wonach die von ihr über den 12. Juni 2018 hinaus geklagten Schulterbeschwerden degenerative n Veränderungen zuzuschreiben sind und sich ein Kausalzusammenhang zum Stolpersturz vom 20. Februar 2018 nicht herleiten lässt (E. 3.3, E. 3.6), zu überzeugen. Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin legte in Auseinandersetzung mit der Aktenlage nachvollziehbar dar, dass weder die im Rahmen der Erstuntersuchung erhobenen klinischen Befunde noch der Bericht über die gleichentags angefertigte konventionelle Röntgenuntersuchung für das Vorliegen einer frische n

Rotatorenmanschettenruptur

sprechen würden . Wenn auch am Unfalltag von

einer Schonhaltung der rechten Schulter berichtet wurde, so fehlt es ausdrücklich an der Dokumentation einer für eine Rotatoren manschettenruptur typische n

Funktionseinbusse des rechten Schultergelenks. Mit Ausnahme einer Druckdolenz über dem proximalen Humerus erhoben die Ärzte des Spitals

Z.____

keinerlei Pathologie am rechten Arm , was denn in die Diagnose einer Schulterkontusion mündete .

Im Weiteren zeigte sich bei der fast 70-jährigen Beschwerdeführerin eine AC-Arthrose sowie eine kleine Verkalkung am Ansatz der Supraspinatussehne (E. 3.1) und wurde mittels MRI gleichzeitig zur transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne eine bestehende Bursitis sub acromialis

visualisiert (Urk. 8/47). Die Schlussfolgerung von PD Dr. B.____

erweist sich in Anbetracht dieser Aktenlage als begründet und nachvollziehbar, zumal PD Dr. C.____ bestätigte, eine Rotatorenmanschettenruptur würde im Alter von 70 Jahren nicht selten vorkommen (E. 3.5) . Eine andere, fachärztlich nachvollziehbar begründete Einschätzung, welche die diagnostizierte Läsion an der Rotatorenmanschette als unfallkausal qualifizieren würde, findet sich nicht in den medizinischen Unterlagen. Die Begründung von PD Dr. C.____ , in sämtlichen Sprechstundenberichten (der Fusschirurgie) sei nie von einer Schulterproblematik berichtet worden und auch die Untersuchung vom 4. November 2014 in der Rheumatologie habe keine Verdachtsmomente auf eine Pathologie der rechten Schulter ergeben (E. 3).

E. 4.2

Nachdem mithin keine verlässliche medizinische Einschätzung aktenkundig ist, die eine unfallkausale Ursache der Rotatorenmanschettenläsion nahelegen würde, erübrigen sich Ausführungen nicht nur zur Frage hinsichtlich Interpretation der im MRI festgestellten

Atrophie und Verfettung des Musculus

Supraspinatus in der Fachliteratur, sondern auch betreffend die von PD Dr. C.____ abweichend zum Notfallbericht genannte

Diagnose einer Schulterdistorsion (vgl. Urk. 8/66).

E. 4.3

Was die anlässlich der Erstuntersuchung geklagten Schmerzen an der Hüfte betrifft, macht die Beschwerdeführerin angesichts der hierzu erhobenen unauffälligen bildgebenden Befunde (E. 3.1) zu Recht keine langandauernden, unfallkausalen Beschwerden geltend. Demgegenüber wiederholt sie ihre Behauptung, sie habe anlässlich des Sturzes einen Rippenbruch erlitten, was in den Akten aber keinerlei Stütze findet. Es trifft zwar zu, dass im Bericht des Spitals Z.____ die Diagnose Fraktur der 6. Rippe rechts lateral genannt wurde. Gleichzeitig ist indes aktenkundig, dass sich im Röntgenbefund des Thorax keine dislozierte Rippenfraktur darstellen liess (Urk. 8/9 S. 2). Auch wenn in der Folge die Diagnose einer Rippenfraktur unkritisch in die späteren Arztberichte Eingang fand (vgl. etwa Urk. 8/58, wo gar von Rippenfrakturen die Rede ist), vermag die Beschwerdeführerin hieraus nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. PD Dr. B.____ hat in Würdigung der Aktenlage sowie der bildgebenden Dokumente nachvollziehbar dargelegt, dass eine Rippenfraktur nicht zu bestätigen ist. Auch diese Einschätzung ist nicht zu beanstanden.

E. 4.4

Weshalb schliesslich PD Dr. B.____ als Facharzt für Chirurgie nicht qualifiziert sein sollte, eine beweiskräftige Aktenbeurteilung zu erstatten, ist nicht ersichtlich, zumal vorliegend bei an sich feststehendem medizinischen Sachverhalt die direkte fachärztliche Befassung der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_558/2016 vom 4. November 2016 E. 6.1 mit Hinweis). Im Übrigen hätte es PD Dr. C.____ als - wie von der Beschwerdeführerin hervorgehoben - hochqualifiziertem Spezialarzt offen gestanden, sich in Auseinandersetzung mit der Aktenlage nachvollziehbar zur Unfallkausalität zu äussern. Davon hat er indes offenkundig abgesehen.

E. 4.5

Die von den behandelnden Ärzten zur Frage der Unfallkausalität gemachten Ausführungen vermögen entgegen dem Dafürhalten der Beschwerdeführerin nach dem Gesagten keinerlei Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung durch PD Dr. B.____ hervorzurufen. Bei der Beurteilung der Unfallkausalität geht es darum, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprechen, aus medizinischer Sicht gegen einander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (Urteil des Bundesgerichts 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.3-5.4). Diesen Anforderungen ist PD Dr. B.____ in seinen Beurteilungen vollumfänglich nachgekommen.

Da demnach Zweifel an dessen medizinischer Beurteilung nicht angebracht sind, ist in antizipierender Weise auf weitere medizinische Abklärungen zu verzichten (BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen).

E. 4.6

Damit ist mit der Beschwerdegegnerin gestützt auf die vertrauensärztlichen Beurteilungen von PD Dr. B.____ davon auszugehen, dass der Stolpersturz

vom 20. Februar 2018 zu keinen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellbaren strukturellen Verletzungen im rechten Schultergelenk in Form einer Sehnenruptur, sondern lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes geführt hat.

In Bezug auf die Folgen der Kontusion der rechten Schulter ist mit PD Dr. B._____

vom Erreichen des Status quo sine spätestens per 12. Juni 2018, mithin fünf Monate nach dem Unfallereignis, auszugehen. Hier gilt es zu beachten, dass sich der konkrete Zeitpunkt, an dem der Status quo sine erreicht wurde, von der Natur der Sache her nicht auf den Tag genau feststellen lässt, sondern lediglich mehr oder minder präzise geschätzt werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_167/2018 vom 28. Februar 2019 E. 6.5 mit Hinweisen). Vor diesem Hintergrund ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fall auf den 12. Juni 2018 abschloss. Dass die Beschwerdeführer in zu diesem Zeitpunkt nicht beschwerdefrei und weiter behandlungsbedürftig war, steht dem nicht entgegen, ist doch für die Erreichung des Status quo sine einzig relevant, dass die Folgen der Kontusion vom Februar 2018 bis zu diesem Moment abgeklungen waren.

E. 5

), reicht hierfür jedenfalls nicht aus, ist doch die

Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc », nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum 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).

Eine andere Begründung für seine Annahme, die Ruptur sei überwiegend als traumatisch zu qualifizieren, lieferte PD Dr. C._____ nicht. Er hielt denn auch vielmehr fest, die Rotatorenmanschettenläsion sei wohl dem Stolpersturz zuzuordnen, was klarerweise den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht erfüllt. Ebenso wenig vermag der Hinweis von Dr.

E._____, hinsichtlich der Ruptur nach Stolpersturz erscheine eine traumatische Genese nach wie vor plausibel (E.

E. 5.1

Seit dem Inkrafttreten der Revision des UVG und der dazugehörigen Verordnung (UVV) per 1. Januar 2017 ist das Bestehen einer vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung nicht länger vom Vorliegen eines äusseren Ereignisses abhängig. Die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 UVG genannte Körperschädigung vorliegt, führt zur Vermutung, dass es sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Dieser kann sich aber von der Leistungspflicht befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen ist (Zusatzbotschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der Suva] vom 19. September 2014, BBl 2014 7922 7934 f.).

E. 5.2

Gemäss neuester bundesgerichtlicher Rechtsprechung hat der Unfallversicherer nach Meldung einer Listenverletzung die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 9.1).

E. 5.3

Die Beschwerdegegnerin hat das Ereignis vom 20. Februar 2018 als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG anerkannt, indes gestützt auf die Beurteilung von PD

Dr.

B. ___ einen Kausalzusammenhang der Rotatorenmanschettenruptur mit dem Stolpersturz verneint (E. 4.6). Damit ist aber auch gleichzeitig erstellt, dass die Rotatorenmanschettenruptur, welche unter die in Art. 6 Abs. 2 UVG aufgelisteten Körperschädigungen im Sinne einer Sehnenverletzung (BGE 123 V 2b; 114 V 302 E. 5c) fällt, vorwiegend, das heisst zu mehr als 50 % (vgl. dazu hier vor zitiertes BGE 146 V 51 E. 8.2.2.1) auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist, zumal es keinen Hinweis auf ein nach dem Unfall vom Februar 2018 eingetretenes initiales Ereignis gibt, das Anlass zu Weiterungen geben könnte. Die Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ist demnach umgestossen und der Unfallversicherer von seiner Pflicht befreit.

E. 6

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. Juni 2019 erweist sich damit als rechtsens, 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 Michael Grimmer - Visana Versicherungen AG - 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
Vogel Muraro

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