

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00194

vom 9. Oktober 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-10-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00194

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00194 du 9 octobre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00194 del 9 ottobre 2014

Erwägungen

E. 1

Der 1964 geborene X.____

hatte seit dem 10. August 2010 Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung und war damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch versichert (Urk. 10/1).

Am 17. Februar 2011 erlitt er einen Verkehrsunfall, bei dem der von ihm geleitete Personenwagen seitlich von einem Tram erfasst und einige Meter mitgeschleift wurde (Urk. 10/1, Urk. 10/19, Urk. 10/26, Urk. 10/36 S. 2 f., Urk. 10/63). Die noch gleichentags konsultierten Ärzte der Klinik Y.____ diagnostizierten eine AC-Gelenksluxation links sowie eine Kontusion der Hals- und der Brustwirbelsäule (HWS und BWS) und attestierten dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Bericht vom 15. März 2011; Urk. 10/11). Die SUVA erbrachte in der Folge Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen.

Im Dezember 2011 zog sie die Akten der AXA Versicherungen AG, welche im Zusammenhang mit einem vom Versicherten am 28. Juni 2006 erlittenen Motorradunfall Unfallversicherungsleistungen erbracht hatte, bei (Urk. 10/89

S. 1-58). Nachdem sie X.____ am 22. Februar 2012 von Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hatte kreisärztlich untersuchen lassen (vgl. Bericht vom 22. Februar 2012, Urk. 10/95), teilte sie ihm mit Schreiben vom 7. März 2012 (Urk. 10/99) mit, dass sie die Taggeldleistungen angesichts der vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit per 31. März 2012 einstellen, für die Kosten der noch notwendigen Behandlung indes weiterhin aufkommen werde. Hiegegen opponierte der Versicherte am 8. Juni beziehungsweise 10. Dezember 2012 (Urk. 10/110, Urk. 10/132 f.).

Nach einer erneuten kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. Z.____ am 11. April 2013 (vgl. Bericht vom 11. April 2013, Urk. 10/152), verfügte die SUVA – unter Hinweis darauf, dass die noch vorhandenen Beschwerden ausschliesslich krankhafter Natur seien – am 23. April 2013 die Einstellung der Taggelder per 31. März 2012 und der Heilbehandlungsleistungen per 30. April 2013 (Urk. 10/154). Die vom Versicherten hiegegen erhobene Einsprache (Urk. 10/159 /1-3) hiess sie am 27. Juni 2013 in dem Sinne teilweise gut, dass sie die Taggeldleistungen nun erst per 30. April 2013 terminierte (Urk. 2). Der Krankenversicherer von X.____ hatte seine am 29. April 2013 vorsorglich erhobene Einsprache (Urk. 10/157) am 29. Mai 2013 wieder zurückgezogen (Urk. 10/163).

E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und

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

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

E. 1.2

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der 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 (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26. April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119

V 7 E. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein Leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

E. 2

Am 29. August 2013 liess X. ___ mit folgenden Anträgen Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 27. Juni 2013 (Urk. 2) erheben (Urk. 1 S. 2): „1. Der Einsprache-Entscheid vom 27.06.2013 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. 2. Es wird zudem beantragt, das Honorar für die ärztlichen Gutachten des beratenden Vertrauensarztes der Protekta Rechtsschutz-Versicherung AG, Herrn Dr. med. B. ___ der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen bzw. bei der Bemessung der Parteientschädigung entsprechend zu berücksichtigen. - unter Kosten- und Entschädigungsfolge -“

Die SUVA schloss am 4. November 2013 auf Abweisung der Beschwerde (vgl. Beschwerdeantwort, Urk. 9), was dem Beschwerdeführer am 11. November 2013 zur

Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die SUVA begründete die Leistungseinstellung – unter Hinweis auf die Beurteilung ihres Kreisarztes Dr. Z.____ vom 11. April 2013 (Urk. 10/152) -

damit, dass das Ereignis vom 17. Februar 2011, abgesehen von einem schon nach einem Jahr regredienten Ödem der Kapsel- und Bandstrukturen, zu keinen strukturellen Läsionen geführt habe. Betreffend die durch den Unfall ausgelösten beziehungsweise verstärkten Beschwerden im Bereich der - schon damals degenerative Veränderungen aufweisenden - Wirbelsäule sei der status quo sine vel ante spätestens zwei Jahre nach dem fraglichen Ereignis erreicht gewesen sei (Urk. 2 S. 5 f., Urk. 9 S. 3).

Die bei der Kollision mit dem Tram erlittene Zerrung des AC-Gelenks habe lediglich zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Vorzustandes geführt; die leichten Sehnenveränderungen in diesem Bereich seien unfallfremd (Urk. 2 S. 6 ff., Urk. 9 S. 3 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, aufgrund der Beurteilungen von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Chirurgie, Manuelle Medizin (SAMB), beratender Arzt der Protekta Rechtsschutz-Versicherung AG, vom 3. Dezember 2012 (Urk. 3/3) sowie vom 14. Mai (Urk. 3/4) und vom 9. August 2013 (Urk. 3/5) sei davon auszugehen, dass es sich bei den anhaltenden Beschwerden um Folgen des Unfalls vom 17. Februar 2011, der zu einer richtunggebenden Verschlimmerung der vorbestehenden AC-Gelenksarthrose geführt habe, handle (Urk. 1 S. 3 f.).

E. 3.1

Die noch am Unfalltag ambulant konsultierten Ärzte der Klinik Y.____ stellten am 15. März 2011 folgende Diagnosen (Urk. 10/11): - AC-Gelenksluxation links - Kontusion der HWS und der BWS

Abgesehen von radiologisch nachgewiesenen HWS-Veränderungen bestünden keine Folgen von Krankheiten beziehungsweise von (früheren) Unfällen. Die bildgebenden Untersuchungen (Urk. 10/14) des Thorax, der Schulter links und der HWS hätten keine frischen ossären Läsionen gezeigt.

In ihrer – ebenfalls die Konsultation vom 17. Februar 2011 betreffenden – Bericht vom 15. April 2011 (Urk. 10/29) diagnostizierten die Ärzte der Klinik Y.____

eine Schulterkontusion links mit AC-Gelenksluxation sowie eine Distorsion der HWS und der BWS.

E. 3.2

Das CT der HWS vom 17. Februar 2011 ergab ein intaktes Alignment der Wirbelkörper, einen anlagebedingt normal weiten Spinalkanal und keinen Nachweis frischer Frakturen. Es bestünden ein winziger Osteophyt an der Basis anterior C4 sowie eine mässige Facettengelenksdegeneration C4 bis C6 rechts und C7/Th1 links (Urk. 10/14 S. 1).

E. 3.3

Das Schulterpanorama vom 17. Februar 2011 zeigte eine aufgetriebene distale Clavicula rechts, welche differentialdiagnostisch als Status nach Fraktur interpretiert wurde. Es bestünden keine Anhaltspunkte für eine AC-Luxationsfraktur (Urk. 10/14 S. 3).

E. 3.4

Die MR-Arthrographie der linken Schulter vom 2. März 2011 ergab Flüssigkeit im AC-Gelenkspalt, eine leichte Kapsel-Hypertrophie sowie Flüssigkeit kranial des AC-Gelenks. Der Befund passe zu einer AC-Luxation Tossy I mit Kontusion des AC-Gelenks und etwas umgebendem Hämatom. Das Ligamentum coraco-claviculare sei intakt. Es hätten sich eine feine Läsion des SLAP (superiores Labrum von anterior nach posterior) Typ 2 sowie ein kleines Ganglion dorsal des hinteren oberen Glenoids gezeigt. Die Rotatorenmanschette sei intakt und das übrige Labrum unauffällig (Urk. 10/38).

E. 3.5

Am 4. Mai 2011 wurde in der Rehaklinik C.____ ein ambulantes Assessment durchgeführt. In ihrem Bericht vom 10. Mai 2011 stellten die zuständigen Ärzte folgende Diagnosen (Urk. 10/37 S. 1): - Schulter-Kontusion links mit SLAP-Läsion Typ II und AC-Luxation Tossy I - Röntgenbefund vom 17. Februar 2011: leicht hochstehender Humeruskopf; in der Schulterpanorama-Untersuchung aufgetriebene distale Clavicula rechts; Differentialdiagnose: Status nach Fraktur - Arthro-MRI der linken Schulter vom 2. März 2011: feine SLAP-Läsion Typ II, kleines Ganglion dorsal des hinteren oberen Glenoids; AC-Luxation Tossy I mit Kontusion des AC-Gelenks und etwas umgebendem Hämatom - HWS-Distorsion QTF I - Röntgenuntersuchung HWS und Dens vom 17. Februar 2011: leichte Kyphosierung - CT der HWS vom 17. Februar 2011: winziger Osteophyt anterior an der Basis C4; mässige Facettengelenksdegeneration C4-6 rechts und C7/Th1 links - BWS-Kontusion - Röntgenuntersuchung der BWS vom 17. Februar 2011: unauffälliger Befund - Nacken-Schulter-Arm-Syndrom links - Arterielle Hypertonie, medikamentös eingestellt - Adipositas Grad I, BMI 34 kg/m²

Aktuell bestünden nachstehende Probleme: - Nackenschmerzen links betont, Muskelverspannungen im Bereich der BWS und der Lendenwirbelsäule (LWS) - Schulterschmerzen links, endgradig schmerzhaftes Schulterbeweglichkeit - Durchschlafstörung

Aufgrund des MRI-Befundes der linken Schulter sei eine orthopädische Untersuchung indiziert. Im Rahmen des Assessments habe der Beschwerdeführer eine mässige Leistungsbereitschaft gezeigt (Urk. 10/37 S. 3). Es spreche nichts gegen die Suche einer – aktuell angesichts der linksseitigen Schulterproblematik leichten bis mittelschweren - neuen Arbeit (Urk. 10/37 S. 4).

E. 3.6

Dr. D.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, stellte am 27. Mai 2011 folgende Diagnosen (Urk. 10/45 S. 1): - Status nach Verkehrsunfall durch PW-Seitenkollision von links am 17. Februar 2011 mit - schmerzhafter AC-Gelenkluxation Typ Rockwood I links sowie aktuell - reaktiven Myogelosen der Trapezius- und Periscapularmuskulatur links mit leichtem myofaszialem Schmerzsyndrom links - posttraumatischer HWS-Distorsion sowie BWS-Kontusion mit noch reaktiven paravertebralen Myogelosen zervikal und thorakal - Arterielle Hypertonie, medikamentös

eingestellt - Adipositas Grad I, BMI 34 kg/m²

Der Beschwerdeführer habe gut auf die durchgeführte intramuskuläre Infiltration sowie die diagnostische und therapeutische Infiltration ins linke AC-Gelenk angesprochen. Da die MRI-Bilder nicht vorgelegen hätten, lasse sich der intraartikuläre Zustand nicht beurteilen. Langfristig sei die Prognose aber günstig (Urk. 10/45 S. 2).

E. 3.7

Dr. med. E. ___ diagnostizierte am 27. Juli 2011 einen Status nach Schulter- und Kopfreizungen links am 17. Februar 2011 ohne Hinweise für eine relevante Läsion des zentralen Nervensystems oder eines peripheren Nerven (Urk. 10/68 S. 1). Die geklagten Nackenbeschwerden seien Ausdruck einer erlittenen Überdehnung der HWS, vor deren Hintergrund wohl auch die Kopfschmerzen zu sehen seien. Der Beschwerdeführer habe einen Kopfanprall und dabei allenfalls eine leichte Commotio cerebri erlitten. Die angegebene Schwäche im linken Arm und in der linken Hand, für die sich keine neurologische Ursache objektivieren lasse, sei wohl – im Sinne einer Schmerzhemmung – mit den noch vorhandenen Schmerzen in der linken Schulter zu erklären (Urk. 10/68 S. 3).

E. 3.8

Dr. D. ___ hielt am 11. August 2011 fest, die am 22. Juni 2011 durchgeführte subacromiale Infiltration habe während zwei bis drei Wochen zu einem beinahe beschwerdefreien Zustand geführt. Es bestehe noch ein residuelles subacromiales Schmerzsyndrom links; insgesamt habe sich der Befund aber deutlich gebessert. In der Tätigkeit als Bademeister bestehe noch bis Ende September 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/72).

E. 3.9

Am 26. September 2011 gab Dr. D. ___ an, es seien noch residuelle Myogelosen vorhanden. Er habe den Beschwerdeführer darüber aufgeklärt, dass diese nicht schlimm seien und dass die Prognose langfristig gut sei. Es sei jetzt in den nächsten vier Wochen noch eine Therapie mit intensiver Triggerpunktmassage und Lockerung des Schultergürtels indiziert. Bis Ende Oktober 2011 bestehe noch eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit; mittelfristig könne der Beschwerdeführer die Arbeit aber wieder aufnehmen (Urk. 10/76).

E. 3.10

Am 15. Dezember 2011 berichtete Dr. D. ___ , nach der Infiltration vom 3. November 2011 sei es zu einer deutlichen Beschwerdebesserung gekommen. Der Beschwerdeführer habe vor zwei Tagen schwere Einkaufstaschen getragen; seither verspüre er wieder einen stark ziehenden Schmerz periscapulär links. Insgesamt bestünden nur noch intermittierend stark auftretende Myogelosen periscapulär links. Die langfristige Heilungsprognose sei günstig. Zur langfristigen Linderung der Schmerzsymptomatik periscapulär sei nun eine lokale

Akupunkturbehandlung angezeigt (Urk. 10/85 S. 1). Chirurgische Massnahmen erschienen nicht als sinnvoll. Bis Mitte Januar 2012 sei noch von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen; anschliessend könne der Beschwerdeführer die Arbeit zumindest teilweise wieder aufnehmen (Urk. 10/85 S. 2).

E. 3.11

Nachdem er den Beschwerdeführer am 22. Februar 2012 untersucht hatte, gelangte der Kreisarzt Dr. Z. ___ in seinem gleichentags verfassten Bericht zum Schluss, dass die derzeit nicht mehr im Vordergrund stehenden Nackenbeschwerden angesichts des Fehlens einer

entsprechenden pathologischen strukturellen Veränderung nicht mehr auf den Unfall vom 17. Februar 2011 zurück geführt werden könnten. Diesbezüglich sei der status quo ante erreicht, zumal der Beschwerdeführer schon vor dem Ereignis vom 17. Februar 2011 – infolge eines am 28. Juni 2006 erlittenen Mopedunfalls (Urk. 10/95 S. 6) – an rezidivierenden Nackenschmerzen gelitten habe. Eine Kontroll-Arthro-MRI-Untersuchung sei durchaus sinnvoll, bestünden doch insbesondere bezüglich der SLAP-Läsion noch gewisse Unklarheiten. Unabhängig von weiteren diagnostischen und therapeutischen Bemühungen sei dem Beschwerdeführer eine bimanuelle leichte bis mittelschwere (maximal 15 kg) Tätigkeit ohne Einsatz der linken Hand über Kopfhöhe wieder vollzeitlich zumutbar. Er sei daher angewiesen worden, sich beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) zu melden (Urk. 10/95 S. 7).

E. 3.12

Dr. D.____ hielt in seinem Schreiben vom 28. Februar 2012 an den Kreisarzt Dr. Z.____

(Urk. 10/96) fest, aus schulterorthopädischer Sicht bestehe zumindest klinisch kein Anhaltspunkt für einen intraartikulären Prozess im Bereich der linken Schulter oder subacromial links. Er werde die angeregte vollumfängliche Abklärung mit der Frage nach einer möglichen kranialen Limbusläsion (SLAP-Läsion) dennoch durchführen. Falls das entsprechende Arthro-MRI der linken Schulter keine relevante Läsion ergebe, sei allenfalls eine neurologische Untersuchung angezeigt.

E. 3.13

Das Arthro-MRI der linken Schulter vom 13. März 2012 ergab eine AC-Arthrose, eine leichte Bursitis subdeltoidale, eine kleine bursale Partialruptur der Supraspinatussehne, eine feinste SLAP 2-Läsion, wobei der Befund demjenigen der Voruntersuchung entspreche, sowie ein kleines Labrumganglion hinten oben (Urk. 10/103).

E. 3.14

Dr. D.____ gab am 16. März 2012 an, der Beschwerdeführer klagte weiterhin über – in den lateralen Oberarm und auch die zervikale Region ausstrahlende – Schmerzen supero-posterior der Fossa Supraspinata. MR-tomographisch könne eine kraniale Limbusläsion nicht eindeutig nachgewiesen werden. Insofern sei auch eher unwahrscheinlich, dass eine relevante SLAP-Läsion vorliege. Dem Beschwerdeführer sei die Aufnahme einer – dem von der SUVA definierten Anforderungsprofil entsprechenden – Arbeitstätigkeit zumutbar (Urk. 10/100 S. 2 ; vgl. auch Bericht vom 10. Mai 2012 [Urk. 10/109 S. 1]).

E. 3.15

Nachdem der Beschwerdeführer der für den 24. September 2012 vorgesehenen kreisärztlichen Untersuchung – angeblich wegen (lediglich ambulant behandelten) Folgen eines erneuten Unfalls am 5. September 2012 (Urk. 10/119) – fern geblieben war, hielt Dr. Z.____ am 24. September 2012 gestützt auf die Akten fest, der Fall könne nun abgeschlossen werden; der Beschwerdeführer sei in seiner dem am 22. Februar 2012 definierten Zumutbarkeitsprofil (Urk. 10/95 S. 7) entsprechenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Angesichts der Befunde des Arthro-MRI der linken Schulter vom 13. März 2012 und des negativen Ergebnisses der Infiltration der linken Schulter vom 16. März 2012 seien die angegebenen Beschwerden schlecht erklärbar. Rein organisch seien die pathologischen Befunde gering und erreichten kein Ausmass, aufgrund dessen ein erheblicher

Integritätsschaden anzunehmen wäre (Urk. 10/123 S. 5). Die Physiotherapie habe sich als unwirksam erwiesen; eine weitere Leistungspflicht bestehe daher lediglich für allfällige der Behandlung der linksseitigen Schulterbeschwerden dienende Schmerzmittel (Urk. 10/123 S. 5 f.).

E. 3.16

Dr. B.____, Facharzt für Chirurgie,

gelange in seiner auf den Akten beruhenden, am 3. Dezember 2012 im Auftrag der Protekta-Rechtsschutzversicherung AG verfassten Beurteilung zum Schluss, dass aus dem Unfall vom 17. Februar 2011 eine strukturelle Schädigung des AC-Gelenks resultiere. Innerhalb eines Jahres habe sich eine AC-Gelenksarthrose mit subchondralen Zysten entwickelt; es bestehe eine Kapselhypertrophie. Die angrenzenden Knochenbestandteile des AC-Gelenks wiesen als Ausdruck eines chronischen Reizzustandes Signalalterationen auf. Die Befunde und das organisch strukturelle Substrat korrelierten eindeutig. Allerdings sei aufgrund des protrahierten Verlaufs zu schliessen, dass es zu einer zusätzlichen Symptomausweitung gekommen sei. So lasse sich die schwache Faustschlusskraft mit dem festgestellten Schaden nicht erklären. Die gemäss der SUVA noch zumutbare Gewichtsbelastung von maximal 15 kg für die linke obere Extremität sei angesichts der noch bestehenden, mit den bildgebend nachgewiesenen Schäden plausibel erklärbaren Beschwerden eindeutig zu hoch. Da noch nicht hinreichend abgeklärt worden sei, ob eine Resektion des AC-Gelenks, welche gar wieder zu einer vollen Arbeitsfähigkeit als Badmeister führen könnte, indiziert sei, sei die Leistungseinstellung per 1. März beziehungsweise 1. April 2012 zu Unrecht erfolgt. Falls die SUVA dennoch am Fallabschluss festhalte, habe der Beschwerdeführer jedenfalls Anspruch auf eine Entschädigung für die aus der schweren AC-Gelenksarthrose resultierende

In tegritätseinbusse von 5 % (Urk. 10/132 S. 10).

E. 3.17

Der Hausarzt Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, diagnostizierte am 12. Dezember 2012 periscapuläre Myogelosen bei posttraumatischem Schmerzsyndrom der linken Schulter. Der Beschwerdeführer, der an rezidivierenden Schmerzexazerbationen leide, sei in einer leichteren wechselbelastenden Tätigkeit (Büro) zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 10/133).

E. 3.18

Der Kreisarzt Dr. Z.____ hielt am 14. Januar 2013 fest, Dr. B.____

sei

gestützt ausschliesslich auf die Berichte zu den Ergebnissen der bildgebenden Abklärungen, mithin ohne Einsicht in die aus den MRI-Untersuchungen resultierende Bilddokumentation genommen zu haben, zum Schluss gelangt, dass das AC-Gelenk links beim Unfall vom 17. Februar 2011 geschädigt worden sei und dass es als Folge dieser Läsion zu einer zunehmenden AC-Arthrose gekommen sei. Beim fraglichen Ereignis habe sich der Beschwerdeführer unbestrittenermassen eine AC-Distorsion leichten Grades zugezogen (Urk. 10/139 S. 1). Wenn man die beiden MRI im PACS vergleiche, sei indes zu schliessen, dass die in der Untersuchung vom 13. März 2012 festgestellten Zysten, die vom zuständigen Radiologen lediglich in einem Nebensatz unter dem Titel „Befund“ erwähnt worden seien und in der eigentlichen Beurteilung keinen Niederschlag mehr gefunden

hätten, bereits am 2. März 2011 vorhanden gewesen seien. Sollte sich dies im Rahmen weiterer einschlägiger Abklärungen bestätigen, so sei eine Progredienz der degenerativen Veränderung im AC-Gelenk widerlegt; andernfalls sei der Argumentation von Dr. B.____ zuzustimmen. Allerdings müsse beachtet werden, dass eine AC-Distorsion Typ Tossy I respektive Rockwood I die kleinstmögliche Schädigung des AC-Gelenks darstelle. Eine solche könne durchaus folgenlos abheilen, was dann gegebenenfalls noch bewiesen werden müsste.

Als jedenfalls unbegründet erweise sich die von

Dr. B.____ am - am 22. Februar 2012 definierten - Zumutbarkeitsprofil geäußerte Kritik . Es sei nun eine weitere Arthro-MRI- Untersuchung , die Einholung der Beurteilung eines Radiologen und hier nach eine erneute kreisärztliche Untersuchung indiziert (Urk. 10/139 S. 2).

E. 3.19

In seiner im Auftrag der SUVA verfassten konsiliarischen Beurteilung der Ergebnisse der Arthro-MRI Untersuchungen des linken Schultergelenks vom 2. März 2011 und vom 13. März 2012 gelangte Prof. Dr. med. G.____ , Facharzt FMH für Radiologie , am 14. Februar 2013 zum Schluss, dass das AC-Gelenk schon in der initialen Untersuchung leichtgradige degenerative Veränderungen gezeigt habe, welche im Verlauf bis zur Folgeuntersuchung geringfügig zugenommen hätten. Bei der ersten Untersuchung hätten das Ödem und die Kapselverdickung für eine Kapselverletzung des AC-Gelenks ohne Mitbeteiligung der coracoclaviculären Bänder (Tossy I) gesprochen. Das Ödem scheine, soweit vergleichbar, in der Folgeuntersuchung regressiv zu sein (Urk. 10/144 S. 2).

E. 3.20

Das Arthro-MRI der linken Schulter vom 11. März 2013 ergab eine – verglichen zum Befund der Untersuchung vom

2. März 2011 stationäre - geringe AC-Arthrose. Neu bestanden eine Tendinopathie der Subscapularissehne und der Bizepssehne sowie geringe Zeichen einer Kapsulitis adhesiva (Urk. 10/149).

E. 3.21

Nachdem er den Beschwerdeführer am 11. April 2013 abermals kreisärztlich untersucht hatte, hielt Dr. Z.____ in seinem Bericht vom nämlichen Datum fest, angesichts der Ergebnisse der radiologischen Beurteilung

durch Prof. Dr. G.____ (Urk. 10/144) und der

Arthro-MRI -Untersuchung vom 11. März 2013

(Urk. 10/149) sei davon auszugehen, dass keine Folgen des Unfalls vom 17. Februar 2011 mehr vorlägen; der Fall könne demnach abgeschlossen werden. Das am 22. Februar 2012 formulierte – eingeschränkte – Zumutbarkeitsprofil habe aufgrund des Gesagten keine Gültigkeit mehr (Urk. 10/152 S. 14).

E. 3.22

In seiner gestützt auf die Akten verfassten Beurteilung vom 14. Mai 2013 hielt Dr. B.____ fest, aus dem MRI vom 2. März 2011 ergebe sich klar, dass das linke AC-Gelenk beziehungsweise das Schultergelenk beim Unfall vom 17. Februar 2011 traumatisiert

worden sei und sich der Beschwerdeführer eine AC-Gelenksluxation Tossy I zugezogen habe. Die seither anhaltenden linksseitigen Schulterschmerzen liessen sich durch die strukturelle Schädigung des AC-Gelenks erklären. Das Arthro-MRI vom 13. März 2012 zeige eindeutig, dass es dann innerhalb eines Jahres zu einer unfallbedingten Verschlechterung gekommen sei. So habe nun eine posttraumatische AC-Gelenksarthrose mit einer Kapselhypertrophie und vor allem subchondralen Geröllzysten, die eine irreversible Gelenksschädigung darstellten, bestanden. Zusätzlich seien die angrenzenden ossären Abschnitte signalalteriert gewesen. Demnach sei es infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres – bei durchgehender Brückensymptomatik – zu einem definitiven Schaden des AC-Gelenks mit einer posttraumatischen AC-Gelenksarthrose gekommen (Urk. 10/159 S. 7). Zudem bestehe eine SLAP-Läsion. Insofern bestehe ein Integritätsschaden von 5 bis 10%, und der Beschwerdeführer sei lediglich noch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit, wie sie bereits in der Beurteilung vom 3. Dezember 2012

(Urk. 10/132) umschrieben worden sei, arbeitsfähig (Urk. 10/159 S. 7 f.).

E. 3.23

Nach Kenntnisnahme des Einspracheentscheids vom 27. Juni 2013 (Urk. 2) hielt Dr. B.____ am 9. August 2013 fest, unabhängig von den Befunden des dritten MRI vom 11. März 2013, dessen Originalbericht ihm nicht vorliege, sei aufgrund der Ergebnisse der ersten zwei Arthro-MRI-Untersuchungen eine unfallbedingte richtunggebende Verschlimmerung der vorbestehenden AC-Gelenksarthrose eindeutig ausgewiesen. Die klinischen Befunde korrelierten mit den Beschwerden, die denn von Dr. D.____ auch während über eines Jahres entsprechend behandelt worden seien. Die SUVA sei daher weiterhin leistungspflichtig (Urk. 3/5).

E. 4.1

Nach Lage der Akten waren die durch das Ereignis vom 17. Februar 2011 ausgelösten beziehungsweise verstärkten Beschwerden im Bereich der HWS und der BWS (vgl. etwa Urk. 10/11, Urk. 10/37 S. 1, Urk. 10/68, Urk. 10/95 S. 4 und S. 7, Urk. 10/133) bis zur Leistungseinstellung per Ende April 2013 wieder abgeklungen. Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer aufgrund durch den fraglichen Unfall bedingter

linksseitiger Schulterbeschwerden noch über diesen Zeitpunkt hinaus Anspruch auf Leistungen hat.

E. 4.2

Fest steht und unbestritten ist, dass sich der Beschwerdeführer bei der Kollision mit dem Tram Mitte Februar 2011 eine linksseitige Verletzung des AC-Gelenks zuzog (vgl. insbesondere Urk. 10/38, Urk. 10/144 S. 2, Urk. 10/152, Urk. 10/159). Gestützt einerseits auf die Ergebnisse seiner fundierten Untersuchungen vom 22. Februar 2012 (Urk. 10/95) sowie vom 11. April 2013 (Urk. 10/152) und andererseits auf die gesamten medizinischen Akten, insbesondere auch die Ergebnisse der drei Arthro-MRI-Untersuchungen sowohl in Bild- als auch in Berichtform, gelangte der Kreisarzt Dr. Z.____ am 11. April 2013 zum Schluss, dass keine durch den Unfall vom 17. Februar 2011 bedingte gesundheitliche Beeinträchtigung mehr bestehe. Dies begründete er durchaus einleuchtend damit, dass der Beschwerdeführer sich damals eine Zerrung des AC-Gelenks zugezogen habe. Diese habe – wie sich aufgrund der fehlenden oder höchstens minimalen Verstärkung der degenerativen Veränderungen im AC-Gelenk im Verlauf von zwei Jahren ergebe – lediglich zu einer

vorübergehenden (und nicht etwa einer richtunggebenden) Verschlimmerung geführt. Bei den am 11. März 2013 neu festgestellten leichten Sehnenveränderungen handle es sich um degenerative Veränderungen, die in keinem ursächlichen Zusammenhang zum Ereignis vom 17. Februar 2011 stünden (Urk. 10/152 S. 14) .

Diese kreisärztliche Einschätzung steht im Einklang sowohl mit der Beurteilung des Radiologen Prof. med. G.____ , der gestützt auf die visuelle Darstellung der Ergebnisse der ersten beiden Arthro-MRI-Untersuchungen vom 2. März 2011 und vom 13. März 2012 zum Schluss gelangte, dass das linke AC-Gelenk bereits Anfang März 2011 – mithin auch schon im Unfallzeitpunkt – leichtgradige Veränderungen aufgewiesen habe, welche innert des Jahres bis zur zweiten Untersuchung nur geringfügig zugenommen hätten (vgl. Bericht vom 14. Februar 2013, Urk. 10/144) . Nachdem das rund zwei Jahre nach dem fraglichen Unfall durchgeführte Arthro-MRI vom 11. März 2013 dann gar eine – verglichen zum ersten Befund vom 2. März 2011 (Urk. 10/38) – stationäre (geringe) AC-Arthrose ergeben hatte (Urk. 10/149), steht fest, dass der Unfall vom 17. Februar 2011 weder Ursache der arthrotischen Veränderungen war noch zu einer richtunggebenden Verschlimmerung derselben führte. Die gegenteiligen Ausführungen von Dr. B.____

(Urk. 10/132, Urk. 10/159, Urk. 3/5)

vermögen insofern nicht zu überzeugen, als sie im Widerspruch zu den bildgebenden Befunden stehen. Auf die Gutachten des beratenden Arztes der Protekta Rechtsschutzversicherung AG, der den Beschwerdeführer nie untersucht hatte, kann im Übrigen schon deshalb nicht abgestellt werden, weil er nicht über sämtliche medizinischen Akten verfügte , als er seine abschliessenden Beurteilungen vom 14. Mai 2013 (Urk. 10/159) und vom 9. August 2013 (Urk. 3/5) verfasste. Insbesondere hatte Dr. B.____ , dem schon die Befunde der beiden im März 2011 beziehungsweise 2012 durchgeführten Arthro-MRI nur in (bereits von den zuständigen Radiologen interpretierter) Textform vorlagen, keine Kenntnis des Berichts der MRI-Untersuchung vom 11. März 2013 (Urk. 10/149) und befand es auch ausdrücklich für entbehrlich, noch Einsicht in die entsprechenden Akten zu nehmen (Urk. 3/5 S. 2) . Dies ist gerade angesichts der Tatsache, dass die erneute bildgebende Untersuchung nicht zuletzt dem Zweck diene, Dr. B.____ ‘ Einschätzung vom 3. Dezember 2012 (Urk. 10/132) zu verifizieren beziehungsweise zu widerlegen (vgl. Bericht Dr. Z.____ vom 14. Januar 2013, Urk. 10/139 S. 2), in keiner Weise nachvollziehbar. Hinzu weisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass die Protekta Rechtsschutzversicherung AG die SUVA am 25. April 2013 nicht etwa um Zustellung der seit der letzten Aktenbestellung vom 8. Juni 2012 (Urk. 10/110; vgl. auch Urk. 10/113) ergangenen medizinischen Berichte, sondern – explizit - ausschliesslich der Beurteilung Dr. Z.____ s vom 11. April 2013 ersuchte (Urk. 10/55 S. 1). Obwohl ihr spätestens nach Einsicht in diesen Bericht des Kreisarztes bekannt war, dass der Beschwerdeführer sich am 11. März 2013

bei einer dritten MRI-Untersuchung unterzogen hatte und dass noch eine Beurteilung des Radiologen Prof. Dr. G.____ eingeholt worden war, verzichtete sie so wohl im Einsprache- als auch im Beschwerdeverfahren darauf, die entsprechenden Dokumente noch anzufordern. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs (Art. 29 der Bundesverfassung [BV]; BGE 132 V 368 E. 3.1) liegt angesichts dieser Gegebenheiten nicht vor.

E. 4.3

Da der status quo sine nach dem Unfall vom 17. Februar 2011 nach dem Gesag ten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens per 30. April 2013 wieder erreicht war, erweist sich die Leistungseinstellung auf diesen Zeitpunkt hin als rechters. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

E. 5

Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Gutachtenskosten (Urk. 1 S. 2) fallen unter den Begriff der Parteikosten im Sinne von Art. 61 lit. g des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG). Da der Beschwerdeführer in diesem Verfahren unterliegt, hat er keinen Anspruch auf Ersatz dieser Kosten (vgl. BGE 115 V 62 E. 5c ; SVR 2011 IV Nr.

13 S.

35 E.

2 [Urteil des Bundesgerichts 9C_178/2010 vom 14. April 2010] . Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen davon (Kieser, ATSG-Kommentar, 2.

Aufl., Art. 61 lit.

g Rz 118) liegen nicht vor , erweisen sich doch die medizinischen Angaben von Dr. B.____ in Bezug auf dieses Verfahren kaum als sachdienlich und beachtlich. Das Gericht erkennt:
1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Protekta Rechtsschutz-Versicherung AG -
Rechtsanwalt Dr. Stefan Mattmann - 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 siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubFischer

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