

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00163 vom 27. Dezember 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00163

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00163 du 27 décembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00163 del 27 dicembre 2018

Erwägungen

E. 1

S. 3 f. und 2 S. 5) . Dafür erbrachte die Generali Versicherungsleistungen, welche sie mit Verfügung vom 2. Mai 2016

per 28. Februar 2015 einstellte (Urk. 31/8/102) . Die dagegen erhobene Einsprache (Urk. 31/8/104) wies die Generali mit Entscheid vom 15. August 2016 ab (Urk. 31/2) . Dagegen erhob der Versicherte Beschwerde ans Sozialversicherungsgericht (Urk. 31/1) , welche mit Urteil UV.2016.00201 vom

7. Mai 2018

abgewiesen wurde (Urk. 31/33) . Dieser Entscheid blieb unangefochten.

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Dies hier zu beurteilenden

Unfälle haben sich am 14. Januar und am 14. Juni 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

E. 1.4

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 entfiel (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 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). 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 hier bei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

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. 1.5

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.6

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

Es ist strittig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer aufgrund der Ereignisse vom 11. Januar und vom 14. Juni

2015 über den 18. November 2015 hinaus Versicherungsleistungen schuldet. Zwischen den Parteien wurde insbesondere kontrovers diskutiert, ob auf das versicherungsmedizinische Aktengutachten von Dr. G.____ vom 10. April 2016 abgestellt werden kann, in welchem –

unter anderem – festgehalten wurde, der Status quo sine vel ante sei betreffend das Ereignis vom 1.1. spätestens am 29. Januar und betreffend das Ereignis vom 14. Juni spätestens am 19. Juli 2015 erreicht gewesen (Urk. 1, 2, 7, 13, 18, 21, 24 und 27; vgl. Urk. 9/37 S. 96, 98 und 115).

E. 3

= Urk. 9/Anhang/D9 S. 3). Das bidisziplinäre Gutachten der D.____ betreffend die linke Schulter wurde am 13. Oktober 2015 erstattet (Urk. 31/8/87).

E. 3.1

Das versicherungsmedizinische Aktengutachten von Dr. G.____ vom 10. April 2016 wurde in Kenntnis sämtlicher Vorakten

erstattet (Urk. 9/37 S. 2). Diese wurden im Gutachten korrekt in zusammengefasster Form wiedergegeben (vgl. Urk. 9/37 S. 5-12 und S. 14-24). Darüber hinaus standen der Gutachterin die MRT- und Röntgenbilder betreffend die rechte Schulter zur Verfügung (Urk. 9/37 S. 2; vgl. Urk. 9/25).

E. 3.2

Der Beschwerdeführer liess geltend machen, es habe keine gutachterliche Untersuchung stattgefunden. Das der Gutachterin Dr. G.____ zur Verfügung gestellte Observationsmaterial basiere auf einer unzulässigen Überwachung und habe dem entsprechend unberücksichtigt zu bleiben. Es sei der Gutachterin Dr. G.____ somit gar nicht möglich gewesen, sich ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status zu verschaffen. Ihren Ausführungen komme daher kein Beweiswert zu (Urk. 1 S. 10 ff., 9/52 S. 4 und 6 sowie 9/61 S. 3).

Es ist zwar richtig, dass die Gutachterin Dr. G.____ den Beschwerdeführer nie persönlich untersuchte (vgl. Urk. 9/37, 9/44 und 9/55). Die Beschwerdegegnerin erkannte jedoch zutreffend, dass auch einem reinen Aktengutachten ein voller Beweiswert zukommen kann, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urk. 2 S. 3 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2). Die entsprechenden Voraussetzungen waren zumindest bezüglich der abgehandelten Kausalitätsfragen erfüllt. Für die Beantwortung derselben waren die Überwachungsakten von keinerlei Relevanz und blieben denn auch von der Gutachterin Dr. G.____ in diesem Zusammenhang

stets unberücksichtigt. Es ist deshalb nicht erforderlich,

die Verwertbarkeit der Observationsergebnisse zu thematisieren, die Beschwerdegegnerin zum Einreichen allfälliger weiterer Unterlagen betreffend die Observation anzuhalten (vgl. Urk. 13 S. 2 und 21 S. 3)

und Observierende zu befragen (Urk. 21 S. 4), solange nicht die Würdigung des gesamten Gutachtens zur Diskussion steht.

E. 3.3

Des Weiteren wurde gerügt, dem Beschwerdeführer sei nicht vorgängig Gelegenheit gegeben worden, zur Gutachterin, zum Fragenkatalog etc. Stellung zu nehmen. Seine Mitwirkungsrechte seien somit verletzt worden, was einen unheilbaren Mangel darstelle (

Urk. 1 S. 10 f. und 9/52 S. 6 f.).

Bei der Einholung eines (monodisziplinären) Gutachtens durch den Unfallverursacher sind die in BGE 137 V 210 statuierten Grundsätze sinngemäss zu beachten (BGE 138 V 318 ; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 3-5). Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin das postulierte Vorgehen nicht eingehalten hat, stellt zwar einen

Mangel dar; er ist aber nicht derart gravierend, dass er nicht geheilt werden könnte (vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts U 174/01 vom 13. Dezember 2001 E. 3a). Bei einem Aktengutachten ist ein Versicherter nicht darauf angewiesen, vorgängig Einwände erheben zu können, um

unzumutbare bzw. unnötige Untersuchungen abzuwenden, stehen doch von vornherein keine solchen zur Diskussion.

Mit Einschreiben vom 12. Mai 2016 wurden dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers die Ermittlungsberichte vom 20. Oktober und vom 16. Dezember 2015 samt Videomaterial sowie das Aktengutachten vom 10. April 2016 zur Stellungnahme zugestellt (Urk. 9/38). Damit

erhielt er nicht nur vom Inhalt des an ihn gesandten Gutachtens, sondern auch von der Person der Gutachterin und dem Fragenkatalog Kenntnis (vgl. Urk. 9/37 S. 1 und 112-117).

Der Beschwerdeführer hatte folglich noch

vor Erlass der Verfügung vom 16. Dezember 2016 (Urk. 9/56) die Gelegenheit, das Gutachten inhaltlich zu prüfen (Urk. 13 S. 2), formelle und materielle Einwände zu erheben und Ergänzungsfragen zu stellen. Davon machte er

auch weitgehend

Gebrauch (Urk. 9/52). Eine Verletzung seines rechtlichen Gehörs liegt somit nicht vor.

Ebenso wenig war die Beschwerdeführerin

– entgegen der offenbar vertretenen Ansicht (vgl. Urk. 13 S. 2 f.) –

dazu verpflichtet, ihre Gründe für den erteilten Gutachtensauftrag mit entsprechenden Unterlagen zu dokumentieren und dieselben dem Beschwerdeführer zur Stellungnahme unterbreiten. Es genügt, dass sie –

für den Beschwerdeführer ohne Weiteres

erkennbar – den Standpunkt vertrat, das eingeholte Aktengutachten sei erforderlich und die mit dem Auftrag betraute Gutachterperson sei

geeignet.

E. 3.8

Die möglichen Verletzungsmechanismen wurden im Aktengutachten vom 10. April 2016 unter Einbezug der Unfallschilderungen des Beschwerdeführers und der Befunde eingehend diskutiert und im konkret zu beurteilenden Fall mit einer einleuchtenden Begründung verneint (Urk. 9/37 S. 84-87 und S. 89 ff.). Der Vorwurf, es habe keine konkrete medizinische Auseinandersetzung mit dem Fall des Beschwerdeführers stattgefunden (Urk. 1 S. 20 und 9/61 S. 6), trifft somit nicht zu. Den Umstand, dass der Beschwerdeführer erst zehn Tage nach dem Ereignis vom 11. Januar 2015 einen Arzt aufsuchte, bezog die Gutachterin

Dr. G.____ ebenfalls korrekt in ihre Würdigung mit

ein (Urk. 9/37 S. 87 ff.). Zwar liess der Beschwerdeführer diesbezüglich einwenden, er habe sich damals noch in der Rehabilitationsphase früherer Schulteroperationen befunden und starke Medikamente eingenommen, welche die Beschwerden auf ein erträgliches Mass reduziert hätten, so dass aus der späten Arztkonsultation keine Rückschlüsse gezogen werden könnten (Urk. 1 S. 19). Dieser Argumentation ist entgegenzuhalten, dass den Ausführungen der Gutachterin Dr. G.____ zufolge bei einer frischen traumatischen Läsion nicht nur mit sofortigen Schmerzen, sondern auch mit einer Kraft- und Funktionseinschränkung der rechten Schulter zu rechnen gewesen wäre, welche zeitnah ebenfalls nicht dokumentiert worden sei (Urk. 9/37 S. 88 und 93; vgl. Urk. 9/2).

Insbesondere setzte sich die Gutachterin Dr. G.____

detailliert mit der anders lautenden Kausalitätsbeurteilung Dr. A.____ auseinander (Urk. 9/37 S. 92 ff. und S. 102).

Dabei legte sie nachvollziehbar dar, eine Aussage bezüglich der Ursache der (Partial-)Ruptur über drei Monate nach dem rubrizierten Ereignis sei rein basierend auf dem intraoperativen Befund nicht möglich, da sowohl degenerative als auch traumatische Ätiologien zum gleichen makroskopischen Schaden führten. Form und Ausdehnung des Risses liessen keinen Rückschluss auf die Ursache zu, sondern allenfalls auf das Alter. Alte koagulierte Hämatomreste als Anhaltspunkte für eine traumatische Ätiologie seien von Dr. A.____

nicht beschrieben worden (Urk. 9/37 S. 93; vgl. Urk. 9/6). Darüber hinaus erkannte die Gutachterin auch korrekt, Dr. A.____ habe in seinem Operationsbericht die – auf dem MRT vom 29. Januar 2015 für alle anderen Beurteiler ersichtliche – deutliche AC-Gelenksarthrose mit caudalen

Osteophyten und subchondralen sklerotischen und ödematösen Veränderungen am Acromion sowie an der distalen Clavicula nicht erwähnt (Urk. 9/37 S. 94; vgl. Urk. 9/6). Zumindest die Vollständigkeit der intraoperativen Feststellungen Dr. A.____ s erscheint damit als zweifelhaft. Es besteht daher kein Anlass, denselben eine erhöhte Bedeutung beizumessen, wie es von Seiten des Beschwerdeführers gefordert wurde (Urk. 1 S.

E. 3.9

Nach dem Ereignis vom 14. Juni 2015, als sich der Beschwerdeführer beim Aufstehen auf eine lose Tischplatte stützte und den rechten Arm aufschlug (Urk. 9/

Anhang/D1), berichtete der konsultierte Dr. med. M.____ von der Klinik Z.____ am 16. Juni 2015 von Druckdolenzen über dem Musculus

infraspinatus, dem Musculus

pectoralis

major und dem Processus

coracoideus sowie von einer deutlichen Beweglichkeitseinschränkung mit aufgehobener Innen- und Aussenrotation und stellte die Verdachtsdiagnose einer retraktilen

Kapsulitis (Urk. 9/Anhang/D4). Diese Befunde bestätigte er mit Schreiben vom 7. August 2015 und ergänzte, die schmerzhafteste Beweglichkeitseinschränkung könne durchaus aufgrund einer Retraumatisierung zwei Monate postoperativ zustande gekommen sein (Urk.

9/Anhang/D7 S. 2). Demgegenüber hatte Dr. A.____, den der Beschwerdeführer am 20. Juli 2015 aufgesucht hatte, im gleichentags verfassten Bericht das Ereignis vom 14. Juni 2015 mit keinem Wort erwähnt (Urk. 9/Anhang/D5).

Bei dieser Aktenlage ist es nicht zu beanstanden, dass die Gutachterin zum Ereignis vom 14. Juni 2015 lediglich auf den Bericht von Dr. M.____ verwies (Urk.

9/37 S. 18). Aus seinen Ausführungen ergibt sich klar, dass er einen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 14. Juni 2015 und der festgestellten Beweglichkeitseinschränkung zwar als möglich, nicht aber als überwiegend wahrscheinlich erachtete. 3.10

Aus dem Gesagten folgt, dass zur Beurteilung des strittigen Kausalzusammenhangs auf die Ausführungen der Gutachterin Dr. G.____ und des Radiologen Dr. I.____ abgestellt werden kann. Mit denselben ist belegt, dass zwischen den vom Beschwerdeführer nach dem 18. November 2015 geklagten Beschwerden und den geltend gemachten Unfallereignissen vom 11. Januar und vom 14. Juni 2015 kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang mehr bestand. Es hätte auch in der Zeit davor, namentlich spätestens seit dem 29. Januar bzw. dem 19. Juli 2015 an einem solchen gefehlt. Dementsprechend ist es auch nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf weitere Unfallversicherungsleistungen ab dem 19. November 2015 verneinte. Die Beschwerde ist in diesem Punkt folglich abzuweisen. 4.

E. 4

Die Gutachterin Dr. G.____ ist Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Sie hat erfolgreich Weiterbildungen betreffend Manualmedizin (ÄMM), Sportmedizin (GOTS), Sonographie des Haltungs- und Bewegungsapparates (DEGUM), Akupunktur (DÄGfAN) und Vertrauensarzt (SGV) absolviert (Urk. 9/3

E. 4.1

In der Einsprache vom 25. Januar 2017 wurde (erstmalig) beantragt, es seien die Kosten für die Überwachung des Versicherten und die Beurteilungen der Gutachterin Dr. G.____, vom H.____, bekanntzugeben (Urk. 9/61 S. 1). Mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. Juni 2017 ist die Beschwerdegegnerin auf diese Anträge nicht eingetreten (Urk. S. S. 15 f.).

E. 4.2

Soweit sich die Beschwerde dagegen richtet (vgl. Urk. 1 S. 2), ist festzuhalten, dass es hinsichtlich dieser strittigen Anträge

bereits an einer anfechtbaren Verfügung mangelte, weshalb der Nichteintretenscheid formell korrekt war. Die Beschwerde ist somit auch in diesem Punkt abzuweisen. Darüber hinaus ist der Beschwerdegegnerin dahingehend beizuflichten, dass der Beschwerdeführer ein rechtlich schützenswertes Interesse darzulegen hätte (Urk. 2 S. 15). Hierfür würde nicht genügen, dass der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin versichert war und jahrelang hohe Prämien bezahlte (Urk. 1 S. 27). Ebenso wenig bedarf es einer Offenlegung der getätigten Ausgaben, um die Verhältnismässigkeit der Überwachung prüfen und den Anspruch auf rechtliches Gehör wahren zu können (Urk. 1 S. 27), weshalb auch in dieser Hinsicht kein schützenswertes Interesse auszumachen ist. Ein solches ergibt sich auch nicht aus der Behauptung, dass Ausmass der getätigten Abklärungen habe das

übliche Mass bei weitem überschritten (Urk. 1 S. 27). 5 .

Das Beschwerdeverfahren ist kostenlos. Es besteht kein Anlass, dem unterliegenden Beschwerdeführer die beantragte Parteientschädigung (Urk. 1 S. 2) zuzusprechen . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - GENERALI
Allgemeine Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

E. 7

S. 1). Ihre fachliche Eignung in diesen Bereichen wurde denn auch nicht in Frage gestellt. Der Beschwerdeführer liess jedoch den Standpunkt vertreten, im vorliegenden Fall seien orthopädische Fragestellungen zu beantworten und der Beizug eines Schulterspezialisten wäre

zwingend erforderlich gewesen (Urk. 1 S. 6, 7 und 12, 9/52 S. 6 , 9/61 S. 5 und 21 S. 5).

Welche Kenntnisse für die Beantwortung der hier primär interessierenden Fragestellungen erforderlich sind, hat Dr. G. ___ nachvollziehbar dargelegt (Urk. 9/55 S. 2 f.). Sie hat offenbar auch richtig erkannt, dass es ihr als Gutachterin freisteht, die bezeichneten Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3) , und eine fachärztliche Beurteilung von Dr. I. ___ betreffend die MRT -Aufnahmen vom 29. Januar und vom 22. September 2015

eingeholt (vgl. den Anhang von Urk. 9/37, S. 1-6) . Dies zeigt, dass sie die Grenzen ihrer fachlichen Eignung zu erkennen vermag .

Weshalb allein ein Facharzt oder eine Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates die

sich stellenden Kausalitätsfragen beantworten können soll, wurde weder dargelegt noch ist dies ersichtlich. Ebenso fehlen konkrete Anhaltspunkte dafür, dass der Einbezug des betreffenden Fachgebiets zu einem erheblichen Erkenntnisgewinn führen könnte (vgl. Urk. 1 , 9/52 und 9/61) . Es ist daher nicht zu beanstanden, dass nicht weitere Experten beigezogen wurden.

3. 5

Schliesslich wurde in formeller Hinsicht eingewandt, die Gutachterin Dr. G.____ habe den Anschein der Befangenheit erweckt, indem sie die Wortwahl eines Parteivertreters getroffen und sich in unzulässiger Weise zu rechtlichen Aspekten geäussert habe (Urk. 1 S. 12 und 9/52 S. 7). Entsprechende Passagen im Akten gutachten vom 10. April 2016 wurden indessen weder angeführt noch sind solche sonst ersichtlich. Anfänglich wurde auch

die Behauptung, die Gutachterin Dr. G.____ habe ärztliche Berichte rechtlich gewürdigt (Urk. 9/61 S. 5 f.) ,

nicht mit einem entsprechenden Zitat belegt. Erst im Beschwerdeverfahren wurde eine konkrete Passage aus dem Bericht vom 8. Dezember 2016 moniert (Urk. 1 S. 12 mit Hinweis auf Urk. 9/55 S.

E. 11

ff.; vgl. auch Urk. 1 S.

22). Derselben sind indessen keine entsprechenden rechtliche n Erörterungen zu entnehmen (vgl. Urk.

9/55 S. 11 ff.). Vielmehr findet an der erwähnten Stelle, ebenso wie im Rahmen der weiteren Ausführungen (vgl. Urk. 9/37, 9/44 und 9/55), eine sorg fältige und eingehende Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten

statt , was gerade für die Qualität einer gutachterlichen Beurteilung spricht. Auch der vom Beschwerdeführer angeführte Umstand, die

H.____ gebe " regelmässig fast ausschliesslich für Versicherungen "

medizinische Beurteilungen ab (Urk. 1 S. 12 , 9/52 S. 7 und 9/61 S. 7), lässt die Gutachterin Dr. G.____ nicht als befangen erscheinen.

Ebenso wenig wurde sonst etwas vor gebracht (vgl. insbesondere Urk. 1 S. 22, 9/52 S. 2 und 21 S. 4), das eine Annahme in diese Richtung rechtfertigen liesse. 3. 6

Im Aktengutachten vom 10. April 2016 wurden die damals vorhanden gewesen en Unfallschilderungen betreffend das Ereignis vom 11. Januar 2015 korrekt wieder gegeben (Urk. 9/37 S. 14) . Namentlich wurde richtig erkannt, der Beschwerde füh rer persönlich habe in seiner Schadenmeldung vom 13. Januar 2015 erklärt, er habe im Keller seines Hauses etwas holen wollen, als er auf einem Stück Karton ausgerutscht und gestü r zt sei. Beim Auffangen habe er sich verletzt (Urk. 9/1). Am 21. Januar 2015, mithin zehn Tage später habe er berichtet, er sei nach hinten gestürzt und habe den Sturz mit dem rechten Arm aufgefangen. Dabei habe er einen Knall im Bereich der rechten Schulter gehört. Seitdem leide er an stech en den Schmerzen und an einer Bewegungseinschränkung der rechten Schulter (Urk. 9/2 S.

1). Erst im weiteren Verlauf wurde geltend gemacht, d er Beschwerdeführer sei auf den ausgestreckten rechten Arm gestürzt, wobei dessen damalige konkrete Position unerwähnt blieb (Urk. 9/3 S. 1 und 9/6 S. 1). Auch die aus führliche Unfallschilderung des Beschwerdeführers betreffend das Ereignis vom 14. Juni 2015 (vgl. Urk. 9/Anhang/D1) wurde im Aktengutachten vom 10. April 2016 zutreffend dargestellt (Urk. 9/37 S. 16 f.).

Die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" sind in der Regel unbeeinträchtigt und zuverlässiger als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Es kommt ihnen daher entscheidendes Gewicht zu (BGE 121 V 45 E. 2c mit Hinweisen). Vor diesem Hintergrund wurde zu Unrecht gerügt, die Gutachterin Dr. G._____

habe den Beschwerdeführer nicht persönlich zu den Unfallereignissen befragt (Urk. 1 S. 13 und 21). Ebenso wenig bestand Anlass, anderweitige Nachforschungen über den genauen Unfallhergang anzustellen (Urk. 1 S. 21).

Insbesondere ist der Gutachterin Dr. G._____ nicht vorzuwerfen, dass sie darauf verzichtete, ihre Darlegungen aufgrund der (präziseren bzw. erweiterten) Unfallschilderung im Bericht von Dr. A._____ vom 6. Oktober 2016 (Urk. 3/3) zu modifizieren

(Urk. 9/52 S. 12 f.). 3. 7

Die Gutachterin Dr. G._____ erkannte sodann zutreffend, anlässlich der ersten ärztlichen Konsultation am 21. Januar 2015 seien weder allfällige Prellmarken (Hämatome, Hautabschürfungen etc.) noch eine (ödematöse) Schwellung im Bereich des rechten Schultergelenks dokumentiert worden (Urk. 9/37 S. 14; vgl. Urk. 9/2).

Betreffend das Ereignis vom 14. Juni 2016 werde in den ärztlichen Unterlagen lediglich eine Prellung/Kontusion erwähnt, jedoch keine Prellmarke, keine örtliche Schwellung, keine Hautabschürfung, kein Hämatom, keine Quetschung oder Ähnliches beschrieben (Urk. 9/37 S. 89 und 97; vgl. Urk. 9/Anhang/D4 und D7). Die dynamische Ultraschalluntersuchung vom 16. Juni 2015 habe eine minimale Ergussbildung in der Bursa subacromialis, keinen glenohumeralen Erguss und eine AC-Gelenksarthrose ergeben. Die Subscapularis- und die Suprasspinatussehne seien als kräftig in Kontinuität beschrieben und als intakt beurteilt worden (Urk. 9/37 S. 17-18; vgl. Urk. 9/Anhang/D4 S. 2).

Nebst dieser Dokumentation lagen der Gutachterin Dr. G._____ die Aufnahmen des Arthro-MRT vom 29. Januar 2015

und des MRT vom 22. September 2015 zur Beurteilung vor. Aufgrund derselben habe sie keine strukturellen Organkorrelate einer unfallbedingten Läsion im Bereich des rechten Schultergelenks objektivieren können (Urk. 9/37 S. 70 und S. 82 ff.). Diese Beurteilung deckt sich mit derjenigen Dr. I._____s vom 5. April 2016, gemäss welcher keine posttraumatischen Veränderungen nachweisbar seien. Die Defektlokalisation sowie die Morphologie der Sehnenansatzstelle sprächen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für degenerative Schädigungen (vgl. den Anhang von Urk. 9/37 S. 3 ff.). Zum Arthro-MRT vom 29. Januar 2015 vermerkte Dr. I._____ die folgenden Befunde (vgl. den Anhang von Urk. 9/37 S. 3):

Schultergelenkdach: Mittelschwere AC-Gelenksarthrose mit Osteophyten nach caudal, subchondralen sklerotischen und ödematösen Veränderungen am Acromion und an der distalen Clavicula. Kein AC-Gelenks-Kapselödem und weder akute noch chronische Veränderungen an den coracoclaviculären Bändern, welche für ein Trauma sprechen würden. Leichter lateraler Downslope des Acromions

anterior betont. Acromion Typ II nach Bigliani. Leichte Reizung der Bursa subacromialis/subdeltoidea.

Rotatorenmanschette: Keine gelenksseitige Partiaalläsion der Suprasspinatussehne

anterior . Subtile Unregelmässigkeiten an der bursaseitigen Kontur der Supra spinatussehne . Infraspinatussehne normal. Kleine transmurale Oberrandläsion der Subscapularissehne . Im Bereich der Sehnenrisse finden sich tendinopathische Signalalterationen, jedoch keine Weichteilödeme, welche auf eine traumatische Genese hindeuten würden. Allseits kräftige Rotatoren manschetten muskulatur (je weils Goutallier 1).

Rotatorenintervall & Bicepssehne : Subluxation der langen Bicepssehne aus dem Sulcus intertubercularis ganz cranial in Tasche in Subscapularissehne . Tendino pathie und Partialruptur der langen Bicepssehne intraartikulär. Die Pulleys der langen Bicepssehne sind signalalteriert und verdickt. B icepssehenanker normal. Normales Rotatorenintervall . Es finden sich weder fibrotische noch ödematöse Veränderungen im Intervall. Normale Bänder im Rotatorenintervall .

Glenohumerales Gelenk: Knorpel glenoidal und humeral normal. Labrum glenoidale normal. Keine Arthrose. Kein bone

bruise .

Die Befunde zum Arthro-MRT vom 22. September 2015 lauteten folgendermassen (vgl. den Anhang von Urk. 9/37 S. 3):

Schultergelenksdach: Unveränderte AC-Gelenksarthrose. Normale coracoclaviculäre Bänder. Leichte Reizung der Bursa subacromialis / subdeltoidea . Unverändert lateraler downslope des Acromions ohne Hinweise auf stattgehabte Acromioplastik und somit persistierende subacromiale

Impingement – konfiguration .

Rotatorenmanschette : Status nach Rekonstruktion der Supraspinatussehne anterior und der

Subscapularissehne

superior mittels insgesamt drei Ankern (2 an Supraspinatussehne , 1 an Subscapularissehne). Intakte und unauffällige Rotatoren manschetten-Rekonstruktionen ohne Lücke oder Ruptur . Leichte Verfettung und Atrophie der Rotatorenmanschettenmuskulatur (jeweils Goutallier 2).

Rotatorenintervall & Bicepssehne : Status nach Bicepstenodese . Die Bicepssehne ist 2 cm distal der Fixation abgrenzbar. Somit fragliche geringe Retraktion der Sehne. Reizloses Rotatorenintervall . Geringe postoperative narbige Veränderungen ohne substantiellen Hinweis auf eine Kapsulitis

adhäsiva .

Glenohumerales Gelenk: Geringe Knorpelauffaserung am Humeruskopf

superior medial (Outerbridge 1). Kein bone

bruise

Partikuläre Weichteile: Geringe Suszeptibilitätsartefakte im Bereich des operativen Zuganges. Kein bone

bruise .

Die Befundung des Arthro-MRT vom 29. Januar 2015 durch Dr. I. ___ steht im Einklang mit den Befunden, welche

Dr. med. K. ___, Facharzt FMH für Radiologie, vom Institut

L. ___, in seinem Bericht vom 29. Januar 2015 (vgl. Urk. 9/37 S. 13) und Dr. J. ___ in seiner Stellungnahme vom 28. Juni 2017 (Urk. 3/4) erwähnten. Von einer anderslautenden Beurteilung durch Dr. I. ___ im Vergleich zu derjenigen des erstbeurteilenden Arztes (Urk. 1 S. 15) kann vor diesem Hintergrund nicht die Rede sein.

Die Einschätzung Dr. J. ___s deckt sich überdies

insoweit mit den Beurteilungen der Gutachterin Dr. G. ___ und des Radiologen Dr. I. ___, als auch er

die Veränderungen der Supraspinatussehne mit begleitender Bursitis bei Impingement als degenerativ bedingt qualifizierte (Urk. 3/4).

Es trifft daher auch nicht zu, dass seine Beurteilung im Wesentlichen mit derjenigen Dr. A. ___s gemäss dem Operationsbericht vom 14. April 2015 übereinstimmt, wie es von Seiten des Beschwerdeführers behauptet wurde (Urk. 1 S. 16). Dr. J. ___ näherte sich der Beurteilung Dr. A. ___s lediglich insofern an, als er die transmurale ansatznahe Ruptur der Subscapularissehne mit beginnender Medialisierung der langen Bicepssehne aus dem Sulcus

intertubercularis (Pulley-Läsion) als traumatisch bedingt bezeichnete (Urk. 3/4). Eine Begründung für seine Beurteilung lieferte er – ebenso wie bereits Dr. A. ___ in seinem Operationsbericht vom 14. April 2015 (Urk. 9/6) – indessen nicht (vgl. Urk. 3/4).

Im Gegensatz dazu hatte Dr. I. ___

nachvollziehbar und schlüssig erklärt, es liessen sich keine Weichteilödeme finden, welche auf eine traumatische Genese hin deuten würden. Zudem sprächen die Defektlokalisation und die Morphologie der Sehnensubstanz mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für eine degenerative Schädigung (vgl. den Anhang von Urk. 9/37 S. 3 und 5). Weshalb die stringenten Ausführungen in Zweifel gezogen werden müssten, ist nicht ersichtlich.

Es wurde einzig vorgebracht, Dr. I. ___ werde mit anderen Adressen im Medizinalberuferegister aufgeführt als derjenigen, welche er in seiner radiologischen Stellungnahme vom 5. April 2016 genannt habe (vgl. den Anhang von Urk. 9/37 S. 1), womit unklar sei, ob er über eine Berufsausübungsbevollmächtigung verfüge (Urk. 1 S. 14 f. und 13 S. 14 f.). Dieser Einwand

ist

unbehelflich. Entscheidend ist allein, dass Dr. I. ___ über die erforderliche fachliche Eignung verfüge und keinerlei Anhaltspunkte dafür vorhanden sind, er habe den Facharztstitel für Radiologie und muskuloskelettale Radiologie unrechtmässig verwendet. Es kann deshalb offenbleiben, ob Dr. I. ___ wie von der Beschwerdegegnerin behauptet seine Privatadresse angegeben hat (Urk. 7 S. 4). Auf diesbezügliche Abklärungen ist somit zu verzichten.

E. 15

und 9/61 S. 6), ungeachtet der Erfahrungstatsache, dass spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl.

das Urteil des Bundesgerichts 8C_609/2017 E.

4.3.3 mit Hinweisen) . Ebenso wenig vermag der Bericht Dr. A.____ s vom 6. Oktober 2016 (Urk. 3/3) die Kausalitätsbeurteilung der Gutachterin Dr. G.____ zu erschüttern (vgl. auch Urk. 9/55 S. 3 ff.) .

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