

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00195 vom 1. November 1983**

ZH Sozialversicherungsgericht, 1983-11-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2018.00195](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00195)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00195 du 1 novembre 1983

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00195 del 1 novembre 1983

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1956, ist seit dem

#### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2017 sind die 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). 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).

Der hier zu beurteilende Vorfall hat sich am 7. Februar 2017 ereignet, weshalb die ab dem 1. Januar 2017 gültigen Normen Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

#### **E. 1.2**

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.

#### **E. 1.3**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder 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

weg gedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die 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. 1.4**

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 Unfalles 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. 1.5**

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 1. September 2018 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Heilungskosten vollständig zu übernehmen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 10. Oktober 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Einspracheentscheid vom 2. August 2018 zusammengefasst, auf der Grundlage der Stellungnahmen des beratenden Arztes Dr. C.\_\_\_\_

könne die am 20. November 2017 operativ behandelte Impingement-Problematik mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 7. Februar 2017 zurückgeführt werden. Es handle sich um altersentsprechende degenerative Veränderungen. Die Argumentation des behandelnden Arztes, welche auf der Beweisregel « post hoc ergo propter hoc » beruhe,

sei demgegenüber medizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig. Insgesamt seien die Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 5. April 2018 zu Recht per 7. August 2017 eingestellt worden (Urk. 2 S. 4).

#### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerdeschrift vom 1. September 2018 im Wesentlichen geltend, ihm sei seitens der Beschwerdegegnerin vor der ärztlichen Behandlung schriftlich und mündlich der Versicherungsschutz bestätigt worden. Erst nach der Behandlung sei dieser mehr als ein halbes Jahr später rückwirkend widerrufen worden, was inakzeptabel sei. Darüber hinaus stünden die ärztlichen Argumente der Beschwerdegegnerin in komplettem Widerspruch zu denjenigen des behandelnden Arztes und des involvierten Chirurgen. Auch ohne Fachkenntnisse könne festgehalten werden,

dass die Schulter vor dem Unfall vollständig beschwerdefrei habe belastet werden können und dass der sehr spezifische Schmerz seit dem Unfall bis zur Operation stets derselbe an genau der gleichen Stelle gewesen sei ( Urk. 1 S. 2).

### **E. 2.3**

In ihrer Beschwerdeantwort vom 10. Oktober 2018 betonte die Beschwerdegegnerin, dass der operative Eingriff vom 20. November 2017 nicht überwiegend wahrscheinlich mit dem Sturz auf die Schulter vom 7. Februar 2017 in Zusammenhang stehe. Die Leistungen seien zu Recht per 7. August 2017 eingestellt worden. Der Beschwerdeführer behauptete des Weiteren, ihm sei sowohl mündlich als auch schriftlich bestätigt worden, dass die Operationskosten übernommen würden. Mit Schreiben vom 4. April 2017 sei ihm jedoch einzig mitgeteilt worden, dass das Ereignis vom 7. Februar 2017 als Unfall anerkannt werde und Leistungen erbracht würden. Dieses Schreiben stelle keine «Blankobestätigung» für allfällig später notwendig werdende Operationen dar. Überdies würden Kostengutsprachen für Operationen nie mündlich an versicherte Personen abgegeben; vielleicht sei es in diesem Zusammenhang zu einem Missverständnis gekommen ( Urk.

### **E. 2.4**

Mit Replik vom 22. November 2018 hielt der Beschwerdeführer daran fest, dass der kausale Zusammenhang zwischen dem Unfall und der darauffolgenden Behandlung evident sei. Zudem würden die von der Beschwerdegegnerin beigezogenen Experten dafür bezahlt, Zusammenhänge so darzulegen, dass die Versicherung entlastet werde. Im Übrigen liege eine eindeutige und rechtsverbindliche Kostengutsprache seitens der Beschwerdegegnerin vor ( Urk. 13 S. 2 f.). 3. 3.1

Am 30. März 2017 wurde die linke Schulter des Beschwerdeführers durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, mittels MRI untersucht. Dabei konnte eine gelenkseitige und interstitielle Partialruptur am Hinterrand des Supraspinatusansatzes mit einem Durchmesser von etwa 1.5 x 1 cm festgestellt werden. Für eine Knochenmarködeme fanden sich demgegenüber keine Anhaltspunkte ( Urk. 8/2). 3.2

Bei Diagnose einer posttraumatischen geringgradigen intraartikulären Läsion der kranialen Rotatorenmanschette sowie einer glenohumeralen

Synovialitis mit subacromialem

Impingement erfolgte am 20. November 2017 im Spital Z.\_\_\_\_

durch Dr. B.\_\_\_\_

eine arthroskopische

Synovektomie, eine subacromiale und ACG-Dekompression sowie eine Installation von Hyaluronat an der linken Schulter ( Urk. 8/7). Gemäss Austrittsbericht vom 24. November 2017 habe sich der Verlauf komplikationslos gestaltet. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können ( Urk. 8/9). 3.3

Dr. A.\_\_\_\_ nahm am 16. Februar 2018 zur Frage der Beschwerdegegnerin Stellung, ob die operativ behandelten Beschwerden noch zumindest teilweise auf das Ereignis oder mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich auf ereignisfremde Faktoren

zurückzuführen seien. Er hielt fest, dass die am 20. November 2017 durchgeführte subacromiale

und AC-Gelenksdekompression mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Behandlung eines degenerativ bedingten Vorzustandes im Sinne einer Impingement -Symptomatik gedient habe. Grundsätzlich sei die erlittene Schulterkontusion nicht geeignet, eine Läsion der Rotatorenmanschette

herbeizuführen. Die nachgewiesene geringgradige Läsion der Supraspinatussehne entspreche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht einer traumatisch bedingten strukturellen Läsion, sondern einer altersentsprechenden degenerativen Veränderung der Rotatorenmanschette. Der Status quo sine sei spätestens sechs Monate nach dem Ereignis vom 7. Februar 2017 erreicht gewesen (Urk. 8/14). 3.4

Dr. B.\_\_\_\_

äußerte sich in seinem Bericht vom 19. April 2018 dahingehend, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall mit Blick auf die linke Schulter völlig beschwerdefrei gewesen sei. Danach habe er seinen sportlichen Betätigungen wie Tennis und Surfen nicht mehr oder nur noch eingeschränkt nachgehen können. Erst durch den operativen Eingriff vom 20. November 2017 sei der Zustand wie vor dem Ereignis wieder erreicht worden. Es gebe keinen Anhaltspunkt dafür, dass die nach dem 7. August 2017 fortbestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt gewesen sein sollten.

Im Übrigen sei anzumerken, dass der operative Eingriff nicht wegen der Rotatorenmanschettenläsion durchgeführt worden sei, welche sicherlich nicht unfallbedingt sei. Vielmehr sei er aufgrund der posttraumatischen Impingement -Problematik erfolgt und habe — wie das Resultat zeige — auch zu einer Beschwerdefreiheit geführt (Urk. 8/39 f.). 3.5

In seiner versicherungsinternen Stellungnahme vom 5. Juli 2018 führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, das Ereignis vom 7. Februar 2017 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer in der Bildgebung vom 30. März 2017 nachvollziehbaren Partialruptur der Supraspinatussehne ansatznahe am Tuberkulum

majus geführt. Die Problematik eines Impingements könne in der vorgelegten Bildgebung hin gegen nicht erkannt werden. Der Abstand zwischen AC-Gelenk, Coracoid sowie Schultergelenkspfanne sei nicht relevant eingeengt. Die im Operationsbericht neu beschriebene

Impingement -Problematik lasse sich auf dem ursprünglichen Bilddatensatz nicht erkennen. Inwiefern die Aussage im Operationsbericht die erste Stellungnahme des beratenden Arztes beeinflusst habe, sei zum heutigen Datum nicht bekannt. Zumindest sei aus heutiger Sicht und nach Analyse des nunmehr zur Verfügung stehenden Bilddatensatzes die Argumentation, dass bereits im März 2017 eine Impingement -Problematik vorgelegen habe, nicht mehr zu hören (Urk. 8/45).

Ergänzend hielt Dr. C.\_\_\_\_ am 19. Juli 2018 fest, dass im Rahmen der Bildgebung mittels MRI keine strukturellen frischen Verletzungen im Bereich der Bursa

sub acromialis-sub deltoidea

erkannt worden seien. Das AC-Gelenk sei ebenfalls als unauffällig beschrieben worden. Bei diesem Sachverhalt sei die am 20. November 2017 behandelte Pathologie im Bereich des

AC-Gelenks überwiegend wahr scheinlich nicht auf das Ereignis vom 7. Februar 2017 zurückzuführen. Vielmehr sei sie Ausdruck degenerativer Veränderungen beim zum Zeitpunkt des Eingriffs 61-jährigen Beschwerdeführer. Hierfür spreche auch die intraoperativ vorgefundene intraartikuläre deutliche Synovialitis, welche in Verbindung mit der Bildung nicht bestanden habe (Urk. 8/47). 4. 4.1

Unbestritten ist, dass das Ereignis vom 7. Februar 2017 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstellt (vgl. Urk. 2 S. 3 Ziff. 7, Urk.

#### **E. 7**

S. 10 f.), kann diese Formulierung nicht als «Blankobestätigung» für später notwendig werdende operative Eingriffe verstanden werden. In Nachachtung der zitierten Rechtsprechung war sie vielmehr befugt, das Kostengutsprache gesuch des Spitals Z.\_\_\_\_

vom 12. Dezember 2017 (Urk. 8/13) separat zu prüfen und auf die formlose Deckungszusage zurückzukommen. 4.3 4. 3.1

Der angefochtene Entscheid basiert massgeblich auf den versicherungsinternen Einschätzungen von Dr. A.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2018 (Urk. 8/14 f.) und Dr. C.\_\_\_\_ vom 5. sowie 19. Juli 2018 (Urk. 8/45, 8/47). Beide verfügen über eine für die Beurteilung des streitigen Leidens angezeigte medizinische Fachausbildung. Darüber hinaus hatten sie Kenntnis von den medizinischen Vorakten wie insbesondere dem radiologischen Untersuchungsbericht von Dr.

D.\_\_\_\_ vom 30. März 2017 und dem Operationsbericht des Spitals Z.\_\_\_\_

vom 20. November 2017. Unter Berücksichtigung der radiologisch erhobenen Befunde

(vgl. Urk. 8/2) legten sie in schlüssiger Weise dar, weshalb die operativ versorgte Pathologie im Bereich des AC-Gelenks mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Sturz vom 7. Februar 2017 zurückgeführt werden kann, sondern Ausdruck degenerativer Veränderungen ist. Anschaulich ist in diesem Zusammenhang der Hinweis von Dr. C.\_\_\_\_, dass rund eineinhalb Monate nach dem Unfallereignis mittels MRI weder frische strukturelle Verletzungen im Bereich der Bursa subacromialis-subdeltoidea, noch Auffälligkeiten am AC-Gelenk feststellbar waren. Zudem fanden sich bildgebend keine Anhaltspunkte für eine Impingement-Problematik; der Abstand zwischen dem AC-Gelenk, Coracoid und Schultergelenkspfanne wurde als nicht relevant eingestuft.

Im Gegensatz dazu

konnten

intraoperativ — etwa acht Monate nach der MRI-Untersuchung —

nicht nur eine ausgeprägte Bursitis, sondern auch ein deutlich verengtes und degenerativ verändertes AC-Gelenk

festgestellt werden (Urk. 8/7).

Es ist bei diesen Gegebenheiten nachvollziehbar, dass die beratenden Ärzte der Beschwerdeführerin zum Schluss kamen, dass die operativ behandelte Impingement-Symptomatik mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit nicht in kausalem Zusammenhang zum Unfallereignis steht und der Status quo sine spätestens nach sechs Monaten erreicht war. Gegen die Zuverlässigkeit der fachärztlichen versicherungsinternen Stellungnahmen spricht im Übrigen auch nicht, dass Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer nicht

selbst untersucht haben, da auch Aktengutachten voll er Beweis wert zukommt, sofern — wie im konkreten Fall — ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen). 4.3.2

Der Beschwerdeführer zweifelte jedoch die Unabhängigkeit von Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ an, welche von der Beschwerdegegnerin dafür bezahlt würden, die Zusammenhänge so darzulegen, dass sie entlastet werde (Urk. 13 S. 2). Wie bereits erwähnt (vgl. E. 1.5 vorstehend), genügt die Tatsache, dass die befragten Ärzte in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger stehen, allein nicht, um auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit zu schliessen. Es bedarf besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Der Beschwerdeführer zeigte in seinen Rechtsschriften indes keine konkreten Anhaltspunkte auf, welche an der Unparteilichkeit der beratenden Ärzte zweifeln lassen. Solche sind ebenso wenig mit Blick auf die übrige Aktenlage ersichtlich, weshalb sich die Rüge nicht als stichhaltig erweist. 4.3.3

Des Weiteren wandte der Beschwerdeführer ein, die Beurteilung der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin widerspreche diametral derjenigen des behandelnden Arztes Dr. B.\_\_\_\_. Zudem betonte er unter Hinweis auf die von ihm erlebte Schmerzsymptomatik, dass der kausale Zusammenhang zwischen dem Unfall und der in der Folge in Anspruch genommenen Behandlung evident sei (Urk. 1 S. 2, Urk. 13 S. 2).

Es mag zutreffen, dass sich der Beschwerdeführer bis zum Unfall vom 7. Februar 2017 an der linken Schulter weder funktionell noch durch Schmerzen beeinträchtigt fühlte. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc », nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig ist und zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen vermag (BGE 119 V 335 E. 2b/bb, Urteil des Bundesgerichts 8C\_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

Da die Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 8/39) wesentlich auf dieser Annahme beruht, vermag sie nur schon aus diesem Grund die versicherungsinternen Beurteilungen nicht in Zweifel zu ziehen. Dies muss umso mehr in Anbetracht dessen gelten, dass sich Dr. B.\_\_\_\_ auch nicht eingehend mit den Stellungnahmen von Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_

auseinandersetzte und insbesondere auch keinen Bezug zu den im März 2017 durch Dr. D.\_\_\_\_ mittels MRI erhobenen Befunden herstellte. Insgesamt erscheint daher die Erfahrungstatsache bekräftigt, dass behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen

(BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Jedenfalls besteht kein Anlass, auf der Basis des Berichtes von Dr. B.\_\_\_\_ vom 19. April 2018 die versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahmen in Frage zu stellen. 4.4

Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahmen abgestellt und ihre Leistungen per 7. August 2017 eingestellt hat. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit war der Status quo sine in Bezug auf die linke Schulter zu diesem Zeitpunkt — sechs Monate nach dem Unfallereignis — erreicht.

Dementsprechend erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 2. August 2018 (Urk. 2) als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Visana 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 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Fehr Würsch

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