

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00124 vom 1. März 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00124

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00124 du 1 mars 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00124 del 1 marzo 2021

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1972, ist seit dem 1. Januar 1999 bei der Y.____ als Typografin in einem 20%-Pensum angestellt und dadurch bei der Vaudoise Allgemeine, Versicherungs-Gesellschaft AG, gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 26. Oktober 2011 stürzte sie mit ihrem Fahrrad auf die rechte Schulter (vgl. Bagatell-Unfallmeldung vom 7. November 2011, Urk. 7/1). Die Erstkonsultation erfolgte am 1. November 2011 bei Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, der

eine

Periarthritis humeroscapularis (PHS) posttraumatisch mit Impingement-Symptomatik diagnostizierte und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für zwei bis drei Wochen attestierte (vgl. Arztzeugnis UVG vom 18. November 2011, Urk. 7/3). Die Vaudoise Allgemeine erbrachte in der Folge die gesetzlichen Heilbehandlungs- und Taggelderleistungen.

Gestützt auf die Beurteilung des beratenden Arztes Dr. med. A.____, Facharzt Chirurgie FMH, vom

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die 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 verwirklicht 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, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 26. Oktober 2011 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art.

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 (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

E. 1.4.1

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 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. 1.4.2

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 überwiegen den Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die bloss e 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. 1.5.1

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.5.2

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. 1.6.1

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).

E. 1.6.2

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsvertragsnehmer allein 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. 1.6.3

Auf Aktenberichte kann abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht (Urteil des Bundesgerichts 8C_608/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 3.3.3 mit weiteren Hinweisen). 2.

E. 2

6. November 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid vom 31. März 2020 (Urk. 2), in ihrer Beschwerdeantwort vom 3. Juli 2020 (Urk.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 19. Mai 2020 (Urk. 1) sowie in ihrer Replik vom 9. September 2020 (Urk. 10) zusammengefasst geltend, sie könne den Alltag nur eingeschränkt und mittels regelmässiger Einnahme von starken Schmerzmitteln bestreiten. Vor dem Unfallereignis am 26. Oktober 2011 sei sie völlig beschwerdefrei und in keiner Weise eingeschränkt gewesen. Der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den jetzigen Beschwerden sei medizinisch belegt.

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin infolge des Unfallereignisses vom 26. Oktober 2011 weiterhin (über den 31. März 2020 hinaus) Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin hat. Dabei stellt sich die Frage, ob sechs Monate nach der Operation vom 8. Mai 2012, das heisst am 8. November 2012, der so genannte Status quo sine vel ante erreicht war. 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

4

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin die Stellungnahme von Dr. H.____ vom 1. September 2020 zu den Akten (Urk. 11). Dieser führte aus, dass die Beschwerdeführerin am 26. Oktober 2011 eine Subscapularis- Sehnenruptur sowie eine Bizeps Pulley -Läsion erlitten habe. Am 8. Mai 2012 sei eine arthroskopische Rotatorenmanschetten -Rekonstruktion der Subscapularis Sehne und einer Bizepsstenodese erfolgt. Zusätzlich habe die Beschwerdeführerin eine HAGL-Läsion erlitten, welche erst sekundär diagnostiziert worden sei, so dass bei inferiorer Schulterinstabilität am 18. Januar 2013 auch ein arthroskopischer

HAGL-Repair erfolgt sei. Alle drei Diagnosen (Subscapularis-Ruptur, Pulley -Läsion mit Bizepsinstabilität und HAGL-Läsion) seien damals erstmalig aufgetreten und könnten nicht auf die Vorsektionen der Beschwerdeführerin in den Jahren 1997 und 1998 aufgrund einer vorderen Instabilität zurückgeführt werden. Nun leide die

Beschwerdeführerin an Restbeschwerden aufgrund einer partiellen Re-Ruptur der Subscapularissehne, einer schmerzhaften suprapetoralen Bizepsstenodese sowie einem GIRD (Einschränkung der

glenohumeralen Innenrotation in Abduktionsstellung). Festzuhalten bleibe auch, dass die radiologisch ersichtliche diskrete Omarthrose, welche im Vergleich zu den oben genannten Diagnosen tatsächlich auf die Vorsektionen infolge der 1997 und 1998 durchgeführten Operationen und der damals bestehenden vorderen Instabilitätsproblematik zurückzuführen sei, nicht im Vordergrund stehe und sich klinisch völlig asymptomatisch zeige.

E. 3.2

Gemäss Aussage des operierenden Oberarztes Dr. med. C.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, habe sich sechs und zwölf Wochen postoperativ ein komplikationsloser und insgesamt sehr erfreulicher Verlauf gezeigt. Initial hätte die Beschwerdeführerin von wesentlich weniger Schmerzen berichtet. Er empfahl die Fortsetzung der Physiotherapie und in Bezug auf die von der Beschwerdeführerin im Verlauf angegebenen teils belastungsabhängigen Schmerzen die Durchführung einer therapeutischen glenohumeralen

subacromialen Infiltration (vgl. Arztberichte vom 6. Juli 2012 [Urk. 7/17] und 4. September 2012 [Urk. 7/19]).

Im Zuge einer Verlaufskontrolle sechs Monate postoperativ habe die Beschwerdeführerin über persistierende rechtseitige Schulterschmerzen, vor allem im anterioren Bereich, berichtet (vgl. Arztbericht vom 13. November 2012, Urk. 7/20). In der Folge wurde sie durch Prof. Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, untersucht, der die vorherrschenden Beschwerden auf eine beginnende Omarthrose mit deutlichem Knorpelschaden, auf die inferiore Instabilität sowie auf die Supraspinatussehnen-Degeneration mit partiellen Läsionen zurückführte (vgl. Arztbericht vom 20. November 2012, Urk. 7/21). Zur Beurteilung der Subscapularis-Rekonstruktion wurde am 22. November 2012 ein neues Arthro-CT durchgeführt. Diese zeige - so die untersuchenden Ärzte - gegenüber demjenigen vom 20. Februar 2012 ein unverändertes Ausmass der glenohumeralen Knorpelschäden. Nach zwischenzeitlich erfolgter Bicipstenodese und Subscapularis-Repair seien nun Unregelmässigkeiten am Oberrand der Subscapularissehne ersichtlich (vgl. MRI-Bericht, Urk. 7/22). In Anbetracht der langwierigen Situation erteilten die behandelnden Ärzte die Indikation zur Rearthroskopie und zur posteroinferioren Kapselraffung und Stabilisation gegeben (vgl. Arztbericht vom 29. November 2012, Urk. 7/23).

E. 3.3

Zur Einholung einer zweiten Meinung wurde die Beschwerdeführerin am 27. November 2012 bei Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, in der F.____ vorstellig. Dieser konstatierte, es zeige sich ein Bild einer schmerzhaften, leicht instabilen rechten Schulter, wobei keine Luxationsphänomene bestehen würden. Klinisch würden jedoch Subluxationen bestehen und der Bewegungsumfang sei durch die Schmerzprovokation deutlich eingeschränkt. Da die Beschwerdeführerin praktisch nicht auf die Infiltrationen angesprochen habe, gehe er davon aus, dass der Knorpeldefekt keinen wesentlichen Anteil bei der Schmerzgenese spielen würde. In dieser Situation könne eine Revisionsarthroskopie mit Kapselraffung durchgeführt werden, um die Subluxationsphänomene zu reduzieren (vgl. Urk. 7/24).

E. 3.4

Bei schmerzhafter rezidivierender Schulterinstabilität wurde am 18. Januar 2013 ein weiterer operativer Eingriff (Schulterarthroskopie rechts, Rekonstruktion HAGL nach festgestellter HAGL-Läsion, posteroinferior Bankart-Rekonstruktion 2 Jugger-Knots) in der B.____ durchgeführt (vgl. Operationsbericht, Urk. 7/61a). Es zeige sich - so die behandelnden Ärzte - ein komplikationsloser postoperativer Verlauf. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, keine Schmerzen mehr zu haben (vgl. Arztbericht vom 26. März 2013, Urk. 7/30).

E. 3.5

Prof. Dr. D.____ führte auf Anfrage von Dr. med. G.____, beratender Arzt der Beschwerdeführerin (Urk. 7/29), im Bericht vom 3. April 2012 aus, die am 8. April 2012 durchgeführte Arthro-MRI-Untersuchung der rechten Schulter habe eine Teiltraktur der Subscapularissehne sowie eine Subluxation der langen Bicepssehne gezeigt. Die Ätiologie dieser Verletzungen sei höchstwahrscheinlich der Sturz vom 26. Oktober 2011. Nach der Operation vom 8. Mai 2012 habe sich bei der Kontrolle sechs Monate postoperativ ein gemischtes Beschwerdebild mit beginnender Omarthrose, deutlichem Knorpelschaden, inferiorer Instabilität sowie Supraspinatusdegeneration mit partieller Läsion präsentiert. Aufgrund der persistierenden inferioren Schulterinstabilität und aufgrund des grossen

Leidensdrucks sei am 18. Januar 2013 erneut eine Schulterarthroskopie erfolgt. Die erneute inferiore Schulterinstabilität sei am ehesten als Folge des Unfalls vom 26. Oktober 2011 zu beurteilen (Urk. 7/31). Dieser Einschätzung schloss sich in der Folge Dr.

G. ___ an (Urk. 7/32).

E. 3.6

Bei persistierender schmerzhafter Bewegungseinschränkung mit Projektion über die anteriore rechte Schulter begab sich die Beschwerdeführerin im Juni 2014 erneut in Behandlung in der B. ___ . Prof.

Dr. D. ___ konstatierte, es würden unklare Schmerzen in der rechten Schulter persistieren, wobei eine glenohumerale Schmerzquelle bei negativem Ansprechen auf die Infiltration un-

wahrscheinlich
erscheine. Es sei fraglich, ob die persistierenden Bewegungseinschränkungen nicht als postoperativ nach multiplen stabilisierenden Eingriffen zu interpretieren seien. Bei zeitweilig auch in den Arm hinunter ausstrahlenden Schmerzen mit der Anamnese von Nackenbeschwerden werde die Durchführung eines MRI der Halswirbelsäule veranlasst (vgl. Arztberichte vom 16. Juni 2014 [Urk. 7/34] und 11. Juli 2014 [Urk. 7/35]). Diese wurde am 25. August 2014 durchgeführt und zeigte - so die behandelnden Ärzte - keine Nervenkompressionen. Prof.

Dr. D. ___ äusserte den Verdacht auf zum Teil durch die Arthrose hervorgerufene Schmerzen. Zusätzlich zum Verdacht auf eine mögliche zusätzliche vordere Instabilität (vgl. Arztbericht vom 26. August 2014, Urk. 7/38c). Er erachtete es bei nun bereits zweimal erfolgloser Arthroskopie und insgesamt vier Eingriffen am sinnvollsten, die konservativen Möglichkeiten auszunutzen (vgl. Arztbericht vom 3. November 2014, Urk. 7/38d).

E. 3.7

Im November 2017 begab sich die Beschwerdeführerin aufgrund bewegungs- und belastungsabhängiger unklarer Schulterschmerzen auf der rechten Seite erneut in die

B. ___ und wünschte eine Reevaluation der rechten Schulter (vgl. Arztbericht vom 21. November 2017, Urk. 7/48). In diesem Zusammenhang wurde am 19. Dezember 2017 ein erneutes Arthro-MRI der rechten Schulter zur Beurteilung des Status quo, insbesondere der Rotatorenmanchette und des glenoidalen und humeralen Knorpelüberzuges, durchgeführt. Darin sei eine progrediente Partialruptur der oberen Anteile der Subscapularissehne bei Status nach Rekonstruktion eben dieser ersichtlich (vgl. Urk. 7/52a). Prof.

Dr. D. ___ führte aus, die Beschwerden würden entweder von der Früharthrose oder den Partialrupturen der Rotatorenmanchette

herrühren. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung gebe es jedoch wenig Hinweis auf eine Rotatorenmanchetten-Pathologie. Vielmehr sei von einer postoperativen Frozen

Shoulder auszugehen. Er empfahl eine glenohumerale Arthroskopie mit Biopsieentnahme, eine Refixation von offensichtlich störenden Rupturen, sofern dies nur einen Teil der Sehnen betreffe, und ein Débridement

subacromial und glenohumeral (vgl. Arztbericht vom 27. Dezember 2017, Urk. 7/49).

E. 3.8

Zur Einschätzung der unfallbedingten Einschränkungen veranlasste die Beschwerdeführerin eine weitere Konsultation in der B.____, über welche am 19. Juni 2019 berichtet wurde (Urk. 7/63). Die Ärzte hielten eine unveränderte Situation fest. Eine Instabilität lasse sich nicht mit Sicherheit objektivieren und werde subjektiv nicht beklagt. Im Vordergrund stünden klar die Schmerzen. Die therapeutischen Optionen seien daher erschwert. Weder die Physiotherapie noch die operativen Eingriffe hätten eine nachhaltige Wirkung gezeigt.

E. 3.9

Im Rahmen einer Fallbesprechung konstatierte Dr. A.____ in seiner Stellungnahme vom 27. September 2019 (Urk. 7/64), bereits vier Monate nach dem Unfallereignis vom 26. Oktober 2011 hätten sich im CT und MRI vorbekannte arthrotische Veränderungen mit Knorpelschäden glenohumeral gezeigt. Diese hätten nicht in der kurzen Zeit zwischen Ereignis und Bildgebung entstehen können. Knorpelveränderungen seien schon im Operationsbericht im Jahr 1998 erwähnt worden. Eine multidirektionale Schulterinstabilität sei vorbestehend und seit 1998 bekannt. Aus den Akten sei ersichtlich, dass sich die Beschwerdeführerin im vorderen Schulterbereich verletzt habe (Sehne des Musculus subscapularis und der Bicepssehne). Dies sei am 8. Mai 2012 operativ behoben worden. Die Läsion, die anlässlich der Operation im Januar 2013 angegangen worden sei, betreffe hin gegen die multidirektionale Instabilität und sei seines Erachtens unfallfremd bezüglich des Ereignisses vom 26. Oktober 2011. Die Instabilität nach caudal und dorsal sei vorbestehend. Der Status quo sine sei ca. sechs Monate nach der Operation vom 8. Mai 2012 erreicht, denn gemäss Operationsbericht vom 21. Januar 2013 sei die Rekonstruktion intakt eingeeilt.

E. 3.10

Am 31. Januar 2020 wurde eine weitere MRI-Untersuchung der rechten Schulter durchgeführt

(Urk. 7/78a). Darin sei die bekannte Oberrandläsion der rekonstruierten Subscapularissehne ersichtlich, welche stationär sei. Ausserdem würden sich tendinopathische Veränderungen der Supraspinatus- und weniger ausgeprägt der Infraspinatussehne zeigen. Der glenohumerale Knorpelüberzug sei teilweise etwas ausgedünnt. Dr. med.

H.____, Oberarzt Orthopädie in der B.____, konstatierte, es zeige sich eine komplexe Situation mit einer Kombination von Problemen an der rechten Schulter, wo sich sekundär auch eine Skapuladyskinesie zeige. Es bestehe eine Einschränkung der kombinierten Abduktion und Innenrotation (GIRD), ebenso wie eine residuelle anteriore-inferiore Instabilität, eine partielle Subscapularissehnen-Ruptur und eine beginnende sekundäre Omarthrose. Laut Dr. H.____

sind die aktuellen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis im Oktober 2011 zurückzuführen. Nach der Stabilisierungsoperation in den 90er Jahren sei die Beschwerdeführerin bis zu diesem frischen Trauma beschwerdefrei gewesen und hätte auch wieder Baseball und Tennis spielen können. Insofern sei der Zusammenhang mit dem neuen Ereignis vom Oktober 2011 eindeutig vorhanden, da diese Sportarten eine normale Schulterfunktion voraussetzen würden (vgl. Arztbericht vom 31. Januar 2020, Urk. 7/76).

E. 3.11

Demgegenüber hielt Dr. A.____ in seiner Stellungnahme vom 18. März

2020 (Urk. 7/79) fest, die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nach den Operationen in den Jahren 1997 und 1998 ihre schulterbelastenden Sporttätigkeiten wieder ausüben können und später nicht mehr, könne nicht als Kausalitätsbeweis geltend gemacht werden. Fakt sei, dass im MRI vom 31. Januar 2020 im Wesentlichen stationäre Befunde festgehalten worden seien. Die Omarthrose und Instabilität seien vorbestehend. Die Veränderungen ventral, die durch mehrere Operationen entstanden seien, seien stationär. Dass das Schulterproblem progredient sei und sich dies auch in der zunehmenden Einschränkung der Beweglichkeit äussere, sei zu erwarten, denn neben den bestehenden Veränderungen würden sich auch noch altersbedingte Veränderungen einstellen. Dies äussere sich auch im MRI Befund, wo von einer tendinopathisch veränderten Rotatorenmanschette gesprochen werde.

E. 3.12

Dr. H.____ hielt im Bericht vom 15. Mai 2020 (Urk. 3/6) fest, aus schulterorthopädischer Sicht seien die aktuellen Restbeschwerden, welche im Vordergrund stünden (partielle Re-Ruptur Subscapularis, eingeschränkte Beweglichkeit infolge des HAGL-Repairs sowie schmerzhafte suprapectorale

Bizepsstenodese) klar auf das Unfallereignis vom 26. Oktober 2011 zurückzuführen.

E. 3.13

Darauf bezugnehmend erklärte Dr. A.____ im Bericht vom 19. Juni 2020 (Urk. 6), nach dem Unfall vom 26. Oktober 2011 sei initial eine Schulterkontusion nach Velosturz diagnostiziert worden. Explizit werde darauf hingewiesen, dass sich beim Sturz keine Schulterluxation beziehungsweise Subluxation ereignet habe. Die Problematik, die zur Operation vom 8. Mai 2012 geführt habe, werde im MRI vom 18. April 2012 diagnostisch als Bizepssehnentendinopathie /Subluxation und Subscapularis-Läsion (DD: Mikroinstabilität) mit/bei subakromialen

Impingement rechts angegeben. Dem Bericht zur Operation vom 8. Mai 2012 sei zu entnehmen, dass die Subscapularissehne nur partiell im oberen Drittel eingerissen gewesen und refixiert worden sei. Mit der Operation seien aber hauptsächlich degenerativ bedingte Veränderungen behoben worden. Da eine Läsion der Subscapularissehne im Alter von 39 Jahre eher traumatisch bedingt sei, habe die Beschwerdegegnerin die damalige Behandlung trotzdem übernommen. Eine HAGL-Läsion sei indes weder im besagten MRI noch intraoperativ beschrieben. Da es in der Folge zwar initial zu einer Besserung, dann aber wieder zu zunehmenden belastungsabhängigen Schmerzen gekommen sei, hätten Prof. Dr. D.____ und Prof. Dr. I.____ die Beschwerdeführerin nochmals untersucht. Die Beschwerden hätten sie im Rahmen einer posterioren Instabilität beurteilt und die Operation vom 18. Januar 2013 empfohlen. Anlässlich dieser habe Prof. Dr. I.____ ein abgerissenes HAGL rekonstruiert und zusätzlich ein postinferiores Bankart- Repair ausgeführt. Prof. Dr. I.____ habe damit also Instabilitätsprobleme bei einer vermehrten Laxität des Schultergelenkes und rezidivierenden Instabilitäten behoben. Eine Unfallkausallität diesbezüglich bestehe aber nicht. Im weiteren Verlauf sei es leider nicht zur erhofften Beschwerdefreiheit gekommen. Das Beschwerdebild werde aufgrund der erlittenen Instabilitäten und der verschiedenen Operationen als komplex beschrieben. Unter anderem werde auch eine sekundäre Omarthrose aufgeführt. Diese stehe nicht im Zusammenhang mit dem Unfall

vom 26. Oktober 2011. Sie sei auf die vorgängigen Instabilitätsereignisse zurückzuführen und damit vorbeistehend.

E. 3.15

Dr. A.____ konstatierte in seiner Stellungnahme vom 20. November 2020 (Urk. 16), die Beschwerden und die Einschränkung bezüglich aktiver Beweglichkeit wären bei den von Dr. H.____ genannten Diagnosen einer akuten Subscapularis-Ruptur, einer frischen Pulley-Läsion und einer HAGL-Läsion ausgeprägter gewesen und hätten nicht nur bei gewissen Bewegungen Schmerzen ausgelöst. Die beim Velo sturz erlittene Verletzung könne nicht erheblich gewesen sein, weshalb die Diagnose einer Schulterkontusion genannt worden sei. Eine HAGL-Läsion werde im ersten MRI nicht beschrieben und erst im Rahmen der vierten Schulteroperation diagnostiziert. Eine HAGL-Verletzung erfolge durch ein glenohumerales Instabilitätsereignis, wie beispielsweise eine Luxation. Eine solche Verletzung habe am 26. Oktober 2011 nachweislich nicht stattgefunden. Im Rahmen der Operation vom

E. 6

) sowie in der Duplik vom 24. November 2020 (Urk. 15) ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf die medizinischen Abklärungen und insbesondere die Einschätzung von Dr. A.____

davon aus, dass der Status quo sine vel ante ca. sechs Monate nach der Operation vom 8. Mai 2012 eingetreten

sei. Da die Kosten bis lange nach diesem Zeitpunkt erbracht worden seien, insbesondere auch die Kosten der Operation im Jahr 2013, könne auf die Festsetzung eines genaueren Datums verzichtet werden, da eine Rückforderung dieser Kosten nicht geltend gemacht werde.

E. 8

Mai 2012 sei die Bizepssehne

tenodesiert und die Oberrandläsion der Subscapularissehne refixiert

worden, wobei festzuhalten bleibe, dass die Subscapularissehne und die vordere Kapsel bereits zweimal voroperiert gewesen seien. Seines (Dr. A.____) Erachtens habe somit keine frische Pulley-Verletzung vorzulegen, sondern eine Luxation einer fortgeschrittenen degenerativ veränderten Bizepssehne und eine Oberrandläsion der Sehne des Musculus

subscapularis nach mehreren Voroperationen. Die anlässlich der Operation vom 8. Mai 2012 durchgeführte Rekonstruktion der Sehne des Musculus

subscapularis sei bei der Operation im Januar 2013 nachweislich als intakt beschrieben worden. 4.4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze ihre Einschätzung, wonach mit medizinischen Massnahmen keine Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr erreicht werden könne, insbesondere auf die aktenbasierte Einschätzung des beratenden Arztes Dr. A.____ vom 27. September 2019 (Urk. 7/64) und 18. März 2020 (Urk. 7/79). Ein medizinischer Aktenbericht als Entscheidungsgrundlage ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist,

sich aufgrund der vor hande nen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bun des ge richts 8C_833/2009 vom 2 6. J anuar 2010 E. 5.1 mit Hinweisen).

Alleine d er Umstand, dass der bera tende Arzt keine eigene Untersuchung durch geführt hat, ver mag daher den Be weis wert seiner Beurteilung nicht zu schmälern, zumal es mit der Fra ge nach der Unfallkausalität einen feststehenden medizinischen Sachverhalt zu erörtern galt, ohne dass zusätzliche Unter suchungen notwendig gewesen wären. Praxis gemäss kann unter diesen Voraus setzungen auch ein reines Akten gut achten voll beweis wertig sein (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_325/2009 vom 2 3. Sep tember 2009 E. 3.4.1 mit Hinweisen). 4.2

Dr. A.____ anerkennt, dass der Unfall vom 26. Oktober 2011 zu einer Läsion der langen Bicepssehne und der Subscapularis-Teilruptur geführt hatte. Er ist aber der Meinung, dass diese Unfallfolgen durch die Operation vom 8.

Mai

2012 behoben wurden. Dies überzeugt insofern, als die anlässlich der Operation vom 8. Mai 2012 rekonstruierte Sehne des Musculus

subscapularis bei der Operation vom 17. Januar 2013 nachweislich intakt war (Urk. 7/61a).

Ebenfalls ist Dr. A.____ beizupflichten, dass nach der Operation vom 8. Mai 2012 sich vor allem Beschwerden aufgrund der nach wie vor bestehenden multi direktionalen Instabilität zeigten (vgl. Urk. 16). Dazu hält er fest, dass 1997 und 1998 die vordere Instabilität operativ behoben worden sei. Die hintere und untere Instabilität seien im Rahmen der Operation vom 18. Januar 2013 angegangen worden. Diese Instabilitäten seien unfallfremd (Urk. 11 S. 3, Urk. 16). Eine nähere Begründung hierfür lässt er jedoch vermessen und hätte sich umso mehr auf gedrängt, als Prof. Dr. D.____ im Bericht vom 3. April 2013 festgehalten hatte, dass die inferiore Schulterinstabilität am ehesten auf den Unfall vom 26. Oktober 2011 zurückzuführen sei (Urk.

7/31). Dieser Beurteilung folgte schliesslich Dr.

G.____ (Urk. 7/32). Auch Dr. H.____ geht davon aus (Urk. 11).

Im Bericht der Operation vom 18. Januar 2013 wurde eine schmerzhaft rezi di vierende Schulterinstabilität mit HAGL-Läsion rechts diagnostiziert (Urk. 7/61a). Zu Recht weist Dr. A.____ darauf hin, dass weder im MRI vom 18. April 2012 noch im Operationsbericht vom 8. Mai 2012 eine HAGL-Läsion beschrieben wird (Urk.

6). Jedoch hält auch er fest, dass die HAGL-Läsion traumatischen Ursprungs sei (Urk. 16). Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 26. Oktober 2011 bis zur Operation vom 18. Januar 2013 ein weiteres trau matisches Ereignis erlitten hätte, bestehen jedoch nicht. Vor diesem Hintergrund spricht Dr. H.____ denn auch davon, dass die HAGL-Läsion erst sekundär diag nos tiziert worden sei (Urk. 11).

Ein wesentlicher Punkt in der Argumentationskette von Dr. A.____ ist, dass beim Unfall vom 26. Oktober 2011 keine Luxation beziehungsweise keine Subluxation stattgefunden habe. So führte er aus, eine HAGL-Verletzung erfolge durch ein glen o humerales Instabilitätsereignis, wie etwa durch eine Luxation. Eine solche Verletzung habe aber am 26. Oktober 2011 nachweislich nicht stattgefunden (Urk.

16). Dazu ist zu bemerken, dass unter der Anamnese in den Berichten der B.____ vom 24. Februar 2012 und 24. April 2012 erwähnt wird, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 26. Oktober 2011 keine Luxation beziehungsweise keine Subluxation erlitten habe (Urk. 7/8, Urk. 7/9). Die entsprechende Angabe basiert somit auf der eigenen Aussage der Beschwerdeführerin. Gleichwohl bestand bereits zum damaligen Zeitpunkt eine Beschwerdesymptomatik, die auf eine Luxation oder Subluxation hindeutete, hielten die Ärzte doch bereits damals eine glenohumerale Beweglichkeit fest (Urk. 7/9). Selbst Dr. A.____ spricht im Bericht vom 20. November 2020 von einer Luxation der vor bestehenden degenerativ veränderten Bizepssehne (Urk. 16). Ob nun eine Luxation beziehungsweise eine Subluxation stattgefunden hat oder nicht, erscheint daher unklar. Es fehlt in den Akten an einer überzeugenden Erklärung dazu und damit einhergehend, weshalb das vorliegende Beschwerdebild nun besteht. Dabei ist zu beachten, dass es für die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin genügt, wenn der Unfall vom 26. Oktober 2011 Teilursache für die Beschwerden bildet (vgl. E. 1.4.1 hiervor). 4.3

Nach dem Gesagten bestehen somit Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Einschätzung von Dr. A.____. Gleiches gilt indessen auch hinsichtlich der Beurteilung von Dr. H.____. Im Wesentlichen begründete er die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden der Beschwerdeführerin damit, dass diese erst nach dem Unfall vom 26. Oktober 2011 symptomatisch geworden seien respektive die Beschwerdeführerin nach der Stabilisierungsoperation in den 90er Jahren bis zum Unfall im Oktober 2011 beschwerdefrei gewesen sei. Dem ist entgegenzuhalten, dass eine gesundheitliche Schädigung nicht schon dann als durch einen Unfall verursacht gelten kann, weil sie nach diesem aufgetreten ist (post hoc, ergo propter hoc) und zum Beweis eines natürlichen Kausalzusammenhanges nicht genügt (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb mit Hinweis, Urteil des Bundesgerichts 8C_636/2016 vom 16. November 2016 E. 5.2 mit weiteren Hinweisen). Im Weiteren räumte Dr. H.____ ein, dass die Omarthrose unfallfremd ist. Mit seiner Ansicht, dass diese asymptomatisch sei, steht er jedoch alleine. Nicht nur Dr. A.____, sondern auch Prof. Dr. D.____ zeichnet die arthroskopischen Veränderungen für die Beschwerdesymptomatik als mitverantwortlich (Urk. 7/31, Urk. 7/38c Urk. 16). Es bestehen somit keine Gründe, um der fachärztlichen Beurteilung von Dr. A.____ respektive von Dr. H.____ ausschlaggebendes Gewicht beizumessen. Damit lässt sich auch nicht beurteilen, ob der status quo sine vel ante - wie die Beschwerdegegnerin behauptet - eingetreten ist. 4.4

Nach dem Gesagten ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den Kausalzusammenhang in einem externen medizinischen Gutachten beurteilen lässt und anschliessend neu verfügt. Insofern ist die Beschwerde gut zuheissen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 31.

März 2020 aufgehoben und die Sache an die Vaudoise Allgemeine, Versicherungs-Gesellschaft AG, zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfahren und hernach über den Leistungsanspruch neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - VAUDOISE ALLGEMEINE, Versicherungs-Gesellschaft 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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