

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00147 vom 22. August 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-08-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2022.00147](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00147)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00147 du 22 août 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00147 del 22 agosto 2023

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1977, war seit dem 3. September 2013 als Ärztin bei der HNO Praxis Z.\_\_\_\_

angestellt und damit bei der Visana Versicherungen AG (nachfolgend: Visana) für Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert, als sie sich am 2. April 2021 beim Skifahren das rechte Knie verdrehte und auf die rechte Schulter stürzte (vgl. Unfallmeldung vom 12. April 2021, Urk. 10/ 10-11 ). Die Visana erbrachte die gesetzlichen Leistungen ( Urk. 10/ 12-13 ). Mit Schreiben vom 19. November 2021 ( Urk. 10/ 74 ) lehnte diese eine Leistungspflicht rückwirkend über den 2. Juli 2021 hinaus ab mit der Begründung, dass die Beschwerden ab dem 3. Juli 2021 überwiegend wahrscheinlich nicht mehr auf das Ereignis vom 2. April 2021 zurückzuführen seien und es sich auch nicht um einen Rückfall zum Ereignis vom 7. Dezember 2019 handle . Dagegen erhob die Versicherte Einwände ( Urk. 10/ 81 ).

Mit Verfügung vom 1. Februar 2022 ( Urk. 10/ 160-162 ) lehnte die Visana eine Leistungspflicht über den 2. Juli 2021 hinaus ab , verzichtete auf eine Rückforderung der darüber hinaus erbrachten Leistungen und verneinte auch

eine Leistungspflicht aus Rückfall zum Ereignis vom 7. Dezember 2019 bezüglich des rechten Knies . Die dagegen von der Versicherten erhobene Einsprache ( Urk. 10/ 180; Urk. 10/205 ; Urk. 10/253-254 ) wies die Visana mit Einspracheentscheid vom 28. Juni 2022 ( Urk. 10/ 279-286 = Urk. 2 ) ab. Die zuständige Krankenkasse zog ihre vorsorglich erhobene Einsprache wieder zurück ( Urk. 10/ 175 ; Urk. 10/ 191 ).

### E. 1.1

Gemäss Art.

### E. 1.2

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt ( Art.

### E. 2

Die Versicherte erhob am 30. August 2022 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 28. Juni 2022 ( Urk. 2 ) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien ihr die versicherten Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache für weitere Abklärungen und zur neuen Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen ( Urk. 1 S. 1 ).

Die Visana beantragte mit Beschwerdeantwort vom 9. Dezember 2022 ( Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei. Am 13. April 2023 reichte die Beschwerdeführerin die Replik ( Urk. 14) ein. Die Duplik der Beschwerdegegnerin vom 21. Juni 2023 ( Urk. 19) wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 26. Juni 2023 ( Urk. 21) zur Kenntnis gebracht. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungseinstellung im angefochtenen Einspracheentscheid ( Urk. 2) im Wesentlichen damit, dass gestützt auf die versicherungsinternen Beurteilungen von Dr. A.\_\_\_\_

und Dr. B.\_\_\_\_

der Status quo sine spätestens nach drei Monaten und somit per 2. Juli 2021 eingetreten sei .

Bei den danach geltend gemachten Beschwerden handle es sich überwiegend wahrscheinlich nicht mehr um Folgen des Ereignisses vom 2. April 2021. Die geltend gemachten Kniebeschwerden gälten

überdies nicht als Rückfall zum Ereignis vom 7. Dezember 2019 , was die Beschwerdeführerin einspracheweise nicht bestritten habe (S. 5 ff. ).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, die Beschwerden seien unmittelbar nach dem Ereignis aufgetreten.

Gestützt auf die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_

sei bezüglich des Schulterbefundes von einer überwiegend wahrscheinlich traumatischen Genese auszugehen. Hinsichtlich der Kniebeschwerden sei zwar vor zirka 15 Jahren eine laterale und mediale Meniskusoperation erfolgt . Zudem habe sie am 7. Dezember 2019 eine Knie distorsion gemeldet. Am 23. April 2021 seien jedoch Horizontalläsionen am Meniskus festgestellt worden. Die Beschwerdegegnerin habe ohne nähere Begründung fest gehalten , dass es sich weder um einen Rückfall zum Ereignis aus dem Jahr 2019 noch um frische unfallbedingte Läsionen handle. Mit der Distorsion am 2. April 2021 sei überwiegend wahrscheinlich eine richtungsgebende Verschlimmerung eingetreten (vgl. Urk. 1 S. 3 f. Ziff. 7-10).

### **E. 2.3**

In der Beschwerdeantwort ( Urk. 9) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, dass die Verfügung vom 1. Februar 2022 in Bezug auf die Kniebeschwerden nicht angefochten und somit in Teilerrechtskraft erwachsen sei. Auf die diesbezügliche Beschwerde sei nicht einzutreten (S. 3 f.). Die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_

vermöge – aus näher genannten Gründen –

keine Zweifel an den Stellungnahmen von Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ zu begründen . Entgegen der Interpretation von Dr. C.\_\_\_\_

habe am 23. April 2021 überwiegend wahrscheinlich (noch) keine PASTA-Läsion vorgelegen (S. 26 ff. ). Selbst wenn bereits eine PASTA-Läsion vorgelegen hätte, sei eine

solche fast ausnahmslos degenerativer Natur (S. 30). Auf die versicherungsinternen Stellungnahmen könne abgestellt werden (S. 31).

#### **E. 2.4**

Die Beschwerdeführerin vertrat in der Replik ( Urk. 14) die Auffassung, dass die Leistungsablehnung und -einstellung bezüglich der Kniebeschwerden bisher unbegründet geblieben sei und somit Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bilde (S. 2 Ziff. 3). Die Beschwerdegegnerin wäre spätestens aufgrund der Beurteilung von

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

zu weiteren Abklärungen verpflichtet gewesen (S. 3 Ziff. 6). Gestützt auf die erneute, überzeugende Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ müsse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest von einer Teilkausalität ausgegangen werden .

Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin sei damit ausgewiesen (S. 4 Ziff. 12).

#### **E. 2.5**

In der Duplik ( Urk. 19) stellte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass die angefochtene Verfügung hinsichtlich der Kniebeschwerden genügend begründet gewesen sei und sich die Beschwerdeführerin hierzu einspracheweise nicht geäußert habe, womit der nicht angefochtene Teil (Knieproblematik) in Rechtskraft erwachsen sei (S. 3 Ziff. 5). Die mit der Replik eingereichte Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ sei durch Dr. B.\_\_\_\_ beurteilt worden (S. 3 Ziff. 6). Dieser habe nochmals deutlich ausgeführt , weshalb die Schulterbeschwerden überwiegend wahrscheinlich nicht mit dem Ereignis vom 2. April 2021 zusammenhängen würden und die Leistungen daher zu Recht per 2. Juli 2021 eingestellt worden seien (S. 6 Ziff.

#### **E. 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 folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Abs. 2) : 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 , 116 V 136 E. 4a).

Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

#### **E. 11**

der Verordnung über die Unfallversicherung , UVV) . Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V

245 E. 6.1, 118 V 293 E. 2c, je mit Hinweisen).

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine). Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteile des Bundesgerichts 8C\_448/2022 vom 23. November 2022 E. 2.3 und 8C\_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.2, je mit Hinweisen). 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 weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

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 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 1. 4

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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher 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 leistungs begründender 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). 1. 5

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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_698/2021 vom 3. August 2022 E. 3.4).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (vgl. BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/ bb mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_499/2020 vom 19. November 2020 E. 2.2.1). 1. 6

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; Urteil des Bundesgerichts 9C\_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

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 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). 2.

## **E. 14**

S. 2 Ziff. 3), vermag sie demzufolge hieraus nichts zu ihren Gunsten abzuleiten.

Die rechtskundig vertretene Beschwerdeführerin beantragte einsprachweise sodann die Aufhebung der Verfügung und Gewährung der gesetzlichen UVG-Leistungen, wobei sie einzig auf eine Stellungnahme des die Schulter (mit)operierenden Arztes Dr. C. \_\_\_ verwies; auf die Beschwerden am rechten Knie sowie auf die diesbezüglich zusätzliche Ablehnung einer Leistungspflicht aus Rückfall zum Ereignis vom 7. Dezember 2019

ging sie hingegen nicht einmal andeutungsweise ein (vgl. Urk. 10/180; Urk. 10/205; Urk. 10/253-254). Folglich ist die Verfügung vom 1. Februar 2022 (Urk. 10/160-162) hinsichtlich der geltend gemachten Kniebeschwerden in Teilrechtskraft erwachsen und auf die diesbezüglichen Rügen der Beschwerdeführerin ist vorliegend nicht einzutreten. 4.

#### 4.1

Am 2. April 2021 verdrehte sich die Beschwerdeführerin laut Unfallmeldung vom 12. April 2021 (Urk. 10/10-11) beim Skifahren das rechte Knie und fiel auf die rechte Schulter. Sie sei bereits am 26. Dezember 2020 beim Skifahren auf die rechte Schulter gestürzt, habe danach zirka eine Woche etwas Schmerzen verspürt, habe aber alles machen können und deshalb keine weiteren Abklärungen vorgenommen. Zwischenzeitlich sei alles gut gewesen. Nun sei sie am 2. April 2021 erneut auf die rechte Schulter gefallen. Sie habe alles bewegen können, nichts habe auf eine Fraktur hingedeutet, weshalb sie nicht unmittelbar einen

Arzt aufgesucht habe. Die Schmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Oberarm seien jedoch immer schlimmer geworden, speziell im Liegen, so dass sie einen Termin bei einem Schulter spezialisten vereinbart habe. Das rechte Knie sei immer noch etwas schmerzhaft. Sie habe vor allem beim Dehnen und beim Yoga Schmerzen. Bei ausbleibender Besserung werde sie auch das rechte Knie medizinisch abklären lassen. Aktuell stünden die Schulterschmerzen im Vordergrund (S.

2 Ziff. 6). Als Art der Verletzung werden eine Zerrung der rechten Schulter und eine Verdrehung/Verstauchung des rechten Knies erwähnt (S. 1 Ziff. 9). Eine Arbeitsunfähigkeit habe nicht vorgelegen (S. 1 Ziff. 8). 4.2

Die Erstbehandlung erfolgte am 15. April 2021 durch Prof. Dr. med. D. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Im gleichentags erstellten Sprechstundenbericht (Urk. 10/14-15) diagnostizierte Prof. D. \_\_\_

ein Outlet- Impingement und äusserte den Verdacht auf eine Rotatorenmanschetten -Läsion rechts. Dabei hielt er folgenden Untersuchungsbefund fest: «Schulter rechts inspektorisch reizlos, kein relevanter Druckschmerz. Multiaxial aktiv und passiv freie Bewegungsumfänge. Impingement zeichen positiv. Rotatorenmanschetten

Test's M5 schmerzhaft. Kraft für AR/IR M 5. Subscapularis Test negativ. Bizepssehnen Test, ACG-Test negativ». Der Radiologiebefund zeigte ein zentriertes Glenohumeralgelenk sowie eine laterale Spornbildung am Acromion, ein Acromion Typ II nach Bigliani (S. 1). Es bestehe klinisch ein Impingementsyndrom mit Verdacht auf Bursitis subacromialis rechts, weshalb ein Arthro-MRI veranlasst werde (S. 2). 4.3

Die am 23. April 2021 erfolgte MR - Arthrographie der rechten Schulter zeigte gemäss Dr. med. E. \_\_\_, Facharzt für Radiologie, eine Tendinose der distalen Supraspinatussehne mit Betonung der Unterfläche mit fraglich kleinem Einriss bei ansonsten unauffälliger

Darstellung der Rotatorenmanschette , eine regelrechte Darstellung der langen Bizepssehne und des Labrums sowie eine minimale Flüssigkeit in der Bursa subdeltoidea (vgl. Bericht vom 23. April 2021, Urk. 10/18). 4.4

Das gleichentags erfolgte MRI des rechten Knies zeigte narbige Veränderungen im Hinterhorn des lateralen Meniskus, vermutlich posttherapeutisch und abgrenzbarer horizontaler Einriss in den zentralen Anteilen des Corpus mit Verlauf in das Vorderhorn und Verbindung zur tibialen Gelenksfläche im Sinne eines Risses Grad III, einen komplexen Einriss im Hinterhorn des medialen Meniskus mit knappem Verlauf in das Corpus ohne dislozierte Anteile sowie wenig Flüssigkeit im Gelenk (vgl. Bericht vom 23. April 2021, Urk. 10/19). 4.5

Mit Bericht vom 26. April 2021 (Urk. 10/20-21) diagnostizierte Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, betreffend das rechte Knie mediale und laterale Meniskushorizontalläsionen nach Kniedistorsion beim Skifahren am 2. April 2021 und einen Status nach lateraler und medialer Meniskusoperation vor zirka 15 Jahren sowie Kniedistorsion im Jahr 2019. Die Beschwerden seien durchaus auf die Meniskusläsion zurückzuführen. Die Beschwerdeführerin sei allerdings voll sportfähig, störend seien vor allem die endständigen Bewegungen, so dass durch eine Operation nicht eine vollständige Beschwerdefreiheit garantiert werden könne. Er empfehle vorderhand eine konservative Behandlung (S. 1 f.). 4.6

Am 3. Mai 2021 erfolgte eine telefonische Konsultation mit Prof. D.\_\_\_\_ zur Besprechung der MRI-Befunde. Dieser hielt fest, dass das Arthro-MRI der rechten Schulter unter anderem eine Unterflächenläsion der Supraspinatussehne ohne komplette Kontinuitätsunterbrechung gezeigt habe. Als Diagnosen nannte er ein Outlet-Impingement sowie eine Supraspinatussehnenpartialläsion rechts. Er empfehle eine konservative Therapie mit subakromialer Infiltration und Physiotherapie (vgl. Schreiben vom 4. Mai 2021, Urk. 10/23-24 S. 1). 4.7

Dem Bericht von Prof. D.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2021 (Urk. 10/36-37) sind als Diagnosen ein Outlet-Impingement sowie eine Supraspinatussehnenpartialläsion rechts zu entnehmen. Die Infiltrationstherapie habe initial zu einer 100%igen Reduktion der Beschwerdesymptomatik geführt. Seit kurzem bestünden wieder aufflammende Beschwerden, gerade bei Belastung. Es sei von einem gewissen Restreizzustand subacromial auszugehen, weshalb eine Re-Infiltration empfohlen werde. Ausserdem empfehle er die Fortführung der mobilisierenden und muskelkräftigenden Massnahmen (S. 1). 4.8

Am 11. November 2021 erfolgte eine erste versicherungsinterne Beurteilung durch Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie sowie für Intensivmedizin (Urk. 10/68). Dieser kam nach persönlicher Einsicht in den Bilddatensatz der Arthro-MRI der rechten Schulter zum Schluss, dass die vom Radiologen beschriebene PASTA-Läsion nachzuvollziehen sei. Die Einengung des subakromialen Raums sei ebenfalls zu erkennen, welche die klinisch festgestellte Impingement-Problematik

erkläre. Weder die PASTA-Läsion noch die Einengung des subakromialen Raums seien überwiegend wahrscheinlich durch das geltend gemachte Ereignis vom 2. April 2021 begründet worden. Auch das der Beschwerdeführerin nicht gemeldete Ereignis vom 26. Dezember 2020 habe überwiegend wahrscheinlich keine der erwähnten Pathologien begründet. Eine einfache Schulterprellung ohne frische strukturelle und richtungsgebende

Pathologie führe zu einem Status quo spätestens nach drei Monaten und somit spätestens am 2. Juli 2021. 4 . 9

Gleichen Tags erfolgte

eine weitere versicherungsinterne Beurteilung ( Urk. 20/1) durch Dr. A.\_\_\_\_ zur Beurteilung einer allfälligen Rückfallkausalität zum Ereignis vom 7. Dezember 2019. Die Beschwerdeführerin sei damals über ein Holzstück abgerutscht und habe sich das rechte Knie verdreht . Dr. A.\_\_\_\_ hielt

zunächst fest, dass am 20. September 2004 am rechten Knie bei intramuralem Ganglion im Aussenmeniskus eine diagnostische Arthroskopie, eine offene mediale und laterale Meniskusbasis-Inzision zum Debridement und offene Meniskusnaht medial und lateral durchgeführt worden seien . Im Operationsbericht sei festgehalten worden , dass zunächst fälschlicherweise der mediale Meniskus angegangen und erst anschliessend der Aussenmeniskus behandelt worden sei. Das Ereignis vom 7. Dezember 2019 und die anschliessende MRI-Untersuchung vom 12. Dezember 2019 seien durch keinen beratenden Arzt beurteilt worden.

Im persönlich eingesehenen Bilddatensatz des MRI

vom 12. Dezember 2019 kämen sowohl im Bereich des Innen- wie auch des Aussenmeniskus Rissbildungen zur Darstellung, die überwiegend wahrscheinlich Sekundärfolgen im Nachgang zum Eingriff an beiden Menisken vom 20. September 2004 darstellen würden. Nach Vergleich der beiden MRI 's vom 12. Dezember 2019 und vom 23. April 2021 sei festzuhalten, dass die Läsionen an beiden Menisken einen kontinuierlich voranschreitenden degenerativen Prozess beziehungsweise Sekundär folgen im Nachgang zum operativen Eingriff vom 20. September 2004 darstellen würden. Das Ereignis vom 7. Dezember 2019 habe überwiegend wahrscheinlich zu keiner richtungsgebenden strukturellen Veränderung beigetragen. Somit seien die seit dem 26. April 2021 geltend gemachten Beschwerden auch nicht als Rückfall auf das Ereignis vom 7. Dezember 2019 zurückzuführen (S. 1). 4 . 10

Die am 3. Januar 2022 durchgeführte MR- Arthrographie der rechten Schulter zeigte eine progrediente Schädigung der Supraspinatussehne mit ventralem und transmuralem Riss sowie diffusem artikularseitigem Partialriss mit Ausdünnung der Sehne ventral um 70 % sowie dorsal um 50 % , einen stationären

artikularseitigen Partialriss der Infraspinatussehne bei restlich intakter

Rotatorenmanchette ( RM ) , keine Atrophie oder Verfettung der RM und keine Omarthrose. Ausserdem zeigte sich eine mässige, progrediente leicht bis mässig aktive AC Arthrose. Eine Raumforderung um die Skapula bestand nicht (vgl. Bericht vom 3. Januar 2022, Urk. 10/76). 4 . 11

Mit Sprechstundenbericht vom 4. Januar 2022 ( Urk. 10/77-78) diagnostizierte Prof. D.\_\_\_\_ eine PASTA-Läsion sowie ein Outlet- Impingement der rechten Schulter. Als Nebendiagnosen erwähnte er eine Diskusextrusion Brustwirbelkörper ( BWK ) 8/9 sowie eine Osteochondrose

Halswirbelkörper ( HWK ) 5/6 und 6/7. Das erneut angefertigte MRI der rechten Schulter zeige eine progrediente Schädigung der Supraspinatussehne , herrührend wohl vom Unfall vom 2. April 2021. Im Verlauf sei sicherlich eine Rekonstruktion in Erwägung zu ziehen

(S. 1 f.). 4 .1 2

Am 1 2. Januar 2022 erfolgte eine weitere ver sicherungsinterne Beurteilung durch Dr. A.\_\_\_\_ ( Urk. 10/85). Dieser hielt – nach persönlicher Einsicht in den Bilddatensatz des MRI vom 3. Januar 2022 – fest, dass sich die Progredienz der PASTA-Läsion mit Ausdehnung der Rissbildung nachvollziehbar erkennen lasse. Diese Problematik sei weiterhin nicht ereigniskausal. An der Beurteilung vom 1 1. November 2021 werde unverändert festgehalten. 4 .1 3

Mit Bericht vom 2 0. Januar 2022 ( Urk. 10/142-143) informierte Prof. D.\_\_\_\_ darüber, dass sich die Beschwerdeführerin nach erfolgter Operation der Halswirbelsäule (HWS) zur Planung der Operation des rechten Schultergelenks vorgestellt habe . Die Beschwerdeführerin sei nach dem Eingriff an der HWS sehr zufrieden. Die Schulterbeschwerden seien jedoch weiterhin vorhanden und die Beschwerdeführerin wünsche eine operative Versorgung. Die Rekonvaleszenz der HWS-Operation sei noch abzuwarten . Die Rekonstruktion der rechten Schulter erfolge Anfang Februar (S. 1). 4 .1 4

Dr. med. univ. G.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, gab mit Bericht vom 2 0. Januar 2022 ( Urk. 10/140-141) an , dass er die Beschwerdeführerin im Sinne einer Zweitmeinung untersucht habe und eine

Rotatorenmanschettenläsion (PASTA-Läsion), ein Outlet- Impingement sowie eine SLAP-Läsion diagnostizieren könne . Die Indikation für einen operativen Eingriff

liege vor , wobei die Beschwerdeführerin diesen in zwei Wochen wünsche (S. 1 f.). 4 .1 5

Am 3. Februar 2022 nahm

Dr. G.\_\_\_\_ an der rechten Schulter der Beschwerdeführerin eine Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit Doppelungsnaht und Reinsertion im Bereich des Footprint, eine Acromion-Aufrichtosteotomie mit Osteosynthese und AC-Gelenkresektion sowie eine Bursotomie und eine Bizepssehnenendese

vor . Zur Indikation hielt er fest, dass die Beschwerdeführerin im April 2021 einen Sportunfall mit Sturz auf die rechte Schulter erlitten habe. Die Beschwerdeführerin habe danach sofort über Schmerzen und eine Bewegungseinschränkung im Bereich der rechten Schulter geklagt. Eine konservative Therapie sei frustriert verlaufen. Der Leidensdruck sei zunehmend

(vgl. Operationsbericht vom 3. Februar 2022, Urk. 10/163-166 S. 2).

Die Beschwerdeführerin war daraufhin vom 3. bis 8. Februar 2022 stationär hospitalisiert , wobei sich ein problemloser perioperativer Verlauf gezeigt habe . Die Beschwerdeführerin habe schmerz kompensiert und in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (vgl. Austrittsbericht vom 8. Februar 2022, Urk. 10/172-173 S. 1 f.). 4 .1 6

Am 3./ 4. April 2022 reichte Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, eine Stellungnahme in Absprache mit Dr. G.\_\_\_\_ ein ( Urk. 3/5 = Urk. 10/206-213). Dabei hielt er fest, dass das erste MRI des rechten Schultergelenks eine kleine intraartikuläre partielle SSP-Sehnenansatzläsion gezeigt habe. Das zweite MRI sei acht Monate später erfolgt und habe eine signifikante Vergrößerung und Erweiterung der anfänglich kleinen PASTA-Läsion ergeben. Dies entspreche durchaus einer möglichen zeitnahen Dynamik einer Rotatorenmanschettenrissläsion . Die Rupturvergrößerung einer RM-Läsion innerhalb von Monaten sei häufig, weswegen eine zeitnahe operative Versorgung der

Ruptur indiziert sei. Die MRI Befunde würden eine eindeutige PASTA-Läsion zeigen (S. 2). Die Literatur beschreibe die PASTA-Läsion als überwiegend traumatischer Genese. Ein Skisturz sei praktisch immer ein unkontrolliertes plötzliches Ereignis mit reflexartigen Schutzbewegungen zur Verhinderung des Falls mit einer mehr oder weniger starken Entschleunigung des Körpers. Alleine aus diesem Verletzungshergang müsse gefolgert werden, dass eine zumindest teilweise Unfallkausalität der PASTA-Läsion überaus wahrscheinlich sei. Die altersentsprechend üblichen Veränderungen würden wenig Bezug zur PASTA-Läsion zeigen. Auch angesichts des jungen Alters der Beschwerdeführerin sei eine traumatische Genese überaus wahrscheinlicher als eine unfallfremde Genese. Die Nachbarschaft zur Bizepssehne sei sehr häufig, weswegen nicht selten auch eine Mitverletzung der selben und der Haltestrukturen (Pulley) der Bizepssehne möglich sei.

Dies treffe auch bei der Beschwerdeführerin zu (S. 5). Die monierten degenerativen Veränderungen seien lediglich Nebenfunde, zumal RM-Läsionen degenerativer Genese und in Folge eines Impingementsyndroms häufig bursaseits beginnen würden und nicht artikulareits. Ausserdem seien im MRI keinerlei andere degenerative Veränderungen der RM-Muskulatur oder der Sehnen sichtbar. Die

Indikation zur Operation habe aufgrund des Leidensdrucks und der beruflichen Tätigkeit der Beschwerdeführerin klar vorgelegen (S. 7). 4.17

Mit Bericht vom 3. Mai 2022 (Urk. 10/264-265) informierte Dr. G.\_\_\_\_ über eine regelrechte Verlaufskontrolle bei beschwerdearmer und zufriedener Beschwerdeführerin. Die Beweglichkeit habe zu- und die Schmerzen hätten abgenommen. Das Fieber sei nicht mehr aufgetreten. Allerdings sei eine Titanunverträglichkeit diagnostiziert worden, weshalb eine frühzeitige Metallentfernung im Juni durchgeführt werde (S. 1 f.). 4.18

Am 20. Juni 2022 erfolgte eine vertrauensärztliche Beurteilung durch Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Urk. 10/269-277). Dieser kam zum Schluss, dass Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ über den tatsächlichen Verlauf nach erfolgtem Trauma nur unzureichend informiert gewesen seien. In der Unfallmeldung werde erwähnt, dass die Beschwerdeführerin alles habe bewegen können.

Auch Prof. D.\_\_\_\_

habe anlässlich der Untersuchung vom 15. April 2021 angegeben, dass multiaxial aktiv und passiv freie Bewegungsumfänge bestanden hätten. Entsprechend hätte sich eine zuvor allenfalls bestehende Einschränkung – welche jedoch nicht geltend gemacht worden sei – spätestens innerhalb von weniger als zwei Wochen wieder vollständig normalisiert. Von einer frustrierten verlaufenen Therapie könne ebenfalls nicht gesprochen werden, nachdem die Beschwerdeführerin offensichtlich in der Lage gewesen sei, am 29. Mai und 26. Juni 2021 erfolgreich Interclub-Partien im Tennis zu bestreiten. Auch habe zum Zeitpunkt der Konsultation bei Dr. G.\_\_\_\_ höchstens zwei Wochen nach erfolgter HWS-Operation noch nicht schlüssig beurteilt werden können, ob diese einen günstigen Einfluss auf die Schulterbeschwerden habe. Da Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ nicht ausreichend über die Anamnese informiert gewesen seien, könnten sie nicht schlüssig zu einer allfälligen Kausalität zum Ereignis vom 2. April 2021 Stellung

beziehen (S. 6 f. Ad 1).

Das

Arthro -MRI vom 23. April 2021 habe ausschliesslich eine Tendinose der Supraspinatussehne gezeigt. Dabei handle es sich gemäss dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand um eine rein degenerative Entwicklung der Binnensubstanz einer Sehne. Entgegen der Interpretation durch

Dr. C.\_\_\_\_ habe überwiegend wahrscheinlich (noch) keine PASTA-Läsion vorgelegen. Bei einer solchen müsse die Unterfläche der Supraspinatussehne betroffen sein, was der zuständige Radiologe Dr. E.\_\_\_\_ nur als fraglich bezeichnet habe. Eine eindeutige Schädigung der Integrität an der Unterfläche der Supraspinatussehne im Sinne einer PASTA-Läsion sei somit nicht abgrenzbar und lasse sich auch bei eigener Betrachtung der Bilder nicht finden. Im Verlauf von acht Monaten bis zum erneuten Arthro -MRI im Januar 2022 sei es zu einer Progredienz des Befundes gekommen, der nun tatsächlich eine PASTA-Läsion erkennen lasse. Dies entspreche einem schicksalhaften Verlauf einer Tendinose der Supraspinatussehne. Dies gelte namentlich dann, wenn die betroffene Schulter weiterhin belastet werde, wie dies bei der Beschwerdeführerin aufgrund des praktizierten Tennis erfolgt sei. Die medizinische Datenlage zur Entstehung von PASTA-Läsionen stuft diese zudem fast ausnahmslos als degenerativer Natur ein (S. 7 f. Ad 2). Ein Status quo sine sei spätestens nach Ablauf von drei Monaten und somit Anfang Juli 2021 eingetreten. Dies gelte sowohl für die Beschwerden am rechten Knie als auch für diejenigen an der rechten Schulter. Somit könne vollumfänglich an der gleich lautenden Einschätzung von

Dr. A.\_\_\_\_ festgehalten werden (S. 8 f.). 4.19

Mit Bericht vom 5. September 2022 (Urk. 10/287-288) informierte Dr. G.\_\_\_\_ über eine regelrechte Verlaufskontrolle. Am 28. Juni 2022 sei an der rechten Schulter unter anderem eine Osteosynthesematerialentfernung, eine Resektion eines Knochenspornes Acromion und laterale Clavicula rechts sowie eine Narbenkorrektur erfolgt. Die Schmerzen im Bereich der rechten Schulter seien nach der Schraubenentfernung deutlich besser respektive sei die Beschwerdeführerin aktuell nahezu komplett beschwerdefrei. Die Aussenrotation sei einzig noch etwas eingeschränkt (S. 1 f.). 4.20

Am 21./22. Februar 2023 nahm Dr. C.\_\_\_\_ erneut Stellung (Urk. 15/7). Dabei gab er an, dass ein Skisturz kaum je genau beschrieben werden könne. Es gebe nur äusserst selten ausschliessliche Kontusionen der Schulter bei vollständig adduziertem Arm. Es entspreche den Erfahrungen aller Schulterspezialisten, dass die klinische Untersuchung anfänglich nur wenige pathologische Tests ergebe. Eine volle Beweglichkeit nach zwei Wochen sage nichts über die Art oder Ursache der Verletzung aus (S. 2 ff.). Die Bilder des ersten MRI würden eindeutig eine intraartikuläre SSP-Sehnenläsion zeigen. Zudem erkenne man bereits die intraoperativ später bestätigte, unvollständige SLAP-Läsion, relativ weit apikal, im Bereich des Bizepssehnenankers (S. 4 ff.). Das zweite MRI zeige einen deutlichen Wachstumsfortschritt des anfänglich nur intraartikulären

Rissbefundes, jetzt mit Kontrastmittelübertritt in die Bursa subacromialis und eine ansatznahe zum Teil vollständige PASTA-Ablösung des Sehnenansatzes vom Tuberculum Majus (S. 8).

Die Beschwerdeführerin habe eine intraartikuläre oder intrabursale

Kortisoninfiltration erhalten. Eine solche könne über Wochen bis Monate hinweg zu einer relativen Beschwerdefreiheit führen, obwohl der Defekt weder abgeheilt noch

verschwunden sei. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin wieder Tennis gespielt habe, zeige die gute Wirkung des Kortisons, indem die posttraumatische Schwellung des Gewebes abnehme, aber auch die Maskierung des Schadens, welcher deswegen relativ schnell unbemerkt zunehmen könne. Diese Tatsache sei der Grund, weshalb Dr. A.\_\_\_\_ einen Status quo sine nach drei Monaten postuliert habe. Nach Abklingen der Wirkung des Kortisons seien die Beschwerden jedoch umso grösser gewesen, woraufhin das zweite Arthro-MRI erfolgt sei (S. 10). Die Operationsindikation habe schon vor der HWS-Operation klar vorgelegen (S. 11). 4 .2 1

Mit Stellungnahme vom 3. Juni 2023 ( Urk. 20/2) hielt Dr. B.\_\_\_\_ daran fest, dass überwiegend wahrscheinlich von einer eher harmlosen Direktkontusion auszugehen sei (S. 3 Ad 1). Es hätten von Anfang an nie funktionelle Einschränkungen vorgelegen. Es sei deshalb davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin beim Ereignis überwiegend wahrscheinlich auch keine relevanten Verletzungen zugezogen habe (S. 3 f. Ad 2). Eine PASTA-Läsion sei von Dr. E.\_\_\_\_

nicht erwähnt worden

(S. 4 Ad 4). Bei der Beschwerdeführerin sei eine einmalige ,

subakromiale Infiltration durchgeführt worden. Es lägen keine Hinweise vor , wonach eine intraartikuläre Infiltration erfolgt wäre. Bei einer PAST A -Läsion handle es sich um eine intraartikuläre Pathologie an der Unterfläche der Supra spinatussehne. Wäre diese beim Ereignis vom 2. April 2021 entstanden und für die Beschwerden verantwortlich gewesen, hätten die Beschwerden nach der rein subakromialen Infiltration vom 26. Mai 2021 überwiegend wahrscheinlich weiter persistiert und die Beschwerdeführerin hätte kaum wettkampfmässig Tennis spielen können (S. 5 Ad 5). Eine detaillierte Anamneseerhebung sei bei einem erstmaligen Patientenkontakt unerlässlich, wenn man sich später zur Kausalität äussern möchte (S. 6 Ad 6). Mit den vorhandenen Dokumenten würden sich sämtliche von Dr. C.\_\_\_\_ vorgebrachten Argumente schlüssig widerlegen lassen (S.

6). Es würden keine neuen medizinischen Fakten dargelegt , weshalb vollumfänglich an der Stellungnahme vom 20. Juni 2022 festgehalten werden könne (S. 8). 5 . 5 . 1

Zur Beurteilung der vorliegend strittigen Unfallkausalität erfolgten vertrauensärztliche Einschätzungen durch Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.8, E.

4.12, E. 4.18, E. 4.21). Diese legten in Kenntnis sämtlicher im Zeitpunkt der jeweiligen Beurteilung vorhandenen Akten sowie des von der Beschwerdeführerin geschilderten Unfallhergangs und nach jeweils eigener Einsicht in die Bilddatensätze der beiden erfolgten MRI schlüssig und nachvollziehbar dar, weshalb der Status quo sine hinsichtlich der geklagten Schulterbeschwerden überwiegend wahrscheinlich spätestens drei Monate nach dem Ereignis vom 2. April 2021 und somit spätestens am 2. Juli 2021 erreicht war. Darauf ist abzustellen. 5.2

Wesentlich dabei ist , dass anlässlich der klinischen Erstuntersuchung durch Prof. D.\_\_\_\_ einzig ein positives Impingementzeichen und ein schmerzhafter Rotatorenmanschetten-Test festgestellt wurden. Die Schulter war inspektorisch reizlos, es bestand kein relevanter Druckschmerz, die übrigen Tests waren negativ und es lagen

multiaxial aktiv und passiv freie Bewegungsumfänge vor . Der röntgenologische Befund ergab keine frische strukturelle Pathologie und liess einzig eine laterale Spornbildung am

Acromion

erkennen (vgl. Urk. 10/14-15 S. 1).

Nebst der Tatsache, dass sich somit röntgenologisch keine strukturelle Läsion zeigte und aus klinischer Sicht

keine Bewegungseinschränkung festgestellt werden konnte, waren etwa auch keine Hämatome oder Prellmarken ersichtlich .

Die Beschwerdeführerin selbst verneinte in der Unfallmeldung nebst einer Arbeitsunfähigkeit ebenfalls eine sofortige erhebliche Funktionseinbusse («Sie habe alles bewegen können» ; vgl. Urk. 10/10-11 S. 1 Ziff. 8, S. 2).

Das daraufhin angefertigte Arthro -MRI der rechten Schulter zeigte gemäss der radiologischen Beurteilung durch

Dr. E.\_\_\_\_ nebst minimaler Flüssigkeit in der Bursa subdeltoidea

zwar eine Tendinose der distalen Supraspinatussehne mit Betonung der Unterfläche mit fraglich kleinem Einriss (vgl. Bericht vom 23. April 2021 in Urk. 10/18). Ein eindeutiger Partialriss und das Vorliegen einer PASTA-Läsion wurde nicht durch Dr. E.\_\_\_\_

dagegen in seinem Bericht nicht festgehalten. Ob eine PASTA-Läsion im Zeitpunkt des ersten Arthro -MRI im April 2021 bereits vorgelegen hat, was in der Folge von den involvierten Ärzten nach jeweils eigener Einsicht in den Bilddatensatz kontrovers diskutiert wurde, kann vorliegend nicht zweifelsfrei beurteilt werden . Dies erweist sich allerdings auch nicht als erforderlich . Denn selbst bei Annahme der PASTA-Läsion bereits zu besagtem Zeitpunkt wird durch die versicherungsinternen Ärzte in einleuchtender Weise

dargelegt , weshalb diese überwiegend wahrscheinlich nicht durch das Ereignis vom 2. April 2021 begründet wurde. So schilderte die Beschwerdeführerin in der Unfallmeldung einzig einen Sturz auf die rechte Schulter. Ein Abstützen mit dem Arm oder Ähnliches wird von ihr nicht erwähnt (vgl. Urk. 10/10-11 S. 2). In der zeitnah zum Unfallereignis aus medizinischer Sicht erhobenen Anamnese wird ebenfalls

lediglich ein Sturz auf die rechte Schulter - eher auf die lateralen Anteile - geschildert (vgl. Urk. 10/14-15 S. 1). Auch im weiteren Verlauf machte die Beschwerdeführerin selbst nie ausdrücklich geltend, der Unfallhergang hätte sich anders abgespielt.

Das Bundesgericht verwies im Urteil 8C\_446/2019 vom 22. Oktober 2019 auf die medizinische Literatur, wonach eine

Rotatorenmanschettenbeschädigung voraussetzt, dass das Schultergelenk unter Einsatz der Rotatorenmanschette unmittelbar vor der Einwirkung muskulär fixiert gewesen sei und eine plötzliche passive Bewegung hinzukommen müsse , die überfallartig eine Zugbelastung der Sehnen der Rotatorenmanschette bewirke . Die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) sei ein ungeeigneter Hergang, da diese durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe ( Akromion ) und den Delta-Muskel gut abgeschirmt sei (vgl. Erwägung 5.2.3 des genannten Urteils).

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung stellt eine sofortige erhebliche Funktionseinbusse das typische Merkmal für den Nachweis einer traumatischen Verursachung einer Rotatorenmanschettenläsion dar (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_43/2022 vom 24. Mai 2022 E. 5.1 und 8C\_253/2021 vom 2. Juli 2021 E. 5.3).

In der neueren medizinischen Literatur wird zwar kontrovers diskutiert, ob und inwiefern Anpralltraumen geeignet sind, Rotatorenmanschettenläsionen auszulösen oder zu verursachen, wobei unter anderem die Meinung vertreten wird, dass bei einem – wenn auch nur geringen – Teil der reinen Anprallverletzungen gewisse Transversalbelastungen des Schultergelenks abhängig vom Sturzereignis auftreten können (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_167/2021 vom 16. Dezember 2021 E. 4.1, 8C\_672/2020 vom 15. April 2021 E. 4.5, 8C\_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.4). In Kenntnis der zuvor erwähnten Befunde sowie des von der Beschwerdeführerin geschilderten Unfallherganges ohne sofortige erhebliche Funktionseinbusse erweist sich die vertrauensärztliche Schlussfolgerung, wonach das Ereignis nicht geeignet sei, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen und der Status quo sine spätestens nach drei Monaten erreicht sei, als plausibel und nachvollziehbar. 5.3

Indizien gegen die Zuverlässigkeit dieser vertrauensärztlichen Beurteilungen bestehen nicht. So vermag insbesondere die abweichende Einschätzung durch Dr. C.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.16, E. 4.20) - worauf sich die Beschwerdeführerin beruft - nichts daran zu ändern. Dr. B.\_\_\_\_ hat sich bereits ausführlich zu sämtlichen Vorbringen von Dr. C.\_\_\_\_ geäußert.

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

postuliert, das erste MRI der rechten Schulter zeige eine eindeutige PASTA-Läsion (vgl. Urk. 10/206-213 S. 2; Urk. 15/7 S. 4 ff.), ist auf das zuvor Gesagte (vorstehend E. 5.2) zu verweisen.

Seine Ausführungen, wonach ein Skisturz

praktisch immer ein unkontrolliertes plötzliches Ereignis mit reflexartigen Schutzbewegungen zur Verhinderung des Falls und alleine aus diesem Verletzungshergang eine zumindest teilweise Unfallkausalität der PASTA-Läsion überaus wahrscheinlich sei (vgl. Urk. 10/206-213 S.

5; Urk. 15/7 S. 2 ff.), sind sodann rein theoretischer Art ohne jeglichen Bezug zum konkreten Geschehen. Entsprechend stützt er sich Dr. C.\_\_\_\_ bei seiner Kausalitätsbeurteilung auf einen nicht erstellten Unfallhergang.

Soweit er weiter geltend machte, die Beschwerdeführerin habe einzig aufgrund einer intraartikulären oder intrabursalen

Kortisoninfiltration wieder Tennis spielen können (vgl. Urk. 15/7 S. 10), ist ihm entgegenzuhalten, dass sich den Akten lediglich eine am 26. Mai 2021 erfolgte subakromiale Infiltration entnehmen lässt (vgl. Urk. 10/23-24 S. 1;

Urk. 10/29-30;

Urk. 10/36-37 S. 1). Für eine intraartikuläre Infiltration ergeben sich keine Anhaltspunkte. In einleuchtender Weise erklärte Dr. B.\_\_\_\_

in diesem Zusammenhang, weshalb die Beschwerdeführerin mit einer frisch verletzten Rotatorenmanschette

fast sicher nicht in der Lage gewesen wäre, schon nach wenigen Wochen wieder wettkampfmässig Tennis zu spielen (vgl. Urk. 10/269-277 S. 8;

Urk. 20/2 S. 5). Das

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

am 21./2. Februar 2023 verfasste Schreiben (Urk. 15/7) mit unter anderem pauschaler Kritik gegen die gesetzlichen UVG-Versicherer lässt schliesslich

stark an einer objektiven Betrachtungsweise zweifeln. In diesem Zusammenhang ist zuletzt auch auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, wonach Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen mit unter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E.

3b/cc).

Aus den Berichten von Prof. D.\_\_\_\_ ergibt sich sodann nichts Stichhaltiges zur Kausalitätsbeurteilung. Zwar erwähnte dieser im Januar 2022, dass die progrediente Schädigung der Supraspinatussehne mit tiefem artikularseitigem Einriss wohl vom Unfall vom 2. April 2021 herrühre (vgl. Urk. 10/77-78 S. 1). Eine Begründung für die angenommene Unfallkausalität lässt sich allerdings keinem seiner Berichte entnehmen. Gesamthaft besteht somit kein Anlass, an den über zeugenden versicherungsinternen Beurteilungen zu zweifeln. Auf die eventualiter beantragten weiteren Abklärungen (vgl. Urk. 1 S. 1) kann demnach in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d) verzichtet werden. 5. 4

Nach dem Gesagten ist somit festzuhalten, dass der Status quo sine hinsichtlich der geklagten Schulterbeschwerden überwiegend wahrscheinlich spätestens per 2. Juli 2021 erreicht war, weshalb die seither geltend gemachten Beschwerden nicht kausal auf das Ereignis vom 2. April 2021 zurückzuführen sind. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin eine weitere Leistungspflicht verneinte.

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt, soweit darauf einzutreten ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG - Visana Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Die Gerichtsschreiberin

Grieder-MartensMeierhans

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