

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00192 vom 8. September 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2020.00192](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00192)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00192 du 8 septembre 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00192 del 8 settembre 2021

## **Erwägungen**

### **E. 7**

/16). Die von der Versicherten am 3. Juni 2020 erhobene Einsprache (Urk. 7/12 ) wies die Helsana am 20. August 2020 ab (Urk. 7/24 = Urk. 2). 2.

#### 2.1

Die Versicherte erhob am 11. September 2020 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 20. August 2020 (Urk. 2) und beantragte die Übernahme der durch das Ereignis vom 24. April 2019 verursachten Behandlungskosten durch die Helsana (Urk. 1 ).

Mit Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2020 (Urk. 6 ) beantragte die Helsana die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 22. Oktober 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk.

### **E. 9**

#### ). 2.2

Mit Gerichtsverfügung vom 23. Februar 2021 (Urk. 10) wurde festgehalten , dass es sich bei den am 28. Juli 2020 erhobenen intraoperativen Befunden einer Pulley - Läsion und einer Partialruptur der Supraspinatussehne gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts um Listendiagnosen im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG handle (vgl. nachstehend E. 1.3-4) . Gleichzeitig wurde der Beschwerdegegnerin Frist zur Stellungnahme und allfälligen Beweisführung betreffend Entlastungsbeweis angesetzt.

Am 15. April 2021 (Urk. 12) hielt die Beschwerdegegnerin unter Beilage einer Stellungnahme ihres beratenden Arztes vom 20. März 2021 (Urk. 13) an ihrem Antrag auf Beschwerdeabweisung fest. Am 14. Mai 2021 (Urk. 16) teilte die Beschwerdeführerin mit, sie halte an ihrem Antrag auf Beschwerdegutheissung

fest. Mit Gerichtsverfügung vom 18. Mai 2021 (Urk. 18) wurde der Beschwerdegegnerin Frist zur erneuten Stellungnahme angesetzt , worauf sie sich nicht mehr verlauten liess. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### 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. 1.2

Der äussere Faktor ist gemäss Rechtsprechung ungewöhnlich, wenn er – nach einem objektiven Massstab – den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich All täglichen oder Üblichen überschreitet. Ausschlaggebend ist also, dass sich der äussere Faktor vom Normalmass an Umwelteinwirkungen auf den menschlichen Körper abhebt

(BGE 134 V 72 E. 4.1 und E. 4.3.1 mit Hinweis).

Nach Lehre und Rechtsprechung kann das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei Körperbewegungen gilt dabei der Grundsatz, dass das Erfordernis der äusseren Einwirkung lediglich dann erfüllt ist, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam «programmwidrig» beeinflusst hat. Bei einer solchen unkoordinierten Bewegung ist der ungewöhnliche äussere Faktor zu bejahen; denn der äussere Faktor – Veränderung zwischen Körper und Aussen welt – ist wegen der erwähnten Programmwidrigkeit zugleich ein ungewöhnlicher Faktor (Urteil des Bundesgerichts 8C\_395/2020 vom 28. September 2020 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 130 V 117 E. 2.1). Ohne besonderes Vorkommnis ist bei einer Sportverletzung das Merkmal der Ungewöhnlichkeit und damit das Vorliegen eines Unfalles zu verneinen (BGE 130 V 117 E. 2.2 mit Hinweis). 1.3

Gemäss Art. 6 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung ( UVG )

erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen , sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind: 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).

Diese Aufzählung der den Unfällen gleichgestellten Körperschädigungen ist abschliessend (BGE 146 V 51 E. 7.1 sowie BGE 116 V 136 E. 4a, 147 E. 2b, je mit Hinweisen). 1.4

Seit dem Inkrafttreten der Revision des UVG und der dazugehörigen Verordnung über die Unfallversicherung (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.).

Gemäss BGE 146 V 51 ergibt sich aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises weiterhin die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnutzungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis - nicht zu letzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes (Versicherungsdeckung; Zuständigkeit des Unfallversicherers; Berechnung des versicherten Verdienstes; intertemporalrechtliche Fragestellungen) - auch nach der UVG-Revision relevant. Lässt sich dabei kein initiales

Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter respektive harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten. Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnutzung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen - mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit - nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, das heisst im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnutzung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (E. 8.6). 1.5

UV170510 08.2018 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). 1.6

08.2018 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 Versicherungsvertragspartner alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) da von aus, dass der Unfallbegriff nicht erfüllt sei. Denn ein ungewöhnlicher äusserer Faktor lasse sich aus der Unfallschilderung (« while

lifting a suitcase

and

leaving

it on the

floor

again, I hurt my

shoulder – some

tissue

cracked ») nicht ableiten (S. 4 Ziff. 3.3-4).

Auch eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG liege nicht vor. Gestützt auf die Magnetresonanztomographie (MRI) vom 29. Mai 2019 sei das Vorliegen einer durch das Ereignis vom 24. April 2019 ausgelösten Rotatorenmanschettenruptur zu verneinen (S. 5 Ziff. 4.3). Eine Kim-Läsion sei nur von Dr. B. \_\_\_ diagnostiziert worden und würde gemäss dem beratenden Arzt Prof. C. \_\_\_ eine vorausgegangene Luxation oder Subluxation der Schulter voraussetzen. Eine Luxation habe jedoch nicht vorgelegen und eine Subluxation wäre gemäss Bundesgericht keine Listendiagnose (S. 5 Ziff. 4.4). Gleiches gelte für die neue Diagnose einer Bizepsstendinopathie (S. 5 Ziff. 4.5). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), es sei am 24. April 2019 beim Herabnehmen eines schweren Koffers vom Flughafen-Gepäckband, der kurz vor dem Abstellen umzufallen gedroht habe, zu einer ungeschickten Bewegung und einem akuten Schmerzereignis in der rechten Schulter gekommen (S. 1 oben). In dem Operationsbericht vom 28. Juli 2020 seien multiple strukturelle Schäden inklusive Sehnenrisse dokumentiert, die mit einer Schädigung infolge einer unkoordinierten Bewegung – nämlich eines einmaligen plötzlichen starken Zuges auf die Bizepssehne mit in der Folge typischem unfall bedingtem Verletzungsmuster - vereinbar seien: SLAP-Läsion Typ 2 (Abriss Bizeps anker nach kranial) mit Pulley -Ruptur (Bindegewebsschlingenriss) sowie Partialruptur der Supraspinatussehne . Es sei somit primär von einer akuten Schädigung der rechten Schulter auszugehen und nicht von einem Schadensbild, welches überwiegend durch chronische Prozesse (Krankheit/Abnutzung) verursacht worden sei (S. 1 f.). 2.3

In der Beschwerdeantwort (Urk. 6) machte die Beschwerdegegnerin geltend, es liessen sich den mit der Beschwerdeschrift eingereichten Operationsberichten keine neuen Aspekte entnehmen, die im Zeitpunkt des Einspracheentscheids nicht schon bekannt gewesen seien, weshalb auf diesen verwiesen werde (S. 3 Ziff. 4 ). 2.4

Mit Stellungnahme vom 15. April 2021 (Urk. 12) führte die Beschwerdegegnerin aus, sie habe die Unterlagen ein weiteres Mal ihrem beratenden Arzt vorgelegt, welcher zum Schluss gekommen sei, dass die SLAP 2-Läsion überwiegend wahrscheinlich zu mehr als 50 % auf degenerative Vorschädigungen der Weichteilstrukturen zurückzuführen sei (S. 2 Ziff. 3). Es bestünden keine Indizien gegen die Zuverlässigkeit dieser Einschätzung, womit der Entlastungsbeweis nach Art. 6 Abs. 2 UVG erbracht worden sei (S. 2 Ziff. 4). 2.5

Die Beschwerdeführerin machte mit Stellungnahme vom 14. Mai 2021 (Urk. 16) geltend, es ergäben sich Zweifel an der Zuverlässigkeit der

aktuellen Beurteilung durch den beratenden Arzt (S. 2 Ziff. 3). So sei nicht korrekt, dass beim von diesem zitierten Schulter trauma-Check der Schweizerischen Ärztezeitung genügend Kriterien für eine mehrheitlich degenerative Genese erfüllt seien. Die überwältigende Mehrzahl der Indizien spreche im Gegenteil für ein Schädigungsmuster aufgrund einer frischen Traumatisierung von nicht relevant vorgeschädigtem Gewebe im Rahmen des Ereignisses vom 24. April 2019 (S. 2 Ziff. 7). Von allen beteiligten Ärzten sei sodann die Kausalität der Schulterverletzung zum Ereignis vom 24. April 2019 bestätigt worden, zu keinem Zeitpunkt seien relevante degenerative Komponenten als hauptursächlich für das

Geschehen auch nur ansatzweise diskutiert worden (S. 7 Mitte). 2.6

Zu Recht wird von der Beschwerdeführerin nicht explizit bestritten, dass das Ereignis vom 24. April 2019

den Unfallbegriff nicht erfüllt, nachdem beim Vorgang des Anhebens eines Koffers vom Rollband und nachfolgenden Abstellens (vgl. nachstehend E. 3.1 und E. 3.4) auch dann kein ungewöhnlicher äusserer Faktor erkennbar ist, wenn der Koffer vor dem Abstellen tatsächlich umzukippen gedroht hat, wie die Beschwerdeführerin dies - allerdings erst in der Beschwerdeschrift - geltend machte (E. 2.2), ist doch auch dies ein alltäglicher Vorgang (E. 1.1-2). Dass sie dabei zusätzlich noch eine unbeabsichtigte Bewegung gemacht habe, erwähnte sie mit ihrer Stellungnahme vom 14. Mai 2021 (Urk. 16)

erstmalig. Auf diese sehr spät angepasste Darstellung kann rechtsprechungsgemäss nicht abgestellt werden (vgl. BGE 121 V 45 E. 2a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis).

Unbestritten ist sodann, dass es sich bei den beiden am 28. Juli 2020 festgestellten intraoperativen Befunden einer Pulley-Läsion und einer Partialruptur der Supraspinatussehne gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts um Listendiagnosen im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG handelt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_618/2019 vom 18. Februar 2020, E. 6.1 und E. 6.2.3 f.), wie dies mit Gerichtsverfügung vom 23. Februar 2021 bereits festgehalten wurde (Urk. 10; vgl. vorstehend Sachverhalt E. 2.2).

Streitig und zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdegegnerin der Entlastungsbeweis im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG gelingt, ob sie sich mithin von der Leistungspflicht durch den Beweis befreien kann, dass die genannten Schulterschädigungen vorwiegend auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen sind (E. 1.4). 3.3.1

Gemäss der in englischer Sprache ausgefüllten Unfallmeldung vom 29. April 2019 (Urk. 7/1) wurde angegeben, die Beschwerdeführerin habe sich am 24. April 2019 am Flughafen A. \_\_\_ beim Anheben eines Koffers und dem erneuten Abstellen auf dem Boden an der Schulter verletzt, wobei etwas Gewebe gerissen sei (« some

tissue

cracked »; Ziff. 4-6). 3.2

Dr. med.

D. \_\_\_, Fachärztin für Radiologie, Radiologie Klinik E. \_\_\_, führte im Bericht vom 29. Mai 2019 (Urk. 8/1) zur gleichentags durchgeführten

Magnetresonanztomographie (MR)-Arthrographie der rechten Schulter aus, gemäss Klinik hätten ein Verdacht auf eine Labrumläsion und eine instabile lange Bizepssehne vorgelegen. Der Befund ergebe insgesamt weite Kapselverhältnisse, es sei kein Labrumriss feststellbar, es lägen eine intakte Rotatorenmanschette und Zeichen einer Bursitis subakromialis / subdeltoidea vor. 3.3

Dr. med.

F. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik E. \_\_\_, nannte im Bericht vom 24. September 2019 zur Sprechstunde vom 19. September 2019 (Urk. 8/5) als Diagnose ein posttraumatisches belastungsabhängiges Schmerzsyndrom der rechten Schulter mit klinischem Verdacht auf eine instabile Bizeps

longus Sehne nach Distorsionstrauma der rechten Schulter vom 24. April 2019. Es bestünden bei Belastung und rapiden Abduktionen oder Flexionen des rechten Arms noch Schmerzen, die anterior in den rechten Oberarm ausstrahlten. Insgesamt sei die Schmerzsymptomatik nicht mehr so stark ausgeprägt wie unmittelbar nach dem Trauma. Sehr wahrscheinlich liege ein leicht instabiler Biceps

longus Sehne vor. Damit könne die Patientin beruflich und im Alltag funktionieren. 3.4

PD Dr. med.

B.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, notierte in der Krankengeschichte zur Sprechstunde vom 30. Oktober 2019 (Urk. 8/2, Urk. 8/3) als Diagnose eine traumatische Schultergelenkverrenkung mit sekundärer Binnenschädigung rechts (traumatisch/dominant).

Im April habe es ein Verhebetrauma bei der Abduktion (Heben eines Koffers vom Rollband) gegeben. Seither bestünden anhaltende Beschwerden. Ein – allerdings nicht vorliegendes – MRI im Mai sei weitgehend unauffällig gewesen. Der Befund ergebe einen zart positiven Kim-Test. Es bestehe der Verdacht auf eine Schultergelenkverrenkung mit konservativer Instabilität, die in weiterer Folge zu einer Überlastung der Sehne geführt habe, die nun hier Beschwerden mache. Die Empfehlung sei, eine mögliche Kim-Läsion mittels eines nochmaligen Arthro-MRI auszuschliessen. 3.5

Dr. med.

G.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, Medizinisch Radiologisches Institut, hielt im Bericht zur MR Arthrographie der rechten Schulter vom 8. November 2019 (Urk. 8/4) fest, die Fragestellung sei gewesen, ob eine Läsion der Rotatorenmanschette beziehungsweise eine Pulleyläsion vorliege. Es bestehe eine Unregelmässigkeit der Unterfläche der distalen Supraspinatussehne ohne eigentlichen Sehneneinriss. Es zeige sich keine Läsion der langen Bizepssehne und keine Pulleyläsion. Es bestehe eine abgrenzbare Flüssigkeit in der Bursa subdeltoidea et subacromiale.

3.6

PD Dr. B.\_\_\_\_ notierte in der Krankengeschichte zur Sprechstunde vom 8. November 2019 (Urk. 8/2; gedruckt am 17. Februar 2020) als Diagnose eine Partialruptur des Supraspinatus und Kim-Läsion rechts. Es zeige sich im neuen MRI eine artikulärseitige Partialruptur des Supraspinatus und eine im Befund nicht beschriebene Kim-Läsion des hinteren Labrums. Dies passe in der Summe zum Trauma mit einer osteoinferioren Verschiebung der Schulter und einer Quetschung des Labrums respektive Traktion des Supraspinatus, was die strukturellen Verletzungen an beiden Strukturen verursacht habe.

Dem späteren Ausdruck der Krankengeschichte (Urk. 8/3; gedruckt am 9. Juni 2020) ist im Eintrag vom 8. November 2019 die Ergänzung zu entnehmen, der MRI-Befund passe in Summe zum Trauma mit einer osteoinferioren Verschiebung der Schulter und einer Quetschung des Labrums respektive Traktion des Supraspinatus, was die strukturellen Verletzungen an beiden Strukturen entsprechend Art. 6 Abs. 2 UVG (2017) verursacht habe.

Gemäss Eintrag vom 13. Mai 2020 (Urk. 8/3 S. 2) sehe die Patientin unter konservativer Therapie keine relevanten Verbesserungen und würde nun gerne operativ weitermachen.

Die für die Patientin derzeit organisatorisch noch nicht passende Operation werde aus einer Sehnenreparatur und einer Schulterstabilisierung bestehen . 3.7

Prof. Dr. med.

C.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, beratender Arzt der Beschwerdeführerin, führte in seiner Beurteilung vom 22. Mai 2020 (Urk. 8/7) aus, es bestünden unterschiedliche (Verdachts-)Diagnosen im Zusammenhang mit den anhaltenden Schulterbeschwerden rechts nach einem Ereignis am Gepäckrollband in A.\_\_\_\_

vor einem Jahr (Ziff. 1 ).

Zur Frage, ob eine Listenerkrankung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vorliege, führte er aus (Ziff. 2.1), es sei unwahrscheinlich, dass bei dem Manöver am Gepäckband eine Schulterluxation stattgefunden habe. Diese Diagnose tauche denn im zweiten Bericht von PD Dr. B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.6) auch nicht mehr auf, sondern es werde nun nach einer MRI-Untersuchung vom 8. November 2019 von einer Partialruptur der Supraspinatussehne sowie einer Kim-Läsion gesprochen. Eine Supraspinatus -Sehnenläsion sei anlässlich der ersten MRI-Untersuchung vom 29. Mai 2019 nicht diagnostiziert worden. Insofern könne eine Partialruptur (es bestünden dazu auch nur vorsichtige Hinweise) im ersten MRI nicht bestätigt werden. Die Lage der langen Bizepssehne werde im MRI vom 8. November 2019 als unauffällig beschrieben. Die Kim-Läsion sei eine inverse Bankart-Läsion und setze eine Instabilität der Schulter, sprich eine vorausgegangene Luxation oder Subluxation, voraus. Eine Luxation habe nicht vorgelegen. Eine Subluxation werde in den Berichten nicht erwähnt und wäre auch keine Listendiagnose.

Zusammenfassend könne in den verschiedenen Berichten keine unisono -Diagnose identifiziert werden, die den Kriterien einer unfallähnlichen Körperschädigung von Art. 6 (Abs. 2) UVG entsprechen würde (S. 3 ). 3.8

Dr. med.

H.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik E.\_\_\_\_ , nannte in seinem Bericht vom 5. Juni 2020 (Urk. 8/6) als Diagnose eine Bizepstendinopathie bei antero-superiorer Partialruptur der Rotatorenmanschette mit Verdacht auf Pulleyläsion der rechten dominanten Schulter bei Status nach Verhebetrauma am 24. April 2019. An diesem Tag habe die Patientin beim Anheben eines schweren Gegenstandes plötzlich Schmerzen in der Schulter verspürt (S. 1 oben ). Gemäss dem Arthro -MRI der rechten Schulter vom 8. November 2019 (vorstehend E. 3.5) sei die Rotatorenmanschette grösstenteils intakt. Im Vorderrand des Supraspinatus sowie im Oberrand des Subscapularis zeige sich eine sehr feine Partilläsion , weniger als 10 % des Footprints . Es bestehe keine Subluxation der Bizepssehne und keine SLAP-Läsion (S. 2 oben).

Nach dem erwähnten Ereignis habe die Patientin nach über einem Jahr eine klinisch klar persistierende Bizepstendinopathie . Klinisch sei sie von Seiten der Rotatorenmanschette suffizient. Im MRI zeige sich bis auf eine sehr feine Partialruptur im Austrittsbereich der Bizepssehne aus dem Gelenk eine intakte Rotatorenmanschette . Wahrscheinlich liege auch eine Pulley Ruptur vor, die jedoch im MRI nicht diagnostizierbar sei (S. 2 Mitte) .

Nach Ausschöpfen der konservativen Massnahmen mit Physiotherapie und Infiltrationen und bei entsprechendem Leidensdruck sei eine Schulterarthroskopie mit Bizepsstenodese

eine weitere Behandlungsoption . Die Kim-Läsion, die im MRI nicht eindeutig verifiziert werden könne, sei auch klinisch nicht symptomatisch und schon gar nicht behandlungsbedürftig. Auch von Seiten der Rotatoren man schette sei sie kräftig, so dass eine Rekonstruktion bei der sehr feinen Partial ruptur nicht in Frage komme (S. 2 Mitte).

Um einen allfälligen Gewinn der erwähnten Operation zu quantifizieren, sei eine Infiltration sinnvoll. Damit könne der Erfolg der Operation simuliert werden. Hierfür werde die Patientin bei Dr. I.\_\_\_\_ angemeldet (S. 2 unten ). 3.9

Dr. med.

I.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheu matologie, führte im Bericht vom 23. Juni 2020 (Urk. 8/8 ) aus, unmittelbar nach der gewünschten Infiltration habe er die Patientin Bewegungen durchführen lassen, welche im Alltag schmerzhaft seien, was deutlich besser

gegangen sei .

3.10

Mit Operationsbericht vom 28. Juli 2020 (Urk. 3/1) dokumentierte Dr. H.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.8) eine an diesem Tag stattgehabte Schulterarthroskopie rechts, eine Bizepstenotomie , ein Débridement des Supraspinatus , eine subakriomale

Bursektomie und eine mini -offene suprapectorale

Bizepstenodese rechts . Als Diagnose nannte er (S. 1 Mitte): - SLAP-II-Läsion mit Pulley -Ruptur und Partialruptur der Supra spina tus sehne mit sekundärem Impingement Schulter rechts - Status nach Verhebetauma am 24. April 2019

Am Humerus und am Glenoid lägen physiologische Knorpelverhältnisse vor. Das Labrum sei zirkumferentiell intakt zwischen 11:00 und 1:0 0. Dort zeige sich eine SLAP-II Läsion , die sich mit dem Tasthaken luxieren lasse. Auch das Pulley auf der Seite des Supraspinatus sei aufgeraut, auf der Seite des Subscapularis

rup turiert . Der Supraspinatus zeige sich mit einer feinen Partialruptur im ven tralen Drittel, weniger als zwei Millimeter (S. 1 unten). 4. 4. 1

Prof. C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.7) führte in seiner Aktenbeurteilung vom 20. März 2021 (Urk. 13) aus, im Sinne einer versicherungsmedizinischen Hilfe stellung sei in diesen Tagen in der Schweizerischen Ärztezeitung «Der Schul tertrauma-Check» von Schweizer Autoren publiziert worden, die sich mit diesem Thema seit langer Zeit beschäftigten. Dadurch solle die medizinische Beurteilung eines akut entstanden Schulterschmerzes zwecks Abgrenzung von traumatischen Veränderungen zu solchen bei Abnützung und Erkrankung erleichtert werden. Vergleichsweise habe der Knie trauma-Check 2016 die Entscheidungspraxis der Versicherungen verändert (S. 4 Mitte).

Beim Vergleich dieser Elemente spreche das Alter der Beschwerdeführerin mit 45

Jahren diskret für eine durch Krankheit bedingte Pathologie. Die konzen trische Krafteinwirkung auf das Schultergelenk bei muskulärer Anspannung mit der Absicht, das Gepäckstück zu manövrieren, sei ein weiteres biomechanisches Kriterium für eine mangelnde Trauma-Einwirkung. Schliesslich sei die im MRI vom 8. November 2019 gemessene acromio-humerale Distanz von 6 mm (statt mindestens 7 mm) ein weiteres Indiz für einen Schulterschaden, der zu mehr als 50 % auf degenerativer Basis entstanden sei

(S. 5 Mitte).

Eine SLAP-II-Läsion sei anlässlich der Konsultation vom 5. Juni 2020 durch Dr. H.\_\_\_\_ ausgeschlossen, dann aber intraoperativ am 28. Juli 2020 adre siert worden. Die häufig nicht gute Darstellbarkeit der SLAP-Läsion im MRI sei in Expertenkreisen bekannt . Am 8. November 2019 habe sich im MRI keine Pulley -Läsion gezeigt, anlässlich der Operation vom 28. Juli 2020 sei diese hin gegen nachgewiesen worden (S. 5 Mitte).

Im Ergebnis sei in der Verlaufsbeobachtung davon auszugehen, dass die intra artikulären Schäden an den Weichteilen des Schultergelenks nicht ausschliesslich am 24. April 2019 gesetzt worden seien, sondern Ausdruck der bekannten degenerativen Vorgänge im Schultergelenk ab dem 5. Lebensjahrzehnt seien. Verschiedene morphologische pathologische Befunde am Schultergelenk hätten sich überwiegend wahrscheinlich erst nach dem Ereignis vom 24. April 2019 entwickelt und könnten somit nicht kausal damit verbunden werden (S. 5 unten ).

Da eine MRI-Untersuchung vor dem 24. April 2019 nicht vorliege, also eventuelle morphologische Auffälligkeiten vor dem Ereignis nicht bekannt seien, müsse auf den Schultercheck verwiesen werden, der vorliegend genügend Kriterien auf zähle, die für einen mehr als 50% betragenden degenerativen Vorschaden sprä chen (S. 6 oben).

Aus Sicht der Biomechanik werde ein Weichteilschaden an der Schulter nicht durch einen von der betreffenden Person selbst initiierten Bewegungsablauf gesetzt, denn die neuronalen Rezeptoren in den Geweben des Bewegungsapparates liessen einen solchen selbstgefährdenden Vorgang nicht zu, es sei denn, es liege ein Vorschaden der Gewebequalität vor, der bereits bei unerschwelliger Bean spruchung einen Schaden an den Strukturen auslöse. Dies sei überwiegend wahr scheinlich bei der Versicherten der Fall. Es müsse daher von einer mehr als 50%igen degenerativen Vorschädigung der Weichteilstrukturen des Schulterge lenkes gesprochen werden (S. 6 Mitte). 4.2

Die Beschwerdeführerin führte in ihrer Stellungnahme vom 14. Mai 2021 (Urk. 16) aus, es lägen keinerlei Anhaltspunkte für relevante degenerative Schäden an der rechten Schulter vor, weder anamnestisch, noch in den klinischen Untersu chun gen, noch in den bildgebenden Verfahren und insbesondere nicht in der als Gold-Standard zu betrachtenden Schulterarthroskopie. Vor dem Ereignis sei sie kom plett beschwerdefrei gewesen (S. 2 Ziff. 4). Die Einwirkung eines schweren Koffers mit plötzlichem starkem Zug auf die Bizepssehne sei nicht unerschwellig und bei einer ungeschickten Bewegung griffen physiologische neuronale Schutz mechanismen nicht. Der beschriebene Unfallmechanismus werde in der Literatur als einer der häufigsten für das hier vorliegende Schadensbild genannt (S. 2 Ziff. 5). Von allen an der Behandlung beteiligten Ärzten werde eine dominant traumatische Genese des Verletzungsmusters an der rechten Schulter diagnos tiziert (S. 2 Ziff. 6).

Im Folgenden ging die Beschwerdeführerin auf die einzelnen Kriterien gemäss dem von Prof. C.\_\_\_\_ zitierten (vgl. E. 4.1) und auf S. 324-326 der Schwei zerischen Ärztezeitung vom 3. März 2021 publizierten (vgl. Urk. 17 sowie [www.saez.ch](http://www.saez.ch) ) Schultertrauma-Check ein (S. 3-6), wobei sie wiederholt auch aus dem medizinischen Nachschlagewek

UpToDate ([www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)) zitierte.

Betreffend das Patientenmerkmal des Alters von über 40 Jahren rühre dessen niedrige Gewichtung daher, dass relevante degenerative Prozesse insbesondere bei Patienten ohne

signifikante Komorbiditäten und vor allem bei SLAP-Läsionen erst in der 7. Lebensdekade deutlich ins Gewicht fielen. Relevante Komorbiditäten seien aber ebenso wenig vorhanden wie die weiteren Komponenten, die unter diesem Punkt als auf eine degenerative Ursache hinweisend erwähnt würden (S. 3 Mitte).

Betreffend die Exposition seien keine berufs- oder freizeitbedingte Überkopfbewegungen in der Anamnese, welche Abnutzungsprozesse in den vergangenen Jahren potentiell gefördert hätten (S. 3 unten).

Betreffend Vorschädigung hätten vor dem Ereignis keinerlei Symptome an der rechten Schulter bestanden (S. 3 unten).

Der in der Tabelle stark gewichtete Schädigungsmechanismus sei im vorliegenden Fall als traumabedingt einzustufen: «Plötzliche reissende exzentrische Belastung des Armes», zum Beispiel durch einen plötzlichen starken Zug auf die Bizepssehne (S. 4 oben).

Betreffend das funktionelle Schadensbild und den Schmerzverlauf habe sie direkt im Anschluss an das Ereignis starke Schmerzen gehabt und im Verlauf aufgrund unzureichender Besserung einen Arzt aufgesucht. Es handle sich demnach um einen Decrescendo-Verlauf des Schmerzcharakters. Es sei eine Infiltration bei Dr. F.\_\_\_\_ erfolgt mit im Verlauf wieder nachlassendem Effekt. Somit sei der Schmerzcharakter als typisch für ein Traumageschehen anzusehen. Dies sei auch im Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2020 so erwähnt: «Im April 2019 hat die rechts dominante Patientin beim Anheben eines schweren Gegenstandes plötzlich Schmerzen in der Schulter verspürt. Diese waren lateral sowie anterior ausgeprägt. Sie konnte die Schulter praktisch nicht bewegen» (S. 4 Mitte).

Betreffend bildgebende Charakteristika könne der Punkt «akromiohumorale Distanz» im vorliegenden Fall nicht als Argument für das Vorliegen relevanter chronischer Veränderungen herangezogen werden, sondern sei als ein Zeichen des stattgehabten Binnentraumas – unter anderem mit entsprechenden Sehnenrupturen – zu werten. Es müsse bedacht werden, dass zwischen dem Ereignis und der MRI-Untersuchung bereits über 6 Monate vergangen seien und somit sekundäre Störungen aufgrund des Traumas vom 24. April 2019 diesen Befund führend bedingt hätten (S. 5 unten). Alle übrigen Kriterien in der Kategorie «Bildgebung» sprächen für eine auf ein Trauma zurückgehende Läsion: Bänderverletzungen vorhanden, keine relevanten degenerativen Texturveränderungen an den Sehnen der Rotatorenmanschette und des Bizeps-Labrum-Komplexes, keine relevanten Knorpelschäden, kein subacromialer Ausschliff, kein Rotatorenmanschettendefekt tuberculumnahe an Prädilektionsstelle mit ossären Veränderungen am Tuberculum, keine muskulären Verfettungen, keine Sehnenretraktionen (S. 6 oben).

Betreffend den Operations-Situs seien im Operationsbericht vom 28. Juli 2020 multiple strukturelle Schäden inklusive Sehnenrisse dokumentiert, die durch den Unfallhergang vollständig erklärt seien. Hinweise auf relevante Abnutzungserscheinungen aufgrund eines chronisch-krankhaften Geschehens ergäben sich nicht (S. 6 Mitte)

Zusammenfassend seien somit zwei der drei von Prof. C.\_\_\_\_ dargelegten Kriterien, die für einen chronischen Prozess sprächen, zu relativieren. Alle anderen – weit über zehn – Kriterien sprächen für ein Trauma. Würden alle Faktoren ausreichend berücksichtigt, könne eine relevante durch Krankheit bedingte Pathologie ausgeschlossen werden (S. 6 Mitte). 5. 5.1

Prof. C.\_\_\_\_ erwähnte in seiner Aktenbeurteilung vom 20. März 2021 (E. 4.1) «verschiedene morphologische pathologische Vorgänge im Schultergelenk», welche sich erst nach dem Ereignis vom 24. April 2019 entwickelt hätten. Diese Vorgänge bezeichnete er allerdings nicht näher. Unklar bleibt zudem, ob und inwiefern ein Zusammenhang besteht mit den gemäss Prof. C.\_\_\_\_ schon vor dem 24. April 2019 bestehenden, ebenfalls nicht näher bezeichneten degenerativen Vorgängen. Diese Beurteilung ist entsprechend für sich gesehen nicht überprüf- und somit auch nicht nachvollziehbar.

Nicht mit entsprechenden Fundstellen aus der Literatur belegt wurde die Aussage von Prof. C.\_\_\_\_, wonach ein Weichteilschaden an der Schulter nicht durch einen von der betreffenden Person selbst initiierten Bewegungsablauf gesetzt werden könne, sofern das Gewebe nicht vorgeschädigt sei. Sie wirft die Frage auf, ob ein grundsätzlich gewollter, die eigenen Weichteile gefährdender Vorgang generell nicht möglich sei. Die Lebenserfahrung spricht hier dagegen, zumal auch das Rechtssystem der unfallähnlichen Körperschädigung obsolet würde, wenn ein traumatischer Weichteilschaden nur durch einen ungewöhnlichen äusseren Faktor verursacht werden könnte (vgl. E. 1.1-4).

## 5.2

Was die Kriterien des von beiden Parteien zitierten «Schultertrauma-Checks» (vgl. E. 4.1-2) anbelangt, so ist der Beschwerdeführerin darin zuzustimmen, dass einige Kriterien auch für eine traumatische Genese der Schulterverletzungen sprechen könnten. So ist etwa ein Decrescendo-Verlauf des Schmerzcharakters plausibel, nachdem Dr. F.\_\_\_\_ im September 2019 (E. 3.3) festgehalten hatte, die Schmerzsymptomatik sei nicht mehr so ausgeprägt wie unmittelbar nach dem Trauma.

Als glaubhaft erscheint

bei der derzeitigen Aktenlage, dass vor dem Ereignis weder eine relevante Exposition noch eine Vorschädigung der rechten Schulter bestanden hatte. Augenfällig ist zudem, dass sowohl mit 44 Jahren die kritische Altersschwelle von 40 Jahren als auch mit einer acromio-humeralen Distanz von 6 mm die kritische diesbezügliche Schwelle von 7 mm nur knapp unterschritten wurden. Betreffend beide Kriterien brachte die Beschwerdeführerin sodann ausführlich begründete Relativierungen vor, welche zumindest nicht zum Vornherein abwegig erscheinen.

Zwar ist die Beschwerdeführerin selber keine Ärztin, ihre Ausführungen erscheinen jedoch auch betreffend bildgebende Charakteristika und Operations-Situs fundiert genug, um insgesamt zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen durch Prof. C.\_\_\_\_

zu wecken beziehungsweise die bereits bestehenden Zweifel (E. 5.1) noch weiter zu verstärken. Auf die Aktenbeurteilung durch Prof.

C.\_\_\_\_ vom 20. März 2021 (E. 4.1) kann daher nicht abgestellt werden (E. 1.6). Gestützt auf die Ausführungen der Beschwerdeführerin (E. 4.2) als Partei und medizinischer Laiin kann der Sachverhalt ebenfalls nicht erstellt werden. 5.3

Anlässlich der Operation vom 28. Juli 2020 (E. 3.10) wurden eine Partialruptur der Supraspinatussehne und eine Pulleyläsion bestätigt. Diese stellen Listendignosen im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG dar (Sehnenriss, lit. f, Bandläsion, lit. g). Der fehlende (sichere) Nachweis im MRI schadet dabei nicht, denn dass sich partielle Sehnenrisse regelmässig nur intraoperativ sicher nachweisen lassen, ist notorisch. Entsprechend verlangt die

höchstrichterliche Rechtsprechung bei solchen denn auch einen zweifelsfreien intraoperativen Nachweis (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_618/2019 vom 18. Februar 2020 E. 6.2.3) .

Nach dem Gesagten (E. 5.2) lassen die bei den Akten befindlichen medizinischen Unterlagen keine zuverlässige Beantwortung der rechtserheblichen Tatfrage zu , und es steht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die genannten Listenverletzungen vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung beruhen . Erforderlich wäre der Nachweis, dass die Listenverletzung im gesamten Ursachen spek trum zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Mit den Darlegungen von Prof. C.\_\_\_\_ lässt sich dieser Nachweis nicht erbringen. Vielmehr erscheint angesichts der fundierten Vorbringen der Beschwerdeführerin eine traumatische Ursache ebenso wahrscheinlich . Unter diesen Umständen kann die gesetzliche Vermutung, bei der Beschwerdeführerin liege eine von der Be schwerdegegnerin zu übernehmende unfallähnliche Körperschädigung vor, (noch) nicht zum Zuge kommen. Diese hat vielmehr aufgrund des Untersuchungs grund satzes (Art. 43 ATSG) ein klärendes medizinisches Gutachten nach Art. 44 ATSG zu veranlassen und danach über ihre Leistungspflicht erneut zu verfügen (Urteil e des Bundesgerichts 8C\_267 /2019 vom 30. Oktober 2019 E. 7.2.2, sowie 8C\_618/2019 vom 18. Februar 2020 E. 8.2). 5.4

Demnach ist der Einspracheentscheid vom 20. August 2020 ( Urk. 2) aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen , damit sie die erforderlichen Abklärungen veranlasse und hernach über ihre Leistungspflicht neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen .

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einsprache entscheid vom 20. August 2020 aufgehoben und die Sache an die Helsana Unfall AG zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über ihre Leistungspflicht neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Helsana 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 Beweis mittel 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 Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber Grieder-MartensBoller

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