

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00100

vom 10. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00100

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00100 du 10 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00100 del 10 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1957, war seit 1. Juli 2000 bei der Y.____ als Geschäftsinhaber (vgl. Urk. 11/55 S. 1) tätig und damit bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft (Allianz) obligatorisch unfallversichert, als er sich am 20. Juli 2007 eine Schulterprellung zuzog (Urk. 11/1 Ziff.1-6 und 9). Mit Verfügung vom 30. November 2010 (Urk. 11/103) stellte die Allianz ihre Leistungen per 31. Dezember 2009 ein (S. 3 Ziff. 1). Dagegen erhob der Versicherte am 17. Januar 2011 Einsprache (Urk. 11/109). Die Allianz holte ein Gutachten ein, das von den Ärzten der Z.____ am 29. Februar 2012 erstattet wurde (Urk. 11/132). Das hiesige Gericht hiess am 21. Januar 2016 im Verfahren Nr. UV.2015.00206 eine Rechtsverzögerungsbeschwerde gut (das betreffende Urteil befindet sich nicht in den von der Allianz eingereichten Akten). Die Allianz wies sodann die Einsprache mit Entscheid vom 30. März 2016 ab (Urk. 8/181 = Urk. 2).

E. 1.1

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (BGE 129 V 402 E. 2.1).

E. 1.2

Die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens sind von der versicherten Person glaubhaft zu machen. Kommt sie dieser Forderung nicht nach, indem sie unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben macht, die das Bestehen eines unfallmässigen Schadens als unglaubhaft erscheinen lassen, besteht keine Leistungspflicht des Unfallversicherers. Im Streitfall obliegt es dem Gericht zu beurteilen, ob die einzelnen Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt sind. Der Untersuchungsmaxime entsprechend hat es von Amtes wegen die notwendigen Beweise zu erheben und kann zu diesem Zwecke auch die Parteien heranziehen. Ist aufgrund dieser Massnahmen das Vorliegen eines Unfallereignisses nicht wenigstens mit Wahrscheinlichkeit erstellt – die blosser Möglichkeit genügt nicht –, so hat dieses als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten der versicherten Person auswirkt (BGE 116 V 136 E. 4b, 114 V 298 E. 5b, 111 V 201 E. 6b; RKUV 1990 Nr. U 86 S. 50).

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang

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

E. 1.4

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 blosse 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. 1.5

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 im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/aa). Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. 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). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 30. März 2016 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 28. April 2016 Beschwerde und beantragte, dieser sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, auch ab 1. Januar 2010 weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen; eventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 oben Ziff. 1 3).

Die Allianz beantragte mit Beschwerdeantwort vom 10. Juni 2016 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde.

Am 12. Juli 2016 reichte der Beschwerdeführer eine weitere Stellungnahme (Urk. 13) und einen Arztbericht (Urk. 14) ein, wozu sich die Beschwerdegegnerin am 9. September 2016 äusserte (Urk. 18), was dem Beschwerdeführer am 12. September 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 19).

Am 11. November 2016 (Urk. 22) reichte die Beschwerdegegnerin aufforderungs gemäss ein im Auftrag der Invalidenversicherung erstelltes Gutachten vom 7. März 2016 (Urk. 23), auf das beide Parteien in ihren Rechtschriften Bezug genommen hatten, ein. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung ihrer 2010 erlassenen Verfügung (Urk. 11/103) aus, Dr. med. A.____, auf dessen Beurteilung der Beschwerdeführer Bezug genommen hatte, sei von einem Leitersturz und damit von einem unzutreffenden Unfallhergang ausgegangen (S. 1). Gemäss ihrem Konsiliararzt Dr. med. B.____ habe das Ereignis vom 20. Juli 2007 zu einer vorübergehenden Verschlechterung eines vorbestehenden Zustandes geführt, der spätestens am 31. Dezember 2009 wieder erreicht gewesen sei (S. 2 Mitte).

Im Einspracheentscheid (Urk. 2) nahm sie sodann Bezug auf das 2012 erstattete Z.____-Gutachten (S. 2 lit. h) und machte geltend, die dort wiedergegebenen Schilderungen des Unfallhergangs durch den Beschwerdeführer seien kaum vereinbar mit dessen Angaben in der ursprünglichen Unfallmeldung (S. 6 Ziff. 28 ff.). Bezüglich der Frage der Unfallkausalität sei auf die Beurteilung durch Dr. B.____ und nunmehr auch Dr. med. C.____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die am 3. Februar 2016 eine Aktenbeurteilung abgegeben hatte (S. 2 lit. j), abzustellen (S. 10 Ziff. 52). In

Übereinstimmung mit Dr. C.____ sei davon auszugehen, dass der Status quo ante vel sine sechs Wochen nach dem Unfall vom 20. Juli 2007 wieder erreicht gewesen sei (S. 12 Ziff. 66). Die Leistungseinstellung per Ende 2009 sei, zumal auf Rückforderungen verzichtet werde, nicht zu beanstanden (S. 13 Ziff. 67).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 7) wies sie darauf hin, nunmehr liege ein Gutachten der Ärzte des D.____ vor, das die Invalidenversicherung eingeholt habe, weil der Beschwerdeführer geltend gemacht habe, das Z.____-Gutachten sei bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht aussagekräftig beziehungsweise veraltet. Diese seien zum Schluss gekommen, keine der dargestellten Gesundheitsstörungen - neben den im Hintergrund stehenden Schulterbeschwerden vor allem ein zervikozephal und lumbovertebrales Schmerzsyndrom - führe zu einer Einschränkung in bisheriger oder leidensadaptierter Tätigkeit (S. 11 f. Ziff. 6.1).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), auf die nur rudimentär, nicht von ihm selber und teilweise falsch ausgefüllte Unfallmeldung könne nicht abgestellt werden (S. 4 f. Ziff. 4.1). Entgegen der Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin sei das Z.____-Gutachten nicht mangelhaft (S. 8 f. Ziff. 5.3 ff.), aus näher genannten Gründen aber die Beurteilung durch Dr. C.____ (S. 10 ff. Ziff. 5.6 f.). Punkto Unfallkausalität, Arbeitsfähigkeit und Integritätseinbusse sei auf das Z.____-Gutachten abzustellen (S. 13 f. Ziff. 6.1 f.). Auf das von der Beschwerdegegnerin nunmehr angeführte D.____-Gutachten könne aus näher angeführten Gründen - und mit Hinweis auf eine ärztliche Stellungnahme vom 26. Mai 2016 (Urk. 14) - nicht abgestellt werden (Urk. 13).

E. 2.3

Strittig sind die per Ende 2009 erfolgte Leistungseinstellung und ein allfälliger Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

E. 3.1

Am 8. September 2007 erstattete die Y.____ eine Unfallmeldung (Urk. 11/1). Darin wurde angegeben, der Unfall habe sich am 20. Juli 2007 ereignet (Ziff. 3), und folgende Unfallbeschreibung abgegeben (Ziff. 6): Im Lager wollte X.____ Ordner verstauen, dabei ist er auf einem Ordner ausgerutscht und mit der Schulter gegen die Mauer geprallt.

Als betroffener Körperteil wurde die rechte Schulter genannt, als Art der Schädigung eine Prellung (Ziff. 9).

E. 3.2

Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 26. September 2007 (Urk. 11/2) aus, die Erstkonsultation habe am 22. August 2007 stattgefunden (Ziff. 1). Als Angaben des Patienten berichtete er (Ziff. 2): Sturz mit Kontusion Schulter links, zunehmend bewegungsabhängige Schmerzen

Als Diagnose nannte er einen Verdacht auf Zerrung der Supraspinatussehne links (Ziff. 5). Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe nicht (Ziff. 8).

Auf entsprechende Nachfrage bestätigte Dr. E.____ am 16. Juli 2012, der Beschwerdeführer habe ihn am 22. August 2007 in seiner Praxis aufgesucht. Der entsprechende Eintrag in der Krankengeschichte laute: 20.7.2007 Sturz mit Kontusion Schulter links. Zunächst

problemloser Verlauf, später zunehmend Schmerzen bei Abduktion ab 80° (Urk. 11/137).

In seinen Berichten vom 26. November 2007 (Urk. 11/7) und vom 17. Januar 2008 (Urk. 11/10) nannte Dr. E.____ als Diagnose eine Kontusion Schulter links (Ziff. 1) und führte aus, es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 4).

E. 3.3

Dr. med. F.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte in ihrem Bericht vom 14. Februar 2008 (Urk. 11/15) unter anderem - auch unter Hinweis auf den am 22. Januar 2008 erhobenen MRI Befund (Urk. 11/14) - aus, anlässlich der Konsultation vom 16. Januar 2008 habe der Beschwerdeführer über therapieresistente Schulterschmerzen links seit einem Sturzereignis am 20. Juli 2007 berichtet. Dabei sei er auf den Ellbogen gestürzt und es sei zu einer axialen Stauchung des Oberarmes in die Schulter gekommen. Die Schmerzen persistierten seither bei Abduktion ab zirka 80° und bei Arbeiten über der Schulterebene (S. 1 Mitte).

Die persistierenden Schmerzen mit klinisch möglicher Instabilität könnten im Rahmen einer Labrumläsion und SLAP-Läsion erklärt werden. Diese Läsionen seien höchst wahrscheinlich durch den Unfall bedingt, passend auch zum Unfallmechanismus mit axialer Stauchung. Die Schmerzen bei Abduktion und Arbeiten über der Schulterebene seien vermutlich eher im Rahmen einer Impingementproblematik bei Osteophyten und Einengung des Subacromialraumes bedingt; diese Befunde seien eher vorbestehend und durch den Unfall aktiviert worden (S. 2 oben).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. F.____ aus, der Beschwerdeführer sei in seiner Tätigkeit als Inhaber eines Fernsehgeschäfts durch die Funktions einschränkung der linken Schulter sicherlich eingeschränkt. Aktuell versuche er, möglichst viel an die Mitarbeiter zu delegieren. Den Anteil der schweren Arbeiten am Gesamtarbeitspensum könne sie nicht genau abschätzen (S. 2 Mitte).

E. 3.4

Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab am 10. März 2008 als beratender Arzt der Beschwerdegegnerin eine Aktenbeurteilung ab (Urk. 11/16). Er führte aus, bei den bis dahin gestellten Diagnosen handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um Folgen des Unfalles vom 20. Juli 2007 (Ziff. 1). Es sei zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustands gekommen; der Status quo sine dürfte ein Jahr nach dem Unfall, also per 31. Juli 2008, erreicht werden (S. 1 unten).

E. 3.5

Dr. F.____ (vorstehend E. 3.3) nannte in ihrem Bericht vom 21. April 2008 (Urk. 11/17) als Diagnose ein Schultertrauma links am 20. Juli 2007 mit Rissbildung und Fragmentation des Labrums anterior-superior sowie Verdacht auf SLAP-Läsion Grad I (S. 1 Ziff. 1). Die tatsächliche Arbeitsfähigkeit sei schwierig einzuschätzen. Schwere Hebearbeit und Arbeiten mit vorgehaltenem Arm seien sicherlich deutlich eingeschränkt durchführbar. Wieviel dies prozentual des Gesamtarbeitspensums ausmache, könne sie nicht beurteilen (S. 2 Ziff. 4a).

In ihrem Bericht vom 9. Juli 2008 (Urk. 11/20) führte Dr. F.____ unter anderem aus, es bestünden zwar noch leichte Defizite, aber diese seien nur noch wenig einschränkend, so dass die Behandlung abgeschlossen werde (S. 1 Ziff. 3d). Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 30. April 2008 habe noch eine deutliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von

20-30 % bestanden. In den folgenden Wochen habe sich nochmals eine deutliche Besserung eingestellt, so dass der Beschwerdeführer ab Mitte Mai 2008 wieder voll gearbeitet habe, wenn auch nach eigener Schätzung sicherlich 10 % der Arbeiten delegiert werden müssten (S. 2 Ziff. 4a). Letzteres bestätigte Dr. F.____ - auf Wunsch des Beschwerdeführers - unter Präzisierungen am 19. November 2008 (Urk. 11/42).

E. 3.6

Dr. E.____ (vorstehend E. 3.2) berichtete

am 26. August 2008 (Urk. 11/24) über einen wechselnden Verlauf und die Überweisung des Beschwerdeführers an Dr. H.____ (Ziff. 4), wobei er eine Arbeitsunfähigkeit verneinte (Ziff. 8).

Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie, veranlasste eine Arthro-MRI Untersuchung des Beschwerdeführers, die am 12. September 2008 erfolgte und als Befunde mehrere Zeichen einer Frozen shoulder, eine SLAP-Läsion, eine geringe Supraspinatus-Pathologie und eine Bursitis subacromialis/subdeltoidea ergab (Urk. 11/30).

Dr. H.____ berichtete am 18. September 2008, klinisch habe er keinerlei Zeichen einer Frozen shoulder gefunden; aufgrund der weiteren Befunde habe er mit dem Beschwerdeführer eine operative Sanierung vereinbart (Urk. 11/32). Laut Bericht vom 4. November 2008 (Urk. 11/39) nahm er sodann am 3. November 2008 eine Schulterarthroskopie, eine arthroskopische LBS Tenodesis sowie eine Supraspinatussehnen-Reinsertion vor.

Dr. E.____ (vorstehend E. 3.2) teilte der Beschwerdegegnerin auf Wunsch des Beschwerdeführers am 18. November 2008 mit, gemäss dessen Angaben habe vom 20. Juli 2007 bis 15. Januar 2008 eine ständige Arbeitsunfähigkeit von 30-40 % bestanden; ab Mitte Januar 2008 werde die Arbeitsunfähigkeit von Dr. F.____ bestätigt (Urk. 11/41).

Am 29. Juni 2009 (Urk. 11/63) berichtete Dr. H.____ über einen den Patienten nicht ganz befriedigenden Verlauf (Ziff. 2), attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Ziff. 4a) und bezeichnete die Prognose als gut (Ziff. 4c).

Am 28. August 2009 (Urk. 11/68) berichtete Dr. H.____, dass er den Patienten an Dr. I.____, J.____ (nachstehend E. 3.7), überwiesen habe (Ziff. 3a). Es bestehe nach wie vor eine Teilarbeitsunfähigkeit, weil der Patient immer noch starke Schmerzen habe (Ziff. 4a).

Am 22. August 2009 erlitt der Beschwerdeführer einen - in den vorliegenden Akten nicht weiter dokumentierten - Auffahrunfall (vgl. Urk. 11/132 S. 11 Ziff. 1.2).

E. 3.7

Prof. Dr. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Ärztlicher Direktor J.____, führte mit Bericht vom 5. November 2009 (Urk. 11/72) unter anderem aus, die MRI-Untersuchung zeige eine geheilte Supraspinatussehnen-Naht mit normaler Ankerlage (S. 1 unten). Er ging von der Persistenz einer Frozen Shoulder aus, mit einer sehr grossen Wahrscheinlichkeit, dass eine konservative Therapie dieses Problem löse (S. 1 f.).

In der Folge wurde am 19./20. Januar 2010 (Urk. 11/74-75) über die Behandlung des Beschwerdeführers berichtet.

Prof. I.____ führte in seinem Bericht vom 28. April 2010 (Urk. 11/78) unter anderem aus, die aktive Beweglichkeit sei etwas besser, aber dies sei für den Patienten kaum merkbar. Dieser habe zwischenzeitlich noch einen Auffahrunfall erlitten und seither würden auch Rückenschmerzen aktiv durch Dr. K.____ Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie - behandelt (S. 1 unten). Er führte aus, aus seiner Sicht komme eine chirurgische Behandlung in der jetzigen Situation nicht in Frage und er gebe die Behandlung an Dr. K.____ zurück. Aus der Sicht der Schulter könne eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bis am 28. April 2010 attestiert werden, anschliessend dürfte die Arbeitsunfähigkeit eher durch die Rückenproblematik begründet sein (S. 2 oben).

E. 4.1

Am 12. Juli 2010 erstattete Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, ein Konsilium im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/92), dies gestützt auf die von ihm am 30. Juni 2010 erhobenen Befunde und die ihm überlassenen Akten (S. 1 Mitte).

Dr. B.____ fasste den bisherigen Verlauf zusammen (S. 1 ff.) und berichtete, anlässlich der Untersuchung vom 30. Juni 2010 klagte der Patient über mässige bis tolerierbare Schmerzen im Bereich der linken Schulter (S. 3 Ziff. 1.2); er nehme keine Medikamente und gehe momentan nicht in eine Therapie (S. 3 Ziff. 1.3).

Er nannte folgende Diagnosen (S. 4 Ziff. 4): - Status nach Schulterkontusion links am 20. Juli 2007 bei Impingement wegen engem Subakromialraum - Status nach arthroskopischer LBS-Tenodese und Supraspinatussehnen-Reinsertion - persistierende Funktionseinschränkung der linken oberen Extremität mit hälftiger Reduktion des Range of Movement (ROM) und hälftiger Abschwächung der rohen Kraft (kursorisch) bei - Adipositas - Status nach HWS-Distorsion (unfallfremd)

Die Frage, ob unfallfremde Faktoren vorlägen, bejahte der Gutachter: Das MRI rund fünf Monate nach dem Unfall habe eine Einengung des Subakromialraums mit konsekutivem Impingement auf die Supraspinatussehne gezeigt; diese sei in ihrer Kontinuität erhalten gewesen, es sei kein Riss oder Kontrastmittelübertritt nachweisbar gewesen. Beim zweiten MRI im September 2008 seien eine SLAP-Läsion, eine geringe Supraspinatuspathologie und eine Bursitis subakromialis / subdeltoidea festgestellt worden. Damit seien die beiden Untersuchungsbefunde bis auf die SLAP-Läsion weitgehend konkordant (S. 4 Ziff. 1).

Aufgrund der vorliegenden Unterlagen bestehe die einzig sicher nachvollziehbare Unfallfolge in einer Schulterkontusion bei vorbestehendem Engpasssyndrom und chronischer Bursitis. Hinweise auf eine relevante traumatische Supraspinatusläsion liessen sich auf keiner der beiden präoperativen MRI-Untersuchungen nachweisen. Möglich sei dagegen, dass die SLAP-Läsion traumatischen Ursprungs sei; da diese aber gemäss Operationsbericht nicht behandelt worden sei, könne ihre klinische Relevanz als unbedeutend eingestuft werden (S. 4 Ziff. 2).

Es liege eine traumatisierte Bursitis subakromialis links bei vorbestehendem subakromialen Engpass ohne relevante Zusatzläsionen vor. Dr. H.____ habe eine Supraspinatuspartialruptur diagnostiziert und operativ angegangen. Bei der MRI-Untersuchung sei eine solche Sehnenläsion nicht explizit diagnostiziert worden, weshalb davon ausgegangen werden könne, dass sie im Zeitpunkt des MRI nicht vorhanden gewesen sei (S. 4 f.).

Das Ereignis vom 20. Juli 2007 habe zu einer vorübergehenden Verschlechterung eines vorbestehenden Zustandes geführt und der Vorzustand sei spätestens am 31. Dezember 2009 wieder erreicht gewesen (S. 5 oben).

E. 4.2

Am 12. Oktober 2010 erstattete Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, einen Bericht im Auftrag des Beschwerdeführers (Urk. 11/99), dies gestützt auf die von ihm am 11. Oktober 2010 erhobenen Befunde und die ihm überlassenen Akten (S. 1 Mitte).

Anamnestisch hielt er fest, am 20. Juli 2007 sei es zu einem Sturz von der dritt untersten Sprosse einer Leiter gekommen. Dabei sei der Beschwerdeführer auf die linke Seite gestürzt, habe primär mit dem linken Ellbogen auf den Boden aufgeschlagen und es sei zu einem axialen Stoss auf die linke Schulter und bei weiterem nach links Fallen sekundär zur Kontusion der linken Schulter gekommen. Der Patient habe sofort Beschwerden in der linken Schulter verspürt und diese nicht mehr gut bewegen können. Wegen zunehmender bewegungsabhängiger Schmerzen habe er dann am 20. August 2007 seinen Hausarzt aufgesucht, der den Verdacht auf eine Supraspinatussehnenzerrung formuliert habe. Ein MRI vom 22. Januar 2008 habe eine Rissbildung des Labrums im anterioren bis superioren Abschnitt, möglicherweise vergesellschaftet mit einer SLAP-Läsion, sowie ein Impingement mit degenerativen Auffaserungen der Supraspinatussehne und grenzwertiger Einengung des Subakromialraumes ergeben (S. 1).

Die aktuellen Befunde deckten sich im Wesentlichen mit den durch Dr. B.____ erhobenen Befunden. Was die Frage der Therapiemöglichkeiten angehe, so teile er die Ansicht der Ärzte des J.____, dass kaum mehr eine Verbesserung zu erwarten sei (S. 3 oben).

Betreffend Kausalität sei er nicht der gleichen Meinung wie Dr. B.____. Der Patient sei bis zum Unfallereignis mit seiner linken Schulter nicht beeinträchtigt gewesen, und durch das axilläre Stauchungstrauma sei es zweifelsfrei zu einer Rissbildung im Labrum und einer SLAP-Läsion und zumindest einer Kontusion der Rotatorenmanschette gekommen. Das MRI vom Januar 2008 zeige sehr klar die Labrumrissbildung und die SLAP-Läsion und diese seien zweifelsfrei als Traumafolgen zu interpretieren (S. 3 Mitte).

Seines Erachtens gelte „ganz klar, wer primär A sagt zum Unfallereignis und dieses ist unbestritten, die entsprechenden Behandlungen inkl. Operationen etc. übernommen hat, hat auch angesichts eines nicht so erfreulichen Endzustandes B zu sagen und die Unfallkonsequenzen zu tragen“. Ein Status quo sine im Sinne eines Vorzustandes sei hier nach der Operation nicht mehr zu erreichen (S. 3 unten).

Eine allfällige Integritätseinbusse würde er auf 15 % schätzen (S. 4 oben).

E. 4.3.1

Am 29. Februar 2012 erstatteten die Ärzte der Z.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/132), dies gestützt auf ihre Untersuchungen im November / Dezember 2011 und die ihnen überlassenen Akten (S. 1).

E. 4.3.2

Anamnestisch wurde vom chirurgischen Experten unter anderem ausgeführt, am 20. Juli 2007 habe der Patient einen Ordner versorgen wollen, dabei sei er auf einer unteren Leitersprosse gestanden. Er sei ausgerutscht und auf die linke Körperseite gestürzt, nachdem er den linken Ellenbogen zuerst an der Wand angeschlagen habe. Es sei zuerst

durch das Abfangen des Sturzes zu einem Stoss in die linke Schulter und danach durch den Aufprall noch einmal zu einem Schlag auf diese Schulter gekommen. Da die Schmerzen anfänglich nur leicht gewesen seien, habe er noch weitergearbeitet (S. 25 Ziff. 2.1).

Vom neurologischen Experten wurde anamnestisch unter anderem ausgeführt, der Patient sei beim Unfall von 2007 auf einer Dreistufenleiter gestanden und habe etwas an der Decke gebohrt; er habe die Bohrmaschine in der rechten Hand gehalten. Er sei von der Leiter gestürzt und auf den linken Ellenbogen gefallen, sonst sei es nicht zu Verletzungen am Körper gekommen. Er habe dann weitergearbeitet und habe auch in den folgenden Wochen problemlos arbeiten können (S. 28 Ziff. 2.2).

Im Bericht des neuropsychologischen Experten (S. 29 ff.) wurde ausgeführt, der Unfall vom 20. Juli 2007 habe sich ereignet, als der Patient im Lager etwas an der Decke gebohrt habe, worauf er ausgeglitten und aus einer Höhe von zirka 60, maximal 70 cm gegen eine Wand mit der Schulter angeschlagen habe. Gemäss seiner Beschreibung sei er schräg zur Wand hin geflogen und schliesslich zu Boden gestürzt und habe sich dabei mit der linken Hand beziehungsweise dem linken Arm abgestützt (S. 32 unten).

Der rheumatologische Experte führte aus, der Patient berichte, er sei aus zirka 60 cm Höhe von einer Leiter gestürzt, als er an einer Decke ein Loch bohren wollte. Er habe dabei die Bohrmaschine in der rechten Hand gehalten und sei mit der linken Schulter zuerst an die Wand geprallt, dann auf den Boden gefallen. Dabei habe er sich auf die linke Hand abgestützt, aber auch den Ellbogen noch am Boden angeschlagen. Vorerst habe er nur mässige Schmerzen verspürt und deshalb weitergearbeitet (S. 36 f.).

Der ORL-Experte hielt zum Ereignis vom 20. Juli 2007 fest: Leitersturz aus geringer Höhe mit Verletzung der Schulter (S. 39 Ziff. 2.5).

E. 4.3.3

Die Gutachter nannten folgende mit dem Unfall vom 20. Juli 2007 in Zusammenhang stehende Diagnose (S. 62 Ziff. 6.1.1): - posttraumatische Funktionseinschränkung der linken Schulter im Sinne von Bewegungseinschränkung, belastungs- und bewegungsabhängigen Schmerzen und geringerem Ruheschmerz und Verminderung der rohen Kraft, einer mässiggradigen Periarthropathia humeroscapularis entsprechend bei: - Zustand nach Schultertrauma links mit MR-tomografisch nachgewiesener Rissbildung und Fragmentation des Labrums im anterior/superioren Abschnitt mit Läsion der langen Bizepssehne (SLAP-Läsion Grad 1) und Supraspinatussehnen-Partialruptur - Zustand nach Schulterarthroskopie, arthroskopischer LBS-Tenodese, Supraspinatussehnen-Reinsertion am 3. November 2008

Unter den vorbestehenden beziehungsweise aktuellen unfallfremden Diagnosen nannten sie unter anderem ein subakromiales Impingement der linken Schulter mit degenerativer Auffaserung der Supraspinatussehne an der Ober- und Unterfläche (S. 62 Ziff. 6.2).

E. 4.3.4

Als Beschwerden, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer organisch nachweisbaren Störung zugeordnet werden könnten, nannten sie eine Funktionsminderung der linken Schulter im Sinne einer mässigen Periarthropathia humeroscapularis (S. 64 Ziff. 1.5). Als nachweisbaren organischen Gesundheitsschaden nannten sie eine Läsion des Schultergelenkspfannenrandes und Teilruptur der Supraspinatussehne, bedingt durch die sturzbedingte Traumatisierung der linken Schulter (S. 62 Ziff. 1.6).

Die eingeschränkte Funktion der linken Schulter sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge des Unfallereignisses vom 20. Juli 2007 (SLAP-Läsion, kombiniert mit einer partiellen Ruptur der Supraspinatussehne); allerdings seien in der MRT vorbestehende degenerative Veränderungen im Sinne von Auffassungen der Supraspinatussehne mit konsekutivem subakromialem Impingement festgestellt worden (S. 66 Ziff. 2.1 lit. a).

E. 4.3.5

Auf die Frage nach dem gesundheitlichen Zustand (Vorzustand) im Zeitpunkt des Unfalles vom 20. Juli 2007 führten sie unter anderem aus, gemäss den anamnestischen Angaben und den zur Verfügung gestellten Akten sei der Patient vor dem Unfallereignis als Inhaber und Geschäftsführer eines Radio- und Fernsehgeschäfts voll arbeitsfähig gewesen. Es hätten jedoch damals schon die beschriebenen Vorzustände an der linken Schulter bestanden (S. 67 Ziff. 2.2.1 lit. a).

Das Unfallereignis vom 20. Juli 2007 habe zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung eines unfallfremden Vorzustandes (der weder ärztlich behandelt worden sei noch zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt habe), einer mittelgradigen Periarthropathia humeroscapularis entsprechend, geführt (S. 69 Ziff. 2.3.1).

Bezüglich des Unfalls vom 20. Juli 2007 sei der Schaden definitiv; der Status quo ante / sine könne nicht mehr erreicht werden (S. 69 Ziff. 2.3.2 lit. a).

E. 4.3.6

Das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg beidhändig sei nicht mehr zumutbar (beispielsweise Anliefern von schweren Radio- und Fernsehgeräten). Oberhalb der Gürtellinie könne der Patient mit der im Schultergelenk flektierten oder abduzierten linken Oberextremität Lasten über 1 kg nicht heben oder tragen. Tätigkeiten, die mit anhaltend gestrecktem Arm oder repetitiven Rotationsbewegungen der linken Schulter verbunden seien (beispielsweise Montagearbeiten über Kopf), könnten nicht mehr ausgeführt werden, ebenso Arbeiten, die mit schockartiger Krafteinwirkung auf die linke Schulter verbunden seien (beispielsweise Hämmern, Arbeiten mit Schlagbohrmaschine, Meisseln, Anziehen und Lösen von festsitzenden Schrauben). Auszuschliessen seien generell alle grobmanuellen Tätigkeiten mit der linken Oberextremität (S. 71 Ziff. 3.1.1).

Leichte bis maximal mittelschwere manuelle Arbeiten beidhändig könnten dem Versicherten jedoch weiterhin zugemutet werden können, ebenso alle administrativen Tätigkeiten (S. 71 Ziff. 3.1.1 am Ende).

Unfallbedingt bestehe bezüglich der linken Schulter eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer (S. 72 Ziff. 3.1.3). Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könnte erzielt werden durch ein Verlegen des Schwergewichts der beruflichen Tätigkeit auf leichte Montagearbeiten auf Tischhöhe und administrative Arbeit (S. 72 Ziff. 3.2.1); in einer so angepassten Tätigkeit könne von einer vollen Ganztagespräsenz am Arbeitsplatz ausgegangen werden (S. 72 Ziff. 3.2.3).

Bei einer Person mittleren Alters (42 Jahre) wären bezüglich des Unfalles vom 20. Juli 2007 noch keine oder eher nur diskrete degenerative Veränderungen an der Schulter zu erwarten. Bei einer identischen Verletzung hätte somit ein kürzerer Heilverlauf und postoperativ möglicherweise ein Status quo sine eintreten können (S. 73 Ziff. 4a).

Bezüglich des Unfalles vom 20. Juli 2007 sei der medizinische Endzustand erreicht (S. 74 Ziff. 6.1 lit. a).

E. 4.3.7

Die unfallbedingten Beschwerden führten bezüglich des Unfalles vom 20. Juli 2007 zu einer bleibenden Schädigung der Integrität (S. 75 Ziff. 7.1 lit. a), die einer mässigen Periarthropathia humeroscapularis entspreche, mithin gemäss der massgebenden Tabelle einem Integritätsschaden von 10 %, womit nach einem Abzug von einem Drittel wegen der vorbestehenden degenerativen Veränderungen ein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden von 6.66 % resultiere (S. 75 f. Ziff. 7.2).

E. 4.4

Am 13. Dezember 2013 nahm der am Z.____-Gutachten beteiligte Chirurg zu Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin Stellung (Urk. 11/157). Zur Frage, um welchen Grad oder Typ der SLAP-Läsion es sich handle, führte er aus, in der MRT vom 22. Januar 2008 sei eine Rissbildung mit geringgradiger Fragmentation des Labrums im anterior/superioren Bereich gefunden worden, möglicherweise vergesellschaftet mit einer SLAP-Läsion Grad 1. Bei der MRT vom 12. September 2008 sei unter anderem eine SLAP-Läsion objektiviert, jedoch keine Typenbezeichnung vorgenommen worden. Auch der Operateur Dr. H.____ habe im November 2008 keine Klassierung der SLAP-Läsion vorgenommen (S. 1 f.). Angesichts der Beschreibung der Operation habe es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine SLAP-Läsion Typ II gehandelt. Die Ausführungen im Gutachten bezögen sich nicht vorwiegend auf die Variante der SLAP-Läsion, sondern die objektivierten Befunde; die in der Diagnoseliste aufgeführten SLAP-Läsionen Typ 1 entsprächen der in der MRT vom Januar 2008 formulierten Diagnose (S. 2 oben).

Der Patient sei gemäss seinen Angaben auf einer Leiter ausgerutscht und mit der linken Schulter gegen eine Mauer geprallt und danach gestürzt, dabei habe er den Sturz mit dem linken Arm abfangen wollen. Dabei handle es sich um ein linksseitiges ‚adäquates‘ Schultertrauma, das die MR-tomografisch und intraoperativ erhobenen Läsionen, ausser den altersentsprechenden degenerativen Veränderungen, ausgelöst haben dürfte. Die davor ausgeübten Aktivitäten wie Überkopfarbeiten und intensives Tennisspielen könnten nicht allein als auslösendes Agens für die erwähnten pathologischen Befund an der linken Schulter bezeichnet werden, sonst wären viele Maler / Gipser und frühere Profi-Tennisspieler wegen Schulterproblemen im Alter von 50 Jahren arbeitsunfähig. Allerdings könne auch nicht damit argumentiert werden, dass die linksseitige Schulterproblematik vollumfänglich auf das Unfallereignis zurückzuführen sei (S. 2 Ziff. 2). Die versicherungsmedizinische Anerkennung einer SLAP-Läsion sei nur bei gleichzeitigem Defekt an der langen Bizepssehne möglich. Intraoperativ sei ein solcher durch Dr. H.____ am 4. November 2008 bestätigt und durch eine Bizepsstenodese behandelt worden (S. 3 Mitte).

E. 4.5

Am 3. Februar 2016 erstattete Dr. med. C.____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine Aktenbeurteilung im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 11/176).

Sie nahm einleitend auf einzelne Arztberichte Bezug (S. 1). Sodann führte sie aus, eine SLAP-Läsion könne degenerativ und anlagebedingt, aber auch traumatisch entstehen. Für eine SLAP-Läsion spreche ein Sturz auf den ausgestreckten Arm und mit damit verbundenen starken axialen Krafteinwirkungen in die Schulter, aber auch plötzlicher starker Zug am Arm beziehungsweise eine Schulterluxation. Bei einem Sturz auf das Ellenbogengelenk sei tendenziell eher eine Verletzung des Ellenbogengelenks zu erwarten als eine SLAP-Läsion der Schulter. Wichtiges Kriterium für eine traumatische SLAP-Läsion sei die sofortige Einstellung der Arbeit, da durch die Art der Verletzung grosse Schmerzen verursacht würden (S. 2 oben).

Zurückhaltung in der Annahme einer traumatischen Entstehung sei angezeigt, wenn die Schmerzen diffus geschildert würden, das Unfallereignis fraglich sei und kein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen ‚Unfall‘, ärztlicher Behandlung und Arthroskopie bestehe; in diesem Fall werde der Gutachter einen Zusammenhang verneinen müssen. Gemäss der Literatur sei zur Anerkennung der Unfallkausalität unfallnah eine akute deutliche funktionsbeeinträchtigende Schultersymptomatik zu fordern (S. 2 Mitte).

Im konkreten Fall sei zuerst ein Sturz mit Prellung der Schulter gegen die Wand gemeldet; es sei weder zu einer axialen Krafteinwirkung des Oberarmknochens in die Schulter hinein noch zu einer plötzlichen Zugwirkung gekommen, ferner sei die Schulter nicht luxiert worden. Die berufliche Tätigkeit sei fortgesetzt worden, diagnostische Abklärungen seien Monate später erfolgt. Auch die Modifizierung des Unfallereignisses mit Sturz auf den Ellenbogen sowie die Kenntnis der MRT-Befunde liessen eine traumatische SLAP-Läsion nicht überwiegend wahrscheinlich erscheinen. Es sei davon auszugehen, dass die Veränderungen durch rezidivierende Mikrotraumatisierungen (was degenerativen Veränderungen entsprechen) durch Beruf und Hobby entstanden seien (S. 2 unten).

Ferner führte Dr. C.____ aus, den Ausführungen von Dr. B.____ vom 12. Juli 2010 (vorstehend E. 4.1) könne sie so nicht folgen, da durch das Ereignis vom 20. Juli 2007 einzig eine Prellung ausgelöst worden sei. Der Vorzustand sei spätestens 6 Wochen nach dem Ereignis erreicht. Die im MRT-Bericht beschriebenen SLAP-Läsionen und die Partialruptur der Supraspinatussehne seien ausschliesslich degenerativer Natur (S. 3 oben).

E. 4.6

Am 7. März 2016 erstatteten die Ärzte des D.____ ein Gutachten im Auftrag der Invalidenversicherung (Urk. 23), dies gestützt auf die ihnen überlassenen Akten und auf am 14. und 19. Januar 2016 erfolgte Untersuchungen (S. 1).

Zur medizinischen Vorgeschichte führten sie unter anderem aus, 2007 habe der Versicherte eine Prellung der linken Schulter erlitten. Durch die weitere Diagnostik habe eine Rissbildung mit geringer Fragmentation des Labrums im anterior-superioren Abschnitt und eine mögliche SLAP-Läsion Grad I durch eine degenerative Auffaserung der Supraspinatussehne nachgewiesen werden können. Bei fortbestehender Beschwerdesymptomatik seien - bei intraoperativ gewonnener Diagnose der Supraspinatussehnenpartialruptur sowie einer ausgedehnten SLAP-Läsion - am 3. November 2008 eine Schulter-Arthroskopie, eine arthroskopische Arthrolyse der langen Bizepssehne sowie eine Supraspinatussehnen-Reinsertion erfolgt. Der postoperative Verlauf sei komplikationslos verlaufen (S. 21 Mitte).

Die Gutachter stellten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22 lit. D1).

Die Arbeitsfähigkeit sei weder in der zuletzt ausgeübten noch in leidens adaptierter Tätigkeit eingeschränkt (S. 24 oben). Der Versicherte sei in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg durchzuführen. Tätigkeiten in Zwangshaltungen (Vor neige, Über kopfarbeiten) sollten vermieden werden. Neurologisch und psy chiatrisch sei das Belastungsprofil nicht eingeschränkt (S. 24 Mitte).

Somatisch habe sich bei der Prüfung der Schultergelenksfunktion eine deutliche Inkonsistenz gezeigt: Während die Anteversion und Abduktion aktiv und passiv nur bis knapp zur Horizontalen zugelassen werde, sei die Funktion in Bauchlage nicht wesentlich eingeschränkt und der Versicherte sei in der Lage, das Schul tergelenk mehr als 150° zu antevertieren (S. 26 Ziff. 4).

Die Einschätzung des Gutachtens vom 29. Februar 2012 (vorstehend E. 4.3), dass leichte bis maximal mittelschwere Arbeiten beidhändig sowie administra tive Tätigkeiten dem Versicherten weiterhin zugemutet werden könnten, könne geteilt werden. Aus orthopädischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Vergangenheit mit Ausnahme der Rekonvaleszenz zeiten nach den Operationen nicht eingeschränkt gewesen (S. 32 oben).

E. 4.7

Am 26. Mai 2016 nahm Dr. A.____ (vorstehend E. 4.2) gegenüber dem Rechts ver treter des Beschwerdeführers zum D.____-Gutachten Stellung (Urk. 14). Er führte aus, die dort genannte Abwehrspannung bei der Untersuchung in auf rechter Position sei verständlich, da der Patient spüre, dass es subakromial aber einer gewissen Armanhebung zu Impingement-Schmerzen komme; diese Abwehrspannung sei ein reflexartiges Geschehen. Dass in Bauchlage die Beweg lichkeit der Schulter etwas besser sei, ohne Abwehrspannung, erkläre sich inso fern, als dass in der Bauchlage die entsprechenden Muskelgruppen in der Gewichtung anders belastet würden und es eben weniger beziehungsweise nicht zu einem Impingement komme (S. 1 Mitte).

Aus orthopädischer Sicht dürfte sich die Situation der Schulter gegenüber früher kaum so wie im D.____-Gutachten angegeben verbessert haben, nachdem diese vorher während Jahren schmerzhaft gewesen sei. Das aktive / passive Bewe gungsausmass sei in etwa gleich geblieben (S. 2 oben).

Die Annahme eines komplikationslosen postoperativen Verlaufs sei klar falsch, es sei zu einer deutlichen Frozen Shoulder mit nachfolgend anhaltenden Beschwerden im Sinne des Impingements bei Belastung gekommen (S. 2).

E. 5.1

Zum gemäss Unfallmeldung vom 8. September 2007 am 20. Juli 2007 statt gefun denen Ereignis sind unterschiedliche Beschreibungen vorhanden. Gemäss der Unfallmeldung war der Beschwerdeführer am Verstauen von Ord nern, rutschte auf einem Ordner aus und prallte mit der Schulter gegen eine Wand (vorstehend E. 3.1). Der einen Monat nach dem Ereignis konsultierte Hausarzt notierte einen Sturz mit Kontusion der linken Schulter (vorstehend E. 3.2). Die weiterbehandelnde Ärztin ging von einem Sturz auf den Ellbogen mit einer axialen Stauchung des Oberarms in die linke Schulter aus (vorstehend E. 3.3). Dr. A.____, der im Oktober 2010 im Auftrag des Beschwerdeführers berichtete, beschrieb einen Sturz von der drittuntersten Sprosse einer Leiter mit Auf schlagen des linken Ellbogens auf den Boden mit einem axialen Stoss auf die linke Schulter sowie

anschliessender Kontusion der linken Schulter (vorstehend E. 4.2). Im Rahmen der Z.____-Begutachtung hielten die einzelnen Gutachter folgende Angaben des Beschwerdeführers fest (vorstehend E. 4.3.2): - Versorgen eines Ordners, dabei Ausrutschen auf einer unteren Leiter sprosse, Stoss in die linke Schulter beim Abfangen des anschliessenden Sturzes, anschliessender Schulteranprall - Bohren in der Decke, dabei Sturz von einer Dreistufenleiter auf den linken Ellenbogen - Bohren in der Decke, Sturz aus 60-70 cm Höhe, Wandanprall, dann Sturz auf den Boden mit Abstützen der linken Hand

Die letztgenannte Schilderung wurde von zwei Gutachtern weitgehend übereinstimmend berichtet.

E. 5.2

Ein Teil der Unterschiede dürfte auf den verschiedenen Detaillierungsgrad der einzelnen Schilderungen zurückzuführen sein. Immerhin ist dabei doch bemerkenswert, dass aufgrund der Unfallmeldung angenommen werden musste, der Sturz habe sich ebenerdig zugetragen; dass er aus einer gewissen Höhe erfolgt sei, wurde erstmals von Dr. A.____, mithin mehr als drei Jahre später, berichtet; diesbezüglich tauchten anschliessend keine Variationen mehr auf.

Nicht auf unterschiedliche Detaillierungsgrade zurückführbar und nachgerade rätselhaft ist jedoch, dass der Beschwerdeführer einem der Z.____-Gutachter vom Versorgen eines Ordners erzählt hat, allen anderen hingegen, er sei dabei gewesen, ein Loch in die Decke zu bohren. Diese Schilderung, wonach der Beschwerdeführer nicht nur auf einer Leiter gestanden habe, sondern sich mit einer Bohrmaschine an der Decke zu schaffen gemacht habe, findet sich in den Akten erstmals im Z.____-Gutachten, mithin über 4 ½ Jahre nach dem Ereignis.

Diese eklatante Widersprüchlichkeit der Angaben des Beschwerdeführers könnte geeignet sein, derart erhebliche Zweifel zu wecken, dass der ihm obliegende Nachweis der gesetzlichen Unfallmerkmale (vorstehend E. 1.2) fraglich erscheinen könnte. Dies ist nur dann nicht der Fall, wenn angenommen wird, die widersprüchlichen Angaben bezögen sich auf Zusatzumstände, deren Klärung unterbleiben könne, und seien deshalb von so untergeordneter Bedeutung, dass sie nicht anspruchsrelevant seien.

Davon soll in der Folge ausgegangen werden.

E. 5.3

Aus den im Detail unterschiedlichen Beschreibungen des Unfallereignisses kann als der wahrscheinlichste Hergang herausgelesen werden, dass der Beschwerdeführer auf einer Leiter in einer gewissen Höhe (wohl rund 60 cm) stehend ausrutschte. Beim anschliessenden Sturz auf den Boden fiel er - mit oder ohne vorherigen Wandprall - auf den linken Ellenbogen oder die linke Hand mit einer axialen Stauchung des Oberarms in die linke Schulter (mit oder ohne sich anschliessendem Anprall der Schulter am Boden oder der Wand).

E. 5.4

Zunehmende Schulterbeschwerden führten zu einer ersten Arztkonsultation rund einen Monat nach dem Ereignis; eine Arbeitsunfähigkeit wurde bis Mitte Januar 2008 ausdrücklich nicht attestiert (vorstehend E. 3.2). Daran vermögen anderslautende, vom Beschwerdeführer im November 2008 retrospektiv gemachte Angaben (vgl. Urk. 11/41-42) nichts zu ändern.

Mitte Januar 2008 wurden bildgebend eine Rissbildung und Fragmentation des Labrums, möglicherweise vergesellschaftet mit einer SLAP-Läsion Grad I, und ein Impingement mit degenerativen Auffaserungen der Supraspinatussehne festgestellt (Urk. 11/14), erstere gemäss der Beurteilung der damals behandelnden Dr. F.____ höchst wahrscheinlich durch den Unfall bedingt, letztere eher vorbestehend und durch den Unfall aktiviert (vorstehend E. 3.3). Die Arbeitsfähigkeit erachtete Dr. F.____ bezüglich schwererer Arbeiten - de ren Anteil sie nicht abschätzen könne - als eingeschränkt; ab Mitte Mai 2008 habe der Beschwerdeführer wieder voll gearbeitet (vorstehend E. 3.5).

Im November 2008 operierte Dr. H.____ den Beschwerdeführer an der linken Schulter, im Juni 2009 attestierte er ihm eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und im August 2009 überwies er ihn an Prof. I.____. Ebenfalls im August 2009 erlitt der Beschwerdeführer einen Auffahrunfall (vorstehend E. 3.6)

Prof. I.____ diagnostizierte eine - konservativ zu behandelnde - Frozen shoulder und berichtete im April 2010 über eine etwas bessere aktive Beweglichkeit. Er schloss seine Behandlung ab und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % aufgrund der Schulterproblematik bis Ende April 2010; danach dürfte die Arbeitsunfähigkeit eher durch die Rückenproblematik begründet sein (vorstehend E. 3.7).

Spätere Berichte als jener von Prof. I.____ von Ende April 2010 über Behandlungen der Schulterproblematik finden sich in den vorliegenden medizinischen Akten keine.

E. 5.5

Die zwischen Juli 2010 und März 2016 abgegebenen Beurteilungen (vorstehend E. 4) divergieren in verschiedener Hinsicht.

So stellte sich Dr. B.____ auf den Standpunkt, eine SLAP-Läsion sei erst im MRI vom September 2008, nicht aber in jenem vom Januar 2008 festgestellt worden (vorstehend E. 4.1). Umgekehrt befand Dr. A.____, das MRI vom Januar 2008 zeige „sehr klar“ unter anderem die SLAP-Läsion (vorstehend E. 4.2). Der Originalbefund lautete auf eine Rissbildung des Labrums, „möglicherweise vergesellschaftet mit einer SLAP-Läsion Grad I“ (Urk. 11/14). Es wurde somit keineswegs gesagt, das MRI zeige eine SLAP-Läsion, sondern eine Labrumläsion, die möglicherweise mit einer SLAP-Läsion einhergehen könnte. Damit erweist sich die diesbezügliche Feststellung von Dr. A.____ als gewagt, wenn nicht gar unzutreffend.

Die Beurteilung durch Dr. A.____ leidet an einem weiteren Mangel, ersichtlich an seiner These, wonach, wer das Unfallereignis anerkennt und dessen Behandlung übernimmt, auch „B zu sagen und die Unfallkonsequenzen zu tragen“ habe (vorstehend E. 4.2). Eine solche Aussage kann nicht Teil einer unvor eingenenommenen ärztlichen Beurteilung sein; der Umfang der Leistungspflicht des Unfallversicherers ist keine moralische Frage, sondern im Ergebnis eine juristische. Die Antwort darauf hängt massgebend gerade davon ab, welche Gesundheitsschäden als „Unfallkonsequenzen“ gelten, und welche nicht. Dazu wird - soweit damit der natürliche Kausalzusammenhang angesprochen ist - sehr wohl auch eine fundierte medizinische Stellungnahme erwartet. Um eine solche handelt es sich bei der fraglichen von Dr. A.____ aber gerade nicht.

Diese Vorbehalte führen zum Schluss, dass auf die Beurteilung durch Dr. A.____ nicht abgestellt werden kann.

E. 5.6

Eine weitgehende Übereinstimmung der Beurteilungen findet sich darin, dass das Schultergelenk des Beschwerdeführers infolge degenerativer Veränderungen vorgeschädigt war. Diese waren namentlich im MRI vom Januar 2008 festzustellen, nämlich gemäss Dr. B. ___ ein Engpasssyndrom mit konsekutivem Impingement und eine Bursitis (vorstehend E. 4.1) beziehungsweise gemäss Z. ___-Gutachten ein subakromiales Impingement mit degenerativer Auffassung der Supraspinatussehne (vorstehend E. 4.3.3).

E. 5.7

Übereinstimmend wurde in den genannten Beurteilungen auch davon ausgegangen, dass dieser Vorzustand durch den Unfall verschlimmert wurde. Keine Übereinstimmung besteht allerdings zur Frage, ob diese Verschlimmerung - so Dr. B. ___ (vorstehend E. 4.1) - lediglich vorübergehend, mit Erreichen des Vorzustandes per Ende 2009, oder ob sie - so die Z. ___-Gutachter (vorstehend E. 4.3.5) - dauerhaft („richtungsgebend“) gewesen ist.

Um die Verschlimmerung eines Vorzustandes kann es sich solange handeln, als überhaupt entsprechende Beeinträchtigungen anhalten. Ab dem Zeitpunkt, ab dem - bezogen auf die von einem Unfall betroffene Körperfunktion - gar keine arbeitsfähigkeitsrelevanten Beeinträchtigungen mehr vorhanden sind, verliert die Unterscheidung zwischen unfallkausalen und unfallfremden Beeinträchtigungen ihren Sinn und es hat sich die Verschlimmerung des Vorzustandes als vorübergehend herausgestellt.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegung ist es angezeigt, den dokumentierten Verlauf der dem Beschwerdeführer attestierten Beeinträchtigungen (vorstehend E. 5.4) zu würdigen.

E. 5.8

Im Jahr 2007 hat der damals behandelnde Dr. E. ___ die Frage einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit explizit verneint. Zwar hat er im Oktober 2008 auf Wunsch des Beschwerdeführers dessen eigene retrospektive Einschätzung einer reduzierten Arbeitsfähigkeit mitgeteilt; dessen Selbsteinschätzung vermag jedoch die zeitnahe ärztliche Beurteilung nicht in Frage zu stellen. Ab Januar 2008 hat die damals behandelnde Dr. F. ___ eine Einschränkung bezüglich schwererer Arbeiten, deren Umfang sie nicht abschätzen könne, angenommen, sowie die Wiederaufnahme der Arbeit in vollem Umfang ab Mitte Mai 2008 (unter Delegation von jedenfalls 10 % der anfallenden Arbeiten) durch den Beschwerdeführer mitgeteilt. Dr. H. ___, der den Beschwerdeführer im Oktober 2008 operierte, attestierte im Juni 2009 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Prof. I. ___, der den Beschwerdeführer nach Überweisung im August 2009 behandelte, führte im April 2010 aus, auf die Schulter bezogen könne eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bis Ende April 2010 attestiert werden; anschliessend dürfte sie eher durch die Rückenproblematik - also nicht mehr die Schulterproblematik - begründet sein.

Von behandelnder Seite wurden die Beschwerden an der linken Schulter somit so beurteilt, dass sie anfänglich (2007) keine Beeinträchtigung begründeten, sodann keine zu beziffernde Beschränkung, gefolgt von der Wiederaufnahme der (qualitativ leicht angepassten) Tätigkeit Mitte Mai 2008. Ab einem nicht datierten Zeitpunkt (am ehesten dem der Operation im Oktober 2008) wurde dann von einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Schulterproblematik von 50 % ausgegangen. Sodann bestand ab Mai 2010 keine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Schulterproblematik mehr.

E. 5.9

Mit dieser Schlussfolgerung, die sich aus den genannten echtzeitlichen Berichten ergibt, steht die Beurteilung der Z.____-Gutachter in einem klärungsbedürftigen Widerspruch, attestierten sie doch (im Februar 2012) eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 50 % (vorstehend E. 4.3.6). Gleichzeitig bezeichneten sie die Beanspruchungen, die dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar seien, und erachteten leichte bis maximal mittelschwere manuelle sowie alle administrativen Tätigkeiten als zumutbar. Der Unterschied zwischen einer leidensangepassten (vollumfänglich zumutbaren) und der effektiven Tätigkeit besteht in den als nicht mehr zumutbar bezeichneten Beanspruchungen. Damit die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % begründbar sein könnte, müsste der Anteil eben dieser Tätigkeiten an der Geschäftsführertätigkeit des Beschwerdeführers somit 50 % betragen. Dies ist vollkommen unplausibel. Der Beschwerdeführer selber hat im Mai 2008 diesen Anteil als „sicherlich 10 %“ angegeben. Dies ist eine gänzlich andere Grössenordnung als die im Gutachten faktisch angenommenen 50 %. Dazu kommt, dass sich die Z.____-Gutachter mit der Einschätzung des Schulter spezialisten Prof. I.____, wonach eine allfällige Arbeitsunfähigkeit ab Mai 2010 nicht mehr der Schulterproblematik zuzuschreiben sei, überhaupt nicht auseinandergesetzt haben. Ihre Feststellungen zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erweisen sich deshalb als nicht nachvollziehbar. Im Zusammenhang mit der Invalidenversicherung hat übrigens auch der Beschwerdeführer geltend gemacht, das Z.____-Gutachten sei bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht aussagekräftig (vgl. Urk. 7 S. 11 Ziff. 6.1).

E. 5.10

Somit ist der Sachverhalt als dahingehend erstellt zusammenzufassen, dass ab Mai 2010 keine mit der Schulterproblematik begründbare Arbeitsunfähigkeit mehr bestand. Dementsprechend ist auch die durch den Unfall vom 20. Juli 2007 ausgelöste Verschlimmerung des zuvor stummen Vorzustandes spätestens Ende April 2010 dahingefallen.

E. 5.11

An diesen Schlussfolgerungen vermag die von Dr. C.____ im Februar 2016 erstattete Beurteilung (vorstehend E. 4.5) nichts zu ändern. Sie ist mit nicht ganz 2 Textseiten zu rudimentär ausgefallen, um vertiefter darauf einzugehen. Das im März 2016 im Auftrag der Invalidenversicherung erstattete Gutachten (vorstehend E. 4.6) vermittelt keine vorliegend verwertbaren zusätzlichen Erkenntnisse, so dass sich Weiterungen erübrigen, was auch für die anschliessende engagierte Stellungnahme von Dr. A.____ (vorstehend E. 4.7) gilt.

E. 5.12

Zusammengefasst erweist sich die erfolgte Leistungseinstellung per Ende 2009 als verfrüht. Gerechtfertigt ist sie per Ende April 2010. Die gegen den Einspracheentscheid erhobene Beschwerde ist dementsprechend teilweise gutzuheissen und der Einspracheentscheid in diesem Sinne abzuändern.

E. 6.1

Gemäss den Feststellungen der Z.____-Gutachter bestehen am linken Schultergelenk Schädigungen, die einer mässigen Periarthropathia humeroscapularis und damit einem Integritätsschaden von 10 % entsprechen. Sie beruhen zu einem Drittel auf degenerativen Veränderungen und sind zu zwei Dritteln dem Unfall zuzuschreiben (vorstehend E. 4.3.7).

E. 6.2

Integritätsschaden und Arbeitsunfähigkeit sind zwei verschiedene Kategorien, so dass eine bestimmte Beeinträchtigung eine Integritätseinbusse begründen kann, ohne dass die Arbeitsfähigkeit deswegen eingeschränkt zu sein braucht. So verhält es sich denn auch hier. Auch wenn die Schulterproblematik - wie festgelegt stellt (vorstehend E. 5.10) - die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner Tätigkeit als Geschäftsführer nicht beeinträchtigt, so kann sie dennoch einen Integritätsschaden darstellen. Für dessen Umfang ist auf die begründeten Ausführungen im Z. ___-Gutachten abzustellen, nicht auf die mit keinem Wort begründete „Schätzung“ durch Dr. A. ___ (vorstehend E. 4.2).

E. 6.3

Somit ist festzuhalten, dass eine Integritätseinbusse von 6.66 % besteht und, wiederum in teilweiser Gutheissung der Beschwerde, festzustellen, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine dementsprechende Integritätsentschädigung hat.

E. 7

Dem nur teilweise obsiegenden vertretenen Beschwerdeführer ist eine um zwei Drittel reduzierte Prozessentschädigung, die beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 1'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist, zuzusprechen, welche die Beschwerdegegnerin zu entrichten hat.

Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft vom 30. März 2016 dahin abgeändert, dass die Leistungen per 30. April 2010 eingestellt werden, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 6.66 % hat.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tomas Kempf - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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