

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00263 vom 30. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00263

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00263 du 30 mars 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00263 del 30 marzo 2020

Erwägungen

E. 1.1

UV170760 Übergangsrecht UVG-Revision, in Kraft seit 1. Januar 2017 09.2019 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 ver wirklicht 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 ausgebro chen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Über gangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwi schen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhanden sein 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 Kausal zusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädi gende 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 ge sundheitliche 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 Ver waltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungs anspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Die Beweislast für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens liegt beim Unfallversicherer, weil es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt. Auch dies muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglich erweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine).

Mit Bezug auf Rückfälle oder Spätfolgen kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des natürlichen Kausalzusammenhanges beim Grundfall und bei früheren Rückfällen behaftet werden, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Vielmehr obliegt es dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge postulierten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhanges zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 8C_102/2008 vom 26. September 2008 E. 2.2 mit Hinweis).

Dagegen

ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalls und nicht unter demjenigen eines Rückfalls zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat beziehungsweise wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen. Dies setzt nicht zwingend eine durchgängige ärztliche Behandlung voraus (Urteil e

des Bundesgerichts 8C_433/2007 vom 26. August 2008 E. 2.3 ,

U 130/04 vom 17. November 2004 E. 3.2 und 5.2 mit Hinweisen sowie U12/06 vom 6. Juni 2006 E. 4.3).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern der Untersuchungsbefund lückenlos vorliegt, namentlich ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergibt, und zudem nicht umstritten ist. Weiter sind unfallversicherungsintern eingeholte ärztliche Berichte nicht zu berücksichtigen, wenn an der Richtigkeit der Schlussfolgerungen auch nur geringe Zweifel bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_724/2013 vom 31. März 2014 E. 4.2.2 mit Hinweisen).

E. 2

/1 S. 6-8).

E. 2.1

Im angefochtenen Einspracheentscheid hielt die Visana fest, die ab Mai 2017 beantragten Unfallversicherungsleistungen seien als Rückfall zum Motorradunfall vom 20. Juni 2016 zu behandeln (Urk. 2/1 S. 3 f.). Zur Beurteilung der Frage, ob die neuen Schulterbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 20. Juni 2016 stünden, könne auf die Aktenbeurteilungen des versicherungsinternen Arztes Dr. A. ___ vom 8. Februar, 31. Mai, 2. August und 6. September 2018 abgestellt werden. Diesen kommt volle Beweiswert zu. Dr. A. ___ habe in seiner Stellungnahme vom 8. Februar 2018 dargelegt, dass Dr. Z. ___ anlässlich der Erstkonsultation vom 20. Juni 2016 keine Anzeichen für eine allfällige Schultergelenksverletzung dokumentiert habe. Der Beschwerdeführer habe nach dem Unfall zwar über Schulterbeschwerden geklagt, bereits am 27. Juni 2016 habe er Dr. Z. ___ aber angegeben, sich weitgehend erholt zu haben. Der am 16. März 2018 anlässlich der Schulterarthroskopie erhobene Befund einer SLAP-Läsion Typ II könne gemäss Dr. A. ___ nicht einer am 20. Juni 2016 erlittenen strukturellen Läsion der Schulter zugeordnet werden. Zudem könne diese Diagnose, da kein intraoperatives Video erstellt worden sei, weder von einem beratenden Arzt noch einem Gutachter nachträglich überprüft werden. Intraoperativ erstellte Bilder seien für Drittbeurteilende oftmals schwierig zu interpretieren.

Laut Dr. A. ___ und der höchstrichterlichen Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C_325/2013 vom 17. Juni 2013) hätte sich die SLAP-Läsion in zeitlicher Nähe zum Unfall klinisch äussern müssen, damit eine Unfallkausalität angenommen werden könne. Das in der Arthro-MRI-Untersuchung vom 7. September 2017 dokumentierte Ganglion am posterosuperioren Labrum spreche für eine degenerative Pathologie als Ursache der SLAP-Läsion, auch bei einem 37-jährigen Mann. Die anderslautende Beurteilung von Dr. B. ___ vom 19. April 2018 vermöge keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Einschätzung des

Dr. A. ___ zu begründen, da sie sich auf die unzulässige Beweisregel «post hoc ergo propter hoc» stütze.

Mangels eines ausgewiesenen natürlichen Kausalzusammenhangs mit dem Unfall vom 20. Juni 2016 habe der Beschwerdeführer für den am

E. 2.2

Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, zwar habe der erstbehandelnde Dr. Z.____

nach dem Unfall bloss eine Schulterprellung diagnostiziert; dies sei aber darauf zurückzuführen, dass er die Schulter weder bildgebend untersucht noch eine fachärztliche Abklärung veranlasst habe. Vor diesem Hintergrund sei die beschönigende Stellungnahme von Dr. Z.____ vom 4. Dezember 2017 zu sehen. Als stets motivierter Pflegefachmann habe er schnell wieder mit der Arbeit begonnen, obwohl er weiterhin Beschwerden gehabt habe (Urk. 1 S).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort hält die Visana den Argumenten des Beschwerdeführers entgegen, der Hausarzt Dr. Z.____ sei durchaus in der Lage gewesen, das Beschwerdebild, welches der Beschwerdeführer initial gezeigt habe, richtig einzuordnen und zu behandeln. Die Untersuchungen vom 21. Juni 2016 hätten keine Auffälligkeiten, insbesondere betreffend die Armbeweglichkeit, gezeigt. Hingegen sei aufgrund des Überweisungsschreibens von Dr. Z.____ vom 1. Juni 2017 erstellt, dass die beiden AC-Gelenke degenerative Veränderungen aufwiesen.

Die weiteren Untersuchungen von Dr. C.____ hätten dann die SLAP-Läsion rechts mit einem posterioren Ganglion am Labrum ergeben (Urk. 9 S. 3 f.). Die beidseitige AC-Gelenkspathologie werde von Dr. B.____ in seinen Berichten völlig ausgeblendet. Deshalb könne auf seine Kausalitätsbeurteilung nicht abgestellt werden. Der Beschwerdeführer versuche die fachliche Kompetenz des beratenden Arztes Dr. A.____ in Frage zu stellen. Dabei verkenne er, dass es eine medizinische Erfahrungstatsache sei, dass Prellungen (Kontusionen), Verstauchungen oder Zerrungen auch bei degenerativen Vorzuständen innert kurzer Zeit abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbildeten. Dies sei auch hier der Fall gewesen. Der Fallabschluss sei im Dezember 2016 vorgenommen worden, da der Beschwerdeführer sich am 27. Juni 2016 als erholt erklärt habe und er seine Tätigkeit als Pflegefachmann seither monatelang ohne Einschränkungen habe ausführen können. Erst am 15. Mai 2017 habe er wieder bei seinem Hausarzt vorgesprochen (Urk. 9 S. 4).

E. 3

= Urk. 10/42).

In Stellungnahmen vom 31. Mai und 2. August 2018 hielt Dr. A.____ unter Berücksichtigung der Ausführungen von Dr. B.____ vom 19. April 2018, der Berichte von Dr. C.____ vom 11. September und 25. Oktober 2017 und des Datensatzes zur Arthro-MRI-Untersuchung an seiner Auffassung, dass die Schulterproblematik nicht (auch nur teilweise) durch den Unfall verursacht sei, fest. Bereits das auf den MRI-Bildern dokumentierte Ganglion am posterioren Labrum spreche für eine degenerative Pathologie als Ursache der SLAP-Läsion. Dr. B.____ habe seine Auffassung, dass die Befunde nicht degenerativer Natur seien, in keiner Art und Weise substantiiert. Es handle sich dabei um blosser Behauptungen, denen ein deutlich geringerer Stellenwert zukomme als für Dritte einsehbare Fakten (Urk. 10/50). Auch die Berichte von Dr. C.____ vom 11. September und 25. Oktober 2017 vermöchten an seiner Beurteilung nichts zu ändern (Urk. 10/52).

Nachdem die Visana bei Dr. B.____ die Operationsbilder erhältlich gemacht hatte (Urk. 10/51, Urk. 10/53), nahm Dr. A.____ am 6. September 2018 nochmals zur Unfallkausalität

Stellung. Er hielt fest, dass auf den MRI-Bildern vom 7. September 2017 zur Darstellung gelangte Ganglion lokalisiere sich im Abschnitt der erlittenen SLAP-Läsion. Es stelle eine degenerative Erkrankung dar, auch bei einem 37-jährigen Mann. Aufgrund bildgebender Diagnostik vermutete SLAP-Läsionen könnten erst im Rahmen einer Arthroskopie abschliessend diagnostiziert werden. Dabei werde die Läsion intraoperativ beispielsweise mittels eines Häkchens ertastet. Intraoperativ erfolge die Prüfung im Rahmen eines dynamischen Handelns, wohingegen die Bildgebung eine statische Standortbestimmung darstelle.

Intraoperativ erstellte Bilder seien für Drittbeurteilende oftmals schwierig zu interpretieren und könnten nicht in jedem Fall als Beweis herangezogen werden. Im Zweifelsfall sollten Videoaufnahmen erstellt werden, welche die dynamische Prüfung und Darstellung der Läsion auch für Dritte objektiv nachvollziehbar machten. Derartige Videoaufnahmen lägen im hier zu beurteilenden Fall nicht vor (Urk. 10/54; vgl. auch Urk. 10/55).

E. 3.1

Der Hausarzt Dr. Z.____

behandelte den Beschwerdeführer erstmals am Unfalltag (20. Juni 2016) und erhob Druckdolenz im Bereich der rechten Hüfte und des proximalen Oberschenkels, Schürfnungen infrapatellär rechts sowie eine Prellung an der rechten Schulter. Die Röntgenuntersuchung des Beckens, Oberschenkels und Knies zeigte keine ossären Läsionen. In seinem Arztzeugnis vom 27. Juni 2016 diagnostizierte Dr. Z.____

Prellungen von Schulter, Hüfte und Oberschenkel sowie Schürfnungen im Kniebereich. In therapeutischer Hinsicht habe er Schonung veranlasst und Analgetika verordnet. Der Beschwerdeführer sei für die Zeit vom 20. bis 27. Juni 2016 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen.

Am 27. Juni 2016 sei die Behandlung abgeschlossen worden (Urk. 10/2).

E. 3.2

Laut Überweisungsschreiben von Dr. Z.____ vom 1. Juni 2017 suchte ihn der Beschwerdeführer am 15. Mai 2017 auf. Er habe ihm berichtet, seit einer Woche Schmerzen in der rechten Schulter zu haben, so dass er kaum noch Betten machen und in der Pflege arbeiten könne. Dr. Z.____ erhob eine normale Beweglichkeit und Kraft beider Arme.

Hingegen seien die AC-Gelenke beidseits geschwollen gewesen

(Urk. 10/7).

Die Arthro-MRI-Untersuchung des rechten Schultergelenks vom 7. September 2017 ergab eine SLAP-Läsion mit Ausdehnung von posterosuperior bis antero superior sowie ein vom posterosuperioren Labrum ausgehendes Ganglion mit Ausdehnung in die « spinoglenoid notch ». Zusätzlich erblickte der Radiologe etwas Flüssigkeit in der Bursa subacromialis, welche er differentialdiagnostisch als leichte Bursitis subacromialis interpretierte (Urk. 10/14).

Dr. med. C.____, Facharzt für Rheumatologie, behandelte den Beschwerdeführer seit Juni 2017. Seinen

Berichten vom 18. September und 24. Oktober 2017 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer über nicht ausstrahlende Schmerzen in der rechten Schulter

hauptsächlich anterior in der Nähe der Bizepssehne und des AC-Gelenks klagte, welche bei Retroversion und beim Betten machen im Pflegeheim provoziert werden konnten. Auf der linken Seite hätten im Rahmen der Untersuchung kaum Beschwerden provoziert werden können. Vorher habe der Beschwerdeführer keine Schulterschmerzen gehabt, mit Ausnahme der Zeit nach dem Motorradunfall im März (richtig: Juni) 2016, als ihm die Schulter

zwei bis drei Wochen lang etwas weh getan habe. Sonographisch

habe sich auf der rechten Seite etwa 1 mm Flüssigkeit in der Bursa subacromialis

gezeigt, welche möglicherweise mit einem alten Längsriss ohne Unterbrechungen der Kontur der Supraspinatussehne zusammenhänge. Ansonsten hätten keine pathologischen Befunde erhoben werden können, insbesondere nicht im Bereich der Bizepssehne intraartikulär oder am AC-Gelenk. Eine Infiltration der Bursa subacromialis habe für eine Woche eine Symptomverbesserung gebracht, danach seien die Schmerzen wieder aufgetreten. Die in der Folge angefertigten Arthro-MRI-Bilder der Schulter hätten eine SLAP-Läsion rechts mit einem posterioren Ganglion am Labrum ergeben, welches differentialdiagnostisch dem Status nach dem Motorradunfall mit Sturz auf die Schulter zuzuordnen sei. Zusammenfassend könnten die Symptome in diesem komplexen Fall nicht gänzlich konklusiv mit einer einzigen Pathologie im Schulterbereich zusammengebracht werden. Deshalb werde der Beschwerdeführer an den Orthopädischen Chirurgen Dr. B. ___ überwiesen zur Prüfung, ob eine operative Sanierung der Schulter in Frage komme

(Urk. 10/15, Urk. 10/19).

In dem am 14. November 2017 ausgefüllten Fragebogen der Visana gab der Beschwerdeführer an, seit Sommer 2016 habe er immer wieder Schmerzen in der rechten Schulter gehabt. Er habe dann Schmerzmedikamente genommen. Da die Beschwerden anfangs unregelmässig und schwach gewesen seien, habe er sie nicht in einen direkten Zusammenhang mit dem Motorradunfall gebracht. Im Mai 2017 seien die Schmerzen dann stärker und unerträglich geworden, so dass er sich wieder bei Dr. Z. ___ in Behandlung begeben habe. Seit dem 20. Juni 2016 habe er keinen weiteren Unfall erlitten, der die rechte Schulter betroffen habe (Urk. 10/21).

Am 21. November 2017 berichtete der Orthopäde Dr. B. ___ über seine Untersuchung des Beschwerdeführers. In anamnestischer Hinsicht führte er aus, der Beschwerdeführer sei im März (richtig: Juni) 2016 mit dem Motorrad auf die rechte Seite gestürzt und habe sich unter anderem an der rechten Schulter verletzt. Die Schulter habe dann zwar leicht geschmerzt, er habe aber alles machen können. Im Mai 2017 sei es dann zu zunehmenden Schulterschmerzen gekommen. Mittlerweile habe sich ein Ganglion entwickelt, und die Schulter sei sowohl in Ruhe als auch bei Bewegungen schmerzhaft. Es sei eine traumatische SLAP-Läsion der Schulter rechts mit einem kleinen postero-superioren Ganglion und einer möglichen Bizepstendinopathie und AC-Arthropathie nach dem Motorradsturz zu diagnostizieren (Urk. 10/22; vgl. auch Urk. 10/43).

Im Bericht vom 4. Dezember 2017 ergänzte Dr. Z. ___ auf Anfrage der Visana seine Angaben in den früheren Berichten dahingehend, dass anlässlich der Erstuntersuchung nach dem Unfall vom 20. Juni 2016 der Beschwerdeführer vor allem über Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte, des Oberschenkels und des linken Unterschenkels geklagt habe. Am 21. Juni 2016 sei er wieder vorstellig geworden und habe nun über Schulterschmerzen

rechts und Rückenschmerzen geklagt. Im Vordergrund seien aber immer noch die Beinbeschwerden gewesen. Die Beweglichkeit von Kopf und Armen sei unauffällig gewesen. Es habe sich folglich um eine Prellung der ganzen rechten Körperseite gehandelt (Urk. 10/25).

In seiner Stellungnahme vom 8. Februar 2018 hielt der Vertrauensarzt der Visana , Dr. A.____ , fest, Dr. Z.____ habe unmittelbar nach dem Unfall keine Funktions einbusse an der rechten Schulter festgestellt. Zudem habe er auch keine äusserlich erkennbare Verletzung oder schmerzhafte Beweglichkeit im Schultergelenk doku - mentiert , welche

auf eine Gelenksverletzung hätte hinweisen können. Dem entsprechend sei er von einer Schulterprellung ausgegangen. Erst nach rund 11 Monaten habe sich der Beschwerdeführer wieder bei Dr. Z.____ gemeldet . Wann sich die von Dr. B.____ erwähnte, im Arthro -MRI vom 7. September 2017 sichtbar gewordene SLAP-Läsion im Verlauf der letzten Monate entwickelt habe, könne nicht näher eingegrenzt werden. In Verbindung mit dem ebenfalls zur Dar stellung gelangten Ganglion an der hinteren oberen Gelenkklippe (postero - superiores Labrum) dürfte sich die SLAP-Läsion überwiegend wahrscheinlich als Aus druck einer zwischenzeitlich voranschreitenden degenerativen Veränderung ent wickelt haben. Zumindest sei der Beschwerdeführer nicht veranlasst gewesen, deutlich früher erneut bei Dr. Z.____ zwecks Weiterabklärung von Schulterbe schwerden vorstellig zu werden. Deshalb müsse die Rückfallkausalität abgelehnt werden (Urk. 10/27).

E. 3.3

Am 16. März 2018 operierte Dr. B.____ die rechte Schulter des Beschwer deführers (Schulterarthroskopie, Bizepsstenotomie , SLAP II- Refixation , Acromio plastik und AC-Resektion sowie offene, subpectorale

Bizepsstenodese). Dabei erhob er arthroskopisch eine ausgesprochene SLAP-Läsion Typ II. Die Rotatoren manschette war überall normal . Im Operationsbericht vom 19. März 2018 diag nostizierte er eine SLAP-Läsion Typ II mit ganz postero - superiorem Ganglion sowie mit einer posttraumatischen AC- Arthropathie der rechten Schulter (Urk. 10/38).

Am 19. April 2018 nahm Dr. B.____ zur Kausalität der Schulterbescher den Stellung. Er hielt fest, der Beschwerdeführer habe im März 2016 einen Motorradsturz erlitten und leide seither unter Beschwerden. Während der Opera tion vom 16. März 2018 habe er eine SLAP-Läsion Typ II erhoben. Dies bedeute, dass der Bizepsanker relevant vom oberen Glenoidrand abgerissen gewesen sei . Dieser Befund entspreche eindeutig einem Zustand nach einem Trauma, wie es beispielsweise bei einem Sturz auftreten könne. Zwar könnten Bizepsankerablö sungen auch degenerativer Natur sein. Dann seien sie in der Regel nur gering gradig , und es handle sich in solchen Fällen um SLAP-Läsionen Typ I. Zudem träten diese in der Regel im Alter ab etwa 60 Jahren auf. Der Beschwerdeführer sei mit 37 Jahren noch jung und weise eine SLAP-Läsion Typ II auf, weshalb diese sicher oder mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt sei (Urk.

E. 4

) ist deshalb bloss zu prüfen, ob die ab Mai 2017 behandelten Schulterschmerzen einen Rückfall zum Unfall vom 20. Juni 2016 darstellen .

Die Beweislast für die Unfallkausalität liegt beim Beschwerdeführer.

E. 4.1

Nach Abschluss der Unfallbehandlung bei Dr. Z.____

am 27. Juni 2016 (Urk. 10/2) befand sich der Beschwerdeführer bis zur erneuten Vorstellung beim gleichen Arzt am 15. Mai 2017 (Urk. 10/7) nicht mehr in ärztlicher Behandlung. Dem Bericht von Dr. C.____ vom 25. Oktober 2017 ist zu entnehmen, dass er diesem

Arzt angab, vor Anfang Mai 2017 habe er keine Schulterschmerzen gehabt, mit Ausnahme der Zeit nach dem Motorradunfall, als ihm die Schulter zwei bis drei Wochen etwas weh getan habe (Urk. 10/19). Auch der Anamnese im ersten Bericht von Dr. B.____ vom 21. November 2017 lässt sich nicht entnehmen, dass die Schulter nach dem Unfall durchgehend bis im Mai 2017 schmerzhaft war (Urk. 10/22).

Im ausgefüllten Fragebogen vom 14. November 2017 (Urk. 10/21) machte der Beschwerdeführer erstmals geltend, seit dem Sommer 2016 habe er immer wieder Schmerzen in der rechten Schulter gehabt. Anfangs seien diese

unregelmässig und schwach gewesen, weshalb er sie nicht mit dem Motorradunfall in Zusammenhang gebracht habe (Urk. 10/21; vgl. auch Urk. 1 S. 3).

Diese Angaben wurden dann offenbar im Bericht von Dr. B.____ vom 19. April 2018 übernommen (Urk. 10/42). Demgemäss liegen für die Zeit zwischen dem vorläufigen Ende der Behandlung bei Dr. Z.____ am 27. Juni 2016 und dem neuerlichen Arztbesuch am 15. Mai 2017

keine echtzeitlichen ärztlichen Befunde über Schulterschmerzen

vor, geschweige denn ärztliche Stellungnahmen zur Kausalität solcher Beschwerden. Im Übrigen scheint der Beschwerdeführer selbst allfällige in der Zwischenzeit aufgetretene Schulterschmerzen zunächst nicht als unfallbedingt eingestuft zu haben. Unter diesen Umständen ist das Bestehen

unfallkausaler

Schulterschmerzen im Sinne von Brückensymptomen nicht ausgewiesen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 4 mit Hinweisen). Unbestrittenermassen (Urk. 1 S. 8, Urk. 2/1 S.

E. 4.2

Im Operationsbericht von Dr. B.____ vom 19. März 2018

werden die im Rahmen der Arthroskopie vom 16. März 2018 erhobenen Befunde dokumentiert.

Mit diesen Darlegungen ist der Beweis für das Vorliegen einer – mit den Worten von Dr. B.____ – « ausgesprochenen »

SLAP-Läsion Typ II grundsätzlich erbracht worden. Dr. B.____

hat die damals nicht näher bestimmte SLAP-Läsion bereits in seinem ersten Bericht vom 21. November 2017 auf den Motorradunfall zurückgeführt (Urk. 10/22). In seiner Stellungnahme vom 19. April 2018 hat er sodann grundsätzlich

schlüssig

dargelegt, dass eine SLAP-Läsion Typ II einem Zustand nach einem Trauma, etwa einem Sturz, entspreche, und dass degenerativ bedingte SLAP-Läsionen in der Regel weniger schwer seien und ab etwa 60 Jahren aufträten. Dies spreche dafür, dass diese Schulterläsion beim 37-jährigen Beschwerdeführer auf den Motorradsturz zurückzuführen sei (Urk. 10/42). Entgegen der Ansicht der Visana entspricht diese Argumentation nicht der beweisrechtlich unzulässigen UV170570 Post hoc ergo propter hoc 08.2018 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 (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

Allerdings ging Dr. B.____ in seiner Stellungnahme vom 19. April 2018 offenbar davon aus, dass der Beschwerdeführer seit dem Motorradsturz durchgehend unter Schulterbeschwerden litt (Urk. 10/42). Dies ist nach den vorstehenden Ausführungen nicht erwiesen.

Dr. Z.____ erhob im Mai 2017 beidseits geschwollene AC-Gelenke (Urk. 10/7). Dem Bericht von Dr. B.____ vom 19. April 2018 ist nicht klar zu entnehmen, weshalb er die AC-Arthropathie der rechten Schulter als unfallbedingt einstufte, ob er auch rein degenerative Befunde vorfand und wie er den Einfluss solcher Befunde auf die Kausalitätsbeurteilung der übrigen Schulterläsionen, insbesondere der SLAP-Läsion, beurteilt.

Von Bedeutung ist zudem, dass SLAP-Läsionen (bei jüngeren Personen) auch infolge schwerer beruflicher Belastung oder langjähriger Überlastung beim Sport, insbesondere bei Wurfsporarten und Tennis, auftreten können (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/SLAP-Läsion>). Aus der Meldung der Arbeitsunfähigkeit an den Krankentaggeld-Versicherer vom 29. August 2017 geht hervor, dass der Beschwerdeführer als Pflegefachmann

körperlich mittelschwere, unter anderem die Schultern belastende Arbeiten verrichtete und etwa zweimal täglich Gewichte über 10 kg heben musste (Urk. 10/13). Dr. B.____

hat sich mit dieser Kategorie möglicher Ursachen nicht auseinandergesetzt (Urk. 10/42). Deshalb kann für die Kausalitätsbeurteilung der ab Mai 2017 erneut geklagten Schulterbeschwerden nicht allein auf seinen Bericht vom 19. April 2018 abgestellt werden.

E. 4.3

Bei den Stellungnahmen des Vertrauensarztes der Visana, Dr. A.____, handelt es sich um Aktenbeurteilungen, da Dr. A.____ den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht hat. In seiner Stellungnahme vom 6. September 2018 hat er die Beurteilung von Dr. B.____, dass der Beschwerdeführer eine SLAP-Läsion Typ II erlitten habe, zumindest sinngemäss in Frage gestellt: Er wies darauf hin, dass intraoperativ erstellte Bilder für Drittbeurteilende oftmals schwierig zu interpretieren seien und nicht in jedem Fall als Beweis herangezogen werden könnten. Daher sollten sinnvollerweise Videoaufnahmen erstellt werden, die eine zuverlässigere Überprüfung erlaubten. Solche lägen aber nicht vor. Einleuchtend ist, dass die SLAP-Läsion aufgrund der Arthro-MRI-Bilder vom 7. September 2017 (Urk. 10/14) nicht genauer eingegrenzt werden

und der genaue Typ nur durch eine intraoperative Befunderhebung, wie von Dr. B.____ durchgeführt, definitiv diagnostiziert werden konnte (vgl. auch <https://de.wikipedia.org/wiki/SLAP-Läsion>).

Allerdings hat Dr. A.____s eine Zweifel an der diagnostischen Einordnung der SLAP-Läsion

durch Dr. B.____ einzig auf das Argument gestützt, dass intraoperative s Videomaterial gegen über blossen Bildern eine bessere Nachvollziehbarkeit böte . Zum einen ist mit Blick auf

seine Stellungnahme vom 6. September 2018 aber nicht ganz klar, ob bloss Dr. A.____ , der nicht Facharzt für Orthopädische Chirurgie ist, die von Dr. B.____

zur Verfügung gestellten Operationsbilder nicht hinlänglich interpretieren konnte, oder ob der Typ der SLAP-Läsion für jeden drittbeurteilenden Arzt anhand dieser Bilder nicht konklusiv beurteilbar ist (Urk. 10/54) .

Zum anderen sind die Ausführungen von Dr. A.____ , denen insofern nicht der Charakter einer

fachärztlichen Beurteilung zukommt, nicht geeignet, die von Dr. B.____

aufgrund persönlicher Wahrnehmungen gestellte Diagnose einer SLAP-Läsion Typ II grundsätzlich in Zweifel zu ziehen .

Hierzu wären neue Untersuchungsbefunde der rechten Schulter des Beschwerdeführers vorzubringen oder Indizien, welche die Aussagekraft der

fach ärztlichen Einschätzung von Dr. B.____

konkret in Frage zu stellen vermöchten . Solche liegen nicht vor.

Unklar ist mit Blick auf die Stellungnahmen

von

Dr. A.____ vom 31. Mai, 2. August und 6. September 2018 , wie dessen Zweifel an dem von Dr. B.____ intraoperativ am 16. März 2018 erhobenen Schulterbefund seine Kausalität beurteilung konkret beeinflusst haben (Urk. 10/50, Urk. 10/52, Urk. 10/54) . Mit den Berichten von Dr. B.____ und Dr. C.____

(insbesondere dem Bericht vom 25. Oktober 2017 [Urk. 10/19]) liegen Stellungnahmen zweier behandelnder Fachärzte vor, wonach eine zumindest teilweise Unfallkausalität der SLAP-Läsion überwiegend oder mindestens gleich wahrscheinlich ist wie eine degenerative Ursache.

Inbesondere ist nicht klar, weswegen für Dr. A.____

das Ganglion als degenerativer Befund die Unfallkausalität in Bezug auf die SLAP-Läsion eindeutig ausschliesst, insbesondere auch im Sinne einer Teilkausalität. Gleichzeitig fehlt eine substantiierte Stellungnahme eines behandelnden Arztes, welche eine unfallfremde Ursache der SLAP-Läsion postuliert.

Damit bestehen erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der Schlussfolgerungen von Dr. A.____ ; diese

verbieten es, zur Kausalitätsbeurteilung allein auf seine

Akten beurteilung abzustellen (vorstehend E. 1.5).

E. 4.4

Die Beschwerdegegnerin postuliert gestützt auf die Darlegungen von Dr. A.____ (Urk. 10/27) als zentrales Kausalitätserfordernis, dass sich die SLAP-Läsion zeitlich nahe zum Unfallereignis hätte äussern müssen . In den Akten fehlt

indessen eine beweiskräftige fachärztliche Stellungnahme, welche konkret

festhält, dass eine Unfallkausalität nicht anzunehmen sei, weil sich die SLAP-Läsion in zeitlicher Nähe zum Unfall klinisch nicht geäußert habe. Insofern verhält es sich hier anders als in dem von der Visana zitierten (Urk. 2 /1 S. 7) , vom Bundesgericht beurteilten Fall einer SLAP-Läsion Typ II (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_325/2013 vom 17. Juni 2013 E. 4) . Zudem litt der Beschwerdeführer, anders als in jenem Fall, bereits unmittelbar nach dem Unfall unter Schulterbeschwerden .

Das weitere

Argument der Visana , Dr. Z.____ habe kurz nach dem Unfall vom 20. Juni 2016 eine normale Schulterfunktion erhoben (Urk. 2 /1 S. 7; Urk. 10/25) , spricht nicht zwingend gegen eine relevante Verletzung der Schulter am 20. Juni 2016 ; die Schulterbeweglichkeit und Kraft waren nämlich gemäss Bericht von Dr. Z.____ vom 1. Juni 2017 auch noch im Mai 2017 normal (Urk. 10/7). Bei der gegenwärtigen Aktenlage ist entgegen der Ansicht der Visana

gerade nicht erstellt, dass der Beschwerdeführer am 20. Juni 2016 lediglich eine Schulterprellung ohne organische Läsionen erlitten hat. Deshalb sind ihre Ausführungen zur medizinischen Erfahrungstatsache, dass Prellungen auch bei degenerativen Vorzuständen innert kurzer Zeit abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (Urk.

E. 9

S. 4) , unbehelflich .

Da sich die zentrale Frage der Unfallkausalität des Schulterleidens weder auf grund der Darlegungen von Dr. A.____ noch gestützt auf diejenige von Dr. B.____ beantworten lässt, ist der Sachverhalt weiter abklärungsbedürftig. Entsprechend dem Eventualantrag des Beschwerdeführers ist die Sache an die Visana zurückzuweisen, damit sie das Gutachten eines neutralen Facharztes für Orthopädie einhole . Dieser wird sich unter Berücksichtigung sämtlicher Vorakten , insbesondere auch der von Dr. B.____ erstellten intraoperativen Bilder, und falls nötig nach zusätzlichen Erkundigungen bei den behandelnden Ärzten zur Frage zu äussern haben, ob beziehungsweise inwiefern die im Mai 2017 aufgetretenen Schulterbeschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 20. Juni 2016 stehen. Hernach wird die Visana erneut über ihre Leistungspflicht zu verfügen haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

5.

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E.

2.2).

Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses ist die Prozessentschädigung des Beschwerdeführers ermessensweise auf Fr. 1'800.-- festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. September 2018 aufgehoben und die Sache an die Visana Versicherungen AG zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Mark A. Glavas - Visana Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 5.

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

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

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

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