

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00273

vom 21. Juni 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-06-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00273

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00273 du 21 juin 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00273 del 21 giugno 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1960, war als Key Account Manager über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG gegen Unfälle obligatorisch versichert, als er am 2. Februar 2016 einen Skiunfall

erlitt und sich an der Schulter verletzte

(Urk. 11/3/

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 bzw. 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 sieht Absatz 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungslösungen für Unfälle, die sich – wie vorliegend – vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt werden. Es kommen deshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen zur Anwendung und werden in dieser Fassung zitiert.

E. 1.2

Die Beschwerdegegnerin legte in Erwägung 3 des Einspracheentscheids (Urk. 2) die massgebenden Bestimmungen und Grundsätze zum Erfordernis eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem schädigenden Ereignis und einem Gesundheitsschaden (BGE 129 V 177 E. 3.1; 129 V 402 E. 4.3.1) sowie zum Dahinfallen der Leistungspflicht bei Erreichen des Status quo sine vel ante, namentlich bei krankhaften Vorzuständen (Urteil U 61/91 vom 18. Dezember 1991 E. 4b, in: RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995) zutreffend dar. Gleiches gilt für den im Sozialversicherungsrecht üblichen – auch in Kausalitätsfragen geltenden – Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen; RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa) und die beweisrechtlichen Anforderungen an ärztliche Berichte (BGE 134 V 231 E.

5.1; 125 V 351 E. 3a). Darauf wird verwiesen .

E. 1.3

Zu betonen ist, dass der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen ist. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Unfallversicherung die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität auf grund des Erreichens des Zustands, wie er vor dem Unfall bestand oder sich ohne diesen ergeben hätte (Status quo sine vel ante; Urteile des Bundesgerichts 8C_523/2

E. 6

; Urk. 2 Ziff. II.5.2). Mit Schreiben vom 23. Juni 2017 verneinte die Unfallversicherung eine Leistungspflicht für die ab August 2016 fortbestehenden Beschwerden mit der Begründung, der Vorzustand sei erreicht (Urk. 11/1/7 f.). Daran hielt sie nach telefonischem Einwand des Versicherten (Urk. 11/1/10) mit Verfügung vom 4. Juli 2017 fest (Urk.

E. 11

/1/17 f.). Die vom Versicherten noch

im gleichen Monat dagegen erhobene Einsprache (Urk. 8/1/23-25 und 11/1/28-31) wies die Unfallversicherung mit Entscheid vom 6. November 2017 ab (Urk. 2). 2.

Gegen den Einspracheentscheid erhob der Versicherte, vertreten durch seine Rechtsschutzversicherung (Urk. 4), am 30. November 2017 Beschwerde (Urk. 1). Darin beantragte er, den Entscheid aufzuheben und ihm ab August 2016 weiter hin die gesetzlichen Leistungen auszurichten; eventualiter sei vorgängig ein Gerichtsgutachten einzuholen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Unfallversicherung (Urk. 1 S. 1). Die Unfallversicherung schloss in der Beschwerdeantwort vom 28. Februar 2018 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10). Es wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk.

E. 12

). In der Replik vom 19. März 2018 (Urk. 13) sowie der Duplik vom 2. Mai 2018 (Urk.

E. 17

) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Der Versicherte ergänzte seinen Eventualantrag einzig dahingehend, dass für das Gerichtsgutachten diverse Bild dokumente beizuziehen seien (Urk. 13 S. 5). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 018

vom 5. November 2018 E. 3.2, 8C_198/2017 vom 6. September 2017 E. 3.2 und 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.1. 1, in: SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55; je mit Hinweisen). Dabei hat der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen

zu erbringen; entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil U 180/93 vom 18. Juli 1994 E. 3b in: RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329). 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).

Bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen. Ihnen wird nach der Rechtsprechung Beweiswert zugemessen, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweis). Bestehen indes auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4).

Auf Aktenberichte kann abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil 8C_737/2011 des Bundesgerichts vom 2. April 2012 E. 5.2; zum Ganzen auch Urteile

des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2 und 8C_167/2018 vom 28. Februar 2019 E. 4). 2.

Die Beschwerdegegnerin anerkannte ausdrücklich, dass der Beschwerdeführer am 2. Februar 2016 beim Skifahren einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG erlitt und auf seine rechte Schulter stürzte (vgl. Urk. 2 Ziff. 5.1). Streitig und zu prüfen ist indes, ob sie in diesem Zusammenhang einen über den 31. Juli 2016 hinaus gehenden Leistungsanspruch zu Recht verneinte. Prozessthema bildet dabei in erster Linie die Frage, ob die beim Beschwerdeführer im Rahmen der Arthroskopie der rechten Schulter vom 23. Mai 2017 diagnostizierte Intervall-Läsion mit medialer Subluxation der langen Bizepssehne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Skiunfall zumindest mitverursacht wurde oder allein auf den krankhaften Vorzustand zurückzuführen ist (Urk. 2 S. 8 ff., Urk. 10 S. 6 ff. und Urk. 17 S. 3 ff.; Urk. 1 S. 4 ff. und Urk. 13 S. 3 ff.). 3.3.1

Die Beschwerdegegnerin stützt ihre Argumentation auf die Beurteilungen von

Dr. med. Z.____, Facharzt für Chirurgie

und Unfallchirurgie, vom 19. Oktober 2017 und 31. Januar 2018. Er

legte dar, dass am 11. Februar 2016 ein MRI durchgeführt und von einem spezialisierten Radiologen beurteilt worden sei. Diese hochempfindliche Bildgebung sei aussagekräftiger als die konventionelle Röntgenaufnahme vom 2. Februar 2016. Der Radiologe habe keine relevanten

Verletzungen festgestellt. Hingegen habe er eine ausgeprägte hypertrophe Arthrose im Akromio-Klavikular-Gelenk (AC-Gelenk) beschrieben, die sich mit Sicherheit nicht in neuen Tagen, sondern über Jahre

entwickelt habe. Ebenso habe er ein ausgeprägtes Knochenmarködem beschrieben, aber keine Fraktur bei intakter

Kortikalis. Ursache für ein Knochenmarködem sei oft eine Arthrose oder aber ein Trauma. In Anbetracht der Arthrose im AC-Gelenk könne davon ausgegangen werden, dass

auch ohne Trauma ein mehr oder weniger ausgeprägtes Ödem vorhanden gewesen sei. Durch den Sturz sei es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen, womit sich das beschriebene ausgeprägte Knochenmarködem erkläre.

Das MRI habe somit degenerative Veränderungen im Sinne einer hypertrophen AC-Gelenkarthrose, einer Tendinose der Rotatorenmanschette und Zystenbildung im Tuberculum

majus gezeigt. Eine relevante Verletzung habe weder klinisch noch bildgebend nachgewiesen werden können. Dementsprechend habe der Hausarzt eine posttraumatische Periarthropathia

humero-scapularis (PHS) diagnostiziert. Durch den Sturz sei es überwiegend wahrscheinlich zu einer Aktivierung der AC-Gelenkarthrose und einer Traumatisierung der Rotatorenmanschette gekommen. Letzteres habe sich im MRI vom 11. Februar 2016 als Tendinitis dargestellt. Im Verlauf der Wochen und Monate hätten sich die Beschwerden zurückgebildet (Urk. 11/3/33, 11/3/35 und 11/3/43). 3.2

Sodann erläuterte Dr. Z.____, untermauert mit diversen Zitaten aus der medizinischen Fachliteratur, nämlich dass

rund ein Jahr später erfolgten Untersuchungen bei Dr. A.____ vom 9. Februar 2017 habe im rechten Schultergelenk eine freie Beweglichkeit bestanden. Der damals (und auch von Dr. B.____)

festgestellte « painful

arc » sei typisch für ein Impingement. Zudem führe eine hypertrophe Arthrose des AC-Gelenks zu einer Einengung des Raumes zwischen Humeruskopf und dem Akromion. Die dazwischenliegende Sehne der Rotatorenmanschette werde in der Folge eingeklemmt (Impingement) – vor allem bei der Abduktion über 90°. Dass die Intervallläsion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein krankhaft-degeneratives Leiden zurückzuführen sei, gehe aus dem MRI vom 11. Februar 2016 hervor. Darin sei die hypertrophe AC-Gelenkarthrose mit einem ausgeprägten Knochenmarködem beschrieben worden, welche eine Impression auf Höhe des tendomuskulären Übergangs verursache. Dies passe zudem gut zu den im MRI

vom 4. April 2017 festgestellten « eher engen Verhältnissen im Zwischenraum ». Wiederholte Einklemmungen würden in solchen Fällen zu schmerzhaften Entzündungen und Schwellungen des Schleimbeutels und des umgebenden Gewebes führen. Im Laufe der Zeit werde die Rotatorenmanschette durch geschuert, insbesondere die Sehne des Musculus

supraspinatus. Die überwiegende Mehrheit der Intervallläsionen entstehe durch krankhaft-degenerative Vorgänge im Schultergelenk und trete meistens ab dem Alter von 45 bis 50

Jahren auf (Urk. 11/3/33-34 und 11/3/42) .

Die im Operationsbericht vom 23. Mai 2017 erwähnte Intervall-Läsion mit Subluxation der langen Bizepssehne widerspreche darüber hinaus der am 9. Februar 2017 durch einen zweiten Arzt durchgeführten dynamischen Ultraschalluntersuchung, wonach ausser der festgestellten Mikrokalzifikationen das Intervall intakt und die lange Bizepssehne im Sulcus lokalisiert gewesen sei. Eine Subluxation oder eine relevante Intervallläsion mit einer Instabilität der langen Bizepssehne

wäre von einem erfahrenen Untersucher in einer solchen Untersuchung ohne weitere Tests festgestellt worden und könne daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Bei einer statischen MRI-Untersuchung sei dies indes nicht immer möglich. Nachdem der Ultraschall

vom 2. Februar 2017 respektive das MRI

vom 4. April 2017 keinen Hinweis für eine Intervall-Läsion oder Läsion der langen Bizepssehne ergeben hätten, müssten diese danach

bis zur Operation entstanden sein. Im Eintrittszeugnis der

C.____ werde ferner die Diagnose «dolentes AC-Gelenk rechts» gestellt, was nicht mit dem Unfall, wohl aber der Arthrose und dem Impingement zu erklären sei (Urk. 11/3/34 und 11/3/42 f.). 3.3

Nach einer Schulterkontusion ohne nachgewiesene bleibende Verletzungsfolgen sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach spätestens sechs Monaten der Status quo ante bzw. quo sine erreicht. Die im Herbst 2016 akut gewordenen Schulterbeschwerden rechts stünden überwiegend wahrscheinlich nicht mehr im Zusammenhang mit dem Unfallereignis, sondern seien eine Langzeitfolge des subacromialen

Impingements, verursacht durch die in den bildgebenden Untersuchungen und im Operationsbericht beschriebenen Veränderungen mit der deutlichen AC-Arthrose sowie den nach caudal gerichteten Osteophyten und multiplen geröllzystischen Einschlüssen, sowohl am Schlüsselbein als auch am Schulterdach. Die ebenfalls beschriebene Omarthrose mit Zystenbildungen im Tuberculum

majus belege zusätzlich den krankhaft-degenerativen Prozess im rechten Schultergelenk. Dies erkläre auch die intraartikulären Injektionen mit Kortison, die bei akuten Schüben degenerativer und entzündlicher Erkrankung, aber nicht bei Verletzungen indiziert seien. Neben der Resektion des arthrotisch veränderten AC-Gelenkes inklusive Entfernung der Osteophyten habe der Operateur eine Tenodese der langen Bizepssehne vorgenommen. Die Tendinose sei ebenfalls Folge des subacromialen

Impingements. Massnahmen zur Wiederherstellung verletzter Strukturen habe der Operateur keine vorgenommen (Urk. 11/3/34 und 11/3/41). 4. 4.1

Der die Beschwerdegegnerin beratende Dr. Z.____ hat zur streitigen Kausaltatsfrage somit umfassend Stellung genommen, wobei ihm auch die relevanten medizinischen Unterlagen zur Verfügung standen. Insbesondere lag ihm eine CD mit den intraoperativen Aufnahmen von Dr. A.____ vor, die er offenbar auch einsah (Urk. 11/3/2 und 11/1/33). Überzeugend legte er sodann

dar, weshalb er auf den Bezug der Röntgenaufnahmen vom 2. Februar 2016 verzichten konnte. Der Beschwerdeführer leidet in der Beschwerde denn auch nicht mehr aus jenem Röntgenbefund (fraglicher Hill-Sachs-Defekt oberes Caput mit knöchernem 5 – mm - Fragment) ab, wie er einzig vom Allgemeinmediziner Dr. med. D. ___ im Bericht vom 3. Februar 2016 festgehalten wurde (Urk. 11/3/3) bzw.

in keiner der nachfolgenden bildgebenden Abklärungen bestätigt werden konnte. Insofern besteht kein Anlass, weitere Bilddokumente zu den Gerichtsakten zu nehmen. 4.2

Nachvollziehbar begründete Dr. Z. ___

anhand der echtzeitlichen Befunde, untermauert durch entsprechende medizinische Fachliteratur, dass der degenerative Verschleisszustand, wie er bereits im Zeitpunkt des Unfalles (soweit ersichtlich klinisch stumm) bestanden haben muss, geeignet ist, eine Pulley -Läsion herbeizuführen.

So fanden sich im MRI vom 11. Februar 2016 schon kurz nach dem Unfall Befunde, die klar als degenerativ zu beurteilen waren bzw. auf ein Impingement hinweisen: eine vor allem nach kranial, etwas weniger nach kaudal,

hypertrophe Schulterreckgelenkarthrose, eine leichte Impression auf Höhe des tendinösen Übergangs des Supraspinatus

sowie kleine zystoide Veränderungen kranial auf dorsal des Tuberculum

majus (Urk. 11/3/4). Im MRI vom 4. April 2017 wurde zudem eine etwas regrediente Aktivierung der ansonsten stationär deutlichen Schulterreckgelenkarthrose mit kleinen bis mittelgrossen Infiltrationen

Osteophyten am Schulterreckgelenk, eine mittelschwere Arthrose im Schultergelenk

sowie ein wenig Ödem zwischen Corakoid und Clavicula bei eher engen Verhältnissen in diesem Zwischenraum beschrieben (Urk. 11/3/14). Zutreffend wie

Dr. Z. ___

dabei auch auf den klinisch

festgestellten Painful

arc

und das Alter des Beschwerdeführers hin, die beide ebenfalls typisch für den von

ihm beschriebenen Überlastungsmechanismus

sind

(vgl. Alfred Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, Patientenorientierte Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates, 4. Aufl., Bern/Göttingen/

Toronto/Seattle 2002, S. 727 ff.; Hempfling/Krenn, Schadenbeurteilung am Bewegungssystem, Band I, Berlin/

Boston 2016, S. 424 ff.). 4.3

Schlüssig sind ferner Dr. Z. ___ s Ausführungen zum Knochenmarködem. Ein solches lässt sich nicht mittels Röntgenbild darstellen und kommt sowohl als Begleitphänomen einer lang bestehenden Arthrose wie auch als Antwort auf ein Trauma des Knochens und/oder

Gelenk s vor .

Ein traumatische s

Kochenmarködem

zeigt unter (Entlastungs-)Therapie mit der Zeit eine Regredienz und verschwindet in der Mehrzahl der Fälle – abhängig von der Ausgangsgrösse, dem Ausmass des Traumas und der Konsequenz der Therapie

– nach ein bis sechs Monaten (vgl. Hempfling /Krenn, a.a.O. , S. 175). In diesem Sinne wird im MRI vom 11. Februar 2016 ein ausgeprägtes (Urk. 11/3/4) und im MRI vom 4. April 2017 noch ein wenig Ödem b e geschrieben (Urk. 11/3/14). 4.4

Als Zwischenfazit ist deshalb festzuhalten , dass Dr. Z.____ anhand der MRI-Befunde vom 11. Februar 2016 (Urk. 11/3/4) und 4. April 2017 (Urk. 11/3 /14) einleuchtend zum Schluss kam , dass der Sturz zu einer vorübergehenden Ver schlimmerung des Vorzustandes im Sinne einer Aktivierung der Schulterreck ge lenkarthrose und temporären Vergrösserung des durch die Arthrose bedingten bzw. vorb estehenden Knochenmarködems geführt hat. Ebenfalls legte er nach voll ziehbar dar, dass die nachgewiesenen ermässigen degenerativen Veränderungen und anatomischen Verhältnisse in der rechten Schulter grundsätzlich geeignet sind, im Laufe der Zeit eine Pulley -Läsion zu bewirken .

5. 5.1

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers vermag die Stellungnahme seines Operateurs, Dr. med. A.____ , Chefarzt der Orthopädie in der C.____ , vom 20. November 2017 (Urk. 11/3/40) an dieser Beurteilung keine Zweifel zu wecken. Dr. A.____ hielt vorab fest, d ass eine Arthroskopie zur D iagnos tizierung einer subluxierenden lange n

Bizepssehne im Intervall inklusive Nach weis einer partiellen Subscapularis ruptur

eine höhere Sensitivität als eine Sono graphie oder eine MRI-Untersuchung habe, zumal diese nur nativ und nicht im Sinne eines Arthro -MRIs durchgeführt worden sei (Urk. 11/3/40) . Dem hielt Dr. Z.____

differenziert entgegen, dass ein erfahrener Untersucher eine entsprechende Läsion in der « dynamischen » Ultraschalluntersuchung vom 9. Februar 2017 , anders als in den statischen MRI ,

erkannt hätte . Der Arzt habe indess en festgehalten, dass ausser den festgestellten Mikrokalzifikationen das Intervall intakt und die lange Bizepssehne im Sulcus lokalisiert sei (Urk. 11/3/42 und 11/3/34).

Im Übrigen ist unstr i ttig , dass die Läsion im Zeitpunkt der Arthros kopie bestand. 5.2

Entscheidend ist

indes allein , ob diese erst mehr als ein Jahr nach dem Unfall festgestellte Läsion noch überwiegend wahrscheinlich als Folge des Sturzes zu sehen ist . Die Beschwerdegegnerin hat gegenüber dem Beschwerdeführer nämlich keine Leistungspflicht für das im Operationsber icht aufgeführte Schulterleiden , sondern nur für eine Schulterkontusion anerkan nt. Daran vermag die unter An gabe der Diagnose « dolentes AC-Gelenk Schulter rechts» beantragte und am 18. Mai 2017

gewährte Kostengutsprache im Zusammenhang mit der Schulter arthroskopie nichts zu ändern (Urk. 11/3/17-19) . Demnach liegt die Beweislast, ob es sich bei der operierten Verletzung um eine zusätzliche Unfallfolge handelt bzw. mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht ,

weiterhin beim Beschwerdeführer . Daran würde sich auch nichts ändern, ginge man von einer unfallähnlichen Körperschädigung aus (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_85 5/2018 vom 14. März 2019 E. 3.1 und 8C_167/2018 vom 28. Februar 2019 E. 6.6). 5.3

Dr. A.____ argumentierte

zur natürlichen Kausalität , dass aufgrund der klar bestehenden Brückensymptome seit dem Unfallereignis und der festgestellten Inter valläsion mit subluxierender langer Bizepssehne und auch kranialer Partial ruptur der Subscapularissehne diese Verletzung mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfallereignis gewürdigt werden

müsse (Urk. 11/3/40) .

In der «korrigierten Version » des Berichts vom 9. Februar 2017 hielt er

ferner fest, der Beschwerdeführer sei seitlich von einem anderen Skifahrer angefahren worden mit erheblicher Schulterkontusion. Dabei sei es zu einer Traumatisierung der rechten Schulter mit sofort einem Schmerz im kranialen Schulterbereich gekommen. Seither bestünden Restbeschwerden. Während eines Kinobesuchs habe er den Arm längere Zeit in 90° Abduktion gelagert gehalten, in der Folge seien die Schmerzen exazerbiert (Urk. 11/3/12). 5.4

Es fällt somit auf, dass Dr. A.____ von einem anderen Verletzungsmechanismus ausging, nämlich einem Zusammenprall mit einem anderen Skifahrer . Ursprünglich hatte der Beschwerdeführer geschildert, einem anderen Skifahrer ausgewichen und gestürzt zu sein (Urk. 11/3/3). Dabei ist im Bereich des Sozialversicherungsrechts praxisgemäss in der Regel auf die «Aussagen der ersten Stunde» abzustellen , denen in beweiswürdiger Hinsicht grösseres Gewicht zu kommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis).

Sodann verwendete Dr. A.____ den Begriff «Restbeschwerden» und wies auf eine anhaltende Beschwerdeverschlechterung nach einem späteren Kinobesuch im Rahmen der Lagerung des Armes im 90° hin . Der Hausarzt stellte , wie Dr. Z.____ in der Zusammenfassung der Akten festhielt (Urk. 11/3/37) , zunächst nur ein e und erst etwas später noch weitere Verordnungen zur Physiotherapie aus (vgl. Urk. 11/3/5 und 11/3/7-9). Aktenkundig wurden zudem erst im Jahr 2017 eine Infiltration (Urk. 11/3/13) sowie eine dynamische Ultraschalluntersuchung und schliesslich eine Arthroskopie durchgeführt. All dies bestätigt den von Dr. Z.____ beschriebenen Beschwerdeverlauf bzw. einen zunehmenden Leidensdruck des Beschwerdeführers . Das Überweisungsschreiben an die C.____ vom 23. November 2016, worin der Hausarzt seit Februar 2016 «anhaltende» Schulterschmerzen trotz intensiver Physiotherapie unterstützt durch NSAR beschrieb, vermag daran nichts zu ändern, zumal auch er Massnahmen im Zusammenhang mit den degenerativen Veränderungen erwog (Infiltration, Defiléerweiterung ; Urk. 11/3/10) .

Schliesslich legte Dr. A.____

weder dar, weshalb das Verletzungsbild für ein Trauma sprechen würde, noch widerlegte er die Aussagen von Dr. Z.____

im Zusammenhang mit den degenerativen Veränderungen und dem Impingement. 6.

Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass die Stellungnahme von Dr. A.____ auf einem unklaren Unfallhergang beruht, den Vorzustand unberücksichtigt lässt und nicht konkret aufzeigt, was am operierten Verletzungsbild bzw. welcher Befund gegen ein Impingement und für ein Trauma sprechen würde. Es kommt hinzu, dass sich bildgebend keine richtungsgebende Verschlimmerung im Sinne einer knöchernen Läsion, Verletzung der Rotatorenmanschette oder auffällige Zunahme der Arthrose feststellen liess. Die Beschwerdeführerin hat somit zurecht auf die Einschätzung eines überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingten Gesundheitsschadens von Dr. Z.____ abgestellt, an welcher keine Zweifel bestehen, und einen Leistungsanspruch ab August 2016 verneint. Auf weitere Abklärungen ist zu verzichten. Selbst die Möglichkeit, dass das festgestellte Verletzungsbild

mit dem Unfall zusammenhängen könnte, wie auch die Möglichkeit, dass in den früheren Bildgebungen etwas übersehen worden sein könnte, würden nicht zur Bejahung eines natürlichen Kausalzusammenhangs führen. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diese Entscheidung 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 dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift 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 Bonetti

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