

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00194 vom 6. September 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00194

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00194 du 6 septembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00194 del 6 settembre 2021

Erwägungen

E. 1

Februar 2009

in einem Pensum von 60 % bei der Y.____ AG angestellt und über diese bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 14. Juni 2019

stolperte sie beim Austreten aus dem Kassennbereich über die offene Türe des Kassensregals und prellte sich die rechte Schulter (Urk. 7/1 -2) . Die Suva holte diverse Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 7/8/2, Urk. 7/10, Urk. 7/15, Urk. 7/18, Urk. 7/19-20) ein und legte diese sowie die Eingaben der Versicherten und des Krankenversicherers (Urk. 7/35, Urk. 7/37, Urk. 7/45, Urk. 7/47 -48)

ihrem Kreisarzt, Dr. med. Z.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zur Beurteilung vor (Urk. 7/21 , Urk. 7/31 , Urk. 7/38 , Urk. 7/49). Mit Verfügung vom 9. Januar 2020 (Urk. 7/5

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

E. 1.2

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 Abnützung 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 abnützungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen, erkennbaren 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 Abnützung 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 Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnützung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (E. 8.6).

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 weg gedacht 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

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des verbleibenden Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) 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. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

E. 1.5

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall 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 begründete ihren Entscheid (Urk. 2) damit, dass gestützt auf die schlüssigen und nachvollziehbaren kreisärztlichen Beurteilungen, insbesondere diejenige von

med. pract. A. ___ vom 7. August 2020 (Urk. 7/91),

die erhobenen pathologischen Befunde unfallfremder Natur seien und der Unfall zu keinen (zusätzlichen) strukturellen Läsionen geführt habe (S. 4 ff.). 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in der Beschwerde im Wesentlichen geltend (Urk. 1), dass die Unfallkausalität der Rotatorenmanschettenläsion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben sei und die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht treffe (S. 6 ff.). 2.3

In der ausführlichen Beschwerdeantwort vom 21. Oktober 2020 (Urk. 6) hielt die Beschwerdegegnerin bezugnehmend auf die in der Beschwerde vorgebrachten Punkte an ihrem Entscheid fest und schloss auf Abweisung der Beschwerde (S.

3

ff.). 3.

E. 3

) schloss die Suva den Fall ab, stellte die vorübergehenden Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilungskosten) ein und verneinte den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen. Nach

erfolgten Einsprachen durch die Versicherte und deren Krankenversicherer (Urk. 7/56, Urk. 7/58; Urk.

7/65, Urk.

7/71) legte die Suva den Fall dem Kreisarzt, med. pract. A. ___, Facharzt für Chirurgie, zur chirurgischen Beurteilung vor (Urk.

7/91) und wies die Einsprachen hernach mit Entscheid vom 10. August 2020 ab (Urk. 7/93 = Urk. 2). 2.

Gegen den Einspracheentscheid vom 10. August 2020 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin

Christine Fleisch, am 11. September 2020 Beschwerde mit dem Antrag, dieser sei aufzuheben und die Suva zu verpflichten, für das Unfallereignis vom 14. Juni 2019 die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Eventualiter sei die Suva zu verpflichten, die Frage der Unfallkausalität gutachterlich abklären zu lassen und gestützt darauf erneut über den Leistungsanspruch zu entscheiden (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 21. Oktober 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 3.1

Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Praxis C.____, nannte im Bericht vom 21. August 2019 (Urk. 7/10) als Diagnose eine traumatische Läsion der langen Bizepssehne (LBS) mit Subskapularisläsion sowie eine Bizepstendinopathie rechts posttraumatisch. Im MRI der rechten Schulter im Poniere vor allem die Bizepstendinopathie im Bereich des Sulcus bicipitalis mit Unterflächenläsion der Subskapularissehne am Tuberculum minus.

E. 3.2

Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital E.____, nannte im Sprechstundenbericht vom 24. August 2019 (Urk. 7/8/2) als Diagnosen eine Rotatorenmanschettenruptur (Subskapularissehne) rechts, einen Verdacht auf Unterflächenläsion Supraspinatussehne rechts, einen Verdacht auf eine instabile Bizepssehne rechts sowie einen Status nach Sturzereignis im Juni 2019 auf die rechte Schulter. Dazu hielt er fest, die Bildgebung des erfolgten Arthro-MRI sei ausführlich mit der Beschwerdeführerin besprochen worden. Dieses zeige vor allem eine partielle Ruptur der Subskapularissehne und einen Verdacht auf eine Supraspinatussehnenunterflächenläsion. Bei junger Patientin und persistierenden Beschwerden empfehle er das operative Vorgehen im Sinne der arthroskopischen

Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion (Subskapularis-, gegebenenfalls Supraspinatussehne), Bizepsstenodese, Bursektomie und Akromioplastik. Ein Operationstermin sei vereinbart worden.

Am 30. August 2019 (Urk. 7/19) berichtete Dr. D.____ über die am 29. August 2019 erfolgte arthroskopische

Rotatorenmanschettenrekonstruktion der Subskapularissehne, Bizepsstenotomie, Bursektomie und Akromioplastik rechts. Im Austrittsbericht vom 30. August 2019 (Urk. 7/20) berichtete er über einen komplikationslosen intra- und postoperativen Verlauf mit problemloser Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung und nannte als Diagnosen eine Rotatorenmanschettenruptur, eine PASTA-Läsion, eine instabile Bizepssehne bei Pully-Läsion, eine Synovialitis sowie eine Bursitis subacromialis und subacromiales

Impingement. Vom 29. August bis 25. September 2019 attestierte er eine Arbeitsunfähigkeit.

E. 3.3

-4, E.

E. 3.4

In einer weiteren kreisärztlichen Beurteilung vom 3. Dezember 2019 (Urk. 7/38) führte Dr. Z.____ aus, es ergebe sich kein abweichender neuer medizinischer Kenntnisstand, welcher zu einer Änderung der bisherigen Beurteilung führe. So könnten zwar die sich in der Bildgebung und bei der Operation darstellenden Läsionen der Supraspinatus- und Subskapularissehne möglicherweise auch traumatisch verursacht worden sein, im konkreten Einzelfall sei dies aber in der Gesamtbetrachtung des Sachverhalts, des Symptom- und Behandlungsverlaufs so wie der klinischen, der bildgebenden sowie der operativen Befunde nicht mit dem gebotenen Massstab einer mindestens überwiegenden Wahrscheinlichkeit der Fall (S. 1; vgl. auch Urk. 7/41).

E. 3.5

Dr. D.____ führte im Bericht vom 6. Dezember 2019 (Urk. 7/48) aus, aus fach orthopädischer Sicht sei die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben. Bei der Beschwerdeführerin bestehe ein Unfallereignis vom 14. Juni 2019. Dass sie die Situation primär abgewartet habe, sei ihr nicht negativ auszu legen. Den Ausführungen von Dr. Z.____ könne man entnehmen, dass er keinerlei Erfahrungen bezüglich Patienten mit Schulterverletzungen habe. Es könne durchaus möglich sein, dass diese einen unfallbedingten Schaden nehme, ohne dass die Schulter pseudoparalytisch nicht mehr beweglich oder so schmerzhaft sei, dass sofort der Notfall auf gesucht

werde. Sowohl das MRI vom 5. August 2019 als auch der intraoperative Befund würden eine traumatische Ruptur der Subskapularissehne zeigen. Als Unfallereignis sei sicherlich auch die PASTA Läsion anzusehen, welche jedoch nicht transmural gewesen sei und somit nicht habe versorgt werden müssen. Es handle sich bei der Beschwerdeführerin nicht um ein subacromiales

Impingement, auch wenn bei der Operation eine Bursektomie und eine Akromioplastik durchgeführt worden seien. Dies werde nahezu routinemässig bei jeder Schulteroperation durchgeführt, damit die Patienten zu einer schnelleren Schmerzfreiheit kämen. Auch dies werde von Dr. Z.____ völlig laienhaft dargestellt. Zusammenfassend lasse sich sagen, dass die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben sei und eine andere Entscheidung aus fachorthopädischer Sicht nicht nachvollziehbar wäre.

E. 3.6

und E.

3.8), kann somit abgestellt werden. Mit Blick darauf, dass eine Rotatorenmanschettenruptur als gedeckter Sehnenriss und damit als

Verletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. f. UVG gilt (Urteil des Bundesgerichts 8C_381/2014 vom 11. Juni 2015) ist aufgrund der Darlegungen der Suva-Ärzte die Läsion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit und somit jedenfalls zu mehr als 50 % auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen, wodurch die Vermutung der Leistungspflicht der Beschwerdeführerin umgestossen wird (vgl. BGE 146 V 51 E. 9.2).

Soweit sodann die Schlussfolgerungen der Suva-Ärzte und insbesondere diejenige von med. pract. A.____ von der Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde in zahlreichen Punkten mit einem Verweis auf einen noch nachzureichenden Bericht von Dr. D.____ bestritten wurden (vgl. Urk. 1 S. 9 f.), ist festzuhalten, dass ein solcher auch in der Zwischenzeit nicht nachgereicht wurde und es mit den vorstehenden Feststellungen damit sein Bewenden hat.

Zusammenfassend

sind die Schulterbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom

E. 3.7

Im Bericht vom 27. Februar 2020 führte Dr. D.____

abermals aus (Urk. 7/71/3-4), dass sich eine traumatische Verletzung der Rotatorenmanschette in einer sofortigen Beeinträchtigung der aktiven Mobilisation bei Elevation, Aussenrotation oder Entwicklung einer Pseudoparalyse äussere. Die Beschwerdeführerin habe auch bei ihrer Hausarztkonsultation am 29. Juli 2019 über initial starke akute Schulterschmerzen berichtet, die in den nächsten Tagen dann nachgelassen

hätten. Aus diesem Grund sei auch eine verzögerte Vorstellung beim Hausarzt erfolgt. Mechanismen, welche zu einer Rotatorenmanschettenverletzung führen, seien nicht immer ganz eindeutig. Am häufigsten handle es sich um einen Sturz auf den ausgestreckten Arm. Des Weiteren könnten Krafteinwirkung bei aussen rotiertem Arm gegen Widerstand, starker Zug beim Festhalten, Heben von schweren Gegenständen oder auch eine Schulterluxation zu einer Rotatorenmanschettenruptur führen. Die Beschwerdeführerin sei am 14. Juni 2019 bei der Arbeit auf die rechte Schulter gefallen. Wie sie dabei den Arm gehalten habe, sei nicht mehr eruierbar. Veränderungen am Akromion / Akromioclaviculargelenk stünden nicht in kausalem Zusammenhang mit einer Rotatorenmanschettenläsion. Für eine traumabedingte Läsion spreche die Partialruptur der Subskapularissehne. Diese sei in den meisten Fällen auf ein Trauma zurückzuführen. Arthropathie

und fettige Infiltration der Rotatorenmanschette würden eine Chronifizierung einer Rotatorenmanschettenruptur beschreiben. Die Entwicklungsdauer der fettigen Infiltration unterscheide sich, je nachdem ob eine traumabedingte oder allmählich fortschreitende Ausgangssituation vorliege. Bei einer traumabedingten Ausgangssituation und bei massiven Läsionen manifestiere sich die fettige Infiltration schneller (S. 1). Intraoperativ seien keine Muskelödeme gefunden worden, jedoch hätten zwischen dem Unfallereignis und der Operation bereits mehrere Wochen gelegen, so dass kein Muskelödem mehr zu erwarten gewesen sei. Die Partialruptur der Subskapularissehne spreche für ein Traumaereignis. Die Subskapularissehne unterliege weniger degenerativen Veränderungen. Entgegen den Ausführungen von Dr. Z. ___ würden sich intraartikulär keine degenerativen Veränderungen der Schulter zeigen. Die Verletzung der Subskapularissehne sei mit hoher Wahrscheinlichkeit auf ein Traumaereignis zurückzuführen. Es hätten keine Prädispositionen für ein degeneratives Krankheitsleiden vorgelegen (S. 2). 3.

E. 6

), was der Beschwerdeführer in
am 3. November 2020 zur Kenntnis
gebracht wurde (Urk.

E. 8

Kreisarzt med. pract. A. ___

führte in der chirurgischen Beurteilung vom 7. August 2020 (Urk. 7/91) aus, im Zusammenhang mit dem Unfallereignis bleibe unklar, welche der anamnestischen Angaben, die mit den ärztlichen Berichten dokumentiert seien, korrekt sei. So dokumentiere Dr. B. ___ einen Sturz nach vorne, Dr.

D. ___ einen Sturz zur Seite und Dr. F. ___ lediglich einen Sturz, ergänzt um die Angabe, die Beschwerdeführerin habe dabei eine Geldkassette in der Hand gehalten (S. 7 Mitte).

Äussere Verletzungszeichen zufolge des Sturzes seien mit keinem der Berichte dokumentiert worden, weder an der rechten Schulter noch an anderen Körperpartien. Wenn bei einem Sturz eine schädigende Gewalt auf den Körper des Unfallopfers einwirke, die geeignet sei, strukturelle Schäden zu verursachen, so seien nach allgemeiner traumatologischer Erfahrung äusserlich sichtbare Zeichen einer Verletzung an der Eintrittsstelle der Gewalteinwirkung auf den Körper zu erwarten. Das Fehlen solcher

Verletzungszeichen spreche im vorliegenden Fall nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dafür, dass bei m Unfall vom 14. Juni 2019 eine erhebliche schädigende Gewalt auf den Körper der Beschwerdeführerin eingewirkt habe (S. 7 unten). Ein direkter Sturz isoliert auf die rechte Schulter sei zudem schwierig zu bewerkstelligen. Das gelte gleicher massen für den Sturz nach vorne als auch den Sturz zur Seite. Bevor die Schulter auf den Boden treffe sei es überwiegend wahrscheinlich, dass andere Körperteile (die Kniegelenke, Hüften, Ellbogen oder die Hände) den Boden erreicht en und hierbei verletzt w ü rden (S. 7 f.) .

Die Beschwerdeführerin habe ihre Arbeit bei Y.____ zunächst nicht unterbrochen. Erst ab dem 10. August 2019 werde eine Arbeitsunfähigkeit zufolge des Ereignisses vom 14. Juni 2019 bescheinigt. Dr. B.____ habe am 21. August 2019 dokumentiert, die Arbeit, die die Patientin bei Y.____ zu verrichten habe, sei körperlich anstrengend. Das Heben und Bewegen von Gewichten von 10-15 Kg würde n dazu gehören. Die Beschwerdeführerin sei somit in der Lage gewesen, nach dem Unfall während acht Wochen eine körperlich strenge Arbeit weiterhin zu verrichten. Da mit den ärztlichen Bescheinigungen nach der Operation vom 29. August 2019 regelmässige Überkopftätigkeiten explizit ausgeschlossen worden seien , sei davon auszugeben, dass die Tätigkeit der Beschwerdeführerin vor der Operation auch regelmässige Überkopf-Arbeiten beinhaltet habe (S. 8 oben).

Die Zerreissung von Sehnen der Rotatorenmanschette erfordere erhebliche Kräfte, die Bruchlast der Supraspinatussehne werde in der Literatur für junge Menschen mit 1850 Newton, für 65-Jährige mit 900 Newton angegeben. Selbst unter Berücksichtigung der Tatsache, dass für eine teilweise Zerreissung einer solchen Sehne eine etwas geringere Kraft aufgebracht werden müsse, müssten immer noch erhebliche schädigende Kräfte zugrunde gelegt werden. Das akute Zerreißen einer so kräftigen Struktur gehe nachvollziehbar mit akut einsetzenden Schmerzen und einer erheblichen Funktionseinschränkung einher. Das Postulat von Dr.

D.____ vom 6. Dezember 2019, dass es durchaus möglich sei, dass ein unfall bedingter Schaden entstehe, der nicht zu einer erheblichen Einschränkung der Schulterfunktion, zu einer Pseudoparalyse oder zu starken Schmerzen führe, entspre che nicht der traumatologischen Erfahrung. In der Literatur werde gerade im Auftreten starker Schmerzen und einer deutlichen Funktionseinschränkung und damit einem zeitnahen Arztbesuch ein wichtiges Kriterium für das Vorliegen eines unfallkausalen strukturellen Schadens der Rotatorenmanschette beschrieben (S. 8 Mitte) .

Dr. F.____ dokumentiere mit dem Arztzeugnis UVG vom 7. Oktober 2019, dass nach dem Unfall Schulterschmerzen aufgetreten seien. Diese hätten im Verlauf zugenommen. Die Behauptung von Dr. D.____ in seiner Stellungnahme vom 27. Februar 2020, dass die Beschwerdeführerin anfangs starke Schmerzen gehabt habe, die in den nächsten Tagen dann nachgelassen hätten, entspre che somit nicht der Aktenlage. Anfänglich weniger starke Schmerzen, die dann im Verlauf zun ä hmen und erst 45 Tage später zu einer Arztkonsultation führ t en, seien nicht typisch für eine unfallkausale strukturelle Verletzung der Schulter. Das Verhalten der Beschwerdeführerin und der Beschwerdeverlauf seien, wenn bei dem Ereignis vom 14. Juni 2019 keine strukturelle Verletzung der rechten Schulter eingetreten sei, gut nachvollziehbar (S. 8 unten). Eine Prellung oder einfache Distorsion der Schulter verursach e nachvollziehbar Beschwerden. Im Verlauf - mit der Zunahme der Beschwerden, die dann auch zur Arztkonsultation am 29. Juli 2019 ge führ t hätten - würden die Beschwerden jedoch in den unfallfremden Vorzustand über gehen .

Nachtschmerzen, wie sie Dr. B. ___ am 21. August 2019 dokumentiert habe, würden als typisch für ein Verschleissleiden und/oder entzündliche Veränderungen gelten. Die Beschwerden der Beschwerdeführerin

würden gemäss Dr. B. ___ auch von der Bicepssehne ausgehen. Die mit dem Operationsbericht vom 29. August 2019 dokumentierte Partialruptur der Bicepssehne «vor allem bei Eintritt in den Sulcus

bicipitalis» und die ausgeprägte Synovialitis in diesem Bereich seien nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls vom 14.

Juni 2019, würden jedoch gemäss Literatur eine sehr gute Erklärung für die von der Versicherten angegebenen Beschwerden darstellen (S. 9 oben).

Die Sehne des langen Bicepskopfes (auch als lange Bicepssehne bezeichnet) gelte gemäss Literatur als eine sehr häufige und wichtige Ursache von Schulterschmerzen. Sie werde, da sie erheblichen repetitiven mechanischen Belastungen ausgesetzt sei - nach Durchqueren des Schultergelenks und vor Eintritt in den Sulcus

bicipitalis umgelenkt, das Tuberkulum minus wirke dabei als Hypomochlion. Eine Tendinopathie dieser Sehne sei häufig, Sehndefekte (Zusammenhangstrennungen) können nach langem Verlauf einer Tendinopathie eintreten. Erklärt werde dies gemäss Literatur als Folge eines «faile d

healing», einem fehlgeschlagenen Versuch des Körpers, die chronischen repetitiven Schädigungen zu heilen. Im Rahmen eines Sturzes auf die Schulter, wie er im vorliegenden Fall dokumentiert sei, werde die Sehne des langen Bicepskopfes nicht in einem das physiologische Mass übersteigenden Ausmass auf Zug belastet. Eine solche Zugbelastung wäre jedoch zu fordern, um eine (partielle) Zerreissung der Sehne zu bewirken. Die von Dr. D. ___ dokumentierte Partialruptur der Bicepssehne sei somit nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls vom 14. Juni 2019. Da eine Tendinopathie mit partiellen Sehndefekten sich schleichend über sehr lange Zeiträume hin entwickle, sei es überwiegend wahrscheinlich, dass die partielle Ruptur der Bicepssehne

an der rechten Schulter der Beschwerdeführerin bereits zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 14. Juni 2019 - wohl in einem asymptomatischen Zustand - bestanden habe. Es sei gestützt auf die Literatur nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sich in dem Intervall vom 14. Juni 2019 bis zum Operationstag am 29. August 2019 eine fortgeschrittene Tendinopathie mit partieller Zusammenhangstrennung der Bicepssehne entwickelt habe (S. 9 Mitte).

Der Aussage von Dr. D. ___ mit der Stellungnahme vom 27. Februar 2020, dass intraartikulär in der rechten Schulter der Beschwerdeführerin

keine degenerativen Veränderungen beständen, sei somit zu widersprechen. Eine Tendinopathie

der Bicepssehne gehe häufig mit einem Reizzustand einher, wie er von Dr. D. ___ mit dem Operationsbericht vom 29. August 2019 dokumentiert worden sei: «... es zeigt sich eine ausgeprägte Synovialitis im anterioren Kompartiment». Dr. D. ___ postuliere in der Stellungnahme vom 6. Dezember 2019, dass die Bilder der MR-Tomographie vom 5. August 2019 eine frische traumatische Ruptur der Subskapularissehne zeige und sich dies

auch im Rahmen seiner Operation vom 29.

August 2019 bestätigt habe (S. 9 unten). Auch die PASTA-Läsion der Supra spinatussehne sei gemäss Dr. D.____ als Unfallfolge zu sehen.

Dr. med. G.____

beschreibe im fachradiologischen Bericht zu der MR- Arthrographie vom 5. August 2019 jedoch keine Zeichen, die auf eine stattgehabte akute Traumatisierung der rechten Schulter hinweisen würden. Die Literatur nenne bezüglich der Sehnen der Rotatorenmanschette eine Schlingelung eines Sehnenstumpfs der Supraspinatus sehne , einen verbleibenden Sehnenstumpf am Tuberkulum

majus und ein Ö dem am Übergang der Sehne zum Muskel als bildgebende Hinweise auf eine akute Verletzung von Anteilen der Rotatorenmanschette . Einblutungen der Weichteile um das Gelenk, Einrisse der Gelenkkapsel und ein blutiger Gelenkerguss würden auf eine Traumatisierung hinweisen, ebenso ein traumatisches Knochenmark ödem (Bone bruise ; S. 10 oben).

Der Kreisarzt Dr. Z.____ habe bereits darauf hingewiesen, dass solche Zeichen nicht objektiviert worden seien. Das könne auch bei eigener Einsichtnahme in die Bildgebung bestätigt werden. Die Operation vom 29. August 2019 sei ungefähr dreieinhalb Monate nach dem Unfall vom 14. Juni 2019

erfolgt . Nach diesem Zeitraum gelinge gemäss Literatur nicht einmal im Rahmen einer histologischen (feingeweblichen) Untersuchung von Sehnengewebe eine Differenzierung bezüglich der Ursache des Defekts mit ausreichender Sicherheit (S. 10 Mitte) .

Während Dr. G.____ ein gebogenes A c r o m i o n

beschrieben und Dr. D.____ mit seinem Bericht vom 22. August 2019 einen « painful arc ab 60°» als Befund seiner klinischen Untersuchung - als typischen Ausdruck eines subacromialen

Impingements - genannt habe , gehe Dr. D.____ mit seiner Beurteilung vom 6. Dezember 2019 davon aus, dass kein subacromiales

Impingement bestehe. Er widerspre che sich damit selbst. Sein Postulat, Veränderungen am AC-Gelenk und dem A k r o m i o n stünden nicht in kausalem Zusammenhang mit einer Läsion der Rotato renmanschette , werde von mehreren aktuellen medizinischen evidenzbasierten Publikationen in Frage gestellt. Die Behauptung, dass eine Bursektomie und eine Acromioplastik bei jeder Schulteroperation durchgeführt würden , entspre ch e nicht dem allgemeinen nationalen und internationalen Standard. Die Frage, ob und wann bei Nachweis eines subacromialen

Impingements eine Acromioplastik und Bursektomie durchgeführt werden solle, sei aktuell Gegenstand einer kontrover sen Diskussion. Ohne den Nachweis eines su bacromialen

Impingements bestehe keine Indikation für eine Acromioplastik (einer operativen Resektion von Kno chen anteilen des Acromions) .

Der Argumentation von Dr. D.____

könne auch in diesen Punkten nicht gefolgt werden (S. 10 unten) .

Mit der Stellungnahme vom 27. Februar 2020 postuliere Dr. D.____, Partial rupturen der Subscapularissehne sprächen für eine traumatische Läsion. Damit widerspreche Dr. D.____ den Aussagen der internationalen wissenschaftlichen Publikationen, die davon ausgehen würden, dass partial e

Läsionen der Subscapularissehne zumeist degenerativer Natur seien (S. 10 unten). Traumatische Risse der Subscapularissehne würden zumeist mindestens die oberen zwei Drittel der Sehne betreffen (S. 11 oben). PASTA-Läsionen der Supraspinatussehne

würden zumeist degenerativen Veränderungen entsprechen. Der artikulare Anteil dieser Sehne werde von der mechanischen Stabilität her schwächer eingeschätzt als der bursale Anteil der Sehne, was ein Verschleissleiden begünstige, zu dem sei eine Zone verminderter Durchblutung in diesem Anteil der Supraspinatussehne objektiviert worden (S. 11 oben).

Zusammenfassend sei es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Veränderungen an der rechten Schulter der Beschwerdeführerin Folge des Ereignisses vom 14. Juni 2019 seien und dieses zu strukturellen Schäden an der rechten Schulter der Beschwerdeführerin geführt habe. Weder die Stellungnahmen von Dr. D.____ noch die der SWICA würden überzeugende medizinische Argumente für eine mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bestehende Kausalität des Ereignisses vom 14. Juni 2019 für die im Verlauf dokumentierten Veränderungen an der rechten Schulter der Beschwerdeführerin aufzeigen. Da nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal strukturelle Läsionen an der rechten Schulter der Versicherten festgestellt worden seien, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit jedoch zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 14. Juni 2019 bereits ein (degenerativer) Vorzustand an der rechten Schulter der Versicherten bestanden habe, sei davon auszugehen, dass es lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen sei. Der Unfall sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach sechs Wochen (spätestens nach acht Wochen) nicht mehr kausal für das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin gewesen (S. 11 Mitte). 4. 4.1

Die Suva-Ärzte Dr. Z.____ und med. pract. A.____ haben zur streitigen Frage der Unfallkausalität der Schulterbeschwerden rechts umfassend Stellung genommen und die vorhandenen Unterlagen berücksichtigt. Sie begründeten ihre Schlussfolgerungen, dass die Veränderungen an der rechten Schulter der Beschwerdeführerin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Ereignisses vom 14. Juni 2019 seien und dieses nicht zu strukturellen Schäden an der rechten Schulter geführt habe, eingehend und nachvollziehbar. Damit erfüllen die Beurteilungen vom 28. Oktober, 3. Dezember 2019, 3. Januar und 7. August 2020 (vorstehende E. 3.3, E. 3.4, E. 3.6, E. 3.8) formal die Anforderungen an beweiskräftige Arztberichte (vorstehende E. 1.5). Daran ändert der Umstand nichts, dass es sich dabei um Aktenbeurteilungen handelt, zumal es mit der Frage nach der Unfallkausalität einen feststehenden medizinischen Sachverhalt zu erörtern galt und

deswegen die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_558/2016 vom 4.

November 2016 E. 6.1 mit Hinweis). Aus den Ausführungen der beratenden Ärzte ergibt sich, dass sie über sämtliche für die Beurteilung der Unfallkausalität erforderlichen Unterlagen verfügten. 4.2

Die Suva-Ärzte

haben die Argumente von Dr. D. ___ für eine Unfallkausalität in mehreren ausführlichen Stellungnahmen detailliert gewürdigt. Aus traumatologischer Erfahrung widersprachen die Suva-Ärzte der Ansicht von Dr. D. ___ , wonach es durchaus möglich sei, dass unfallbedingte Schäden auch ohne erhebliche Einschränkungen der Schulterfunktion, eine Pseudoparalyse oder starke Schmerzen entstehen (Urk. 7/48; vgl. vorstehend E. 3.5). So wird in der Fachliteratur, auf welche med. pract. A. ___ verwies, gerade in dem Auftreten starker Schmerzen und einer deutlichen Funktionseinschränkung und damit einem zeitnahen Arztbesuch ein wichtiges Kriterium für das Vorliegen eines unfallkausalen strukturellen Schadens der Rotatorenmanschette genannt. Es erscheint denn durchaus als nachvollziehbar, dass das (akute) Zerreißen einer kräftigen Struktur wie einer Sehne mit akut einsetzenden Schmerzen und einer erheblichen Funktionseinschränkung einhergeht .

Vor diesem Hintergrund erachteten die Suva-Ärzte zu Recht den Umstand, dass die dokumentierten Schmerzen der Beschwerdeführerin , welche anfänglich weniger stark waren und erst im weiteren Verlauf zunahmen (vgl. Urk. 7/18) , als nicht typisch für eine unfallkausale strukturelle Verletzung (Urk. 7/91/8 f.) .

Tatsache ist , dass die Beschwerdeführerin ihre körperlich anstrengende Arbeit nach dem Ereignis vom 14. Juni 2019 noch während mehrerer Wochen weitergeführt hatte , bevor sie am 29. Juli 2019

erstmals einen Arzt aufsuchte , am 10.

August 2019 schliesslich die Arbeit niederlegte

und es in der Folge zu einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und einer Schadensmeldung kam (Urk. 7/1, Urk. 7/

E. 9

, Urk. 7/21) .

Soweit die Beschwerdeführerin ausführte, dass sie sich wegen Personalmangels nicht sofort habe arbeitsunfähig schreiben lassen und nur noch sehr leichte Tätigkeiten vornehmlich mit dem linken Arm ausgeführt habe (vgl. Urk. 1 S. 7), gibt es hierzu keinerlei echtzeitliche

Erwähnungen in Arztberichten oder in sonstigen

Unterlagen . Angesichts der körperlich anstrengenden Tätigkeit und der erst

im Einspracheverfahren geltend gemachten sehr starken Schmerzen unmittelbar nach dem Vorfall vom 14.

Juni

2019 (vgl. Urk.

7/65/2 u. 6, Urk.

7/71/1) , erscheint es wenig nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin - trotz Ferien (vgl. Urk. 1 S. 7 Rz 18) - erst derart spät einen Arzt konsultierte.

Schliesslich Dr. D. ___ im Bericht vom 27. Februar 2020 selbst fest, dass sich eine traumatische Verletzung der Rotatorenmanschette in einer sofortigen Beeinträchtigung der

aktiven Mobilisation bei Elevation, Aussenrotation oder Entwicklung einer Pseudoparalyse äusserer (vgl. vorstehende E. 3.7). Eine solche sofortige Beeinträchtigung ist vorliegend nach dem Gesagten

jedoch gerade nicht nachgewiesen. 4.3

Auch hinsichtlich des Unfallmechanismus lassen sich den Stellungnahmen von Dr. D.____ keine konkreten auf den vorliegenden Fall bezogene Ausführungen entnehmen, die der von der Beschwerdeführerin vorgenommenen Kausalitätsbeurteilung entgegenstehen würde. Dagegen nahmen die Suva-Ärzte

soweit möglich auch zum Unfallereignis Stellung und versuchten,

den Ursache- und Wirkungszusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der (somatischen) Gesundheitsstörung zu klären und namentlich dazu Stellung zu nehmen, ob ein bestimmtes Unfallgeschehen nach unfallmedizinischer Erfahrung physiologisch geeignet war - allenfalls als blosser Teilursache, aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit - zur fraglichen Gesundheitsstörung zu führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts U

161/04

vom 30. November 2004 E. 3.1). Hinsichtlich des beschriebenen Sturzes verneinten sie einen mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesenen geeigneten Pathomechanismus für eine Unterflächenläsion mit einer longitudinalen Läsion der Subskapularsehne und eine instabile Pulley-Läsion

und wiesen darauf hin, dass äussere Verletzungszeichen zufolge des Sturzes, welche auf eine erhebliche schädigende Gewalt auf den Körper hindeuten würden, in keinem Bericht dokumentiert worden

seien (vgl. vorstehende E. 3.6 und E. 3.8).

Soweit die Beschwerdeführerin mit der Ansicht, die Unterscheidung zwischen traumatischen und degenerativen Läsionen sei nicht immer einfach,

und mit Verweis auf den im Internet zugänglichen fachärztlichen Beitrag «Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette» von PD Dr. med. Alexandre Lädermann und Prof. Dr. med. Bernhard Jost, Mitglieder der Schweizer Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie von Swiss Orthopaedics, geltend machte, die vorliegende Verletzung sei auf das Unfallereignis zurückzuführen (vgl. Urk. 1 S. 5 f.), kann ihr nicht gefolgt werden. Das Bundesgericht hielt im Urteil 8C_446/2019 vom 22. Oktober 2019 in Erwägung 5.2.2 -3 hinsichtlich des vorstehend genannten Artikels fest, dass auf die (letzt) genannte, von den Studien abweichende Ansicht der Autoren, wonach bei einem Direkttrauma der Schulter ohne explizit ausgestreckten Arm ebenfalls eine Rotatorenmanschettenläsion entstehen könne,

nicht abgestellt werden könne, da diese Ansicht weder begründet noch wissenschaftlich belegt worden sei. Gestützt auf eine weitere Publikation hielt das Bundesgericht im gleichen Urteil fest, dass eine Rotatorenmanschettenläsion voraussetze, dass das Schultergelenk unter Einsatz der Rotatorenmanschette unmittelbar vor der Einwirkung muskulär fixiert gewesen sein und eine plötzliche passive Bewegung hinzukommen müsse, die überfallartig eine Zugbelastung der Sehnen der Rotatorenmanschette bewirke (Alfred

Schönberger / Gerhard

Mehrtens / Helmut Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte, 8. Aufl., S. 412). Diese Auffassung werde auch in der 9. Aufl. dieser Publikation aus dem Jahr 2017 vertreten (S. 432). Zudem werde

darin ausgeführt, ein ungeeigneter Hergang sei die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag), da die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und den Delta-Muskel gut abgeschirmt sei (S. 433).

Eine hiervon abweichende und schlüssigere Ansicht lässt sich auch nicht den

weiteren Darlegungen von Dr. D.____ vom 27. Februar 2020 (vorstehend E. 3.7) entnehmen. So hielt er darin schliesslich ebenfalls dafür, dass Rotatorenman schettenverletzungen und -rupturen am häufigsten bei einem Sturz auf den aus gestreckten Arm und des Weiteren als Folge einer Krafteinwirkung bei aussen rotiertem Arm gegen Widerstand, bei starkem Zug beim Festhalten, beim Heben von schweren Gegenständen oder auch bei einer Schulterluxation auftreten. Zu dem hielt Dr. D.____

auch fest, dass es nicht mehr eruierbar sei, wie die Beschwerdeführerin den Arm gehalten habe (Urk. 7/71/3-4). 4. 4

Soweit Dr. D.____ ohne weitere Begründung und Bezugnahme auf einzelne Befunde ausführte, dass sich sowohl im MRI vom 5. August 2019 als auch im intraoperativen Befund eine traumatische Ruptur der Subskapularsehne gezeigt habe (Urk. 7/48; vgl. vorstehend E. 3.5), wies Suva-Arzt med.

pract. A.____

darauf hin, dass im fachradiologischen Bericht zur MR-Arthrographie keine - in der Fachliteratur erwähnten - Zeichen beschrieben worden seien, die auf eine stattgehabte akute Traumatisierung der rechten Schulter hinweisen würden und im Rahmen der dreieinhalb Monate nach dem Unfall stattgefundenen Operation nicht einmal mehr mittels einer histologischen (feingeweblichen) Untersuchung von Sehngewebe eine Differenzierung bezüglich der Ursache des Defekts mit ausreichender Sicherheit gelinge. Im Gegensatz zu Dr. D.____ wies med. pract. A.____ nachvollziehbar und unter Bezugnahme auf die medizinische Fachliteratur überdies darauf hin, dass sowohl Partialrupturen der Subskapularsehne als auch PASTA-Läsionen der Supraspinatussehne

zumeist degenerativer Natur seien (Urk.

7/91/10

f.; vgl. vorstehend E.

3.8). Auch der Rechtsprechung lässt sich entnehmen, dass die Unfallkausalität einer PASTA-Läsion nicht ohne weiteres bejaht

werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts

8C_325/2013 vom 17. Juni 2013 E.

4) Weiter gehören Rotatorenmanschettenrupturen zu den normalen Alterserscheinungen, welche vor allem durch degenerative Veränderungen entstehen und nur gelegentlich traumatisch bedingt sind (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl.

Bern 2005, S. 725 f.).

Sodann widersprach Suva- Arzt med. pract . A.____

auch der Aussage von Dr.

D.____ , dass sich intraartikulär keine degenerativen Veränderungen gezeigt hätten (Urk. 7/71/4; vgl. vorstehende E.

3.7). Hinsichtlich der dokumentierten Partialruptur der

Bizepssehne hielt er fest, dass die Sehne des langen Bizepskopfes im Rahmen eines Sturzes auf die Schulter nicht in einem das physiologische Mass übersteigenden Ausmass auf Zug belastet werde und diese somit nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls gewesen sei . Sie wiesen auch darauf hin, dass sich eine Tendinopathie mit partiellen Sehnen defekten schleichend über sehr lange Zeiträume entwickle und es überwiegend wahrscheinlich sei, dass die partielle Ruptur der Bizepssehne der rechten Schulter der Beschwerdeführer in bereits zum Zeitpunkt des Ereignisses bestanden habe . Dass sich im Zeitraum vom Unfall bis zum Operationstag eine fortgeschrittene Tendinopathie mit partieller Zusammenhangstrennung der Bizepssehne entwickelt habe , hielt med. pract . A.____

ebenfalls nicht für überwiegend wahrscheinlich (Urk. 7/91/9 f.; vgl. vorstehende E. 3.8) . 4. 5

Sodann

nahmen die Suva-Ärzte

Dr. Z.____ und med. pract . A.____

im Zusammenhang mit der durchgeführten Bursektomie und der Acromioplastik

Bezug auf das Argument von Dr. D.____ , dass auch bei fehlendem

(Nachweis eines subacromialen

Impingements bei jeder Schulteroperation eine Bursektomie und Acromioplastik durchgeführt werde, und legten dar, dass dies nicht dem allgemeinen nationalen und internationalen Standard entspreche. Auch die darüber hinaus durchgeführte Tenotomie der Bizepssehne führten die Suva-Ärzte nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein unfallkausales, sondern vielmehr eher wahrscheinlich auf ein krankhaft degeneratives Krankheitsbild bei einer hierzu passend dokumentierten typisch klinisch symptomatischen Engpasssymptomatik zurück

(Urk. 7/49/1, Urk. 7/91/10; vgl. vorstehende E. 3.6 und E. 3.8) . 4. 6

Auf die Beurteilungen der Kreisärzte Dr. Z.____ und med. pract . A.____ , wonach durch den Unfall vom 14.

Juni 2019 nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit strukturelle Schäden objektivierbarer Natur an der rechten Schulter der Beschwerdeführerin gesetzt worden sind, das Ereignis vielmehr einen Vorzustand an der rechten Schulter getroffen hat und die Unfallfolgen spätestens acht Wochen nach dem Ereignis keine ursächliche Rolle im Beschwerdebild mehr spielen (vgl. vorstehende E.

E. 14

Juni 2019 zurückzuführen, sondern degenerativer Natur. Von zusätzlichen medizinischen Untersuchungen beziehungsweise Abklärungen sind keine weiteren Aufschlüsse hinsichtlich Unfallkausalität zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d).

Entsprechend erweist sich der Einspracheentscheid als rechtsens und die dagegen erhobene Beschwerde ist vollumfänglich abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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