

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00260 vom 26. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00260

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00260 du 26 septembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00260 del 26 settembre 2019

Erwägungen

E. 1

Der 1961 geborene X.____

war seit dem 15. März 1981 bei der Y.____ AG als Geschäftsinhaber angestellt und in diesem Rahmen bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Gemäss Bagatell und Fallmeldung vom 20. März 2018 wurde er während seinen Ferien in Brasilien am 14. Februar 2018

beim Reiten vom Pferd abgeworfen und ist auf die Schultern gefallen (Urk. 11/1). Die medizinische Erstvorstellung erfolgte am 26. März 2018 bei Dr. med. Z.____, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin (Urk. 11/1/1). Am 9. April 2018 berichtete PD Dr. med. A.____, Fachärztin FMH für Radiologie, über das gleichentags durchgeführte Arthro-MRI der rechten Schulter (Urk. 11/9). Hernach erfolgte eine Überweisung des Versicherten an Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates (vgl. Urk. 11/1/1), welcher am 16. April 2018 erstmalig (Urk. 11/3) und am 19. April 2018 ausführlich (Urk. 11/10) über den Gesundheitszustand des Versicherten berichtete. Am 15. Mai 2018 führte Dr. B.____ eine Schulterarthroskopie rechts mit Tenotomie und Tenodesen der Biceps

longus Sehne, Rekonstruktion der Subscapularissehne, ausgedehnter subacromialer Débridement mit Acromioplastik, plastischer Rekonstruktion der cranialen

Infraspinatussehne und der Supraspinatussehne durch (Urk. 11/14). Die Suva klärte beim Versicherten die Umstände und den Hergang des Ereignisses vom 14. Februar 2018 ab (Urk. 11/19 und Urk. 11/22) und legte die Akten Kreisarzt Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Radiologie, zur Stellungnahme vor (Stellungnahme vom 4. Juni 2018, Urk. 11/12). Mit Schreiben vom 6. Juni 2018 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass sie nicht leistungspflichtig sei (Urk. 11/20), womit sich der Versicherte nicht einverstanden zeigte (vgl. Urk. 11/23, Urk. 11/25 und Urk. 11/31). Nach erneuter Vorlage an Dr. C.____ und ausführlicher medizinischer Stellungnahme seinerseits (Stellungnahme vom 19. Juli 2018, Urk. 11/34), verneinte die Suva einen Leistungsanspruch mit Verfügung vom 23. Juli 2018 (Urk. 11/38/1-2). Die betreffende Verfügung wurde auch dem betroffenen Krankenversicherer, der Helsana Versicherungen AG, zu gestellt (Urk. 11/38/3).

Dagegen erhob der Versicherte am 26. Juli

2018 Einsprache (Urk. 11/39) und begründete diese mit Eingabe vom 27. Juli 2018 (Urk. 11/41). Gleichentags erhob auch die Helsana Versicherungen AG Einsprache gegen die Verfügung vom 23. Juli 2018 (Urk. 11/44). Mit Einspracheentscheid vom 11. September

ber 2018 wies die Suva die erhobenen Einsprachen ab (Urk. 2 = Urk. 11/51).

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).

Das hier zu beurteilende Ereignis hat sich am 14. Februar 2018 ereignet, weshalb die ab dem 1. Januar 2017

gültigen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Ein Unfall ist gemäss Art.

E. 1.3

Gemäss Art.

E. 1.4

.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a). 1 . 5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

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 Versicherungsvertragsnehmer allein 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 Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsin ternen 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 . 2 .1

In ihrer Beurteilung des

Arthro -MRI vom 9. April 2018 hielt Dr. A. ___ fest, es sei viel Gelenkserguss (10 ml) abpunktiert worden. Es bestehe eine aus gedehnte Supraspinatussehnenruptur mit Retraktion der Sehne um ca. 3 cm. Zu dem bestehe eine partielle Ablösung der Subscapularissehne mit nur noch einigen intakten Sehnenfasern, welche aufgetrieben und tendinopathisch nach weis bar seien. Die lange Bizepssehne sei kranial im Gelenk nicht nachweisbar, DD schwer tendinopathisch , DD ebenfalls rupturiert (die Untersuchung sei aufgrund von Be wegungsartefakten etwas eingeschränkt beurteilbar). Es best ünden eine deutliche AC-Gelenksarthrose sowie eine beginnende Omarthrose mit deutlicher Labrum degeneration sowie glenohumeralen Knorpelschäden. Es sei en keine signifikante Verfettung der Muskulatur (Verfettung Grad I nach Goutallier) , keine Atrophie und kein Muskelödem gegeben (Urk. 11/9). 2 .2

Im Operationsbericht vom 15. Mai 2018 hielt Dr. B. ___ im Wesentlichen folgende intraoperativen Befunde fest : Intraarticulär sehr gut erhaltener Knorpel überzug humeral und glenoidal . Die Biceps

longus Sehne sei komplett aus dem Sulcus

bicipitalis nach anteromedial luxiert und unmittelbar vor dem Übergang in den Sulcus

bicipitalis stark aufgefasert. Die Subscapularissehne sei in der cranialen

Hälfte transmural

rupturiert und bis Höhe Glenoidrand nach medial retrahiert mit einem Bindegewebsstrang der anterioren

Supraspinatussehne . Die Supraspinatussehne sei transmural

rupturiert und bis zur Hälfte der Distanz Tuberculum

majus

Glenoid

retrahiert . Die Infraspinatussehne sei im cranialen Drittel bis zur cranialen Hälfte transmural

rupturiert . Die Subscapularissehne sei äusserst straff nach medial retrahiert . Es zeigt e sich, dass die Infraspinatus - und Supraspinatussehnen

delaminiert seien und weit auseinander klafft en mit deut licher Dehiszenz im posterioren

Rotatorenintervall (Urk. 11/14). 2 . 3

In seiner Stellungnahme vom 2. Juli 2018 hielt Dr. C. ___ fest, dass im MRI vom 9. April 2018 neben eindeutig degenerativ bedingten Veränderungen, wie zum Beispiel einem

deutlich degenerativ verändertem Labrum glenoidale , einer stark ausgeprägten Akromioklavikulararthrose und einer leichten Omarthrose auch subtotale Rupturen des Tendo

musculi

supraspinati und des Tendo

musculi

infraspinati nachgewiesen seien . Diese seien bereits zu jenem Zeitpunkt weit retrahiert gewesen. Des Weiteren habe sich eine deutliche Tendinopathie des Musculus

infraspinatus und ein wahrscheinlich durch eine Ruptur bedingtes Fehlen des Tendo

capitis

longi

musculi

bicipitis

brachii intraartikulär gezeigt.

Die Schulter weise , unabhängig von den Läsionen, die eventuell makrotraumatisch bedingt sein könnten, ausgedehnte eindeutig degenerative Veränderungen auf. Wenn man nun betrachte, dass bereits auch nur eine transmurale Ruptur des Tendo

musculi

supraspinati , wenn makrotraumatisch bedingt, derart schmerzhaft sei, dass sie zu einer Pseudoparalyse führe, hier der Beschwerdeführer aber, ob wohl auch weitere Sehnen rupturiert gewesen seien, erst mehr als einen Monat nach dem Unfall einen Arzt aufgesucht habe, dann sprächen schon Verlauf und Verhalten des Beschwerdeführers klar gegen eine überwiegend wahrscheinliche Kausalität der Läsionen zum gemeldeten Unfall. Wenn man zudem berücksichtige, dass die Schulter ausgedehnte , eindeutig degenerative Veränderungen aufweise, die unmöglich auf den Unfall zurückgeführt werden könnten , und dass intraoperativ auch noch eine Delamination des Musculus

infraspinatus , die eindeutig für eine Degeneration spreche, nachgewiesen worden sei, dann werde klar, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers mit klar überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Degeneration und nicht auf den gemeldeten Unfall zurück geführt werden könnten

(Urk. 11/34). 2 .4

Am 27. August 2018 nahm Dr. B. ____

zur Unfallkausalität Stellung. Er wies darauf hin, dass die Beschreibung des Unfallhergangs, wie auch die in der Folge aufgetretenen Symptome, absolut plausibel seien. Die Entwicklung der Symptome entspreche dem typischen Verlauf bei einer

Rotatorenmanschettenmassenruptur mit traumatischer Luxation nach anteromedial der Biceps

longus Sehne . Der entsprechende Pathomechanismus mit insbesondere Ruptur der Subscapularis sehne und der Infraspinatussehne und Luxation der Biceps

longus Sehne, sei ein potentiell geeigneter Verletzungsmechanismus entsprechend Loew und Co-Autoren. Der Zeitpunkt der Primärdiagnostik knapp sieben Wochen nach Trauma ereignis entspreche ebenfalls den Kriterien, die entsprechend Loew und Co-Autoren für eine traumatische Ätiologie sprächen. Das Vorhandensein einer AC-Gelenksarthrose sei ab dem 35.-40. Lebensjahr allgemein in der Normalbevölkerung verbreitet und nicht pathognomonisch. Wie insbesondere in der neueren Studie zur Ätiologie der Rotatorenmanschetten-Läsion durch Loew und Co-Autoren festgehalten werde, könne aufgrund der konventionellen Röntgenaufnahmen und aufgrund von degenerativen Veränderungen im AC-Gelenk nicht auf die Kausalität der Rotatorenmanschettenläsion geschlossen werden. Daneben liege in den MRI-Aufnahmen vom 9. April 2018 ein deutlich undulierter Verlauf der rupturierten Supra- und Infraspinatussehne vor. Die Subscapularissehne sei MR-tomographisch, wie auch intraoperativ über fast die gesamte Breite transmural

rupturiert und retrahiert. Es zeigten sich MR-tomographisch überhaupt keine Zeichen einer fettigen Degeneration des Musculus

subscapularis. Das deute ganz klar auf einen traumatischen Prozess hin mit zusätzlich luxierter Biceps

longus Sehne. Durch Kim und Co-Autoren sei zudem nachgewiesen worden, dass der Ansatz der Infraspinatussehne deutlich weiter nach anterior liegt, insbesondere das gelenksseitige tiefe Blatt, als bisher vermutet. Dies sei auch beim Beschwerdeführer der Fall. Die cranialen 2/3 der Infraspinatussehne seien transmural

rupturiert gewesen. Zum Zeitpunkt der ersten klinischen Untersuchung am 16. April 2018 habe eine eingeschränkte Abduktion und Flexion der betroffenen rechten Schulter vorgelegen, jedoch nicht mehr das reine klinische Bild einer Pseudoparalyse. Zusammenfassend bestünden aufgrund der Anamnese, der klinischen Untersuchung sowie der radiologischen Zusatzuntersuchungen sämtliche Kriterien, die für eine traumatische Unfallkausalität sprächen (Urk. 11/54). 2.5

In seiner chirurgischen Beurteilung vom 12. Dezember 2018 hielt Dr. D. ___ im Wesentlichen fest,

beim Beschwerdeführer seien keine Ausdrücke einer Gewalt einwirkung wie Blutergüsse (Hämatome), Prellmarken, Schürfwunden und Schwellungen eingetreten, wie sie bei einem direkten Aufprall auf die rechte Schulter mit erheblicher kinetischer Energie zu erwarten wären. Zudem weise der Beschwerdeführer auch keine Verletzungen der Hände oder Ellbogen auf, welche bei einem Abstützen zu erwarten gewesen wären. Obwohl der Beschwerdeführer anlässlich der Erstkonsultation angegeben habe, unmittelbar nach dem Unfall hätten massive Schmerzen und ein völliger Funktionsverlust der rechten Schulter bestanden, stelle sich die Frage, warum er mit diesen Symptomen nach einem Sturz vom Pferd keinen Arzt aufgesucht habe. Erstaunlicherweise sei auch nach der Rückkehr in die Schweiz wohl keine Röntgenuntersuchung der rechten Schulter veranlasst worden – dies trotz der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers. Zusammengefasst bestünden von medizinischer Seite Zweifel an der Schwere des Unfalls und daran, dass ein völliger Funktionsverlust im Sinne einer Pseudoparalyse der Schulter eingetreten sei. Da die klinischen Zeichen einer schweren Traumatisierung der rechten Schulter durch direkte oder indirekte Gewalteinwirkung fehlen würden, sei es überwiegend wahrscheinlich zu einer leichten Verletzung gekommen. Die rupturierten drei Sehnen hätten alle eine

unterschiedliche Zugrichtung, bewirkten daher bei einem Zug an ihnen über den zugehörigen Muskel jeweils eine völlig andere Bewegung des Armes in der Schulter. Biomechanisch sei es nicht zu begründen, dass gleichzeitig eine schädigende Kraft in völlig unterschiedliche Richtungen wirke und diese Richtungen sich zum Teil auch noch diametral gegenüberliegen würden (im vorliegenden Fall Innen- und Aussenrotation). Nur eine schwere Traumatisierung mit hoher Rasananz und hoher kinetischer Energie erscheine geeignet, gleichzeitig drei Sehnen der Rotatorenmanschette zu zerreißen und eine Sehne zu luxieren. Dabei wären aber schwere Begleitverletzungen zu erwarten, die im vorliegenden Fall nicht dokumentiert seien. Entgegen der Annahme von Dr. B. ___ vom 27. August 2018 sei die «Massenruptur» der Rotatorenmanschette somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 14. Februar 2018 zurückzuführen. Sieben Wochen nach einem schweren Unfall, der geeignet wäre, drei kräftige Sehnen komplett oder nahezu komplett zu zerreißen, wäre zu erwarten, dass MR-tomographisch noch Veränderungen objektiviert würden, die auf eine erhebliche Gewalt einwirkung schliessen lassen würden. Diese wären zum Beispiel Knochenmarködeme, Reste einer Einblutung oder Ödeme in den Weichteilen. Derartige Veränderungen würden jedoch mit dem fachradiologischen Befund nicht genannt und seien auch bei eigener Einsichtnahme in die Bildgebung nicht nachzuweisen. Verschleissbedingte Prozesse der Supraspinatus- und Subscapularissehne seien häufig mit Verschleisserscheinungen der Bicepssehne vergesellschaftet und Subluxationen und Luxationen der Bicepssehne in Kombination mit Defekten der Rotatorenmanschette zu beobachten. Die Luxation der Bicepssehne aufgrund der schleichend eintretenden Instabilität erfolge nahezu ausschliesslich nach antero-medial und führe damit langfristig zu einer mechanischen Schädigung der Subscapularissehne. Im Operationsbericht von Dr. B. ___ vom 15. Mai 2018 werde dokumentiert, dass die Sehne des langen Bicepskopfes vor dem Eintritt in den knöchernen Kanal am Oberarm, dem Sulcus

bicipitalis, stark aufgefasert sei. Das sei das typische Zeichen für eine chronische Schädigung der Bicepssehne, die als Folge eines chronischen Pulleydefektes instabil sei und an der Knochentaste des Sulcus

bicipitalis in ihre Fasern aufgespleisst würde. Dieser Prozess sei nicht das Ergebnis einer seit wenigen Wochen bestehenden Luxation der Bicepssehne. Zusammenfassend sei es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass es bei dem Unfall vom 9. Februar 2018 zu einer akuten traumatischen Zerreissung mehrerer Sehnen der Rotatorenmanschette zusammen mit einer Zerreissung des Bicepspulley gekommen sei

(Urk. 10 S. 6-9).

Hinsichtlich der Frage, ob der Unfall einen krankhaften Vorzustand getroffen hat, weist med. pract. D. ___ darauf hin, dass die AC-Gelenksarthrose und die Omarthrose überwiegend wahrscheinlich bereits zum Zeitpunkt des Unfalls bestanden hätten, zumal diese über viele Jahre entstünden.

Eine Arthrose des Schultergelenks sei häufig, eine schwere Arthrose dieses Gelenks jedoch eher ungewöhnlich und entspreche nicht einem Normalbefund, entgegen der Darstellung von Dr. B. ___ vom 27. August 2018. Eine schwere Arthrose des AC-Gelenks könne über Knochenanbauten zu einer mechanischen Beeinträchtigung insbesondere der Supraspinatussehne führen. Eine Omarthrose sei selten und stelle auch im Alter des Beschwerdeführers keinen Normalbefund dar. Eine Labrumdegeneration sei Zeichen ein e

s langdauernden Verschleissleidens und habe daher gleichfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits zum Zeitpunkt des Unfalls vom 14. Februar 201

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 1. Oktober 2018 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, der Einspracheentscheid vom 11. September 2018 sei aufzuheben und es sei ihm für die Folgen des Unfalls vom 14. Februar 2018 die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Eventuell sei der Einspracheentscheid vom 11. September 2018 aufzuheben und die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Suva zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). In prozessualer Hinsicht beantragte der Versicherte die Aktenevidenz durch die Suva sowie die Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 1 S. 3 und S. 7). Mit Verfügung vom 16. Oktober 2018 wurde dem Beschwerdeführer eine Nachfrist zur ergänzenden Beschwerde begründung angesetzt (Urk. 4), woraufhin dieser am 26. Oktober 2018 ergänzende Stellungnahme und erneut den prozessualen Antrag auf Aktenevidenz durch die Suva und die Gewährung des rechtlichen Gehörs dazu stellte (Urk. 6 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 4. Januar 2019 (Urk. 9, unter Beilage ihrer Akten Urk. 11/1-56) schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde

und legte ihrer Eingabe eine chirurgische Beurteilung von Versicherungsarzt med. pract. D.____, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie sowie Viszeralchirurgie (D), datierend vom 12. Dezember 2018, bei (Urk. 10). Mit Verfügung vom 8. Januar 2019 wurde der Beschwerdeführer darüber in Kenntnis gesetzt und ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 12). Mit Eingabe vom 8. Februar 2019 erstattete der Beschwerdeführer seine Replik (Urk. 14), woraufhin die Beschwerde gegen ihn am 12. März 2019 auf die Einreichung einer Duplik verzichtete (Urk. 18).

E. 2.5

).

Der betreffende Bericht wurde von einem Facharzt erstattet, ist für die streitigen Belange umfassend, wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten erstellt (Urk.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

E. 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. 6

Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen auch Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *conditio sine qua non* war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache

ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen. Einem Ereignis kommt demzufolge der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und austauschbar erschiene. Da gegen entspricht die unfallbedingte Einwirkung – bei erstelltem Auslöseszusammenhang – einer (anspruchshindernden) Gelegenheits- oder Zufallsursache, wenn sie auf einen derart labilen, prekären Vorzustand trifft, dass jederzeit mit einem Eintritt der (organischen) Schädigung zu rechnen gewesen wäre, sei es aus eigener Dynamik der pathogenen Schadensanlage oder wegen Ansprechens auf einen beliebigen anderen Zufallsanlass. Wenn ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung hätte bewirken können, erscheint der Unfall nicht als kausal signifikantes Ereignis, sondern als austauschbarer Anlass; es entsteht daher keine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers (Urteil des Bundesgerichts 8C_337/2016 vom 7. Juli 2016 E. 4.1.1-2 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. 8

bestanden. Eine Tendinopathie sei Ausdruck einer chronischen Sehnenschädigung. Auch eine solche chronische Sehnenschädigung sei Ausdruck eines über Jahre andauernden Prozesses und entstehe nicht innerhalb von wenigen Wochen. Die Tendinopathie der Subscapularissehne habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits zum Unfallzeitpunkt bestanden. Der Beschwerdeführer führe einen Malerbetrieb und betreibe intensiv Sport, unter anderem auch Eis hockey, was für ein erhöhtes Risiko für chronische Schäden und Verschleissleiden an der Schulter spreche. Die im Operationsbericht festgehaltene Delamination der Infraspinatussehne gelte als typischer Ausdruck einer verschleissbedingten Sehnenveränderung. Auch die Tatsache, dass die Wiederherstellung der Supraspinatussehne und der Infraspinatussehne nur mit plastischer Rekonstruktion gelungen sei, gelte als typisches Zeichen für eine seit längerer Zeit bestehende Retraktion der Sehnenstümpfe. Bezüglich der Subscapularissehne sei die Situation sogar so, dass diese «äusserst straff» retrahierte Sehne erst nach Kapsulotomie und einem Release um 270° ausreichend mobil gewesen sei, um wieder zum Tuberkulum

majus, ihrem Ansatz,

zurückgeführt werden zu können. Auch dies gelte als Zeichen einer chronischen, lang bestehenden Retraktion.

Schlussfolgernd sei überwiegend wahrscheinlich, dass das Ereignis einen krankhaften Vorzustand im Sinne eines bereits fortgeschrittenen Verschleissleidens des rechten Schultergelenks und Schultergelenks getroffen habe. Die vorhandene Datenlage lasse nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darauf schliessen, dass das

Ereignis vom 14. Februar 2018 zu strukturellen unfall kausalen Veränderungen im Bereich der rechten Schulter geführt habe. Eine richtunggebende Verschlimmerung des krankhaften Vorzustands sei damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetreten (Urk. 10 S.

E. 9

-13). 3 .

3 .1

Unter den Parteien umstritten und zu klären ist, ob zwischen dem Unfall vom 14. Februar 2018 und der

Massenruptur der Rotatorenmanschette rechts ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht . 3 .2

Die Beschwerdegegnerin verneint e

dies und stützt e sich dabei insbesondere auf die aktenbasierte Stellungnahme von med. pract . D.____ vom 12. Dezember 2018 (Urk. 2 S. 6, Urk. 9 S. 3, vgl. E.

E. 10

S. 6 ff.). Damit erfüllt der Bericht von med. pract . D.____ vom 12. Dezember 2018 in formeller Hinsicht die rechtsprechungs gemässen Anforderungen an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1 . 6). 3 .3 3 .3. 1

Zur Begründung der natürlichen Kausalität schilderte der Beschwerdeführer in seiner Replik ein schweres Trauma aufgrund eines Sturzes aus einer Höhe von drei Metern auf die rechte Schulter (Urk. 14 S. 6-7). Die Schilderung des Beschwerdeführers, wonach das Steigen des Pferdes (Stehen auf die Hinterbeine), dazu führte, dass er – bei einer Körpergrösse des Tieres von 1.60-1.75 m – von einer Höhe von ca. drei Metern auf seine Schulter stürzte, erweist sich bereits per se als nicht möglich . Med. pract . D.____ verneinte denn auch das Vorliegen klinischer Zeichen der Einwirkung einer grossen schädigenden Gewalt und legte ge stützt darauf nachvollziehbar dar, weshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine schwere

Gewalteinwirkung stattgefunden hat (vgl. Urk. 10 S. 6). Damit ist nicht von einem schweren Trauma im Sinne des in der Replik geschilderten auszugehen . Zu prüfen bleibt jedoch , ob der Unfall zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des – auch von Seiten des Beschwerdeführers nicht bestrittenen (vgl. Urk. 14 S. 7) – Vorzustandes geführt hat. 3.3.2

Anlässlich des Arthro-MRI 's vom 9. April 2018 wurde beim Beschwerdeführer ein Gelenkerguss von 10 ml abpunktiert (vgl. E. 2 .1).

Entgegen dem Dafürhalten des Beschwerdeführers beweist der Gelenkerguss indes nicht ein traumatisches Ereignis beziehungsweise eine richtunggebende Verschlimmerung durch das Sturzereignis, sondern kann seine Ursache (reaktiv als Reizerguss) auch in einer vorbestehenden, vor allem degenerativen Gelenkerkrankung haben (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Aufl., S. 582). Dass med. pract . D.____ dem Gelenkerguss in seiner Kausalitätsbeurteilung – wie im Übrigen auch Dr. B.____ in seiner Stellungnahme betreffend Unfallkausalität vom 27. August 2018 (vgl. Urk. 11/54) – keine Relevanz beigemessen hat, ist folglich schlüssig . 3 .3.3

In medizinischer Hinsicht stützte der Beschwerdeführer den geltend gemachten Leistungsanspruch insbesondere auf die Stellungnahme von Dr. B.____ vom 27. August 2018. Dr. B.____

legte seiner Beurteilung im Wesentlichen dieselben prä- und intraoperativen Befunde wie med. pract. D.____ zugrunde, gelangte aber zum Schluss, dass eine traumatische Unfallkausalität gegeben sei.

Med. pract. D.____ befasste sich eingehend mit der abweichenden Beurteilung von Dr. B.____ und den darin vorgebrachten Argumenten (vgl. Urk. 10 S. 9-13). So legte er auch im Detail dar, weshalb die von Dr. B.____ angerufene Literatur die gezogenen Schlüsse nicht stützt beziehungsweise im Widerspruch dazu steht (Urk. 10 S. 11-12).

Auch die Behauptung von Dr. B.____, das Bild der rupturierten

Sulcus-tuberosussehne entspreche einer traumatischen Ruptur, liefert keine Begründung und bezieht auch nicht die ausgedehnten Rupturen beziehungsweise Veränderungen des Schultergelenkes beziehungsweise der Rotatorenmanschette mit ein.

Da die Stellungnahme von Dr. B.____ auch daneben keine nachvollziehbare Begründung für das Vorliegen einer Unfall (teil)kausalität

beinhaltet, erweist

sie sich nicht als schlüssig. Vielmehr scheint seine Begründung der Unfallkausalität auf der Argumentation zu beruhen, «post hoc ergo propter hoc», welcher praxisgemäss beweisrechtlich keine Aussagekraft zukommt (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgericht 8C_13/2016 vom 13. Mai 2016 E. 4.2 mit Hinweisen). 3.4

Nach dem Gesagten ist eine wesentliche (teilursächliche) Kausalität nicht mit

dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Vielmehr ist gestützt auf das versicherungsmedizinische Aktengutachten von med. pract. D.____ vom 12. Dezember 2018 anzunehmen, dass die Prellung beziehungsweise Kontusion der Schulter vom 14. Februar 2018 lediglich als Gelegenheits- oder Zufallsursache einen asymptotischen Vorzustand zu Tage brachte, was keinen natürlichen Kausalzusammenhang zu begründen vermag (vgl. E. 1.4.1).

Ob eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG vorliegt, kann bei diesem Ergebnis offenbleiben, zumal auch bei einer solchen Körperschädigung nur dann eine Leistungspflicht der Unfallversicherung besteht, wenn zwischen dem unfallähnlichen Ereignis und der Verletzung ein natürlicher Kausalzusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_679/2016 vom 7. Dezember 2016 E. 4 mit Hinweis). Dies ist – nach dem Gesagten – vorliegend nicht der Fall. 4.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. September 2018 (Urk. 2) erweist sich damit als rechtsens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - Suva - Bundesamt für Gesundheit - Helsana Versicherungen AG 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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