

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00009 vom 8. Oktober 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-10-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2021.00009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00009)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00009 du 8 octobre 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00009 del 8 ottobre 2021

## Erwägungen

### E. 1.1

X.\_\_\_\_, geboren 1970, ist seit dem 31. März 2002 bei der Y.\_\_\_\_ AG als Flight Attendant angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Suva gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (vgl. Urk. 8/1).

Am 10. Dezember 2018 wurde die Versicherte aufgrund eines Karpaltunnelsyndroms rechts operiert (Urk. 8/34). Mit Schadenmeldung UVG vom 22. Juli 2019 (Urk. 8/1) liess sie die Suva wissen, dass ihr während dieser Handoperation

die Schulter verletzt worden sei. Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, der die Versicherte am 29. Mai 2019 als Erster wegen der Schulterbeschwerden behandelt hatte, hielt in seinem Bericht vom 3. August 2019 (Urk. 8/9) fest, die Versicherte klagt über starke, bewegungsabhängige Schulterschmerzen rechts, die sie auf die Operation vom 10. Dezember 2018 wegen ungünstiger Lagerung und Blutsperre zurückführe. Oberärztin Dr. med. A.\_\_\_\_ von der Abteilung Schulter- und Ellenbogenchirurgie der Klinik B.\_\_\_\_, welche die Beschwerdeführerin auf Zuweisung von Dr. Z.\_\_\_\_ untersucht hatte, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 26. Juli 2019 (Urk. 8/10) Schulterschmerzen rechts seit Armlagerung im Rahmen einer CTS-Operation vom 10. Dezember 2018 bei MR-tomografisch artikulareitiger Partialläsion der Supraspinatussehne sowie hochgradigen Verdacht auf eine kapsuläre Läsion inferior. Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Taggeld und Heilungskosten; vgl. Urk. 8/23). Am 17. Januar 2020 (Urk. 8/67) wurde die Versicherte an der rechten Schulter operiert. Die Suva legte die eingeholten medizinischen Unterlagen dem beratenden Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, zur orthopädischen Beurteilung vor. Dieser verneinte die Kausalität zwischen den Schulterbeschwerden und der Handoperation vom 10. Dezember 2018 sowie das Vorliegen einer Listendiagnose gemäss Art.

#### E. 1.1.1

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

#### E. 1.1.2

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.

Die Grundsätze zum Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit gelten auch, wenn zu beurteilen ist, ob ein ärztlicher Eingriff den gesetzlichen Unfallbegriff erfüllt. Die Frage, ob eine ärztliche Vorkehr als mehr oder weniger ungewöhnlicher äusserer Faktor zu betrachten sei, ist aufgrund objektiver medizinischer Kriterien zu beantworten. Sie ist nur dann zu bejahen, wenn die ärztliche Vorkehr als solche den Charakter des ungewöhnlichen äusseren Faktors aufweist; denn das Merkmal der Aussergewöhnlichkeit bezieht sich nach der Definition des Unfallbegriffs nicht auf die Wirkungen des äusseren Faktors, sondern allein auf diesen selber. Nach der Praxis ist es mit dem Erfordernis der Aussergewöhnlichkeit streng zu nehmen, wenn eine medizinische Massnahme in Frage steht. Damit eine solche Vorkehr als ungewöhnlicher äusserer Faktor qualifiziert werden kann, muss ihre Vornahme unter den jeweils gegebenen Umständen vom medizinisch Üblichen ganz erheblich abweichen und zudem, objektiv betrachtet, entsprechend grosse Risiken in sich schliessen. Im Rahmen einer Krankheitsbehandlung, für welche die Unfallversicherung nicht leistungspflichtig ist, kann ein Behandlungsfehler ausnahmsweise den Unfallbegriff erfüllen, nämlich, wenn es sich um grobe und ausserordentliche Verwechslungen und Ungeschicklichkeiten oder sogar um absichtliche Schädigungen handelt, mit denen niemand rechnen noch zu rechnen braucht. Ob ein Unfall im Sinne des obligatorischen Unfallversicherungsrechts vorliegt, beurteilt sich unabhängig davon, ob der Arzt oder die Ärztin einen Kunstfehler begangen hat, der eine (zivil- oder öffentlichrechtliche) Haftung begründet. Ebenso wenig besteht eine Bindung an eine allfällige strafrechtliche Beurteilung des ärztlichen Verhaltens (BGE 121 V 35 E. 1b, 118 V 283 E. 2b, je mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_535/2012 vom 20. November 2012 E. 5.1 mit Hinweisen). 1. 2

Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung 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).

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

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 Listenerkrankung 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. 3

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 Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, dass kein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG vorliege, da es unter Berücksichtigung der Akten anlässlich der Operation vom 10. Dezember 2018 weder zu einem Behandlungsfehler noch zu einer absichtlichen Schädigung gekommen sei (S. 2 f.). Gestützt auf die beweiskräftigen Beurteilungen des Kreisarztes Dr. C.\_\_\_\_ vom 31. Januar und 6. März 2020 sei davon auszugehen, dass die Befunde an der rechten Schulter nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG entsprechen. So habe die behandelnde Ärztin lediglich eine Partialläsion der Supraspinatussehne, jedoch keine eindeutige Ruptur beschrieben. Selbst unter der Annahme einer Listendiagnose wäre schliesslich die Leistungspflicht zu verneinen, weil es sich bei den Befunden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um degenerative Veränderungen handle

(S. 3-9). Damit könnten die Leistungen ex nunc et pro futuro eingestellt werden (S. 10 f.; vgl. auch die Beschwerdeantwort vom 15. Februar 2021 [Urk. 7 S. 3-7]). 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) zum Unfallbegriff geltend, eine Ruptur der Supraspinatussehne, wie sie bei ihr diagnostiziert worden sei, sei

kein Risiko, welches sich anlässlich einer Operation wie derjenigen vom 10. Dezember 2018 verwirklichen könne. Aus den Akten gehe hervor, dass sie seit der besagten Operation aufgrund der Lagerung Schulterbeschwerden beklage. Bereits dieser Umstand lasse darauf schliessen, dass das Vorgehen während der Operation ausserordentlich gewesen sei.

Eine Ungeschicklichkeit im Rahmen der medizinischen Vornahme sei daher erstellt und der ungewöhnliche Faktor und damit der Unfallbegriff zu bejahen

(S. 3-5). Weiter brachte sie betreffend eine unfallähnliche Körperschädigung vor, dass die Befunde

Partiellläsion der artikulareseitigen

Supraspinatussehne einem Teilriss entsprechen. Typischerweise könne als Folge davon eine Kapsulitis entstehen. Aufgrund der medizinischen Faktenlage sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass eine Listendiagnose vorliege und diese nicht überwiegend wahrscheinlich degenerativ sei. Die Aussage

des Versicherungsmediziners, dass die Listenverletzung irgendwann im Frühsommer 2019 entstanden sei, sei eine reine Vermutung, was dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht genüge. Es werde nicht rechtsgenügend dargelegt, inwiefern die Verletzung überwiegend degenerativer Natur sei. Die versicherungsmedizinische Beurteilung sei daher weder schlüssig noch nachvollziehbar (S. 5 f.). 2.3

Es stellt sich damit die Frage, ob die zweifelsohne therapiebedürftige Schulterproblematik der Beschwerdeführerin der Leistungszuständigkeit der Beschwerdegegnerin

(Art. 6 Abs. 1 oder 2 UVG) zuzuordnen ist. Streitig und zu prüfen ist, ob im Zusammenhang mit der operativen Behandlung der krankheitsbedingten Karpaltunnel-Symptomatik

vom 10. Dezember 2018 ein für die rechtsseitigen Schulterbeschwerden relevantes Unfallereignis gemäss Art. 4 ATSG stattgefunden

hat und falls nicht, ob es sich bei diesen Beschwerden um eine Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 UVG handelt, die nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. 3. 3.1

Dr.

A.\_\_\_\_

von der Klinik B.\_\_\_\_, Zürich, welche die Beschwerdeführerin auf Zuweisung von Dr. Z.\_\_\_\_ untersuchte, nannte in ihrem Bericht vom 26. Juli 2019 (Urk. 8/10) unter anderem gestützt auf ein MRT Arthrographie des rechten Schultergelenks vom 9. Juli 2019 (Urk. 8/11) folgende Diagnose (S. 1): - Schulterschmerzen rechts seit Armlagerung im Rahmen einer CTS-Operation vom 10. Dezember 2018 - MR-tomografisch artikulareseitige Partiellläsion der Supraspinatussehne sowie hochgradiger Verdacht auf kapsuläre Läsion inferior bei austretendem Kontrastmittel - Klinisch kapsuläre Einschränkung vor allem der Rotationen; differentialdiagnostisch im Sinne einer posttraumatischen Kapsulitis 3.2

Dr. Z.\_\_\_\_, welcher die Beschwerdeführerin am 29. Mai 2019 als erster Arzt wegen der Schulterschmerzen behandelt hatte, hielt in seinem Bericht vom 3. August 2020 (Urk. 8/9) fest, dass die Beschwerdeführerin über starke, bewegungsabhängige Schulterschmerzen rechts

klage, die sie auf die Operation vom 10. Dezember 2018 wegen ungünstiger Lagerung und Blutsperre zurückführe.

Im Auszug zum Behandlungsverlauf («Anamnese und Verlauf») von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2019 (Urk. 8/48/1-3) finden sich für die Zeit vom 29. Mai 2018 bis 12. April 2019 diverse Einträge zur Behandlung des Karpaltunnelsyndroms der linken Hand (S. 1 f.). Am 17. Juli 2019 findet sich ein erster Eintrag zu den Schulterbeschwerden mit folgendem Wortlaut: «Telefon Pat. Hatte anhaltende Schmerzen in Schulter rechts. Konnte Arm nicht mehr richtig anheben. War deshalb im MRI. Dort Diagnose eines Sehnenabrisses. Schickt alle Unterlagen. Schmerzen seien laut Patientin seit OP. Macht keine Vorwürfe, schickt Unterlagen zur Info und falls sich Versicherung melden sollte» (S. 2). 3.3

Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin, ob es sich bei der Diagnose einer Supraspinatussehnenruptur um eine Listendiagnose nach Art. 6 Abs. 2 UVG handle und, ob diese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen sei, antwortete die beratende Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, am 4. September 2019 (Urk. 8/22), es handle sich um eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. g/f UVG und es sei möglich, dass die Körper schädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen sei. 3.4

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/38) berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_, welcher die Beschwerdeführerin am 10. Dezember 2018 wegen des Karpaltunnelsyndroms operiert hatte (Urk. 8/34), am 28. Oktober 2019 (Urk. 8/49), die Operation sei in Rückenlage durchgeführt worden. Der Arm habe auf einem Handtisch gelegen. Es sei eine intravenöse Regionalanästhesie durchgeführt worden. Die Schulter werde bei dieser Anästhesieart nicht anästhesiert. Die Operation werde auf dem Handtisch durchgeführt in circa 70° Abduktion.

Dr. E.\_\_\_\_ legte seiner Stellungnahme ein Merkblatt zum Vorgehen bei der Anästhesie bei Hand- und Fussoperationen bei (Urk. 8/48/5-6). 3.5

Am 17. Januar 2020 (Urk. 8/67) wurde die Beschwerdeführerin wegen der persistierenden Schmerzen an der rechten Schulter operiert (Arthroskopie mit Kapsulotomie, Burssektomie und Acromioplastik). 3.6

Der beratende Dr. C.\_\_\_\_

hielt in seiner Beurteilung vom 31. Januar 2020 (Urk. 8/77) fest, im Operationsbericht vom Dezember 2018 würden keinerlei Besonderheiten erwähnt. Auch das Narkoseprotokoll zeige keine Auffälligkeiten, insbesondere hätten weder eine Blutdruckerhöhung während des Eingriffes noch ein Pulsanstieg verifiziert werden können. Anmerkungen des Anästhesisten über eine Besonderheit während des operativen Verlaufs im Rahmen der Anästhesie seien nicht zu erkennen. Die beschriebene Lagerung auf dem Operationstisch entspreche der Normallagerung (S. 7).

Weiter erklärte Dr. C.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin habe die Schulterschmerzen erstmalig im Juli 2019 erwähnt mit der Angabe, dass die Schmerzen seit der Operation bestünden. Auffallend sei, dass in der gesamten Dokumentation zeitlich davor keinerlei Äusserungen über einen Schmerz in der Schulter erwähnt worden seien. Der behandelnde Hausarzt habe über eine erstmalige Behandlung im Mai 2019 wegen der Beschwerden im Bereich der rechten Schulter berichtet. Bei der Operation im Januar 2020 hätten bei der subacromialen Ansicht intraoperativ eine intakte Supraspinatussehne sowie eine ausgeprägte Kapsulitis und eine subacromiale Bursitis bestanden. Ein Hinweis auf eine stattgehabte kapsuläre

Strukturstörung im Sinne eines Kapselrisses habe sich nicht ergeben, insbesondere sei die Bizepssehne in ihrem gesamten Verlauf völlig unauffällig und das Pulley-System nicht beeinträchtigt gewesen. Die intraoperativ festgestellten Diagnosen zeigten das Bild einer Kapsulitis sowie einer degenerativen und entzündlichen Erkrankung im Bereich der Schulter. Hinweise auf eine Verletzung der Schulterstrukturen hätten sich aus der Arthroskopie nicht ergeben. Auch sei die Supraspinatussehne als weitgehend intakt eingeschätzt worden

(S. 7 f.) .

Ferner führte Dr. C. \_\_\_ aus, im gesamten, detailliert dokumentierten postoperativen Verlauf nach Karpaltunneldachspaltung hätten sich monatelang keine Hinweise auf eine Veränderung im Bereich des Schultergelenkes ergeben, die auf eine mögliche Fehllagerung bei der Operation hinweisen würden. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin über Beschwerden bei der Lagerung des Armes geklagt habe und diese auch hätten behoben werden können, erkläre nicht, dass daraufhin sieben Monate später eine so starke Schulterbeschwerdesymptomatik entstanden sei, die auf ein Ereignis am 10. Dezember 2018 zurückzuführen sei. In der gesamten Dokumentation sei kein fehlerhaftes Verhalten zu erkennen. Die Dokumentation sei exakt und detailliert, daher ergäben sich keine Hinweise auf eine Problematik im Rahmen der Anästhesie oder Lagerung. Die gewählte Lagerungsform sei regelhaft.

Somit sei festzustellen, dass sicherlich im Rahmen der operativen Vorgehensweise am 10. Dezember 2018 kein Fehlverhalten zu erkennen sei (S. 8).

Weiter hielt Dr. C. \_\_\_ fest, im weiteren Verlauf sei aufgrund der kernspintomografischen Untersuchung des rechten Schultergelenkes eine Teiltraktur der Supraspinatussehne als Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG eingeschätzt worden. Aufgrund des kernspintomografischen Befundes sei eine solche Einschätzung durchaus möglich. Es habe sich jedoch in der intraoperativen Befunderhebung gezeigt, dass die Sehne rein degenerativ verändert gewesen sei, die Sehnenkontinuität sei erhalten. Die Qualität der Sehne sei leicht gemindert mit Erweichungsherden. Die festgestellte PASTA-Läsion ( Partialläsion der artikulärlseitigen

Supraspinatussehne )

sei ein degenerativer Prozess und entspreche nicht einer Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG . Die führende Symptomatik bei der Schulterarthroskopie sei die erhebliche Kapsulitis sowie eine subacromiale

Impingementsituation mit Bursitis gewesen. Die operativen Massnahmen hätten ausschliesslich der Behebung dieser degenerativen Prozesse gedient. Eine Kapsulitis sei eine Veränderung im Bereich der Schulter, die entzündlicher Natur sei. In vielen Fällen sei hierzu ein Trauma als Ursache zu erkennen, dabei entwickle sich jedoch die Kapsulitis nach Trauma in einem strengen zeitlichen Zusammenhang zum Trauma. 30

% aller Kapsulitiden der Schulter entstünden jedoch spontan. Die Kapsulitis könne eine lange Behandlung nach sich ziehen. Die hier erstmalig beschriebene Kapsulitis basiere auf dem intraoperativen Befund aus dem Jahre 2020, während alle zuvor diagnostizierten Veränderungen keine Hinweise auf eine Kapsulitis ergeben hätten. So lägen zwei sonografische Befunde vor, die diesbezüglich unauffällig seien sowie ein MR, das ebenfalls keinen Hinweis auf eine Kapsulitis ergeben habe. Es sei daher davon auszugehen, dass die

Kapsulitis spontan im Laufe des Jahres 2019 entstanden sei und in ihrer Ausprägung kontinuierlich zugenommen habe (S. 8 f.). 3. 7

Am 17. Februar 2020 (Urk. 8/100) nahm Dr. A.\_\_\_\_ Stellung zu r

Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_. Sie führte dazu aus, es sei nicht korrekt, aus ihrem Bericht auf eine intakte Rotatorenmanschette zu schliessen. Auch habe sie die Sehnenläsion nie degenerativ genannt, sondern sei sie deskriptiv geblieben. Der Befund sei als Rotatorenmanschettenläsion zu bezeichnen, genauer als artikulareseitige Partialruptur der Supraspinatussehne

Elmann I. Ob die Beschwerden tatsächlich mit der operativen Behandlung des Karpaltunnels in Verbindung stünden, könne sie rückwirkend nicht beurteilen. Jedoch halte sie die Beschwerdekette basierend auf einer Listendiagnose der artikulareseitigen Partiaalläsion, welche für die Kapsulitis und möglicherweise für die Bursitis verantwortlich sein könne, für äusserst wahrscheinlich. 3. 8

Nach Vorlage dieser Stellungnahme von Dr. A.\_\_\_\_  
erklärte

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

am 31. März 2020 (Urk. 8/117),

überraschend sei die Aussage von Dr. A.\_\_\_\_, dass eine artikulareseitige partielle Läsion des Sehngewebes in der bekanntermassen schlechtesten durchbluteten Stelle der Sehne einer Sehnenruptur entspreche. Die Sehnenkontinuität sei nachweislich nicht unterbrochen. Es handle sich um eine reine intratendinöse Veränderung, die unter dem Begriff der tendinopathischen Veränderung zusammenzuziehen sei. Hier sei der Begriff einer Sehnenruptur, auch als partielle Sehnenruptur, nicht gegeben. Die hier auch als PASTA-Läsion beschriebene Veränderung, die sowohl kernspintomographisch als auch intra operativ bestätigt worden sei, sei auf eine auf degenerativer Basis entstehende Veränderung der Artikulareseite der Supraspinatussehne zurückzuführen. Hempfling (Hempfling / Wich, Begutachtung des Rotatorenschadens. Trauma und Berufskrankheit, 2018) komme in seinen Ausführungen zu dem Schluss, dass es sich hier um eine Prädilektionsstelle der Sehnenveränderung handle, da an dieser Stelle die Durchblutung des Sehngewebes am schlechtesten sei, und dass daher in diesem Bereich die Sehnenveränderung als erstes auftrete

und einen degenerativen Prozess darstelle.

Widersprochen werden müsse auch der Bemerkung, dass eine Kapsulitis immer eine rein klinische Diagnose sei. Eine frische Kapsulitis sei sicherlich zunächst klinisch erkennbar. Im weiteren Verlauf seien jedoch typische Veränderungen an der Kapsel im MRT, aber auch sonographisch nachweisbar. Anlässlich der Erstuntersuchung sei ergänzend zu der Kernspintomographie auch eine Sonographie durchgeführt worden. Beide Untersuchungen hätten keinen Hinweis auf eine aktive oder bereits seit längerer Zeit bestehende Kapsulitis ergeben. Eine seit Dezember 2018 bestehende Kapsulitis hätte zu einem Zeitpunkt im Juli 2019 definitiv bildtechnisch eine Veränderung zeigen müssen. Das sei nicht der Fall und daher müsse davon ausgegangen werden, dass diese kapsuläre Einschränkung, oder später Kapsulitis genannt, irgendwann im Frühsommer 2019 entstanden sei. Daher bestehe kein Zusammenhang zu einem Ereignis im Dezember 2018. 3. 9

In ihrer Stellungnahme vom 25. Juni 2020 (Urk. 8/ 134 ) zur Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ vom 31. März 2020 (E. 3. 8 vorstehend) wiederholte Dr. A.\_\_\_\_ , dass es nicht korrekt sei, dass die Supraspinatussehne intakt gewesen sei. Es handle sich bei der Partialläsion der artikulareseitigen

Supraspinatussehne um einen Teileriss. 4. 4.1 4.1.1

Es stellt sich im Hinblick auf die strittige Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zunächst die Frage, ob es sich bei den

Geschehnissen anlässlich der Operation an der rechten Hand am 10. Dezember 2018 , auf welche die Beschwerdeführerin ihre Schulterbeschwerden zurückführt,

unter Berücksichtigung der unter E. 1.1.2 dargelegten Kriterien um ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG handelt . 4.1.2

Zunächst ist festzuhalten, dass es in Lagerungsfehler , wie ihn die Beschwerdeführerin geltend macht, nicht aktenkundig

ist .

Weder dem Operationsbericht vom 10. Dezember 2018 (Urk. 8/34 /2 )

noch dem Bericht vom 28. Oktober 2019 des Operateurs Dr. E.\_\_\_\_ zu Händen der Beschwerdegegnerin ist

ein irreguläres Ereignis im Zusammenhang mit der Lagerung und Anästhesie zu entnehmen . Selbst wenn man aber mit der Beschwerdeführerin von einer lagerungsbedingten

Schädigung der Supraspinatussehne anlässlich der Handoperation vom 10. Dezember 2018

ausginge , wäre der Unfallbegriff - und namentlich das Merkmal der Ungewöhnlichkeit - im Rahmen der krankheitsbedingten Handoperation, für welche keine unfallversicherungsrechtliche Leistungspflicht besteht, nicht erfüllt . In Berücksichtigung des gesamten Sachverhalts fehlt es aufgrund der medizinischen Darlegungen an einem unfallversicherungsrechtlich relevanten (groben) Behandlungsfehler. Es finden sich keine Anhaltspunkte, dass intra- oder

perioperativ in grober Weise nicht sachgerecht vorgegangen worden wäre. Ein entsprechendes Ereignis im Operationssaal oder in der Operationsvorbereitung wurde weder im Operationsbericht vom 10. Dezember

2018 (Urk. 8/34)

noch im Narkoseprotokoll vom 10. Dezember 2018 (Urk. 8/48/4) noch von der Beschwerdeführerin zum Beispiel anlässlich der ersten postoperativen Verlaufskontrollen bei ihrem Hausarzt erwähnt.

Hinweise , dass es zu einem relevanten Behandlungsfehler im Sinne einer groben oder ausserordentlichen Verwechslung oder Ungeschicklichkeit

gekommen ist, sind nicht ersichtlich . Alleine der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nach der erfolgten Operation Schmerzen an der Schulter verspürt haben soll (E. 2.2), lässt nicht auf eine entsprechende Fehlbehandlung schliessen. Dr. C.\_\_\_\_ bestätigte denn auch, dass im Rahmen der operativen Vorgehensweise am 10. Dezember 2018 kein Fehler erhalten zu erkennen sei (E. 3.6). Auch in den übrigen medizinischen Unterlagen war nie

die Rede von einem Behandlungsfehler (vgl. E. 3.1-5, E. 3.7-9).

Ein vom medizinischen Standard abweichender, als grob zu qualifizierender Fehler ist nach Lage der Akten – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (E. 2.2) - nicht erstellt, weshalb die rechtsprechungsgemässen qualifizierten Anforderungen an die Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors im Rahmen einer Krankenbehandlung

(Vorliegen von groben und ausserordentlichen Verwechslungen und Ungeschicklichkeiten oder sogar von absichtlichen Schädigungen, E. 1.1.2), nicht erfüllt sind. 4.1.3

Aber auch ohne diese

erhöhten Anforderungen an die Ungewöhnlichkeit läge kein Unfallgeschehen vor.

Die Durchführung des Eingriffs wich gemäss der medizinischen Aktenlage nicht vom medizinisch Üblichen ab. Ein schadensursächliches Ereignis konnte nicht ermittelt werden. Aktenkundig Erwähnung finden die Schulterschmerzen erstmals rund fünf Monate nach der Operation im Mai 2019, als die Beschwerdeführerin wegen der Schulterbeschwerden den behandelnden Dr. Z. \_\_\_ aufsuchte (E. 3.2). Nach Angaben der Beschwerdeführerin habe sich ihr Arm bei der Lagerung für die Operation vom 10. Dezember 2018 anders angefühlt als bei der früheren Karpaltunnel-Operation;

sie habe beim Abbinden den Arm nicht mehr gespürt, sodass die anwesenden Ärzte die Armmanschette wieder geöffnet hätten (vgl. Urk. 3/5). Wie aus dem von Dr. E. \_\_\_ zu seiner Stellungnahme vom 28. Oktober 2019 (E. 3.4) beigelegten Merkblatt zur Anästhesie bei Hand- und Fussoperationen ersichtlich ist (Urk. 8/48/5-6), ist für die lokale Anästhesie der Hand das Anlegen einer Armmanschette zur Unterbrechung der Durchblutung vorgesehen, wobei es zu Enge- oder Druckgefühlen kommen kann. Die Operation wurde im Anschluss in Rückenlage durchgeführt, wobei der Arm auf einem Handtisch lag, die Hand lokal anästhesiert war, die Schulter aber nicht. Von aussergewöhnlichen Krafteinwirkungen auf die oder Bewegungen der Schulter berichteten weder die Ärzte noch die Beschwerdeführerin selbst. Die ärztlichen Handlungen als solche (inklusive des Abbindens des Armes zur Unterbrechung der Durchblutung) wiesen weder intra- noch perioperativ den Charakter eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf, sondern blieben im Rahmen des Alltäglichen und Üblichen, wie

auch Dr. C. \_\_\_

bestätigte (E. 3.6).

Die im Zuge der Operation vom 10. Dezember 2018 durchgeführten medizinischen Vorkehrungen sind

somit

nicht als ungewöhnlicher äusserer Faktor zu werten. 4.1.4

Damit liegt im Zusammenhang mit der Handoperation vom 10. Dezember 2018 kein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG vor. 4.2 4.2.1

Es bleibt somit zu prüfen, ob sich eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Folgen der rechtsseitigen Schulterbeschwerden gestützt auf Art. 6 Abs. 2 UVG ergibt.

4.2.2

Dabei ist aus medizinischer Sicht umstritten, ob es sich bei den vorliegenden Befunden überhaupt um eine Listenerkrankung im Sinne der genannten Bestimmung handelt. Während Dr. C.\_\_\_\_ lediglich von einer intratendinösen Veränderung ausging (vgl. E. 3.6, E. 3.8), sprach sich Dr. A.\_\_\_\_ für eine artikulare Partialruptur der Supraspinatussehne Elmann

I aus. Diese Frage kann jedoch aus nachstehenden Gründen vorliegend offenbleiben. 4.2.3 Selbst

wenn

man nämlich mit Dr. A.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.7 und E. 3.9) davon ausginge, dass es sich bei der vorliegenden Supraspinatusveränderung um eine Sehnenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG handelt, ist diese Körperschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen (E. 1.2).

Dr. C.\_\_\_\_ hielt dazu in seinen ausführlichen Stellungnahmen (E. 3.6 und E. 3.8) mit Hinweis auf die einschlägige Fachliteratur verschiedene Argumente fest, welche für eine Supraspinatusveränderung von überwiegend degenerativer Genese sprechen. So zeigte er überzeugend auf, dass die als PASTA-Läsion beschriebene Veränderung eine degenerative Veränderung darstellt, weil es sich bei dem Ort, wo diese auftritt, um eine Prädilektionsstelle der Sehnenveränderung handelt, da an dieser Stelle die Durchblutung des Sehngewebes am schlechtesten ist und daher in diesem Bereich als degenerativer Prozess Sehnenveränderungen als erstes auftreten (E. 3.8). Er erläuterte plausibel, dass auch ansonsten keine Anhaltspunkte für Verletzungen vorlägen, die auf die Operation als initiales Ereignis zurückgeführt werden könnten. So zeigten die Befunde, die anlässlich der Operation im Januar 2020 erhoben worden waren, keine kapsuläre Strukturstörung im Sinne eines Kapselanrisses. Insbesondere war die Bizepssehne in ihrem gesamten Verlauf völlig unauffällig, das Pulley-System nicht beeinträchtigt, die Sehnenkontinuität erhalten mit lediglich leicht geminderten Erweichungsherden; Hinweise auf eine Verletzung der Schulterstrukturen haben sich keine ergeben (E. 3.6). Zudem wies Dr. C.\_\_\_\_ darauf hin, dass die Schulterschmerzen erstmals über sechs Monate nach der Hand-Operation einen Niederschlag in der

echzeitlichen ärztlichen Dokumentation

gefunden hatten. So hielt selbst der behandelnde Hausarzt Dr. Z.\_\_\_\_, bei welchem die Beschwerdeführerin seit Mai 2018 wegen des Karpaltunnelsyndroms in regelmässiger Behandlung war (E. 3.2), erstmals im Juli 2019 fest, dass die Beschwerdeführerin Schulterschmerzen beklage. In der ausführlichen Krankengeschichte

der ersten fünf Monate nach der Operation ist wohl die Nachbehandlung der Hand, aber keine Schulterproblematik

dokumentiert (E. 3.6). Da mit erscheint die Operation vom Dezember 2018 als initiales Ereignis für die Sehnenverletzung

als höchst unwahrscheinlich.

Ebenfalls konnte Dr. C.\_\_\_\_ überzeugend aufzeigen, dass auch die Kapsulitis aufgrund ihres zeitlichen Auftretens nicht in Zusammenhang mit der Operation im Dezember 2018 stehen konnte (E. 3.6 und E. 3.8). Auch die weiteren ärztlichen Beurteilungen vermögen die Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen. So äusserte sich Dr. A.\_\_\_\_ – wenn gleich sie als Diagnose Schulter schmerzen rechts seit Armlagerung im Rahmen der Operation vom 10. Dezember 2018 (E. 3.1) gestellt hatte - dahingehend, dass sie rückwirkend nicht beurteilen könne, ob die Beschwerden tatsächlich mit der operativen Behandlung des Karpaltunnels in Verbindung stehen (E. 3.7). Ohne sich eingehend mit der Abgrenzung auseinanderzusetzen, hielt es Dr. D.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 4. September 2019 (E. 3.3) ferner für möglich,

dass die Beschwerden auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen sind. Gestützt auf die widerspruchsfreien, nachvollziehbar begründeten und schlüssigen Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_

ist somit davon auszugehen, dass die vorliegende Supraspinatusveränderung vorwiegend, das heisst unter Berücksichtigung des gesamten Ursachenspektrums zu mehr als 50 % ,

auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist . 4.2. 4

Der medizinische Sachverhalt ist damit genügend abgeklärt. Von der beantragten ergänzenden Abklärung oder Begutachtung

sind daher keine entscheidungswesentlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d) abzusehen ist. 4.2.5

Da die Veränderung der Supraspinatussehne bei der Beschwerdeführerin nachweislich

vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist ,

entfällt folglich

eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auch gestützt auf Art. 6 Abs. 2 UVG. 4.3

Zusammengefasst liegt weder ein Unfall im gesetzlichen Sinn vor (E. 4.1) , noch besteht eine Listendiagnose, die nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (E. 4.2) , so dass eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin sowohl nach

Art. 6 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 4 ATSG als auch nach

Art. 6 Abs. 2 UVG entfällt .

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 26 . November 2020 (Urk. 2) erweist sich somit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Dextra Rechtsschutz AG - 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 Bundes

gesetzes 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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 Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubMüller

### **E. 1.2**

Mit Verfügung vom

### **E. 6**

Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG ( Urk. 8 / 77 und Urk.

### **E. 8**

/ 117 ).

### **E. 11**

. Januar 2021 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte , dieser sei auf zuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr die gesetzlichen UVG-Leistungen gestützt auf das Ereignis vom 10. Dezember 2018 auszurichten . Zudem sei eine Begutachtung ihrer Schulterbeschwerden durchzuführen . Eben tualiter sei die Streitsache zur Ergänzung des Sachverhaltes (Gutachten) und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 2). Die auf Abwei sung schliessende Beschwerdeantwort vom

### **E. 15**

. Februar 2021 (Urk. 7) wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 21. Februar 2021 (Urk. 9) zur Kenntnis gestellt . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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