

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00059**

## **vom 3. März 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2020.00059](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00059)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00059 du 3 mars 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00059 del 3 marzo 2021

### **Erwägungen**

#### **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.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt ereignet hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 14. Dezember 2015 ereignet, weshalb die bis zum 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden. 1. 2

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt ( Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen ( Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden ( Abs. 3).

#### **E. 1.2**

Mit Verfügung vom 27. Juni 2019 (Urk. 7 / K104 ) stellte die HDI Global ihre Leistungen per 30. Juni 2019 ein.

Die von der Versicherten am 25. August 2019 (Urk. 7 / K108 ) erhobene Einsprache wies die HDI Global mit Entscheid vom 17. Februar 2020 ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob die Versicherte

am 15. März 2020 (Urk. 1)

Beschwerde mit folgendem Rechtsbegehren (S. 10) :

« Wir beantragen, dass

vom Gericht der Beschwerde gegen den Einsprache-Entscheid der Versicherung und damit der Einsprache stattgegeben wird

der natürliche und adäquate Kausalzusammenhang der Behandlung/Beschwerden zum Unfall im Sinne Teilkausalität aufgrund Überwiegen der Wahrscheinlichkeit weiterhin bestätigt wird, wie von Herrn Dr. A.\_\_\_\_ im Juli 2016 festgelegt und fast 3 Jahre lang von der HDI Versicherung anerkannt

bestätigt wird, dass die Teilkausalität zum Unfall von der Versicherung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit widerlegt wurde

die Unfallversicherung HDI die Kosten für den Unfall vertragsgemäss weiter hin übernehmen muss.

die Unfallversicherung HDI die entgangenen Taggelder nachzahlt und die durch die Ablehnung angefallenen Kosten für Franchisen, Selbstbehalte etc. entschädigt.

das Gutachten von Herrn Dr. C.\_\_\_\_ insgesamt wegen schwerer Qualitäts mängel als nichtig angesehen wird und sich weder HDI noch andere Sozial versicherungen darauf berufen dürfen.

Die Abklärungen zur Berufsunfähigkeit etc. sind erneut mit einem anderen Gutachter durchzuführen. (Zusatzantrag) »

Die auf Abweisung schliessende Beschwerdeantwort vom 19. Mai 2020 (Urk. 6) wurde der Versicherten mit Verfügung vom 22. Mai 2020 zugestellt (Urk. 10). 3.

Mit heutigem Datum ergeht sodann das Urteil im Verfahren der Beschwerdeführerin gegen die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, betreffend Zusprache einer von Juni 2017 bis August 2018 befristeten halben Invalidenrente (Prozess-Nr.

IV.2020. 00719). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 1.3**

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).

### **E. 1.4**

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 blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hiebei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

## **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den Einspracheentscheid (Urk. 2) gestützt auf das Gutachten sowie die nach folgenden Stellungnahmen von Dr. C.\_\_\_\_

damit, dass der Unfall vom 14. Dezember 2015 keine eigenständigen strukturellen Verletzungen verursacht und lediglich einen unfallfremden Vorzustand temporär beeinflusst habe. Es sei davon auszugehen, dass der Unfall nur wenige Monate kausaltechnisch für die Beschwerden verantwortlich gemacht werden könne. Vor liegend sei die Leistungspflicht erst per 30.

Juni 2019 eingestellt worden, ohne dass eine Rückforderung der über einem langen Zeitraum zu viel erbrachten Leistungen erfolgt sei (S. 9-11 ; vgl. auch die Beschwerdeantwort vom 19. Mai 2020 [Urk. 6] ). 2.2

Die Beschwerdeführer in macht e demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1)

geltend , das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ , auf welches die Beschwerdegegnerin bei ihrer Beurteilung abgestellt habe, vermöge – aus näher dargelegten Gründen - nicht zu überzeugen und es könne nicht darauf abgestellt werden . Wie von drei anderen Fachärzten befürwortet, sei die adäquate Teilkausalität zum Unfallereig nis für überwiegend wahrscheinlich zu erachten. Die einzig von Dr. C.\_\_\_\_ ver tretene gegenteilige Argumentation vermöge keine überwiegende Wahrscheinlichkeit für dessen These eines aktivierten oder verschlimmerten degenerativen Vorzustandes zu begründen (S. 3-10). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin aufgrund des Unfalls vom 14. Dezember 2015 ( Fahrradsturz ) und der darauf zurückgehenden Beschwerden der linken Schulter auch über den 30 . Juni 201

## **E. 6**

(Urk.

## **E. 7**

/ M1 ). Die HDI Global tätigte in der Folge medizinische Abklärungen .

Am 29. März 2016 wurde die Versicherte ein erstes Mal an ihrer linken Schulter operiert ( a rthroskopische

transossäre Rekonstruktion der Rotatorenmanschette [ Supraspinatus , ArthroTunn e ler / TunnelPro ], gleno -humorale Synovektomie , Bicepstenotomie , ACG-Resektion und subacromiale Dekompression; Operationsberich t vom 31. März 2016 [Urk. 7/M16 ] ) .

Die HDI Global holte bei

Vertrauens arzt Dr. med. A.\_\_\_\_ , Fach arzt für Innere Medizin FMH, ein Aktengutachten ein , das am 18. April 2016 (Urk. 7/M13)

erstattet sowie am 6. Juli und am 3. Novem ber 2016 ( Urk. 7/M19, Urk. 7/M22) ergänzt wurde .

Am 7. Dezember 2016 wurde die Versicherte erneut an der linken Schulter operiert (Schulterarthroskopie mit intra- und extraartikulärer Proben-Entnahme, Anker- und Faden-Entfernung sowie intraartikulärer Synovektomie und extraar tikulärem

Débridement ; vgl. Operationsbericht vom 7. Dezember 2016 [Urk. 7/M27 ] ) . Nach anhaltenden Schmerzen in der linken Schulter wurde Dr. A.\_\_\_\_ erneut um eine Stellungnahme gebeten, welche er am 24. Juli 2017 (Urk. 7/M36) erstattete .

Die Versicherte wurde am 23. August 2017 abermals

an der linken Schulter operiert (arthroskopische

Arthrolyse mit zirkulärer Kapsulotomie ; Operationsbericht vom 23. August 2017 [Urk. 7/M37] ).

Nach einer Hospitalisation der Versicherten vom 18. Juni bis 6. Juli 2018

zur stationären muskuloskelettalen Rehabilitation in der B.\_\_\_\_

( Urk. 7/M56) wurde Dr. A.\_\_\_\_ erneut um eine versicherungsmedizinische Stellungnahme angefragt. Diese erstattet er am 13. August 2018 (Urk. 7/M57) und empfahl darin eine muskuloskelettale Begutachtung (S. 7 oben). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin ein rheumatologisches Gutachten ein, welches Dr. med. C.\_\_\_\_, Chefarzt Klinik für Rheumatologie am D.\_\_\_\_, am 3. Dezember 2018 (Urk. 7/M59) erstattete sowie am 24. Januar 2019 (Urk. 7/M60), am 14. März 2019 (Urk. 7/M61), am 21. Juni 2019 (Urk. 7/M63) und am 9. Januar 2020 (Urk. 7/M64) ergänzte. Die HDI Global erbrachte die gesetzlichen Leistungen bis zum 30. Juni 201

## **E. 9**

) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 23-25): -

Schulderschmerzen links im Sinne einer Periarthropathia

humero

scapularis mit/bei: - Status nach Sturz auf die linke Körperhälfte vom 14. Dezember 2015 - MRI-HWS (Halswirbelsäule) vom 17. Dezember 2015: Degenerative Veränderungen der HWS ohne Nervenwurzelkompression - Arthro-MRI Schulter links vom 29. Februar 2016: Kleine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne im distalen Drittel mit einem ca. 3 mm messenden Defekt und konsekutivem Kontrastmittelübertritt in die Bursa subdeltoidea und subacromialis, Entesiophyt des Musculus

deltoideus am Acromion, AC-Gelenksarthrose als Ursache für ein klinisches Impingement, kleine Hill-Sachs-Delle als Hinweis auf eine alte anteroinferiore Schulterluxation - Status nach Operation vom 29. März 2016: Arthroskopische

transossäre Rekonstruktion der Rotatorenmanschette auf Supraspinatus, glenohumerale Synovektomie, Bizepsstenotomie, ACG-Resektion und subacromiale Dekompression - Schulterarthroskopie links am 7. Dezember 2016 mit intra- und extraartikulärer Probenentnahme, Anker- und Fadenentfernung sowie intraartikulärer Synovektomie und extraartikulärem

Débridement - MR-Arthrographie Schulter links vom 17. Dezember 2016: Status nach Refixierung der Supraspinatussehne mit erhaltener Kontinuität der Sehne und leichtgradigem bursaseitigem Einriss der insgesamt schwächtigen Sehne. Kontrastmittel in der Bursa subdeltoidea, Status nach Tenodese der langen Bizepssehne, leichtgradige AC-Gelenksarthrose mit diskreten Aktivierungszeichen, der Subacromialraum misst 6 mm. Keine Zeichen einer Kapsulitis

adhaesiva. - Arthroskopische

Arthrolyse mit zirkulärer Kapsulotomie Schulter links am 23. August 2017 - Status nach postoperativer Phrenikusparese bei versuchtem Interkalenusblock bei Operation Nummer

1 - Cervicospondylogenes Syndrom, vor allem im cervicothorakalen Übergang mit intermittierender Dysfunktion und myofascialem Befund

Der Gutachter hielt fest, Beschwerden würden anamnestisch nicht vorliegen, obwohl im MRI vom 29. Februar 2016 eine kleine Hill-Sachs-Delle als Hinweis auf eine alte, das heisse vorbestehende antero-inferiore Schulterluxation links dargestellt worden sei. Zudem werde eine AC-Gelenksarthrose dargestellt. Dies sei als Vorzustand zu werten, obwohl die Beschwerdeführerin anamnestisch beschwerdefrei gewesen sei. Es handle sich um einen strukturellen Vorzustand (anamnestisch vor Unfallereignis asymptomatisch) im Sinne der degenerativen Veränderung (S. 25).

Weiter erläuterte Dr. C.\_\_\_\_, das Bild sei bestimmt durch einen postoperativen Zustand nach drei Operationen, so dass nicht mehr davon ausgegangen werden könne, dass der aktuelle Zustand ohne einen operativen Eingriff so eingetroffen wäre. Die erhobenen Befunde stünden überwiegend wahr scheinlich in natürlichem Kausalzusammenhang zu den operativen Eingriffen und nur möglicherweise im Zusammenhang zum Unfall (S. 26).

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, nicht zum Unfall gehörten die Symptome, die im Zusammenhang einer wohl stattgehabten anteroinferioren Schulterluxation mit im MRI vom 29. Februar 2016 dargestellter Hill-Sachs-Delle stünden. Es überwögen die Punkte, die gegen einen natürlichen Kausalzusammenhang sprächen, deutlich (S. 27 f.). Bezüglich der AC-Gelenksarthrose (im Sinne des erheblichen Vorzustandes), welche durch den Unfall aktiviert worden sei, sollte ca. 2 bis 3 Monate posttraumatisch der Status quo sine eingetreten sein. Zudem sei die beschriebene Supraspinatussehnenruptur links, welche wahrscheinlich auch rechts bestanden habe/bestehe (Ultraschall Schulter rechts vom 13. Januar 2017), als überwiegend wahrscheinlich nicht unfallkausal einzuschätzen. Die Unfallfolgen seien insgesamt als vorübergehende Verschlimmerung eines prätraumatischen asymptomatischen Vorzustandes zu werten (S. 29 f.). 3.

## **E. 10**

Nach

dem Einwand der Beschwerdeführerin, Dr. C.\_\_\_\_ habe sich in seinem Gutachten nicht mit der Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_ auseinandergesetzt, äusserte sich Dr. C.\_\_\_\_ am 24. Januar 2019 (Urk. 7/M60) zu dessen

Beurteilung und führte aus, das Vorliegen einer Pulleyläsion alleine sei nicht, wie in der versicherungsmmedizinischen Stellungnahme von Dr. A.\_\_\_\_

vom 6. Juli 2016 (E. 3.4) postuliert, als selbstverständlich unfallkausal einzuschätzen. Die Rotatoreninter vallschlinge sei in praktisch gleichem Masse wie andere Teile der Rotatorenmanschette degenerativen Prozessen unterworfen. Sehr wahrscheinlich auch im vorliegenden Fall. Pulleyläsionen als nicht-traumatische, das heisse degenerativ bedingte Veränderungen der Rotatorenmanschette des Schultergelenkes seien eher die Regel als die Ausnahme (S. 5-8). 3.

## **E. 11**

Auf Rückfrage der Beschwerdeführerin hielt Dr. G.\_\_\_\_ in seiner E-Mail vom 20. März 2019 (Urk. 7/M62) fest, Pulleyläsionen würden in rund 50 % der Fälle traumatisch ausgelöst durch einen Sturz auf den ausgestreckten Arm mit einer Rotationskomponente, was zu einer Überspannung der ventralen Supraspinatussehne führe. Dies sei häufig bei

Velostürzen genau der Fall als Auffangversuch. Ob die leichte Irregularität des Humeruskopfes hinten eine r alten Hill-Sachs Delle entspre che, die dann auf eine alte Luxation hindeuten würde, sei als sehr fraglich zu bezeichnen. Es handle sich viel eher um eine breite knorpelfreie Zone am hin teren Oberarmkopf, einer physiologischen «bare-zone». Damit entfalle das Argu ment einer alten Luxation als Auslöser für die Pulleyläsion mit grosser Wahr scheinlichkeit. Eine alte, degenerative Pulleyläsion führe typischerweise via Instabilität der Bicepssehne zu einer Auffaserung der Sehne im Sulcuseingangs bereich . Im OP-Bericht vom 29. März 2016 werde zwar d ie Instabilität der Sehne im Sul cus beschrieben, aber keine Auffaserung , was den Schluss nahelege, dass dort keine gewesen sei . Explizit erwähnt werde der Zustand der Bicepssehne allerdings nicht. Die Supraspinatussehne werde im MRI vom 29. Februar 2016 beschrieben mit einer hyperintensen Signalalteration. Dies könne durchaus einer frischen Verletzung entsprechen mit einer entsprechenden Flüssigkeitsansamm lung in der Sehne nach einem traumatischen Einriss im Pulleybereich . Somit sei die Pulleyläsion nach wie vor als überwiegend wahrscheinlich traumatisch an zu sehen . 3.

## E. 12

) . 4.1.3

Dr. C.\_\_\_\_

legte plausibel dar, dass die Anhaltspunkte , welche gegen einen natürlichen Kausalzusammenhang

zwei bis drei Monate nach

dem 14. Dezember 2015 sprechen, deutlich überwiegen . So erläuterte er nachvollziehbar , dass z war die Symptomfreiheit vor dem Unfall und das Trauma beim Unfall auf einen natürlichen Kausalzusammenhang hinweisen, hingegen der Wortlaut in der Anmeldung zum Röntgen vom 27. Dezember 2015 («Am 14.12.2015 Sturz vom Velo auf die linke Schulter und linke Körperhälfte. Gute Funktion. Neurologisch unauffällig»), die zunächst erfolgte Anmeldung zu einem MRI wegen Schmerzen der HWS (MRI HWS am 17. Dezember 2015), der von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom E.\_\_\_\_ am 19. Februar 2016 beschriebene unauffällige klinische Befund ohne Ein schränkung der Beweglichkeit, der von Dr. F.\_\_\_\_ vom E.\_\_\_\_ am 10.

März 2016 beschriebene Befund mit positivem Impingementtest (im Februar noch als nicht positiv gewertet) ,

deutlicher

Dru ckdolenz über dem AC-Gelenk un d nur sehr

geringe r Einschränkung der Beweglichkeit, das Alter der Beschwerdeführerin mit 55 Jahren im Unfallzeitpunkt, die klinisch und radiologisch evidente AC-Gelenksarthrose, die fast uneingeschränkte Beweglichkeit der linken Schulter ohne Kraftverlust, die zweiwöchige Arbeitsfähigkeit nach dem Unfall, die zu keinem Zeitpunkt feststellbare für eine akute Rotatorenmanschettenruptur typische «Pseudoparalyse», das Ablehnen der Beschwerdeführerin einer vom Behandler vorgeschlagenen subacromialen Infiltration und Favorisieren eines chirurgischen Vorgehens, die ähnlich e Ausprägung einer kleinen trans muralen Ruptur der Supraspinatussehne in der nicht traumatisierten rechten Schulter (Ultraschall am 13. Januar 2017), das Bild der beiden Schultern im Ultraschall vom

1. November 2018 mit Darstellung von degenerativen Veränderungen des AC-Gelenks, der Subscapularissehne und der Supraspinatussehne der rechten Schulter und die mangelnde Besserung durch chirurgische Eingriffe deutlich gegen einen natürlichen Kausalzusammenhang sprechen (Urk. 7/M59 S. 27 f.). 4.1.4

Dr. C.\_\_\_\_

zeigte auf, dass bezüglich der AC-Gelenksarthrose, welche durch den Unfall aktiviert wurde, ca. 2 bis 3 Monate nach dem Unfall der Status quo sine eingetreten sein musste (E. 3. 9). 4.1.5

Ferner

legte Dr. C.\_\_\_\_ überzeugend dar, dass auch die beschriebene Supra spinatussehnenruptur links nicht überwiegend unfallkausal ist. Er

bergründete dies in Ergänzung zu den Anhaltspunkten, welche gegen eine natürliche Kausalität sprechen (E. 4.1.3 vorstehend), nachvollziehbar damit, dass in der MRI-Arthrographie vom 29.

Februar 2016 eine kleine transmurale Ruptur der Supra spinatussehne im distalen Drittel mit einem ca. 3 mm messenden Defekt mit Kontrastmittelübertritt in die Bursa subdeltoidea / subacromialis festgestellt worden war, sich ein Entesiophyt des Musculus deltoideus am Acromium

gezeigt hatte und eine AC-Gelenkarthrose als Ursache für ein klinisches Impingement vorlag. Weiter verwies er darauf, dass in der MRI-Arthrographie vom 17. Dezember 2016 ein Status nach Refixierung der Supraspinatussehne mit erhaltener Kontinuität der Sehne und leichtgradigem bursaseitigem Einriss der insgesamt schwächtigen Sehne ersichtlich waren und sich Kontrastmittel in der Bursa subdeltoidea fand. Er

führte schlüssig fort, dass sich keine Zeichen einer Kapsulitis

adhaesiva finden, die am 29. Februar 2016 dargestellte kleine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne sich in ähnlicher Ausprägung auch am 13. Januar 2017 im Ultraschall der anamnestisch nicht traumatisierten rechten Schulter gezeigt hatte und im Ultraschall beider Schultern vom 1. November 2018 linksseitig ein postoperativer Zustand und rechtsseitig degenerative Veränderungen des AC-Gelenkes, der Subscapularissehne und der Supraspinatussehne dargestellt wurden. Dr. C.\_\_\_\_

führte denn auch zu Recht vor Augen, dass durch die operativen Eingriffe subjektiv keine klare Symptombesserung erreicht werden konnte und dass die Argumentation des behandelnden

Chirurgen Dr. F.\_\_\_\_

diesbezüglich widersprüchlich war, indem er die vordere

Supraspinatussehnen partialläsion

gleichzeitig als unfallkausal und unfallfremd bezeichnet hatte

(S. 29 f.). Es ist denn auch tatsächlich so, dass auch Dr. A.\_\_\_\_, welcher aufgrund der Pullyläsion ebenfalls (vgl. dazu sogleich E. 4.2) von einer Unfallteilkausalität ausging, die Supraspinatussehne – in Übereinstimmung mit Dr. C.\_\_\_\_

- auf die degenerative Veränderung zurückführte (E. 3.4). Zudem drehte sich der medizinische Diskurs über die Frage der Unfallkausalität im Grunde einzig um die Pulleyläsion (vgl. E. 3.3-E. 3.4, E. 3.10-12 sowie E. 4.1.6 und E. 4.2 nachstehend). Es ist also im Einklang mit der überzeugenden Erklärung von Dr. C.\_\_\_\_

davon auszugehen, dass die Supraspinatussehnenruptur nicht unfallkausal war. 4.1.6

Darüber hinaus stellte Dr. C.\_\_\_\_ klar, dass die

Pulleyläsionen mit Subluxation der langen Bicepssehne auch zu den nicht untypischen degenerativen Veränderungen gehören (Urk. 7/M59 S. 30 unten) .

Er erklärte plausibel, dass Pulleyläsionen als degenerativ bedingte Veränderungen der Rotatorenmanschette des Schultergelenks eher die Regel als die Ausnahme sind, was auch mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit bei der Beschwerdeführerin der Fall ist. So zeigte Dr. C.\_\_\_\_ schlüssig auf , dass für die von Dr. G.\_\_\_\_ vertretene, gegenteilige Ansicht die schlüssigen Argumente für die Unfallkausalität fehlen. Bei einer signifikanten Traumatisierung der Schulter beim Unfall wäre eine unmittelbare Funktionseinschränkung zu erwarten gewesen, was jedoch nicht der Fall war. Ebenso wenig konnte eine transmurale Supraspinatusläsion , welche für eine überwiegend unfallkausale Ursache sprechen würde, mittels Bildgebung festgestellt werden (E. 3.10, E. 3.12) . Zudem ergibt sich aus den Schilderungen des Unfalls klar, dass die Beschwerdeführerin auf die Schulter und die linke Körperseite stürzte und sich nicht etwa mit dem Arm abstützte ( Urk. 7/K1, Urk. 7/K12, Urk. 7/M24, Urk. 7/M48), was laut Dr. C.\_\_\_\_ für eine traumatische Verletzung nötig gewesen wäre. 4.1.7

Aus den dargelegten Gründen kam Dr. C.\_\_\_\_ daher zu Recht zum Schluss, dass die Unfallfolgen insgesamt als vorübergehende Verschlimmerung eines prätraumatisch asymptomatischen Vorzustandes zu werten sind (S. 29 f .) und der Status quo sine nicht mehr als zwei bis drei Monate nach dem Sturz vom 14. Dezember 2015 erreicht worden war (E. 4.1.2) . Die ausführliche gutachterliche Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_

ist demnach schlüssig, nachvollziehbar begründet, in sich widerspruchsfrei und damit grundsätzlich beweiskräftig. 4.2 4.2.1

Im Gegensatz zu Dr. C.\_\_\_\_ sahen Dr. F.\_\_\_\_ , Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ mit dem Argument der bestehenden

Pulleyläsion eine Unfallkausalität als auch über zwei bis drei Monate nach dem Unfall hinaus als weiterhin gegeben an , da sie diese als unfallbedingt einschätzten (vgl. E. 3.3-3.4, E. 3.10-3.11). 4.2.2

Nachdem er ursprünglich selbst nicht von einer Unfallkausalität ausgegangen war (vgl. Urk. 7/M13 ) , schloss sich Dr. A.\_\_\_\_ am 6. Juli 2016 (E. 3.4) ohne sich mit der Begründung von Dr. F.\_\_\_\_

inhaltlich auseinanderzusetzen ,

dessen Entscheidung an , dass

wegen der Pulleyläsion

von einer Unfallkausalität auszugehen sei . In seinen weiteren Stellungnahmen äusserte sich Dr. A.\_\_\_\_ nicht mehr zur Unfallkausalität, sondern nahm eine Teilkausalität als

gegeben an (vgl. E. 3.5, E. 3.8).

Dr. F.\_\_\_\_ sprach sich einzig aufgrund der von ihm festgestellten Pulleyläsion und der vor dem Ereignis am 14. Dezember 2015 bestehenden Schmerzfreiheit für eine Teilkausalität aus. Das Vorliegen einer Pulleyläsion lässt jedoch nicht allein für sich auf eine Unfallkausalität schliessen, wie Dr. C.\_\_\_\_ ausführlich darlegte und selbst Dr. G.\_\_\_\_ anerkannte (vgl. E. 3. 10- 11) . Vielmehr sind auch die weiteren Umstände zu beachten. Dr. C.\_\_\_\_ hat denn auch nachvollziehbar aufgezeigt, weshalb er vorliegend die Pulleyläsion als nicht unfallkausal erachtet ( vgl. E. 3.10 , E. 3.12 und E. 4.1.6 ). Die Möglichkeit , dass die Pulleyläsion

nicht auf den Sturz am 14. Dezember 2015 zurückgehen könnte, wurde von Dr. F.\_\_\_\_

– und somit auch von Dr. A.\_\_\_\_ - gar nicht in Betracht gezogen. So äusserte sich Dr. F.\_\_\_\_ etwa nicht zur Unfallmechanik und Krafteinwirkung, welche für eine traumatisch bedingte Pulleyläsion notwendig wäre oder, wie dies Dr. C.\_\_\_\_ getan hat, nahm er auch keine Abwägung der Kriterien, welche für und welche gegen eine traumatische Ursache sprechen, vor . Soweit Dr.

F.\_\_\_\_ ausführte, vor dem Unfallereignis habe die Beschwerdeführer in keine Beschwerden gehabt, weshalb die Gesundheitsschädigung der rechten Schulter auf den Unfall zurückzuführen sei ( E. 3.3 ), vermag dies nicht zu überzeugen. So ist im Geltungsbereich von Art. 6 Abs. 1 UVG die natürliche Vermutung, wonach Beschwerden unfallbedingt sein müssen, wenn eine vorbestehende Erkrankung bis zum Unfall schmerzfrei war, unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich unzulässig (Formel « post hoc ergo propter hoc», Urteil des Bundesgerichts 8C\_ 241 / 2020 vom 29. Mai 2020 E. 3).

Der Begründungsansatz von Dr. F.\_\_\_\_ – und damit auch von Dr. A.\_\_\_\_ – greift demnach zu kurz . 4.2.3

Auch

die Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ , dass aufgrund der Pulleyläsion sicher von einer Unfallkausalität auszugehen sei (E. 3.11) , vermag nicht zu überzeugen.

Es steht fest , dass ohne eine auf ein traumatisches Vorereignis zurückgehende Hill-Sachs-Läsion – sondern einer bestehenden «bare zone » oder in den Worten von Dr. C.\_\_\_\_ einen degenerativen Prozess am hinteren Humuskopf (E. 3.11-12) – nicht ohne Weiteres von einer traumatisch bedingten Pulleyläsion auszugehen ist. Dr. C.\_\_\_\_ konnte überzeugend aufzeigen , dass auch bei der von ihm angenommenen degenerativen Veränderung am hinteren Humuskopf mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine als degenerative r Vorzustand zu wertende Pulleyläsion

vorlag .

Dr. G.\_\_\_\_ sprach sich gegen eine degenerative Pulleyläsion aus, weil eine solche typischerweise mit einer Auffaserung der Sehne im Sulcusein gangsbereich einhergehe, was vorliegend aber nicht erwiesen sei (E. 3.11) . Dr.

G.\_\_\_\_ wies aber auch darauf hin, dass der von ihm für seine Argumentation herangezogene Operationsbericht vom 29. März 2016 (E. 3.2) sich gar nicht zum Zustand der Bicepssehne äusserte und eine Instabilität im Sulcus der Sehne im Bericht tatsächlich beschrieben wurde

(E. 3.11). Damit handelt es sich bei seiner Begründung aber um eine reine Vermutung ohne dargetane Anhaltspunkte. Gleiches gilt für seine Äusserungen zum Unfallgeschehen, wo er von reinen Annahmen ohne Kenntnis des tatsächlichen Unfallablaufs

auf eine für eine traumatische Pulleyläsion notwendige Unfallmechanik schloss (vgl. E. 3.11-12). Demgegenüber bezog Dr. C.\_\_\_\_ die Tatsache, dass der tatsächliche Unfallhergang nicht feststeht, in seine Beurteilung mit ein (E. 3.12). Auch gestand er ein, dass die im MRI vom 29. Februar 2016 dargestellte Signalalteration für eine frische Verletzung sprechen könnte, er zeigte aber nachvollziehbar auf, dass dies wenig wahrscheinlich ist, da keine weiteren klinischen und bildgebenden Tatsachen für eine Unfallkausalität sprechen und insbesondere keine Veränderungen vorliegen, die nicht durch degenerative Veränderungen erklärt werden können (E. 3.12). Zu den von Dr. C.\_\_\_\_ angeführten Umständen, welche in dessen Augen überwiegend wahrscheinlich für eine degenerativ bedingte Pulleyläsion sprechen, wie etwa das Ausbleiben einer unmittelbaren Funktionseinschränkung oder das Fehlen einer Pseudoparalyse, äusserte sich Dr. G.\_\_\_\_ denn auch nicht. Aspekte, die von Dr. C.\_\_\_\_ unerkannt oder nicht berücksichtigt worden wären, nannte Dr. G.\_\_\_\_

keine . 4.2. 4

Nach dem Gesagten vermögen die anderweitigen Einschätzungen durch Dr. F.\_\_\_\_, Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen . 4.3 4.3.1

Die Beschwerdeführerin brachte verschiedentlich Kritik an der Zuverlässigkeit der Beurteilung vor. 4.3.2

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 4 f.) vermag der Umstand, dass Dr. C.\_\_\_\_ seine Meinung hinsichtlich des Vorliegens einer Hill-Sachs-Delle (traumatische Vorschädigung) im Laufe des Abklärungsverfahrens änderte und schliesslich die Möglichkeit einer Abbildung eines degenerativen Prozesses am hinteren Humeruskopf (degenerative Vorschädigung) für wahrscheinlicher hielt,

keine Zweifel an der Beweiskraft seiner gutachterlichen Einschätzung wecken. Vielmehr zeigt dies auf, dass er offen gegenüber anderen medizinischen Ansichten war und nicht auf einer vorgefassten Meinung beharrte. Er legte denn auch ausführlich dar, weshalb er nun von einem degenerativen Prozess am hinteren

Humeruskopf ausging und konnte nachvollziehbar aufzeigen, dass es sich auch dabei um eine bestehende Vorschädigung handelt, welche ebenso nicht auf eine traumatische und damit unfallkausale Pulleyläsion schliessen lässt (vgl. E. 3.12 und E. 4.3.2 vorstehend). 4.3.3

Es ist grundsätzlich richtig, dass – wie die Beschwerdeführerin zu Recht bemerkte (Urk. 1 S. 5 f.) – Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ die gleichen Unterlagen bei ihrer Beurteilung vorlagen. Einzig aus diesem Grund darauf zu schliessen, dass die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ nicht glaubhaft sein sollte, weil er zu einem anderen Ergebnis kam, greift zu kurz. Wie bereits aufgezeigt (E. 4.2.2), ging Dr. A.\_\_\_\_ einzig gestützt auf das Vorliegen einer Pulleyläsion von einer Teilunfallkausalität aus, ohne dies genauer zu begründen. 4.3.4

Nicht ersichtlich ist, wie die Beschwerdeführerin mit ihrem Hinweis auf die degenerative Veränderung und einer deswegen (noch) nicht notwendigen Operation der rechten Schulter oder den Hinweis auf das MRI 2003 die Unzulänglichkeit der gutachterlichen Beurteilung

durch Dr. C.\_\_\_\_ belegen will (vgl. Urk. 1 S. 6 f.). Dr. C.\_\_\_\_ wies in seiner gutachterlichen Beurteilung als einen von zahlreichen Faktoren, weshalb er von einer degenerativen Ursache ausging und eine Unfallkausalität verneinte, lediglich daraufhin, dass im Ultraschall vom 13. Januar 2017 in der rechten Schulter eine ähnliche Ausprägung einer kleinen transmuralen Ruptur der Surpaspinatussehne in der nicht traumatisierten rechten Schulter festzustellen sowie im Ultraschall vom 1. November 2018 in beiden Schultern degenerative Veränderungen des AC-Gelenks, der Subscapularissehne und der Supraspinatusehne festzustellen waren (E. 4.1.3) sowie ein MRI aus dem Jahr 2003 in der linken Schulter bereits beginnende degenerative Veränderungen zeigte (E. 3.12) und damit verschiedene degenerative Entwicklungen vorhanden sind.

Inwiefern die Festlegung des status quo sine durch Dr. C.\_\_\_\_ nicht korrekt sein sollte, wie dies von der Beschwerdeführerin behauptet wurde (Urk. 1 S. 7), ist nicht ersichtlich. So legte

Dr. C.\_\_\_\_

unter Angabe der von ihm zu Rate gezogenen medizinischen Literatur offen, auf welchen medizinischen Erfahrungsschatz er seine Beurteilung über die Erreichung des status quo sine stützte, um so die von ihm vertretene These zu untermauern (Urk. 7/M 58 S. 39, Urk. 7/M60 S. 8, Urk. 7/M63 S. 4 f. Urk. 7/M64 S. 3).

Die dem entgegenstehende von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Aussage durch Dr. A.\_\_\_\_, dass die Erreichung des status quo sine nicht vor dem ersten Eingriff am 29. März 2019 gelegt werden dürfe (Urk. 7/M19 S. 2 und E. 3.4), erfolgte unter der irrigen Annahme, dass die Pulleyläsion unfallbedingt sei (vgl. dazu E. 4.1.6 und E. 4.2.3), womit sich von Dr. C.\_\_\_\_ überzeugend angegebene kürzere Rekonvaleszenzzeit erklärt. 4.3.5

Nicht nachvollziehbar ist, wie dies von der Beschwerdeführerin vorgebracht wurde (Urk. 1 S. 8), wieso der von Dr.

C.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 21. Juni 2019 (E. 3.12) am 10. April 2019 im Schweizerischen Medizin Forum veröffentlichte Artikel «Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette» für den vorliegenden Fall nicht einschlägig sein sollte (vgl. Urk. 7/M63 S. 4 f.). So zitierte Dr. C.\_\_\_\_ die von der Beschwerdeführerin angeführte Passage um aufzuzeigen, dass bei Personen ab einem Alter von 40 Jahren Degenerationen der Rotatorenmanschette häufig vorkommen. 4.3.6

Entgegen der Kritik ist das Gutachten weder unsorgfältig noch widersprüchlich (Urk. 1 S. 8 f.). Wie aufgezeigt (E. 4.1), entspricht es den bundesgerichtlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise. Was den Vorwurf angeht, Dr. C.\_\_\_\_ sei entgegen der Aktenlage von einer anfänglichen Funktionalität der Schulter nach dem Ereignis am 14. Dezember 2015 ausgegangen, so ist darauf zu verweisen, dass dem Bericht über den radiologischen Befund des linken Schultergelenkes vom 18. Dezember 2015 (Urk. 7/M3), welches zur Abklärung einer Fraktur veranlasst wurde, zu entnehmen ist, dass die Artikulation im Schultergelenk erhalten und keine Luxation oder Subluxation feststellbar war. Es lag keine pathologische Konturunterbrechung im Sinne einer Fraktur vor, indes eine leichte AC-Gelenksarthrose. Dr. C.\_\_\_\_ waren denn auch bei seiner Beurteilung über die anfänglich erhaltene Funktionalität der Schulter die Berichte der Behandler sowie dieser radiologische Befund sowie der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nach dem 14. Dezember 2015 ihre Arbeit für eine gewisse Zeit auch wieder aufgenommen hatte,

bekannt und er berücksichtigte dies für seine gutachterliche Beurteilung. 4.4

Zusammenfassend ist festzustellen, dass weder die anderweitigen ärztlichen Einschätzungen (E. 4.2) noch die Vorbringen der Beschwerdeführerin (E. 4.3) die gutachterliche Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ in Frage zu stellen vermögen. Es ist dem nach davon auszugehen, dass die Unfallfolgen insgesamt als vorübergehende Verschlimmerung eines prätraumatisch asymptomatischen Vorzustandes zu werten sind und der Status quo sine nicht mehr als zwei bis drei Monate nach dem Sturz vom 14. Dezember 2015 erreicht worden war (E. 4.1). Aus dem Umstand, dass die Unfallversicherung Leistungen über den Zeitpunkt der Beendigung der Unfallkausalität – also über das Erreichen des Status quo sine hinaus – erbracht hat, vermag die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. So kann die Unfallversicherung ihre Leistungen ohne Berufung auf einen

Rückkommens titel «ex nunc et pro futuro» mit der Begründung einstellen, dass bei richtiger Betrachtungsweise die Voraussetzungen (Kausalität) nicht mehr gegeben waren (BGE 130 V 380 E. 2.3.1). Die auf den 30. Juni 2019 verfügte Leistungseinstellung ist demnach nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Rechtsanwalt Martin Bürkle - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 5. 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 Der Gerichtsschreiber GräubMüller

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