

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00111 vom 2. Oktober 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-10-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2024.00111

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00111 du 2 octobre 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00111 del 2 ottobre 2025

Erwägungen

E. 1

). D er am 21. März 2023 erste handelnde Dr. med. Z.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Klinik A.____, diagnostizierte

infolge der Sonographie-gestützten Untersuchung den Verdacht auf eine posttraumatische Rotatorenmanschetten-/Pully-Läsion der rechten Schulter

(Urk.

8/13). Die Zürich anerkannte den Schadenfall und erbrachte die versicherten Leistungen (vgl. Urk. 8/

E. 1.1

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

E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht wegedacht 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).

E. 1.4

Praxismässig entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft 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. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist,

nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 150 V 188 E. 4.2, 146 V 51 E. 5.1, je mit Hinweisen). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

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

2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

E. 1.5

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 148 V 356 E. 3, 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a ; Urteil des Bundesgerichts 8C_640/2022 vom 9. August 2023 E. 3.4).

E. 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_16/2025 vom 24. April 2025 E. 4.3.1).

Auch reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2010 UV Nr. 17 S. 63, 8C_239/2008 E. 7.2; SZS 2008 S. 393, I 1094/06 E. 3.1.1 a.E.; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2016 vom 24. März 2017 E. 6.1). 2.

E. 2

ff.) . Die

MR-Arthrographie der rechten Schulter vom 3. April 2023 brachte laut Prof. Dr. med. B.____, Facharzt für Radiologie, unter anderem – näher beschriebene – Tendinopathien, eine gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne und eine schwere erosive Arthrose des AC-Gelenks mit Reizzustand zur Darstellung (Urk. 8/12).

Bei den klinischen und bildgebenden Befunden empfahl Dr. Z.____

bei anhaltendem Leidensdruck eine operative Sanierung (Urk. 8/1

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdeführerin, Versicherungsmediziner Dr. C.____ sei zum Schluss gekommen, dass die Befunde der Arthro MRT der rechten Schulter rein degenerativer Natur seien. Die kontusionsbedingten Verletzungen seien innert sechs Wochen nach dem Sturz abgeheilt. Die Schädigungen, welche operiert werden sollten, seien überwiegend wahrscheinlich nicht auf den Unfall zurückzuführen. Dr. D.____

habe im Hauptgutachten und in seiner ergänzenden Stellungnahme stringent und nachvollziehbar dargetan, dass die bildgebenden Befunde überwiegend wahrscheinlich unfallfremd seien. Das Fehlen eines Muskelödems, einer zeitnahen Schwellung und von Gelenksergüssen sowie die ansatznahe Ruptur der Supraspinatussehne würden

für das Vorliegen

einer krankhaften Schädigung der Rotatorenmanschette sprechen. Daran ändere unter Hinweis auf die unzulässige Beweisformel « post hoc ergo propter hoc » auch nichts, wenn vor dem Unfall keine Schulterbeschwerden bestanden hätten (Urk. 2) .

E. 2.2

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin ein, ihr Arbeitgeber habe bestätigt, dass sie vor dem Unfall für alle Arbeiten in der Endoskopie voll einsatzfähig gewesen sei; nach dem Unfall habe sie immer wieder Schmerzen in der rechten Schulter beklagt, sei sie schmerzbedingt nicht mehr für alle Tätigkeiten einsetzbar gewesen und habe zusätzliche Pausen benötigt. Dies sei zu berücksichtigen. Alsdann habe Dr. D.____ ausgeführt, das Alter der Beschwerdeführerin und der Schmerzverlauf würden für eine unfallkausale Schädigung der rechtsseitigen Rotatorenmanschette sprechen. Zudem habe er festgehalten, der Unfall komme als mögliche Ursache der gelenkseitigen Schädigung in Frage. Die Unfallkausalität sei mehrfach bildgebend und von Dr. Z.____

ausdrücklich bestätigt worden. Letzterer habe eine posttraumatische Rotatorenmanschetten - Teilläsion mit Ruptur des lateralen Pulleys mit aktivierter AC - Arthrose bei Status nach Sturz am 28. Februar 2023 diagnostiziert und die versicherungsmedizinische Beurteilung als nicht nachvollziehbar beurteilt. Insbesondere habe die Beschwerdeführerin vor dem Unfall keine relevanten Schulterschmerzen gehabt und zeige sich bildgebend eine klare Teilläsion der Rotatorenmanschette des lateralen Pulleys, was denn auch mit dem klinischen Bild korreliere. Schliesslich habe Dr. Z.____ seine Diagnose intraoperativ bestätigt. Dr. D.____ habe die Beschwerdeführerin demgegenüber nie persönlich untersucht. Ausserdem sei er aus wirtschaftlichen Gründen nicht neutral. Auf sein nicht echtzeitliches Aktengutachten sei nicht abzustellen (Urk. 1). 3.

3.1

Dr. Z.____ diagnostizierte anlässlich der Erstkonsultation vom 21. März

2023 den Verdacht auf eine posttraumatische Rotatorenmanschetten-/Pulley-Läsion rechts nach Sturz am 28. Februar 2023. Die Beschwerdeführerin habe sich wegen anhaltenden Schulterschmerzen nach einem Sturz selbst

vorgestellt. Sie sei auf glattem Untergrund ausgerutscht und mit voller Wucht auf die rechte Flanke gefallen. Dabei habe sie versucht, sich mit dem rechten Arm aufzufangen. Initial habe sie vor allem nachts Schmerzen verspürt. In den letzten Tagen hätten die Beschwerden leicht abgenommen, jedoch sei die Funktion immer noch erheblich eingeschränkt. Bei ihrer Tätigkeit in der Endoskopie müsse sie mit dem rechten Arm kräftig in den Bauch der Patienten drücken, was aktuell kaum gehe. Klinisch habe sich eine wegen der Schmerzen aktiv endgradig eingeschränkte Elevation und Abduktion gezeigt. Passiv sei die Schulter frei beweglich. Die Bizeptests seien stark schmerzhaft im Palm-Up und leicht schmerzhaft im Yergason. Die Innenrotation gegen Widerstand sei sowohl bei angelegtem Ellbogen als auch im Lift-Off-Test schmerzhaft; ebenso im Bear-Hug-Manöver. Zudem sei die Abduktionskraft im Seitenvergleich eingeschränkt und

das Whipple Manöver schmerzhaft. Der Röntgenbefund sei unauffällig. Sonographisch mit dem Clarius-Gerät ergebe sich der Verdacht auf eine kraniale Subskapularis-Läsion und ein Cliffhanger-Phänomen der langen Bizepssehne (LBS) in diesem Bereich (Urk. 8/13).

3.2

Die MR-Arthrographie der rechten Schulter vom

3. April 2023 brachte gemäss Beurteilung von Prof. B.____

eine Tendinopathie der Supraspinatussehne und der Infraspinatussehne mit flächiger bursaseitiger Partiaalläsion der Sehnen betreffend maximal 10%, eine gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne anterior, eine unauffällige Rotatorenmanschettenmuskulatur, eine Tendinopathie der langen Bizepssehne intraartikulär bei normalen Pulleys und normalem Bizepssehnenanker, ohne Hinweise auf eine Instabilität,

und eine schwere erosive Arthrose des AC-Gelenks mit Reizzustand zur Darstellung (Urk. 8/12). 3.3

Dr. Z.____ hielt im KG-Eintrag vom 4. April 2023 fest, die Arthro-MRT zeige eine ventrodistale Partiaalläsion der Supraspinatussehne bei tadellosem Muskelstatus der

Rotatorenmanschette. Die AC-Arthrose sei in der körperlichen Untersuchung vom 21. März 2023 stumm gewesen. Die lange Bizepssehne habe ein leicht tendinopathisches Signal, verlaufe jedoch orthotop durch das Gelenk und die chondralen Überzüge glenohumeral seien reizlos. Ob die Beschwerdeführerin den sportlichen Ansprüchen an die rechte Schulter mittels Physiotherapie gerecht werden könne, sei fraglich. Soweit die Schmerzhaftigkeit darunter zunehme, würde dies für eine chronische Instabilität der langen Bizepssehne sprechen. Bei entsprechendem Leidensdruck ergebe sich eine Operationsindikation (Urk. 8/15). 3. 4

Im Sprechstundenbericht vom 14. April 2023 hielt Dr. Z. ___ eine posttraumatische Rotatorenmanschetten-Teilläsion mit Ruptur des lateralen Pulleys und aktivierter AC-Arthrose bei Status nach Sturz am 28. Februar 2023 fest. Die aktive und passive Bewegungsprüfung sei frei bei jedoch starken Druckschmerzen über dem rechten Eckgelenk. Der Palm-up und das Yergason Manöver seien weiterhin schmerzhaft, das Bear-Hug-Manöver hingegen nicht. Alsdann bestünden erhebliche Impingementschmerzen und die Kraft sei im Vergleich zur Gegenseite vermindert. Aus diesen Befunden und der konsekutiven Instabilität der langen Bizepssehne ergebe sich die Indikation für eine Arthroskopie mit Bizepsnodese, Refixation der Rotatorenmanschette und AC-Gelenkresektion (Urk. 8/16). 3.

E. 5

Versicherungsarzt Dr. C. ___ kam am 24. April 2023 zum Schluss, die Beschwerden seien aufgrund der MRT-Befunde nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 28. Februar 2023 zurückzuführen. Vielmehr seien die Befunde der 55-jährigen Beschwerdeführerin rein degenerativ. Die Schädigungen, welche operiert würden, seien nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Infolge des Ereignisses vom 28. Februar 2023 habe die Beschwerdeführerin eine Kontusion der rechten Schulter erlitten, welche innerhalb von sechs Wochen abgeheilt sei. Danach sei der Status quo sine erreicht (Urk. 8/24). 3.

E. 6

Dazu nahm Dr. Z. ___ am 4. Mai 2023 wie folgt Stellung: In der persönlichen Anamnese der Beschwerdeführerin seien keine Schulterbeschwerden aktenkundig. Sie sei bis zum Sturzereignis voll arbeitsfähig und auch im häuslichen Garten sehr aktiv gewesen. Am 28. Februar 2023 habe sie einen erheblichen Sturz mit dem gesamten Gewicht auf den ausgestreckten rechten Arm erlitten. Die Schmerzen seien sofort aufgetreten. Die klinischen und bildgebenden Befunde würden korrelieren. Bildgebend zeige sich eine PASTA-Läsion (Partial Articular Surface Tendon Avulsion) mit Einbezug des lateralen Pulleys, was zu einer Instabilität der langen Bizepssehne führe. Die Bizepssehne zeige sich in der Untersuchung ebenfalls tendinopathisch verändert, was mit einer intramuralen Rissbildung zu korrelieren sei. Summa summarum sei insgesamt von einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität auszugehen (Urk. 8/31). 3.

E. 7

Auf erneuten Vorhalt hielt Dr. C. ___

am 4. August 2023 daran fest, dass die Arthro-MRT der rechten Schulter rein degenerative Veränderungen zur Darstellung bringe, ohne Hinweise auf eine Instabilität. Daran änderten auch die von Dr. Z. ___ durchgeführten klinischen Tests nichts, zumal letztere keine grossen

Sensitivitäten oder Spezifitäten hätten. Die unfallbedingte Kontusion sei innert sechs Wochen abgeheilt (Urk. 8/33). 3.

E. 8

Dr. Z.____ hielt im Sprechstundenbericht vom 6. November 2023 fest, der Leidensdruck der Beschwerdeführerin sei derart ausgeprägt, dass sie mit den Beschwerden nicht weiterleben möchte. Die klinischen Befunde seien unverändert. Es bestehe weiterhin ein ausgeprägter Druckschmerz im arthrotischen AC-Gelenk und die Teilläsion der Rotatorenmanschette mit der konsekutiven Bizepsinstabilität sei weiterhin fassbar. Die Beschwerdeführerin sei für den 8. Januar 2024 für eine Operation angemeldet (subpektorale Tenodese, arthroskopische Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion und AC Gelenks resektion, Urk. 8/48) . 3.

E. 9

Im Aktengutachten vom 10. Februar 2024 hielt Dr. D.____ folgende Diagnosen fest (Urk. 8/64/6): - Pulleyläsion IV nach Habermeyer (SGHL, PASTA und craniale Subscapularisläsion) mit/bei - Tendinopathie LBS - Footprint lesion Humeruskopf - Tendinopathie Supraspinatus mit bursaseitiger Partialruptur - AC - Arthrose - Cordlike MGHL und sublabrales

Foramen - Seropositive Polyarthritits unter Steroidtherapie

Dr. Z.____

sei im April 2023 davon ausgegangen, dass unter Physiotherapie zunehmende Schmerzen eine Instabilität der LBS bedeuten würden ; im November 2023 habe er die Instabilität als fassbar erachtet. Nachdem derselbe die AC Arthrose zunächst als stumm bezeichnet habe, habe er aufgrund der starken Druckdolenz über dem AC-Gelenk in den späteren Untersuchungsberichten eine Aktivierung durch den Unfall festgehalten. Eine Auseinandersetzung mit der Tendinopathie und Oberflächenläsionen habe Dr. Z.____ vermissen lassen . Nach der eigenen Bildinterpretation könne er (Dr. D.____) die von Prof. Dr. B.____ festgestellte AC-Arthrose mit Reizerscheinungen und Schädigungen der Supraspinatussehne bestätigen. Andererseits liege zusammen mit Dr. Z.____ und entgegen Prof. Dr. B.____ eine Schädigung des Bizepspulleys vor, wobei diese in der eigenen Analyse nicht nur die laterale, sondern auch die mediale Aufhängung betreffe. Die intraoperative Videodokumentation vom 8. Januar

2024 (Urk. 8/64/5) zeige eine PASTA - Läsion mit Schädigung des coracohumeralen Ligaments (CHL) und des superioren glenohumeralen Ligaments (SGHL) und eine craniale Subscapularisläsion , entsprechend eine r Pulleyläsion Grad IV nach Habermeyer . Aus den Befunden am SLAP (Superior Labrum Anterior Posterior) und mittleren glenohumeralen Ligament (MGHL) ergebe sich ausserdem ein cordlike MGHL mit einem grossen sublabralen Foramen, was einer dem Unfallereignis vorbestehenden Normvariante entspreche . Die von Dr. Z.____

im [vorliegend nicht aktenkundigen] Operationsbericht doku mentierte SLAP-Läsion lasse sich nicht bestätigen; es fehle eine vorgängige klinische und radiologische Diagnose und eine Testhakenprüfung sei auf dem Operationsvideo jedenfalls nicht zu sehen . Vielmehr bestätige der Videobefund die bereits im MRI sichtbare [oben beschriebene] Normvariante, welche zu einer erheblichen diagnostischen und untersucherabhängigen Unschärfe führen könne. Gegen eine SLAP-Läsion spreche auch das Fehlen des dafür in der

MRT typischen Kontrastmitteleinflusses nach lateral und einer Doppellinie im Labrum. Auch wenn die Arthroskopie als Goldstandard in der SLAP Diagnostik gelte, müsse festgestellt werden, dass es Chirurgen schwerfalle, Normvarianten von SLAP Läsionen zu unterscheiden. Die von Dr. Z. ___ beschriebene ausgeprägte und schwartenartige Bursitis werde in der Videoaufnahme nicht dargestellt. Demgegenüber könne die Knorpelschädigung unter der LBS aufgrund der Videoanalyse bestätigt werden. Die Wertigkeit dieses Befundes sei jedoch unklar. Wollte man sie mit einer Instabilität der LBS assoziieren, so könne davon ausgegangen werden, dass die Schädigung durch eine langandauernde Instabilität und nicht innerhalb von sechs Wochen zustande gekommen sei (Urk. 8/64/7 f.). Zusammenfassend ergebe sich das Schadenbild einer erheblichen AC-Arthrose, einer Pulleyläsion IV nach Habermeyer und einer Oberflächenläsion des Supraspinatus. Im MRI sei weder ein Muskelödem noch Flüssigkeit in oder eine Verdickung der Bursa zu erkennen. Solches oder ein Gelenkserguss werde auch nicht in der Sonographie vom 21. März 2023 beschrieben. Die von Dr. Z. ___ beschriebene ausgeprägte, schwartenartige Bursitis entziehe sich sowohl der MR-tomographischen als auch intraoperativen Bildgebung (Urk. 8/64/8 f.). Rupturen der Rotatorenmanschette, wozu auch die vorliegende Pulleyläsion und Supraspinatus Oberflächenpartialruptur gehörten, entstünden in der Regel nur bei krankhaften Vorschäden, welche die Reißfestigkeit der Sehnen herabsetzten und auch ohne äussere Gewalteinwirkung Defekte in der Rotatorenmanschette verursachen könnten. Zu Beginn der Degeneration stehe die Tendinopathie, ohne erkennbare Kontinuitätsunterbrechung der Faserstruktur, welche in eine Partialruptur übergehen könne, die meist in der Supraspinatussehne lokalisiert sei. Partialrupturen an der Oberfläche entstünden durch Friktion im Schulterdachbogen. Es sei anerkannt, dass solche Teilrisse ohne äussere Einflüsse mit dem Alter zunehmen würden und der Prävalenz der durchgehenden Rupturen vorangingen. Je nach Ausmass des krankhaften Prozesses könne dieser nur als Schadensanlage betrachtet werden oder äussere Einflüsse könnten geeignet sein, eine zeitweise oder richtunggebende Verschlimmerung zu bewirken. Dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfall nie nachweislich an rechtsseitigen Schulterbeschwerden gelitten habe, schliesse eine krankhafte Rotatorenmanschettenschädigung

nicht aus und lege eine unfallbedingte Schädigung nahe. Weil vorliegend nur eine Partialruptur vorliege, komme diesem Argument nur ein geringer Stellenwert zu. Vom Alter der Beschwerdeführerin lasse sich vorliegend ebenfalls nichts ableiten; die für dieses Argument häufig zitierte Literatur und Stellungnahme der Expertengruppe Schulter swiss orthopedics beziehe sich auf transmurale Rupturen. Nach der im Jahre 2020 angepassten Gerichtspraxis komme dem Unfallmechanismus keine übergeordnete Bedeutung mehr zu. Vorliegend lasse sich der Unfallmechanismus aus den Akten auch nicht herleiten. Jedenfalls erscheine eine unfallbedingte Kombination von Ober- und Unterflächenläsion am Supraspinatus unwahrscheinlich, da man davon ausgehen könne, dass sich der Riss bei einem schädigenden Ereignis durch die Sehne ausbreite und nicht, wie vorliegend, zwei unterschiedliche Risse von nicht strukturunterbrochenen Sehnenanteilen getrennt werden. Mithin sei eine unfallbedingte Kombination der festgestellten Oberflächenpartialruptur des Supraspinatus mit einer Pulleyläsion Grad IV wie vorliegend auszuschliessen.

Als dann beschränkten sich die Ausführungen zu den initialen Beschwerden auf die knappe Darstellung im Bericht von Dr. Z. ___ zur Erstkonsultation drei Wochen nach dem Ereignis. Demnach habe die Beschwerdeführerin an initial mehrheitlich nächtlichen,

invalidisierenden Schmerzen gelitten, welche sich zur Konsultation hin gebessert hätten. Zum Schmerzverlauf nach Partialrupturen der Rotatorenmanschette fehlten Angaben in der einschlägigen Fachliteratur. Jedoch könne der vorliegend nachlassende Schmerzverlauf durchaus mit einer unfallkausalen Schädigung in Verbindung gebracht werden (Urk. 8/13/18) . Aufgrund der [in der Literatur] fehlenden Angaben zum Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit nach Partialrupturen der Rotatorenmanschette und dem ungenügend definierten Ausmass der Einschränkungen lasse sich aus dem Argument des Zeitpunkts des ersten Arztbesuchs und dem Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit vorliegend kein belastbares Argument für die Kausalität der Schädigung herleiten. Immerhin könnten erhebliche Funktionseinschränkungen ausgeschlossen werden, wenn Dr. Z.____ notiere, die Elevation und Abduktion seien nur endgradig eingeschränkt und hätten sich innerhalb von weiteren drei Wochen normalisiert. Zudem hätten die durchgeführten Tests eine Komplexbewegung der Schulter beinhaltet, was bei einer erheblichen Funktionseinschränkung kaum möglich gewesen wäre (Urk. 8/64/14). Es sei zudem nicht nachvollziehbar, wenn Dr. Z.____ zunächst eine stumme und erst im April 2023, mithin sieben Wochen nach dem Unfall, manifeste unfallbedingte Aktivierung annehme. Eine richtunggebende Verschlimmerung sei aufgrund der zunächst als stumm taxierten Klinik nicht überwiegend wahrscheinlich . Das Fehlen eines Muskelödems, einer zeitnahen Schwellung der Bursa oder eines Gelenkergusses und die vorliegend ansatznahe Ruptur des Supraspinatus im Gegensatz zu einer am muskulotendinösen Übergang würden für das Vorliegen einer krankhaften Schädigung der Rotatorenmanschette sprechen . Mithin hätten die bildgebenden Befunde bei der Prüfung der Kausalitätsfrage Vorrang. Die Tendinopathie der LBS könne nicht innerhalb von sechs Wochen entstehen und

die Knorpelschädigung am Humeruskopf (footprint

lesion) weise, wenn daraus überhaupt eine belastbare Aussage abgeleitet werden könne, auf eine vorbestehende Instabilität und damit Schädigung des Pulleysystems hin (Urk. 8/64/16). Damit seien die nachgewiesenen Schädigungen nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Aufgrund des unklaren Unfallherganges könne nicht entschieden werden, ob die Beschwerdeführerin eine Distorsion oder Kontusion der Schulter rechts erlitten habe. Jedenfalls bringe die MRT vom 3. April 2023 keine strukturelle Schädigung zur Darstellung. Die – wie auch immer erfolgte – Schulterverletzung sei

bei

der von

Dr. Z.____

am 14. April 2023 festgestellt freien aktiven und passiven Beweglichkeit jedenfalls in jenem Zeitpunkt ausgeheilt gewesen (Urk. 8/64/14 f f .) . 3.

E. 10

In seiner Kurzstellungnahme zum Gutachten vom 27. Februar 2024 erachtete es Dr. Z.____ als falsch, wenn Dr. D.____ infolge der freien aktiven und passiven Beweglichkeit eine traumatische Schädigung verneine und auf eine Kontusion schliesse. Fakt sei auch, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfall voll einsatzfähig gewesen sei und eine ärztliche Konsultation hinsichtlich der rechten Schulter nie stattgefunden habe . Alsdann sei der unklare Unfallhergang als Grund für die Ablehnung völlig inadäquat (Urk. 8/70). 3.1 1

Auf entsprechenden Vorhalt hielt Dr. D.____

an seinen Schlussfolgerungen im Gutachten fest und wies erneut daraufhin, aus der Beschwerdefreiheit vor dem Unfall liessen sich keine belastbaren Aussagen zur Unfallkausalität ableiten. Soweit Dr. Z.____ seine Argumente im Zusammenhang mit dem Unfallhergang moniere, lasse er eine Stellungnahme dazu vermissen, dass eine unfallkausale Schädigung die vorliegende Kombination von Pully- mit Oberflächläsion des Supraspinatus ausschliesse. Eine unfallkausale Schädigung setze einen unmittelbaren Funktionsverlust voraus. Die freie Beweglichkeit stehe dazu im Widerspruch. Zudem habe die MRT Schädigungen zur Darstellung gebracht, die überwiegend wahrscheinlich unfallfremd seien (Urk. 8/72). 4. 4.1

Bei der geschilderten Aktenlage steht fest und ist unbestritten, dass die MRT vom 3. April 2023 keine traumaspezifischen Verletzungen wie

Ödeme, Schwellungen und Ergüsse zur Darstellung brachte. Solche Befunde wurden auch aufgrund der klinischen und bildgebenden Untersuchungen anlässlich der Erstkonsultation vom 21. März 2023 nicht beschrieben (Urk. 8/13). Demgegenüber zeigte sich

- nebst den näher bezeichneten Partialsehnenrupturen – im Sinne unbestrittener Vorschädigungen eine Tendinopathie und schwere erosive Arthrose im AC Gelenk. Soweit Dr.

Z.____

im April 2023 eine unfallbedingte Aktivierung der Arthrose postulierte, obwohl diese noch im März 2023 stumm gewesen sein soll, kann ihm darin zusammen mit Dr. D.____ nicht gefolgt werden (Urk. 8/15). Eine allfällige unfallbedingte, richtungsgebende Verschlimmerung müsste zudem bildgebend ausgewiesen sein (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_174/2008 vom 8. August 2008 E. 4.2 mit Hinweisen), was vorliegend nicht der Fall ist. Wie bereits von der Beschwerdeführerin zu Recht festgehalten (vgl. Urk. 2), lässt sich allein aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sein soll, noch keine Unfallkausalität herleiten. Die Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc », nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Beweis natürlicher Kausalzusammenhänge nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb., Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

Gegen eine unfallverursachte Partialruptur und/oder richtungsgebende Verschlimmerung der Vorschäden spricht auch, dass die Beschwerdeführerin erstmals drei Wochen nach dem Ereignis einen Arzt aufsuchte und

zeitnah zum Unfall keine

ärztlich ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit bestand. Daran ändert entgegen Dr. D.____ freilich auch nichts, wenn sich die einschlägige Fachliteratur nicht zum Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit nach Partialrupturen äussert. Es lässt sich auch nichts zum Vorteil der Beschwerdeführerin ableiten, wenn der Arbeitgeber mit E-Mail vom 12. März

2024 bestätigte, dass erstere nach dem Unfall Schmerzen in der rechten Schulter beklagte und bei Umlagerungen von Patienten Hilfe benötigte (vgl. Urk. 3/7). Insbesondere wird vorliegend nicht in Abrede gestellt, dass die Funktionalität der rechten oberen Extremität infolge des Sturzes vorübergehend eingeschränkt war. Allerdings stellte Dr.

Z.____

bereits am 14. April 2023 eine wieder freie aktive und passive Schulterbeweglichkeit festgestellt (Urk. 8/16), womit Dr. D.____

zum begründeten Schluss gelangte, die Unfallfolgen seien auf diesen Zeitpunkt hin ausgeheilt. Letzteres korreliert auch mit der Einschätzung von Dr. C.____, wonach der Status quo sine

sechs Wochen nach dem Unfall eingetreten war, und mit dem Reintegrationsleitfaden Unfall (Release 2010 - Version 1.0), wonach bei Schulterkontusionen eine Behandlungsdauer von maximal sechs Wochen angegeben wird (vgl. Ziff. 5a, S. 65); eine unfallbedingte Distorsion der Schulter macht es auch Dr. Z.____ nicht konkret geltend (vgl. Urk. 8/13, Urk. 8/31) und ist bei der gegebenen Sachlage jedenfalls nicht ausgewiesen. Nach dem Gesagten sind die bildgebenden Schulterbefunde und über den 11. April 2023 (resp. 14. April 2023)

hinaus beklagten Beschwerden jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal und erübrigen sich theoretisch-dogmatische Weiterungen zur Genese der bildgebend dargestellten Sehnenpartialrupturen und einer allfälligen Instabilität.

Indem vorliegend allein die Kausalitätsfrage zu beantworten war, ist schliesslich auch nicht zu beanstanden, wenn Dr. D.____ keine eigene Untersuchung durchführte. Die Ausführungen der Beschwerdeführerin zur (behaupteten) wirtschaftlichen Abhängigkeit von Dr. D.____ erweisen sich als unbehelflich. Insbesondere läge selbst dann kein formeller Ausstandsgrund (vgl. Art. 10 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren [VwVG] und Art. 36 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) vor, wenn von einer wirtschaftlichen Abhängigkeit auszugehen wäre; ein Ausstandsgrund ist nicht schon deswegen gegeben, weil jemand im Auftrag eines anderen Aufgaben erfüllt, sondern erst bei persönlicher Befangenheit (vgl. BGE

137 V 210 E. 1.3.3). Andere Ausstandsgründe sind nicht ersichtlich und hat die Beschwerdeführerin in zu Recht nicht vorgebracht. 4.2

Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin nach zutreffender Würdigung der medizinischen Aktenlage zum überzeugenden Schluss gelangt, dass der Status quo sine jedenfalls am 11. April 2023 eingetreten ist und eine Unfallkausalität der operativ sanierten

Schulterprobleme jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich ist. Folgerichtig hat sie ihre Leistungen auf diesen Zeitpunkt hin eingestellt. 5.

Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Urs P. Keller - Zürich
Versicherungs-Gesellschaft 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
Arnold Gramigna Hediger

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