

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00010 vom 28. November 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-11-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00010

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00010 du 28 novembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00010 del 28 novembre 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1977, arbeitet seit Mai 2018 als Hilfsköchin bei Y.____ GmbH und war in dieser Eigenschaft bei der SWICA Versicherung gen AG (folgend: SWICA) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Mit Unfallmeldung vom 26. August 2019 wurde der SWICA mitgeteilt, dass die Versicherte am 20. August 2019 beim Überqueren eines Fussgängerstreifens von einem Polizeifahrzeug angefahren worden sei (Urk. 7/7/4). Die Erstbehandlung fand am 21. August 2019 im Spital Z.____

statt (vgl. Urk. 7/7/4). Am 23. August 2019 erfolgte eine Untersuchung durch Dr. med. A.____, Facharzt für Innere Medizin, bei welcher der Supra- und Infraspinatus-Test der rechten Schulter positiv ausgefallen sei, woraufhin weitere bildgebende Untersuchungen angeordnet wurden (Urk. 7/17). Die SWICA trat auf den Schaden ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 7/2).

Mit Unfallmeldung vom 14. März 2020 wurde der SWICA mitgeteilt, dass die Versicherte aufgrund der Schulterschmerzen vom Unfall am 6. März 2020 eine Cortison-Infiltration erhalten habe, wobei ihr so übel geworden sei, dass

sie hohen Blutdruck gehabt habe und zwei Tage nicht arbeiten können (Urk. 7/13). Nach Einholen einer medizinischen Aktenbeurteilung durch Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, vom 26. April 2020 (Urk. 7/25) wurde der Versicherten am 4. Mai 2020 mitgeteilt, dass sie die Leistungen rückwirkend per 18. September 2019 einstellten und eine Leistungspflicht für den Rückfall ablehnten. Auf die Rückforderung von bereits erbrachten Leistungen werde verzichtet (Urk. 7/27). Nachdem die Versicherte sich mit der Einstellung nicht einverstanden erklärt hatte (Urk. 7/46), holte die SWICA

eine weitere Aktenbeurteilung von Dr. B.____

vom 7. August 2020 ein (Urk. 7/49). Mit Schreiben vom 25. August 2020 teilte die SWICA die Leistungseinstellung per 22. November 2019 mit (Urk. 7/52), wobei sie auf eine Rückforderung erbrachter Leistungen verzichtete. Nachdem neue Arztberichte eingegangen waren, nahm Dr. B.____

auf Rückfragen der SWICA noch zweimal Stellung (Urk. 7/58 und Urk. 7/70). Mit Verfügung vom 2. Februar 2021 stellte die SWICA ihre Leistungen per 22. November 2019 ein, wobei sie auf eine Rückforderung bereits erbrachter Leistungen verzichtete (Urk. 7/72). Die hiergegen erhobene Einsprache vom 5. März 2021 (Urk. 7/77; ergänzende Einsprachebegründung vom 8. Juni 2021, Urk. 7/86) wies die SWICA mit Einspracheentscheid vom 2. Dezember 2021 ab (Urk. 2).

E. 2

Am 18. Januar 2022 erhob die Versicherte hiergegen Beschwerde und beantragte, es sei der angefochtene Einspracheentscheid vollumfänglich aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 10. Februar 2022 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-91), worüber die Beschwerdeführerin am 11. Februar 2022 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

E. 2.2

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.

E. 2.3.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 2.3.2

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des 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 blossе 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 (Urteile des Bundesgerichts 8C_600/2021 vom 3. März 2022 E. 3.2 und 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2, je 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. 2.3.3

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 2.4

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).

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 Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 3

Die medizinische Aktenlage stellt sich im Wesentlichen folgendermassen dar:

E. 3.1

Dr. med. E.____, Facharzt für Radiologie, notierte im Bericht über die MR- Arthrographie der rechten Schulter vom 28. August 2019, dass am Ansatz der Supraspinatussehne im mittleren und dorsalen Abschnitt eine schmale gelenksseitige subtotale (möglicherweise diskret transmurale) Ruptur bestehe. Darüber hinaus bestehe eine Tendinopathie der Supraspinatussehne. Eine Muskelatrophie liege nicht vor (Urk. 7/20).

E. 3.2

Dr. A.____ überwies die Beschwerdeführerin aufgrund andauernder Beschwerden an die Klinik F.____. Dr. C.____

konstatierte

am 27. Februar 2020, dass bei der Beschwerdeführerin aktuell vor allem eine schmerzhaftes Frozen

Shoulder mit begleitenden muskulären Beschwerden im Schultergürtelbereich zu sehen sei. MR-tomographisch zeige sich eine gelenksseitige Partialläsion der Supraspinatussehne. Aktuell würden sie, um den Reiz-/Schmerzzustand zu durchbrechen, eine glenohumerale Infiltration in der Rheumatologie durchführen lassen und die Physiotherapie weiterführen. In wie weit nach gebesserter Bewegungsumfang und gebesserter Schmerzsituation die umschriebene Läsion im Bereich der Supraspinatussehne symptomatisch bleibe, sei abzuwarten. Eine Kontrolle sei in zwei Monaten vorgesehen (Urk. 7/21).

E. 3.3

Dr. A.____ notierte in seinem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht vom 8. April 2020 (Urk. 7/17), dass bei der Erstuntersuchung am 23. August 2019 der Supra- und Infraspinatus-Test der rechten Schulter positiv gewesen sei. Die Armelevation rechts sei aktiv nicht möglich gewesen. Am 27. August 2019 sei eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt worden, welche eine unregelmässig strukturierte Supraspinatussehne rechts gezeigt habe mit Flüssigkeit in der Umgebung und Verdacht auf Ruptur. In der nachfolgenden MRI-Untersuchung am 28. August 2019 habe sich eine subtotale Supraspinatussehnenruptur im mittleren und dorsalen Abschnitt gezeigt und ein leichtes Übergreifen der Ruptur auf die Infraspinatussehne. Nach intensiver Physiotherapie und aktuell drei Wochen ohne Arbeit wegen der Coronapandemie bestünden noch verminderte Schmerzen in der Nacht in der rechten Schulter, Ruheschmerzen bestünden nicht. Vom 21. August bis zum 16. September 2019 sei sie voll arbeitsunfähig gewesen. Danach habe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit reduzierter Belastung der rechten Schulter bestanden. Trotzdem hätten die starken Schmerzen in der rechten Schulter persistiert. Während dieser ganzen nachfolgenden Zeit sei intensive Physiotherapie durchgeführt worden. Eine weitere volle Arbeitsunfähigkeit habe vom 7.-8. März 2020 nach der Kortisoninjektion am 6. März 2020 bestanden. In Bezug auf ein volles Arbeitspensum von 42 Stunden pro Woche bestehe aktuell eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bis auf Weiteres. Die Prognose bezüglich Erreichen der Schmerzfreiheit sei ungünstig. Es bestünden Einschränkungen für Heben über Kopf und vor dem Körper und Tragen von Gewichten über 2 kg in wiederholter Bewegung während der Arbeit. Darüber hinaus bestehe eine Arbeitsfähigkeit von

50 % mit einer Leistungsmin derung von 20 %.

E. 3.4

Dr. B.____ nahm erstmals am 26. April 2020 Stellung zuhanden der Beschwerde gegnerin. Dabei hielt er fest, dass die Beschwerdeführerin wahrscheinlich eine Prellung i hres Schultergelenks erlitten habe. Diese Prellung sei nicht heftig gewesen , weder bei den klinischen Un tersuchungen noch im MRI hätten sich Zei chen für eine Weichteilschädigung im Sinne von Hautabschürfungen, Prellmar ken, Hämatome oder Ödeme gezeigt . Auch ein Knochenmarksignal (Bonebruise) sei im MRI nicht zu sehen. Eine Luxation im Bereich des Schultergelenks habe ausgeschlossen werden können, ebenso erge b e sich keinerlei Anhalt für eine knö ch erne Verletzung. Auch das AC-Gelenk zeige keine traumatisch bedingten Ver änderungen.

Ausgehend von einer leichteren Prellung sei der S tatus quo ante spätestens nach 4 Wochen wieder erreicht gewesen . Die darüber hinaus anhaltenden Beschwerden seien Folge der tendino pathisch veränderten Sehne wie oben beschrieben. Die fra glische Ruptur der Supraspinatussehne sei degenerativ bedingt, zudem sei das Unfallereignis, der direkte Sturz auf die Schul ter, nicht geeignet, eine Supraspi natussehne zu verletzen.

Unfallbedingt habe nach der P rellung für 2 Wochen keine Arbei tsfähigkeit und für weitere 2 Wochen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der berufl ichen Tätigkeit als Hilfsköchin bestanden (Urk. 7/25).

E. 3.5

Dr. C.____ sah die Beschwerdeführerin erneut am 8. Mai 2020 , wobei Dr. A.____ ihn vorab über die aktuelle Anamnese in Kenntnis setzte (vgl. Urk. 7/33/2 ff.) . Im Bericht vom 19. Mai 2020 notierte er, dass die ultraschallgesteuerte Glenohumeral-Infiltration am 6. März 2020 eine deutliche Schmerzbesserung für ein bis zwei Wochen zur Folge gehabt habe, danach hätten die S ch merzen wieder bestanden. Der Bewegungsumfang habe sich bezüglich der Blockaden etwas gebessert, in Abduktion sei er jedoch noch deutlich eingeschränkt. Sie entschie den sich bei bestehender, deutlich schmerzhafter, symptomatischer PASTA-Läsion und regredientem Kapselmuster zur arthroskopischen PASTA- Repair , sollte die Läsion intraoperativ doch knapp transmural sein, dann erfolge eine komplette Rekonstruktion der Supraspinatussehne. Die Operation werde für Ende Mai 2020 geplant (Urk. 7/32).

E. 3.6

Mit Bericht vom 17. Juli 2020 nahm Dr. A.____ Stellung zur in Aussicht genommenen Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin (Urk. 7/45). Er führte bezüglich aus, dass die Beschwerden in der rechten Schulter unfallkausal seien. Die Schmerzen seien erst nach dem Unfall aufgetreten und im MRI der rechten Schulter vom 28. August 2019 habe eine subtotale Ruptur der Supraspi natussehne und angedeutet auch der Infraspinatussehne bestanden. Die Musku latur sei normal gewesen und nicht atrophisiert wie bei einem chronischen Leiden der Rotatorenmanschette . Es handle sich vorliegend entsprechend nicht um einen Rückfall, sondern um weiterbestehende nicht ausgeheilte Folgen des Unfalles. Entsprechend seien die Behandlungen und die Operation von der Unfallversiche rung zu übernehmen (Urk. 7/45).

E. 3.7

Am 30. Juli 2020 liess sich Dr. C.____ vernehmen zur Unfallkausalität (Urk. 7/56). Er konstatierte, dass die Beschwerdeführerin von einem rückwärts fahrenden Auto angefahren worden und gestürzt sei. Vorhergehend hätten keinerlei Beschwerden im Bereich der rechten Schulter bestanden, so dass ebenfalls ein Zusammenhang zwischen erlittenem Sturz und Beginn der Beschwerden klar bestehe. Bildgebend bestünden keinerlei Hinweise auf einen vorbestehenden chronischen Schaden im Bereich der rechten Schulter. Eine gewisse subacromiale Reizung mit Bursitis und ein kleiner antero-lateraler

Acromionsporn

hätten bestanden. Insgesamt könnten diese Befunde sicherlich nicht als Grund für eine höhergradige, artikulareitige

Supraspinatussehnenruptur bei ansonsten guter Sehnenqualität gesehen werden. Laut der Schweizer Expertengruppe für Schulterchirurgie sei konventionell radiologisch einzig eine Acetabulisierung, sprich ein deutlicher Hochstand des Humeruskopfes, mit einer degenerativen Rotatorenmanschettenläsion assoziiert. Die Morphologie des Acromions, ein abfallender Acromion-Verlauf sowie die laterale Extension des Acromions seien nicht eindeutig mit der Läsion der Rotatorenmanschette assoziiert. Die artikulareitige ansatznahe Portion der Supraspinatussehne sei degenerativen Phänomenen ausgesetzt, dies

jedoch vor allem bei Patienten ab ca. 40-45 Jahren (Brunner). Des Weiteren bestehe bei der Beschwerdeführerin MR-tomographisch ein exzellenter Status der

Rotatorenmanschettenmuskulatur ohne deutliche fettige Infiltration oder Atrophie der Supraspinatusmuskulatur. In der Literatur würden die meisten degenerativen Rotatorenmanschettenrupturen im Bereich der postero-superioren Rotatorenmanschette fokalisiert (Kim et al.). Asymptomatische Läsionen seien bis zu 80% im Bereich der Supraspinatussehne lokalisiert. Eine Schadensanlage, im Sinne einer bereits bestehenden artikulareitigen Partialruptur der Supraspinatussehne, sei möglich. Diese stumme asymptomatische Degeneration der Rotatorenmanschette

komme

im Alter ab etwa 40-45 Jahren häufig vor und könne nicht beweisführend berücksichtigt werden, um eine degenerative von einer traumatischen Läsion zu unterscheiden. Die Beschwerdeführerin habe nach dem Trauma eine sofortige Beeinträchtigung der aktiven Mobilität erlitten, bei einem vorher komplett beschwerdefreiem rechten Schultergelenk. Dies stelle klinisch das typische Bild einer traumabedingten

Rotatorenmanschettenläsion dar.

E. 3.8

Dr. B.____ nahm am 7. August 2020 erneut Stellung. Er führte aus, von der Klinik F.____ werde nun eine frozen

shoulder diagnostiziert, dies bedeute, dass zumindest teilweise die Ursache in der Schulterprellung liegen könne und deshalb der Status quo sine verschoben werden müsse. Andererseits werde die PASTA-Läsion als Ursache der Beschwerden bezeichnet. Diese Läsion sei keinesfalls unfallkausal.

Zusammenfassend sei es aufgrund der jetzigen Befundlage schwierig, die Ursachen für die eingeschränkte Schulterbeweglichkeit eindeutig zu differenzieren. Da es sich bei der Kontusion der Schulter jedoch sicher um eine geringe Prellung gehandelt habe, hierfür sprächen fehlende Weichteilveränderungen sowie ein fehlendes Knochenmarksignal im MRI, müsse spätestens nach drei Monaten die Ursache für die weiter anhaltenden Beschwerden im Sinne einer eingeschränkten Beweglichkeit (Schultersteife) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in der PASTA-Läsion gesehen werden. Dies werde auch von der Klinik F.____ entsprechend beurteilt und damit sei die geplante Schulteroperation zur Rekonstruktion der Supraspinatussehne keinesfalls unfallkausal. Der Status quo sine sei nach drei Monaten wieder erreicht gewesen (Urk. 7/49).

E. 3.9

Im Bericht vom 26. August 2020 hielt Dr. C.____ fest, dass die Schmerzproblematik persistiere. Sie empfahlen weiterhin die Einnahme von Irfen. Die Physiotherapie solle nur dosiert durchgeführt werden, bei leicht kapsulitischem Verlauf. Hinsichtlich des Bewegungsumfanges bestehe eine Verbesserung, es liege kein deutlich harter Anschlag im Sinne einer hartnäckigen Schultersteife vor, es bestehe eine deutliche Schmerzüberlagerung. Eine Arbeit im schwer körperlichen Beruf sei sicherlich noch nicht möglich (Urk. 7/56).

E. 3.10

Dr. B.____ nahm am 19. September 2020 erneut Stellung. Dabei nahm er insbesondere Stellung zum Bericht von Dr. C.____ vom 30. Juli 2020 (vgl. E. 3.7) und führte aus, dass bei einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion umgehend starke Schmerzen aufträten und fast immer eine Pseudoparalyse im Schultergelenk bestehe, dass heiße der Arm könne schmerzbedingt im Schultergelenk nicht mehr bewegt werden. Eine subakromiale Spornbildung sowie tendinopathische Veränderungen der Supraspinatussehne sprächen darüber hinaus sehr wohl für einen vorbestehenden chronischen Schaden - die Ausführungen der von Dr. C.____ angegebenen Expertengruppe seien darüber hinaus vom Bundesgericht verworfen worden. Die Beschwerdeführerin sei 43 Jahre alt, womit sie durchaus in die von Dr. C.____ genannte Altersgruppe falle.

Mit einer Verfettung des Muskels sei des Weiteren erst nach mindestens einem Jahr zu rechnen. Vorliegend bestehe eine subtotale Ruptur der Supraspinatussehne, so dass nicht mit einer Verfettung des Muskels zu rechnen sei. Damit halte er an seinen früheren Ausführungen fest (Urk. 7/58).

E. 3.11

Hierzu nahm Dr. C.____ am 26. November 2020 erneut Stellung zuhanden von Dr. A.____ (Urk. 7/61). Dr. C.____ führte ergänzend aus, dass bei der Beschwerdeführerin eine artikulare Läsion bestehe, welche, wenn sie von degenerativen Prozessen sprächen, pathomorphologisch nicht durch einen Acromionkonflikt zustande komme, sondern wenn schon eher mit einer Minderdurchblutung in dieser Region zu tun habe. Die von Dr. B.____ beschriebene «tendinopathische Veränderung» werde von ihm behauptet und mit keinerlei MR-tomographischen Zeichen belegt. Zeichen für eine Tendinopathie, wie eine deutlich diffuse Hyperintensität in der T1 Wichtung, bestünden nicht. Es zeige sich keine eindeutige Volumenzunahme und in der T2 Wichtung eine mit Kontrastmittel eher isolierte Signalveränderung am Ansatz im Rupturbereich, was eher für eine rupturbedingte Kontrastmittelansammlung in diesem Bereich spreche. Von Dr. E.____ sei eine «leicht

tendinopathische Sehne» behauptet und eine «Volumenzunahme» der Sehne beschrieben worden, jedoch nicht genauer auf sichere MR-tomographische Signalveränderungen der Sehne eingegangen worden. Auf der anderen Seite sei der Riss als tiefgreifend und «möglicherweise an einer Stelle transmural» beschrieben worden. Dies decke sich mit den intraoperativen Befunden, eine sehr tiefgreifende artikulare Läsion mit eingeblutetem Gewebe habe detektiert werden können. Die Läsion sei überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt und eine Beweislage, dass eine überwiegend wahrscheinlich degenerative Veränderung der Rotatorenmanschette vorliege, fehle.

E. 3.12

Im Bericht über die Verlaufskontrolle vom 4. Dezember 2020 notierte Dr. C.____, dass eine Infiltration durchgeführt werde um den Schmerz-/Reizzustand zu durchbrechen und dann mit Physiotherapie weitere Verbesserungen der Schulterfunktion zu erzielen. Aufgrund der Kapsulitis sei die Rekonvaleszenz verlangsamt und eine Arbeit im Beruf aktuell nicht möglich (Urk. 7/67).

E. 3.13

Dr. B.____ nahm am 3. Januar 2021 erneut Stellung (Urk. 7/70). Er führte ergänzend aus, dass wichtiger als die medizinischen Überlegungen die Analyse des Unfalls sei. Die Beschwerdeführerin gebe an, sie sei auf die Schulter gestürzt, was kein geeigneter Unfallhergang für die Ruptur der Rotatorenmanschette darstelle. Darüber hinaus seien im MRI keine Verletzungen im Bereich der Weichteile, die das Schultergelenk umgeben, gesehen worden und seien auch nicht von der Klinik F.____ bei der Erstbehandlung umschrieben worden. In der Schadensanzeige für Dienstfahrzeuge stehe darüber hinaus folgendes: «Nach der Kollision stiegen wir aus und halfen der Frau auf. Wir fragten nach Verletzungen, sie verneinte. Nur die Hose sei nass, aber keine Schmerzen oder Schürfwunden. Heute meldete sie, dass der Arm geschwollen sei und sie in das Spital gehe.» In der akuten Phase (0-3 Tage) nach einer frischen Rotatorenmanschettenläsion seien sofortige Schmerzen sowie ein unmittelbar nach dem Unfallereignis eingetretener Kraft- und Funktionsverlust zu fordern.

E. 4

Zu prüfen bleibt, ob die weiterhin bestehenden Beschwerden an der rechten Schulter unfallkausal sind.

E. 4.1

Die Aktenbeurteilungen von Dr. B.____ vom 26. April, 7. August, 19. September 2020 und 3. Januar 2021 (E. 3.4, E. 3.8, E. 3.10, E. 3.13) beruhen auf fundierter Aktenkenntnis, so lag es ihm insbesondere die Bildgebung und die Berichte der behandelnden Ärzte vor. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist schlüssig und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet ein.

E. 4.2

Die Beschwerdeführerin bemängelte, dass Dr. B.____ eine reine Aktenbeurteilung vornahm und keine eigene Untersuchung durchführte. Dies ist in casu nicht zu beanstanden, da es vorliegend lediglich um die Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen dem in Frage stehenden Ereignis vom 20. August 2019 und einem im Wesentlichen feststehenden medizinischen Sachverhalt geht, was rechtsprechungsge-mäss in einem Aktengutachten erörtert werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_540/2007 vom

27. März 2008 E. 3.2 mit Hinweisen). Die Einschätzungen von Dr. B.____ erfüllen daher die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweistaugliche ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 2.4).

E. 4.3

Die Stellungnahme von Dr. A.____ vom 17. Juli 2020 (E. 3.6) vermag keine Zweifel an der Beurteilung von Dr. B.____ zu wecken. Er führte im Wesentlichen aus, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall vom 20. August 2019 nicht mehr beschwerdefrei gewesen sei. Er konstatierte des Weiteren, im MRI sei die Muskulatur normal und nicht atrophisiert gewesen wie bei einem chronischen Leiden der Rotatorenmanschette. Dies wurde gleichermassen von Dr. C.____ vorgebracht (Urk. 7/56/3).

Dass die Beschwerdeführerin nach dem Ereignis nicht mehr beschwerdefrei geworden ist, wird seitens der Beschwerdegegnerin nicht in Zweifel gezogen,

vermag allerdings die Unfallkausalität der (subtotalen) Rotatorenmanschettenruptur nicht überwiegend wahrscheinlich zu belegen. Des Weiteren argumentierte Dr. B.____ schlüssig in seiner Stellungnahme vom 19. September 2020 (vgl. E. 3.10, Urk. 7/58/5), dass es für die Ausbildung einer fettigen Degeneration der Muskulatur mindestens ein Jahr bedürfe. Da hier eine subtotale Ruptur der Supraspinatussehne vorliege, sei nicht mit einer schnellen Verfettung des Muskels zu rechnen. Dem ist nichts hinzuzufügen.

E. 4.4

Gemäss Unfallmeldung vom 26. August 2019 ist die Beschwerdeführerin am 20. August 2019 beim Überqueren eines Fussgängerstreifens angefahren worden und auf die rechte Schulter gestürzt, wodurch sie eine Prellung erlitten habe. Am darauf folgenden Abend in der Nacht sei sie zum Notfall gegangen (Urk. 7/7; vgl. auch Arztzeugnis vom Spital Z.____ vom 21. August 2019, Urk. 7/3).

Dr. A.____ vermerkte in seinem Bericht vom 8. April 2020 ebenfalls, dass die Beschwerdeführerin von einem rückwärtsfahrenden Auto angefahren und zu Boden geworfen worden sei. Eine notfallmässige Konsultation habe am 21. August 2019 im Spital Z.____ stattgefunden (Urk. 7/17).

Die Schädigung der Rotatorenmanschette aufgrund eines Traumas setzt voraus, dass das Schultergelenk unter Einsatz der Rotatorenmanschette unmittelbar vor der Einwirkung muskulär fixiert gewesen ist und eine plötzliche passive Bewegung hinzukommt, die überfallartig eine Zugbelastung der Sehnen der Rotatorenmanschette bewirkt. Die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter ist ein ungeeigneter Hergang zur Schädigung der Rotatorenmanschette, da diese durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und den Delta-Muskel gut abgeschirmt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_446/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 5.2.3).

Damit ist das Unfallereignis vom 20. August 2019 - wie von Dr. B.____ entsprechend festgehalten - nicht überwiegend wahrscheinlich geeignet, eine Rotatorenmanschettenruptur nach sich zu ziehen.

E. 4.6

Dr. C.____ brachte des Weiteren vor, dass keine degenerativen Veränderungen vorbestehend gewesen seien (Urk. 7/61, E. 3.11). Dem ist entgegenzuhalten, dass bereits Dr. E.____ im Bericht über die MR-Arthrographie vom 28. August 2019 eine leichte

Tendinopathie der Supraspinatussehne mit Volumenzunahme festhielt (Urk. 7/20), was von Dr. B.____ entsprechend berücksichtigt wurde.

E. 4.7

Des Weiteren ist festzuhalten, dass weder Dr. A.____ noch Dr. C.____ konkrete, objektiv fassbare Aspekte namhaft machen, die Dr. B.____ entgangen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2006 U 58/06 E. 2.2) oder die zu einer anderen rechtlichen Beurteilung Anlass geben würden. Entsprechend sind keine Zweifel an der medizinischen Beurteilung durch Dr. B.____

angebracht.

In antizipierter Beweiswürdigung ist auf weitere medizinische Abklärungen zu verzichten (BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen).

E. 4.8

Nachdem das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darüber zu befinden hat, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung gegeben ist und die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht genügt, ist mit der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilungen von Dr. B.____ davon auszugehen, dass der Unfall vom 20. August 2019 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen zusätzlichen strukturellen Läsionen in der rechten Schulter geführt hat, sondern lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes.

Entsprechend ist mit Dr. B.____ unter Berücksichtigung der degenerativen Veränderungen davon auszugehen, dass die in Frage stehende Prellung spätestens nach 3 Monaten folgenlos abgeheilt war und die anhaltenden Beschwerden im Sinne einer eingeschränkten Beweglichkeit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in der PASTA-Läsion bzw. dem degenerativen Vorzustand gesehen werden muss (vgl. Urk. 7/49/4 f.). Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungen per 22. November 2019 abschloss.

E. 5

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 2. Dezember 2021 erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 6

Das Verfahren ist kostenlos. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung stehen UVG-Versicherern in der Regel keine Parteientschädigungen zu (vgl. BGE 126 V 143 E. 4a; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2016 vom 24. März 2017 E. 9.2, je mit Hinweis). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der Beschwerdegegnerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominique Chopard - SWICA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 5.

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
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
HurstCasanova

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