

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00124 vom 24. März 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2024.00124

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00124 du 24 mars 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00124 del 24 marzo 2025

Erwägungen

E. 1

5. August 2023 rutschte sie auf einer nassen Treppe aus und stürzte auf den Rücken und den rechten Arm, der nach hinten gedreht war, worauf sie gemäss Unfallmeldung vom 7. September 2023 unter Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in der rechten Schulter litt (Urk. 7/1/2). Nach Eingang eines Kostengutsprachegesuchs der Versicherten für eine am 15. April 2024 geplante plastische Rekonstruktion und Refixation am Kapselapparat (vgl. Urk. 7/15 S. 5) holte die Vaudoise die Aktenbeurteilung ihres Versicherungsmediziners

Dr. med. Z.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 12. April 2024 ein (Urk. 7/15) und hielt mit gleichentags erlassener Verfügung fest, der Leistungsanspruch der Versicherten ende per 26. September 2023; der Kausalzusammenhang der über dieses Datum hinaus bestehenden Schulterbeschwerden mit dem Ereignis vom 15. August 2023 sei zu verneinen (Urk. 7/17). Die von der Versicherten am 20. April 2024 dagegen erhobene Einsprache (Urk. 7/18) wies die Vaudoise nach erneuter Vorlage an Dr. Z.____ (Urk. 7/21) mit Einspracheentscheid vom 12. Juni 2024 ab (Urk. 7/22 = Urk. 2).

E. 1.1

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

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

E. 1.2

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 un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädi gende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geis tige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene ge sundheitliche 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. 1.3

Praxisgemäss entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krank haften Vorzustand erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adä quate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliess lich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krank hafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksals mässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der über wiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweis last anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfall versicherer (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 Spät folgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundes gerichts 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. 1.4

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versiche rungsinterner 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 Versiche rungsträger 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).

E. 2

S. 5).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid dar, im vorliegenden Fall gehe es einzig um die Kausalität und somit um eine medizinische Frage, weshalb auf die Beurteilung des beratenden Arztes Dr. Z.____ verwiesen werden könne (Urk.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin verwies in ihrer Beschwerde auf die abweichende Beurteilung des behandelnden Schulterchirurgen und führte aus, sie habe bislang keinerlei Probleme mit der Schulter oder anderen Körperteilen gehabt. In den Sommerferien 2023 in Italien sei sie ausgerutscht und gestürzt.

Dabei habe sie sich den Arm so stark nach hinten verdreht, dass sie vor Schmerzen kurzzeitig fast ohnmächtig geworden sei. Nach den Ferien habe sie den Unfall dem Arbeitgeber gemeldet und Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, aufgesucht, der zunächst eine konservative Behandlung vorgenommen habe. Die Beschwerden hätten jedoch nicht gebessert, sondern eher zugenommen, weshalb sie sich für eine operative Behandlung der Schulter entschieden hätten. Die Schulterverletzung habe sie sich eindeutig beim Sturz im Sommer 2023 zugezogen (Urk. 1 S. 1).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin verwies in der Beschwerdeantwort weiterhin auf die Beurteilungen von Dr. Z.____. Sie habe diesem den von der Beschwerdeführerin mit der Beschwerde eingereichten Bericht von Dr. A.____ zur Stellungnahme vorgelegt und er habe dessen Argumentation zurückgewiesen; der Beurteilung der Radiologin eines Buford-Komplexes sei zu folgen. Zudem habe er festgehalten, die Aussagen von Dr. A.____ widersprüchen der anerkannten medizinischen Fachliteratur. Folglich sei Dr. A.____ nicht in der Lage, die Beurteilung von Dr. Z.____ argumentativ zu widerlegen oder in Zweifel zu ziehen. Dies betreffe sowohl die Ätiologie der Rotatorenmanschettenläsion als auch die anlagebedingte und somit vollständig vorbestehende Labrumläsion. Der Kausalzusammenhang zwischen den am 15. April 2024 operierten Schulterbeschwerden und dem Ereignis vom 15. August 2023 sei folglich nicht rechtsgenügend erwiesen (Urk.

E. 2.4

Die Beschwerdeführerin ergänzte in der Replik, sie habe am 15. August 2023 ein massives Hyperextensionstrauma des rechten Schultergelenkes erlitten (der Arm sei unkontrolliert nach hinten gerissen worden). In der Folge habe sie starke Schmerzen im Bereich des rechten Schultergelenks sowie einen erheblichen Funktionsverlust verspürt. Diese Symptome hätten in der Folge trotz konservativen Therapien persistiert. Sämtliche Kriterien

der Unfalldefinition seien erfüllt (Urk.

E. 2.5

Die Beschwerdeführerin hielt in der Duplik daran fest, dass die Beurteilungen von Dr. Z.____ volle Beweiskraft zukomme und darauf abgestellt werden könne. Die Stellungnahmen von Dr. A.____ seien nicht geeignet, diese zu widerlegen oder in Zweifel zu ziehen (Urk.

E. 6

S. 2).

E. 11

S. 3).

E. 14

S. 1). 3. 3.1

Der Unfallmeldung vom 7. September 2023 lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin auf einer nassen Treppe ausgerutscht ist. Sie sei gestürzt und über die rechte Seite auf den Rücken gefallen, wobei es den rechten Arm nach hinten gedreht habe und sie auf diesen gefallen sei. Sie habe Schmerzen im Gelenk zwischen dem Schlüsselbein und der Schulter, könne den Arm nicht mehr hochhalten und habe Schmerzen beim Bewegen des Arms. Sie sei arbeitsfähig (Urk. 7/ 1/ 2). 3.2

In seinem Bericht betreffend die Erstkonsultation vom 21. September 2023 hielt Dr. A.____ fest, die Beschwerdeführerin sei bis zum 15. August 2023 beschwerdefrei gewesen. Beim Ausrutschen auf der Treppe sei es zu

einer massiven passiven Extension der rechten oberen Extremität gekommen, wobei sie einschliessende Schmerzen im ventralen Schulterbereich rechts verspürt habe. Seither würden starke bewegungsabhängige Schmerzen, vor allem im ventralen Gelenksbereich, persistieren. Auch die Beweglichkeit und Belastbarkeit des Gelenks blieben limitiert. Trotz Schonung nähmen die Beschwerden tendenziell eher zu (Urk. 7/7/3). Es bestehe ein hochgradiger Verdacht auf eine Intervallläsion der Rotatorenmanschette, allenfalls einer Läsion der langen Bizepssehne. Obwohl diese Verletzungen bei jungen Leuten selten seien, werde zur Bilanzierung der Rotatorenmanschette eine Arthro-MR-Untersuchung veranlasst (Urk. 7/7/4). 3.3

Anlässlich der am 22. September 2023 durchgeführten Arthro-MR-Untersuchung zeigten sich keine Hinweise auf eine Rotatorenmanschettenläsion, dagegen hielt die beurteilende Radiologin diskrete Muskelfaserrisse im muskulotendinösen

Übergang des Musculus supraspinatus

subacromial, eine Bursitis subacromialis sowie einen Buford-Komplex fest (Urk. 7/5/2). 3.4

Dr. A.____

äusserte in seinem Bericht vom 26. September 2023 einen Verdacht auf eine Destabilisierung der langen Bizepssehne. Die Beschwerdeführerin habe weiterhin ein symptomatisches rechtes Schultergelenk. Differenzialdiagnostisch komme am ehesten eine Läsion des superioren Labrums, respektive des Bizepsankers in Frage. Als nächster Schritt

sei eine glenohumerale Steroidinfiltration durchzuführen. Sollte dies die Beschwerden vorübergehend mindern, müsste wahrscheinlich eine diagnostische Schulterarthroskopie mit allenfalls Refixation des superioren Labrums und/oder eine Bizepsstenodese diskutiert werden (Urk. 7/7/5 f.).

Am 18. Oktober 2023 beschrieb

Dr. A.____ ein etwas weniger symptomatisches Gelenk. Weiterhin im Vordergrund stehe die Druckdolenz im Bereich der Coracoidspitze bei allerdings auch positiven Bizepssehnentests. Da die Beschwerden trotzdem deutlich geringer als vor der Infiltration seien, sei nun primär mit der Rehabilitation des Gelenks zu beginnen (Urk. 7/7/7).

Anlässlich der Sprechstunde vom 12. Dezember 2023 lag gemäss Dr. A.____ weiterhin ein stark symptomatisches rechtes Schultergelenk vor. Klinisch bestehe ein hochgradiger Verdacht auf eine kraniale Partialruptur der Subscapularissehne mit wahrscheinlicher Destabilisierung der langen Bizepssehne im Sulcusbereich (Pulley -Läsion). Als nächster Schritt sei eine Infiltration des Sulcus

bicipitalis geplant. Sollte dies ebenfalls zu keiner relevanten Besserung führen, sei eine diagnostische Arthroskopie mit Bizepsstenodese und Revision der Subscapularissehne zu diskutieren (Urk. 7/7/8).

Am 26. Januar 2024 berichtete Dr. A.____, die klinischen Befunde seien nun über die letzten Monate identisch geblieben. So seien sämtliche Tests für die Bizeps- und Subscapularissehne positiv. Das fehlende Ansprechen auf die selektive Infiltration des Sulcus

bicipitalis spreche ebenfalls für eine Problematik des Bizepsankers. Konservative Therapiemöglichkeiten seien sehr limitiert, so dass eigentlich nur die Arthroskopie mit Bizepsstenodese und Revision der Subscapularissehne übrig bleibe (Urk. 7/7/10).

Anlässlich des präoperativen Aufklärungsgesprächs vom 2. April 2024 schilderte Dr. A.____, es habe sich an der Gesamtsituation nichts geändert, es würden dieselben Beschwerden mit zunehmender Dysfunktion des rechten Armes persistieren, so dass sich die Beschwerdeführerin definitiv für ein chirurgisches Vorgehen entschieden habe (Urk. 7/7/12). 3. 5

Dr. Z.____

stellte in seiner Aktenbeurteilung vom 12. April 2024 die Diagnose einer Schulterdistorsion rechts (Urk. 7/15/2) und führte aus, die aktuell beklagten Beschwerden und objektiven Befunde stünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang zum gemeldeten Ereignis. Die Beschwerdeführerin habe gesichert in einer MRT-Untersuchung der rechten Schulter

fünf Wochen nach dem Ereignis bei einem anlagebedingten kongenitalen Buford-Komplex (= fast vollständig suffizient fehlendem vorderem Labrum glenohumerale) keine Rotatorenmanschettenruptur aufgewiesen. Kleinste befundete Muskelfaserrisse im Supraspinatus im Rahmen einer Distorsion würden spätestens nach sechs Wochen nach dem Ereignis ausheilen; anhaltende Beschwerden seien dem reinen Symptomatischwerden einer ventralen instabilitätsauslösenden Anlagestörung des Labrums glenoidale (Buford Komplex) anzulasten und würden weder einen strukturellen Traumbefund noch eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Ereignis verursachte

Verschlimmerung dar stellen . Dieser blande Befund sei aus der MRT-Untersuchung eindeutig hervorgegangen und begründe mit der notwendigen überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine als Verdachtsdiagnose und Operationsindikation genannte Inter vallläsion der Rotatorenmanschette . Eine derartige Diagnose verlange eine adäquate Erstsymptomatik mit zeitnaher MRT-Befundung gesicherter Natur, was hier eindeutig nicht der Fall gewesen sei. Der Status quo ante sei spätestens sechs Wochen nach dem Ereignis wieder erreicht gewesen (Urk. 7/15/5 f.). Die Gesundheit der Beschwerdeführerin sei schon vor dem Ereignis durch den Buford Komplex beeinträchtigt gewesen, das Ereignis habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlimmerung des Vorzustandes geführt (Urk. 7/15/6). 3.6

Am 15. April 2024 führte Dr. A.____ eine Schulterarthroskopie mit Bizepsstenodese sowie Stabilisierung des superioren Labrums und Subscapularis rechts durch

(Urk. 7/18/3). Er hielt eine komplexe Läsion des superioren Labrums, beginnend in der 11 Uhr Position, ventralseitig bis auf die 3 Uhr Position reichend , fest. Anstelle einer klassischen SLAP IV Läsion sei der caudale Insertionsbereich der langen Bizepssehne zusätzlich rupturiert. Der kraniale Anteil der Sehne inseriere auf den Tuberculum supraglenoidale . Insgesamt resultiere eine etwa 40%ige Läsion der langen Bizepssehne. Die Insertion der Supra- und der Infraspinatus sehne n sei unauffällig, die inferiore Kapsel normal weit . Es liege eine Unter flächen-Partialruptur der Subscapularissehne vor (Urk. 7/18/2). 3.7

Am 13. Mai 2024 ergänzte Dr. Z.____ , die intraoperative Beschreibung von Dr. A.____

vom 15. April 2024 erkläre überwiegend wahrscheinlich und eindrucks voll die Malformation des Labrums mit Bizepssehne und Teilruptur der Anlage der Bizepssehne des langen Teils am Tuberculum supraglenoidale rein krankhafter Natur ohne jegliche Beeinflussung durch das Ereignis am 15. August 2023 mit gesicherter Kontusion des rechten Arms , gemäss der Schadenmeldung vom

7. September 2023. Die MRT-Untersuchung der rechten Schulter vom 22. September 2023 habe gesichert keine Rotatorenmanschettenruptur gezeigt ; die eventuell vorliegenden Muskelfaserrisse des Supraspinatus- und Infraspinatusmuskels

hätten intraoperativ keine Rolle gespielt. Dies gelte ebenso und besonders für die erstmals intraoperativ erwähnte Unterflächenpartialruptur der Subscapularissehne, welche Dr. A.____ neun Monate nach dem gemeldeten Ereignis diagnostiziert habe. Diese Läsion sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit neun Monate nach der Schulterkontusion bei Malformation des Labrum-Bizeps komplexes rein krankhafter und degenerativer Natur und habe anlässlich der MRT-Untersuchung der rechten Schulter am 22. September 2023 gesichert nicht vorgelegen. Die Belastung der Subscapularissehne bei Labrumdysplasie genau in ihrem Lagebereich sei der eindeutige , natürlich kausale Grund der Fehlbelastung der Sehne bei Instabilität des Humeruskopfes in ihrem Verlauf (Urk. 7/21/4).

Auch rein klinisch befundlich im Verlauf, gemäss den etablierten gutachterlichen Kriterien zur Unterscheidung traumatischer von krankhaft-degenerativen Rotatorenmanschettenläsionen lägen

eindeutige Verhältnisse vor, besonders bei einem Auftreten sehr zeitfern des Ereignisses und ohne die geforderten Kriterien traumatischer Rotatorenmanschettenläsionen, welche hier als nahezu sicher ausgeschlossen in einem natürlich kausalen Zusammenhang zu dem

Ereignis beurteilt werden müssten (Urk. 7/21/4 f.). 3.8

In seine r « Stellungnahme zur versicherungstechnischen Situation der Beschwer deführerin » vom 2 1. Juni 2024 legte Dr. A.____ dar, die Beschwerdeführerin sei eine aktuell 23-jährige

Frau in hervorragendem Allgemeinzustand. Bis zu einem Treppensturz am 1 5. August 2023 sei ihr rechtes Schultergelenk absolut beschwerdefrei gewesen. Damals sei sie auf einer Treppe gestürzt und habe dabei ein massives Hyperextensionstrauma des rechten Schultergelenkes erlitten. Die sofort einsetzenden Schmerzen hätten in der Folge persistiert und sie habe sich am 6. September 2023 aus eigener Initiative in seiner Sprechstunde gemeldet, wo am 2 1. September 2023 die Erstkonsultation stattgefunden habe (Urk. 3/1 S. 7).

Seine Beurteilung des Arthro -MRTs unterscheide sich in einigen Punkten von derjenigen der Radiologin. Insbesondere de n beschriebene n Buford-Komplex habe er als Destabilisierung der langen Bizepssehne mit möglicher partieller Korb henkelläsion (SLAP IV) interpretiert, was mit der von ihm klinisch gestellten Diagnose einer Destabilisierung der langen Bizepssehne sehr gut korreliert habe. Am 1 5. April 2024 habe er eine Schulterarthroskopie durchgeführt, welche die Verdachtsdiagnosen mit der Destabilisierung des Bizepsankers , der Partialruptur der Bizepssehne sowie der Unterflächen-Partialruptur der Subscapularissehne bestätigt habe. Diese Läsionen seien fotografisch dokumentiert und anlässlich der Operation chirurgisch angegangen worden. Diese Binnenläsionen seien zweifels frei traumatisch bedingt und könnten bei einer 23-jährigen Patientin definitiv nicht als degenerative Veränderungen interpretiert werden (Urk. 3/1 S. 7).

Dr. Z.____ habe die MR-Bilder vom 2 2. September 2023 kaum selbst beur teilt und auch die intraoperativ fotografisch dokumentierten Läsionen entweder nicht studiert oder aber die strukturellen Verletzungen nicht erkannt. Einige seiner Argumen te seien aus schulterorthopädischer Sicht nicht nachvollziehbar und teilweise falsch. Auch werde er , Dr. A.____ , als behandelnder Arzt teilweise falsch zitiert. Eine Intervallläsion der Rotatorenmanschette, wie er sie bereits anlässlich der ersten Konsultation als Verdachtsdiagnose geäußert habe, bein halte eine Partialruptur des oberen Anteils der Subscapularissehne sowie des vorderen Anteils der Supraspinatussehne. Erstere habe er klinisch vermutet und habe arthroskopisch eindeutig nachgewiesen werden können. Es sei falsch, dass er diese Läsion erst anlässlich der Arthroskopie beschrieben habe. Diese Verletzung im Rahmen einer Malformation des Labrum- Bizepskomplexes als rein krankhafter und degenerativer Natur zu interpretieren , entziehe sich jeglicher wissenschaftlichen Grundlage und fachärztlichen Kompetenz. Diese Sehnenverletzung sei bei jungen Patienten stets traumatisch bedingt. Der erwähnte Buford-Komplex sei eine Normvariante des anterosuperioren Labrums, habe also keinen Krankheitswert, sei asymptomatisch und definitiv keine Verletzung. Er könne vor allem arthroskopisch diagnostiziert werden, MR-tomographisch sei die Diagnose schwierig zu stellen. Anlässlich der Arthroskopie vom 1 5. April 2024 habe er keinen Buford-Komplex nachweisen können, hingegen h ätten sich die traumatische Destabilisierung des superioren Labrums inklusive des Bizepsankers sowie ein Teilriss der Bizepssehne im Ansatzbereich bestätigt. Diese Verletzung sei ebenfalls fotodokumentiert und in seiner langjährigen Erfahrung als Schul terspezialist zweifelsfrei traumatisch bedingt. Bei der Beschwerdeführerin sprächen alle objektiven Befunde derart eindeutig für eine traumatische Ätiologie der strukturellen Verletzungen, dass die Einschätzung durch Dr. Z.____ äusserst fragwürdig sei (Urk. 3/1 S. 8). 3.9

Dr. Z.____ legte am 31. August 2024 zur Stellungnahme von Dr. A.____ dar, die labrale Anlagestörung werde nach Bildeinsicht entsprechend der radiologischen Befundung zur Darstellung gebracht, weshalb der Argumentation des behandelnden Arztes hier nicht zuzustimmen sei. Ferner träten Rotatoren manschettenläsionen altersunabhängig auf und müssten stets die geforderten traumatologischen Kriterien altersunabhängig erfüllen, was hier nicht der Fall sei. Am 22. September 2023 habe in der MRT-Untersuchung gar keine Rotatoren manschettenläsion vorgelegen (Urk. 8 S. 7).

Dr. A.____ habe am 26. September 2023 festgehalten, im Arthro-MRI vom 22. September 2023 hätten sich keine frischen ossären Läsionen, eine intakte Rotatorenmanschette und keine Hinweise auf eine Intervallläsion gezeigt. Die Subscapularis sei nicht konklusiv beurteilbar, da wahrscheinlich im mittleren Sehnenanteil etwas Kontrastmittel infiltriert worden sei, eine relevante Läsion sei jedoch ausgeschlossen. Zudem habe er einen Verdacht auf eine Destabilisierung der langen Bizepssehne mit möglicher partieller Korbhockelläsion geäußert. Weshalb Dr. A.____ die Intervallläsion thematisiere und die MRT-Befundung, gemäss welcher am 22. September 2023 keine Rotatorenmanschettenläsion vorgelegen habe, als nicht korrekt anzweifeln, sei der

medizinischen

Dokumentation nicht zu entnehmen

(Urk. 9 S. 7 f.).

Die Annahme, die Supraspinatussehnenläsion sei bei jungen Patienten stets traumatisch bedingt, sei eine blosser Behauptung,

die nirgends in der Literatur gleichlautend gefunden werden könne und angesichts der Malformation des Labrums eindeutig nicht haltbar sei. Die Supraspinatussehnenläsion sei mit stark überwiegender Wahrscheinlichkeit nach dem 22. September 2023 rein krankhaft zustande gekommen. Auch hinsichtlich des Buford-Komplexes als einer Normvariante ohne krankhafte Bedeutung irre Dr. A.____, wie der Literatur zu entnehmen sei (Urk. 8 S. 8). 4. 4.1

Unbestritten ist, dass das Ereignis vom 15. August 2023 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstellt. Die Beschwerdegegnerin anerkannte in diesem Kontext denn auch grundsätzlich ihre Leistungspflicht (vgl. Urk. 7/17/1). Strittig und zu prüfen ist jedoch, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht mit der Begründung, der Status quo sine sei per 26. September 2023 eingetreten, ab diesem Zeitpunkt eingestellt hat. Diesbezüglich ist zu prüfen, ob die nach dem 26. September 2023 andauernden Schulterbeschwerden, insbesondere die anlässlich der Operation vom 15. April 2024 behandelten Verletzungen (vgl. Urk. 7/18/2), auf den Unfall vom 15. August 2023 zurückzuführen sind. 4.2

Der angefochtene Entscheid basiert in erster Linie auf den Einschätzungen des beratenden Arztes Dr. Z.____ vom 12. April und

13. Mai 2024 (vgl. Urk. 2 S. 4 f.); gestützt auf eine im Beschwerdeverfahren eingeholte weitere Stellungnahme desselben Arztes von 31. August 2024 hielt

die Beschwerdegegnerin

sodann weiterhin an der im Einspracheentscheid vertretenen Ansicht fest (vgl. Urk. 6 S. 2). Dr. Z.____ hatte Kenntnis von den medizinischen Vorakten, namentlich auch von den

Ergebnissen der bildgebenden Untersuchungen sowie der am 15. April 2024 durchgeführten Arthroskopie der rechten Schulter (Urk. 7/15/3, Urk. 7/21/3). Er hielt die Diagnose einer Distorsion der rechten Schulter fest und legte dar, die kleinsten befundeten Muskelfaserrisse im Supra spinatus im Rahmen einer Distorsion würden spätestens sechs Wochen nach dem Ereignis ausheilen, die darüber hinausgehenden Beschwerden seien nicht unfallkausal (Urk. 7/15/2 und 5 f.). Dass Dr. Z.____ von zunächst durch das Unfallereignis vom 15. August 2023 ausgelösten Beschwerden ausging und damit den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den Schulterbeschwerden und dem Unfall - zumindest für eine Zeit lang - bejahte, ist daher nachvollziehbar. Es bleibt zu prüfen, ob am 26. September 2023 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits der Status quo sine vorlag. 4.3

4.3.1

Dr. Z.____ begründete die fehlende Unfallkausalität der über den 26. September 2023 hinaus andauernden Schulterbeschwerden und insbesondere der sich anlässlich der Schulterarthroskopie vom 15. April 2024 gezeigten Verletzungen damit, dass letztere in der bildgebenden Untersuchung vom 22. September 2023 nicht hätten objektiviert werden können, hingegen habe sich ein anlagebedingter kongenitaler Buford-Komplex gezeigt, also ein fast vollständig suffizient fehlendes vorderes Labrum glenohumerale. Die weiterhin bestehenden Schulterbeschwerden seien darauf zurückzuführen, dass diese ventrale Instabilitätsauslösende Anlagestörung symptomatisch geworden sei (Urk. 7/15/5 f.). Die sich am 15. April 2024 arthroskopisch gezeigte Situation beurteilte er als durch den Buford-Komplex erklärte Malformation des Labrums mit Bizepssehne und Teiltraktur der Anlage der Bizepssehne rein krankhafter Natur. Dadurch sei auch die - anlässlich der bildgebenden Untersuchung vom 22. September 2023 noch nicht objektivierbare - Unterflächen-Partialtraktur der Subscapularissehne begründet (Urk. 7/21/4). 4.3.2

Die Beschwerdeführerin beruft sich dagegen auf die Einschätzung des behandelnden Schulterorthopäden Dr. A.____. Dieser erblickte anlässlich der Arthro-MR-Untersuchung vom 22. September 2023 keinen Buford-Komplex, vielmehr interpretierte er diesen als Destabilisierung der langen Bizepssehne mit möglicher partieller Korbhenkelläsion (SLAP IV ; superior labral anterior posterior

tear, also ein Riss des superioren Labrum glenoidale am Ursprung der langen Bizepssehne, der von vorne [anterior] bis nach hinten [posterior] reicht [<https://flexikon.doccheck.com/de/SLAP-Läsion>, besucht am 6. März 2023]). Dies habe sich anlässlich der Schulterarthroskopie vom 15. April 2024 bestätigt und es hätten sich eine Destabilisierung des Bizepsankers, eine Partialtraktur der Bizepssehne sowie eine Unterflächen-Partialtraktur der Subscapularissehne gezeigt. Diese dokumentierten Binnenläsionen seien zweifellos traumatisch bedingt und könnten bei einer 23jährigen Patientin definitiv nicht als degenerative Veränderungen interpretiert werden (Urk. 3/1 S. 7). Anlässlich der Arthroskopie vom 15. April 2024 habe er keinen Buford-Komplex nachweisen können, hingegen habe sich die traumatische Destabilisierung des superioren Labrums bestätigt (Urk. 3/1 S. 8). 4.4

4.4.1

Die soeben aufgeführten Beurteilungen von Dr. Z.____ und Dr. A.____

stimmen zwar insoweit überein, dass anlässlich des Arthro -MRs vom 22. September 2023 eine intakte Rotatorenmanschette und damit insbesondere auch keine (relevante) Läsion der Subscapularissehne ersichtlich war (Urk. 7/7/5, Urk. 7/21/4). Inwiefern die anlässlich der Arthroskopie vom 15. April 2024 fest gestellte Unterflächen-Partialruptur der Subscapularissehne dennoch auf das Ereignis vom 15. August 2023 zurückzuführen sein sollte, wie dies Dr. A.____ postuliert (Urk. 3/1 S. 7), ist - zumindest für den medizinischen Laien - nicht ohne weiteres ersichtlich und wird auch von Dr. A.____ nicht näher erläutert , zumal er die zuvor klinisch gestellte (Urk. 7/7/8),

aber anlässlich der MR- Untersuchung

vom 22. September 2023 noch verneinte (Urk. 7/7/5) Verdachtsdiagnose einer Intervallläsion beziehungsweise einer Partialruptur der Subscapularissehne nicht näher begründete . Alleine die nicht weiter unterlegte Angabe, dass solche Verletzungen bei jungen Patienten stets traumatisch bedingt seien, genügt für die Annahme einer traumatischen Genese ebenso wenig wie die von Dr. A.____ zumindest angedeutete Begründung für die Unfallkausalität, wonach die Beschwerdeführerin vor dem Unfallereignis beschwerdefrei gewesen sei (Urk. 3/1 S. 7), denn 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 Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb , vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_244/2023 vom 19. Oktober 2023 E. 5.1 mit Hinweisen).

4.4.2

Näher zu prüfen ist indessen die Ätiologie der weiteren, anlässlich der Arthroskopie vom 15. April 2024 festgestellten und behandelten Verletzungen beziehungsweise anatomischen Besonderheiten . Diesbezüglich

vertreten die beiden Ärzte

nach dem Gesagten entgegengesetzte Interpretationen der am 22. September 2023 durchgeführten bildgebenden Untersuchung . Dabei stimmt die von Dr. Z.____ vertretene Einschätzung eines kongenitalen und damit nicht unfallbedingten Buford-Komplexes (Urk. 7/15/6, Urk. 7/21/4) mit der Beurteilung der die Bildgebung durchführenden Radiologin überein

(Urk. 7/5/2) und ein solcher würde gemäss Dr. Z.____ auch die nachträgliche Entstehung des Subscapularissehnenrisses erklären (Urk. 7/21/4), weshalb seine Beurteilung zu einem gewissen Grad einleuchtend erscheint . Indessen ist das Vorliegen eines Buford-Komplexes gemäss Dr. A.____ bildgebend nur sehr schwierig beurteilbar ; er

könnte vor allem arthroskopisch diagnostiziert werden, wobei er einen solchen anlässlich der Arthroskopie nicht habe feststellen können (Urk. 3/1 S. 8) . Zu dieser Argumentation nahm Dr. Z.____ keine Stellung, so dass diese nicht ohne weiteres von der Hand gewiesen werden kann .

Die Frage , ob der festgestellte Defekt kongenitaler

beziehungsweise traumatischer Natur ist, lässt sich angesichts der sich diametral entgegengesetzten fachärztlichen Beurteilungen

durch den medizinischen Laien jedenfalls nicht abschliessend beurteilen . 4.4. 3

Zu berücksichtigen ist weiter, dass es sich bei der Interpretation der bildgebenden Diagnostik zur Beurteilung der Kausalitätsfrage nur um ein Beurteilungskriterium unter vielen anderen handelt. Daneben sind die Vorgeschichte, der Unfallhergang, der Primärbefund und der Verlauf zu berücksichtigen und in einem Gesamtbild medizinisch zu bewerten (Urteil des Bundesgerichts 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.3). Dr. Z.____ verwies diesbezüglich auf den sogenannten «Schulter trauma-C heck», wobei er die beiden starken Kriterien einer traumatisch bedingten Rotatorenmanschettenruptur, namentlich eines geeigneten Unfallmechanismus sowie von entsprechenden Begleitverletzungen, nicht für erfüllt hielt. Ob diese Kriterien vorliegend überhaupt einschlägig sind, ist angesichts des Umstandes, dass es (zunächst) nicht um die Beurteilung einer Rotatorenmanschettenruptur, sondern um die Frage,

ob ein kongenital teilweise fehlendes Labrum oder allenfalls eine traumatische Läsion des Labrums vorliegt, jedoch zumindest fraglich. Des Weiteren fällt auf, dass Dr. Z.____

in seiner Beurteilung vom 13. Mai 2024 hinsichtlich des Unfallereignisses von einer Kontusion, mithin einem reinen Anprall der Schulter und damit von einem grundsätzlich ungeeigneten Unfallereignis ausging (Urk. 7/21/5), während er in seiner Erstbeurteilung vom 12. April 2024 noch eine Distorsion und somit eine durch eine äussere Krafteinwirkung verursachte Überschreitung des physiologischen Bewegungsspielraumes des Gelenkes festhielt (Urk. 7/15/2). Dr. A.____ ging dagegen stets von einem Hyperextensionstrauma der Schulter aus (Urk. 7/7/3 ff.). Angesichts des geschilderten Unfallherganges, wonach es den rechten Arm der Beschwerdeführerin beim Sturz vom 15. August 2023 nach hinten gedreht habe und sie darauf gefallen sei (Urk. 7/1/2), lässt sich jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen blossen Anprall schliessen. Die Beurteilung der Eignung des Unfallherganges zur Verursachung des Gesundheitsschadens der Beschwerdeführerin überzeugt daher nicht. Die Unfallkausalität der nach dem 26. September 2023 fortbestehenden Schulterbeschwerden kann somit auch nicht gestützt auf die von Dr. Z.____ geprüften Kriterien des «Schulter trauma-C heck» ausgeschlossen werden. 4.5

Zusammenfassend ist nach dem Gesagten für den medizinischen Laien nicht beurteilbar, ob die Auffassung von Dr. Z.____ oder jene von Dr. A.____ zutrifft, weshalb zumindest geringe Zweifel an der Richtigkeit des Aktengutachtens von Dr. Z.____ bestehen. Selbst geringe

Zweifel an der Beurteilung durch Dr. Z.____ haben rechtsprechungsgemäss (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_724/2013 vom 31. März 2014 E. 4.2.2 mit Hinweis) zur Folge, dass nicht dar auf abgestellt werden kann (vgl. auch vorstehende E. 1.4). Folglich ist ergebnis offen und in einem versicherungsexternen Gutachten abzuklären, ob betreffend die über den 26. September 2023 hinaus andauernden Beschwerden in der rechten Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Status quo sine eingetreten war. Die Beschwerdegegnerin wird daher, nachdem sie bisher nur verwaltungsinterne Einschätzungen beigezogen hat, nach Beizug einer externen fachärztlichen Abklärung über die Leistungspflicht ab 26. September 2023 – gegebenenfalls nach Ergänzung der Aktenlage – erneut zu entscheiden haben.

Die Beschwerde ist demzufolge in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. Juni 2024 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten ist, nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über die Leistungspflicht nach dem 26. September 2023

neu zu befinden. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. Juni 2024 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über ihre Leistungspflicht über den 26. September 2023 hinaus erneut befinde. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - VAUDOISE ALLGEMEINE, 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
FehrEngesser

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