

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00285

vom 1. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00285

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00285 du 1 mars 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00285 del 1 marzo 2020

Erwägungen

E. 1

/ M1 - M

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 Unfall hat sich am 9. April 2018 ereignet, weshalb die ab 1. Januar 2017 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall 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

Praxisgemäss sind die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens von der versicherten Person glaubhaft zu machen. Kommt sie dieser Forderung nicht nach, indem sie unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben macht, die das Bestehen eines unfallmässigen Schadens als unglaubhaft erscheinen lassen, besteht keine Leistungspflicht des Unfallversicherers. Im Streitfall obliegt es dem Gericht zu beurteilen, ob die einzelnen Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt sind. Der Untersuchungsmaxime entsprechend hat es von Amtes wegen die notwendigen Beweise zu erheben und kann zu diesem Zwecke auch die Parteien heranziehen. Ist aufgrund dieser Massnahmen das Vorliegen eines Unfallereignisses nicht wenigstens mit Wahrscheinlichkeit erstellt – die blosses Mögliche genügt nicht –, so hat dieses als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten der versicherten Person auswirkt (BGE 116 V 136 E. 4b, 114 V 298 E. 5b).

E. 1.4

Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit . a); Verrenkungen von Gelenken (lit . b), Meniskusrisse (lit . c), Muskelrisse (lit . d), Muskelzerrungen (lit . e), Sehnenrisse (lit . f), Bandläsionen (lit . g) und Trommelfellverletzungen (lit . h).

Diese Aufzählung der den Unfällen gleichgestellten Körperschädigungen ist abschliessend (BGE 116 V 136 E. 4a, 147 E. 2b, je mit Hinweisen; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Auflage, Bern 1989, S. 202).

E. 1.5

Seit dem Inkrafttreten der Revision des UVG und der dazugehörigen Verordnung (UVV) per 1. Januar 2017 ist das Bestehen einer vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung nicht länger vom Vorliegen eines äusseren Ereignisses abhängig. Die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 UVG genannte Körperschädigung vorliegt, führt zur Vermutung, dass es sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Dieser kann sich aber von der Leistungspflicht befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen ist (Zusatzbotschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der Suva] vom 19. September 2014, BBl 2014 7922 7934 f.).

Gemäss zur Publikation vorgesehenem Urteil des Bundesgerichts 8C_22/2019 vom 24. September 2019 ergibt sich aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises weiterhin die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnützungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis - nicht zuletzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes (Versicherungsdeckung; Zuständigkeit des Unfallversicherers; Berechnung des versicherten Verdienstes; intertemporalrechtliche Fragestellungen) - auch nach der UVG-Revision relevant. Lässt sich dabei kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter respektive harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten. Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnützung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen - mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit - nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, das heisst im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnützung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (E. 8.6).

E. 1.6

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 versicherungsinerner 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 versicherungsinernen 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 Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinernen 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

). Mit Stellungnahme vom 21. Februar 2019 reichte der Beschwerdeführer das Privatgutachten von Prof. Dr.

med. C.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, vom 15. Januar 2019 zu den Akten

(Urk. 13 und Urk. 14/1-2). Mit Eingabe vom 14. März 2019 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren bisherigen Anträgen fest, worüber der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 15. März 2019 informiert wurde (Urk. 17).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid damit, dass der Beschwerdeführer angeben habe, beim Kiten, auf Nachfrage beim Kitesurfen, auf die Schulter gestürzt zu sein. Weitere Ausführungen zum Ereignis seien nicht vorhanden. Zudem habe der Beschwerdeführer auf den Kapverden nach dem Unfallereignis keinen Arzt aufgesucht. Darüber hinaus seien Kitesurfer den Elementen Wasser und Wind ausgeliefert und müssten mit Kraftereinwirkungen auf Arme und Schulter durch Wind rechnen. Dem Kitesurfer wohne also ein durch diese Elemente hervorgerufenes Risiko einer Verletzung inne, das somit nicht als aussergewöhnlich bezeichnet werden könne, sondern in die Bandbreite der Bewegungsmuster dieses Sports falle, weshalb vorliegend ein Unfallereignis zu verneinen

wäre (Urk. 2 S. 2-3). Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung handle es sich einzig bei der Partiaalläsion der langen Bizepssehne um eine Körperschädigung nach Art.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, wenn ein Sportler beim Kitesurfen stürze, dann handle es sich keinesfalls um eine gewöhnliche Situation. Der Sturz definiere per se schon das Ungewöhnliche. Es sei das Säumnis der Beschwerdegegnerin, dass sie den

Unfallhergang nicht genauer abgeklärt habe. Die nunmehr arthroskopisch gesicherte Hauptbefunde (SLAP-II-Läsion und Subscapularissehnenruptur) seien Listendiagnosen (Art.

E. 2.3

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Dezember 2018 führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, die Ruptur der Subscapularissehne sei nicht unter eine Listenverletzung zu subsumieren, denn nach dem Experten handle es sich um eine partielle craniale Läsion am Subscapularis (mit Goutallier

III), die überwiegend wahrscheinlich als postoperatives Residuum bei Status nach anteriorem Kapselshift 1991 zu betrachten sei, was durch die ausgeprägte Verfettung des Muskels bestätigt werde. Die Diagnose laute denn auch auf sekundär degenerierte Subscapularissehne. Eine Läsion falle nicht unter Art. 6 Abs. 2 UVG, abgesehen davon, dass die angesprochene Veränderung der Subscapularissehne auf degenerative Veränderungen zurückzuführen sei

(Urk. 8 S. 6).

E. 2.4

Mit Stellungnahme vom 21. Februar 2019 ergänzte der Beschwerdeführer, gestützt auf das Aktengutachten von Dr. C.____, dass die Schulter zwar in den Jahren 1989 und 1991 operativ versorgt worden sei, in der Folge aber störungsfrei, schmerzfrei und alltagstauglich eingesetzt werden können. Die Schulter sei derart funktionstüchtig gewesen, dass sie einer Belastung wie dem Kit es urfen stand gehalten habe. Die Schulter habe zwar einen vorbestanden Schaden gehabt, was aber als ausgeheilte, die Schulterfunktion nicht alterierender Endzustand zu werten sei. Das Unfallereignis im April 2018 lasse die Begründung des Vorzustandes und der Degeneration nicht zu (Urk. 13). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Im MRI-Bericht Schulter rechts vom 18. April 2018 wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 11/M1): - Kleine SLAP-II-Läsion am Bizepssehnenanker

posterior - Schwere Tendinopathie der langen Bizepssehne mit Partialruptur und leichter Subluxation nach medial am Eintritt in den Sulcus

intertubercularis - Craniale transmurale Ruptur der Subscapularissehne mit/bei fortgeschrittener Verfettung der dazugehörenden Anteile (Goutallier

III) und gelenkseitige Partialruptur

der kaudalen Anteile der Sehne - Mässige ACG-Arthrose mit Reizzustand - Leichte Bursitis subacromialis / subdeltoidea

E. 3.2

Am

19. April 2018 diagnostizierten die behandelnden Ärzte der Klinik A.____

anhand des nativ MRI der rechten Schulter vom 18. April 2018 : - Schmerzhaftes Schultergelenksbeweglichkeit rechts bei traumatischer Partialruptur der langen Bizepssehne und SLAP- II - Läsion posterior nach Unfall am 9. April 2019 - Transmurale Ruptur der Subscapularissehne cranial mit fortgeschrittener Verfettung (Goutallier III) - AC-Gelenksarthrose rechts , klinisch weitgehend ruhig - Status offener Stabilisierungsoperation nach Neer rechts mit Schrauben fixation am 23. Juli 1991

Die Zuweisung durch Dr. Z.____ sei erfolgt, da nach dem Kitesurfen persistierende Schulterschmerzen bestanden hätten . Bisher sei die rechte Schulter zweimal operiert worden (das erste Mal auswärts ca. 1989, 1991 im Haus).

Der Beschwerdeführer habe berichtet , am 9. April 2018 seien beim Kitesurfen plötzlich Schmerzen im rechten Schultergürtel aufgetreten . Er habe schmerzbedingt seinen rechten Arm nicht mehr anheben können. Die Ärzte empfahlen, knapp 10

Tage nach dem Unfallereignis zuerst zuzuwarten (Urk.

11/ M1-3).

E. 3.3

Dr. D.____ , Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, notierte in seiner Stellungnahme als beratender Arzt vom 25. April 2018 , es liege eine schwere Vorschädigung der rechten Schulter bei Status nach Operation wegen habitueller Schulterluxation vor . Traumafolgen seien ausgeschlossen und mit dem MRI belegt (Urk. 11/M4). 3. 4

Mit Schreiben vom 15. Mai 2018 äusserten sich die Ärzte der Klinik A.____ zur Unfallkausalität. Sie hielten fest , dass der Beschwerdeführer sie heute informiert habe, dass beim Kitesurfen ein realer Unfall eingetreten sei. Darauf abstellend könnten die MRI-Befunde als eindeutig traumabedingt interpretiert werden (Urk. 11/M5). Im Schreiben vom 4. Juni 2018 ergänzten sie, dass der Beschwerdeführer bis zum 9. April 2018 keinerlei Probleme mit seinem rechten Schultergürtel gehabt habe. Durch eine bruske Bewegung, induziert durch einen Windstoss, seien erneut Schmerzen in der rechten Schulter aufgetreten. Es seien eine SLAP - II - Läsion sowie eine traumatisch bedingte Partialruptur der langen Bizepssehne im MRI dokumentiert ,

was nur durch ein Unfallereignis entstehen können . Die SLAP- II - Läsion sei per Definition unfallbedingt (Urk.

11/M6). 3. 5

Die behandelnden Ärzte der Klinik A.____ führten im Bericht vom 11. Juni 2018 aus, der Beschwerdeführer verspüre regelmässige Schmerzschübe, je nach Rotationsbewegungen, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit durch die subluxierende lange Bizepssehne ausgelöst würden . Der Beschwerdeführer wünsche eine operative Revision . Der Eingriff werde in der ersten Juli-Woche gewünscht (Urk. 11/M7) 3.

E. 6

Am 4. Juli 2018 wurde eine Arthroskopie der rechten Schulter, eine subpectorale

Tenodese der langen Bizepssehne und ein Débridement durchgeführt . Bei der Untersuchung in der Narkose sei die Schulter stabil. Es bestätige sich eine SLAP II -Läsion mit destabilisiertem oberem Limbus und auch der langen Bizepssehne . Diese sei ventral

nahe dem Limbus partiell eingerissen. Das Pully sei intakt. Auch die im MRI dokumentierte Ruptur an der Subscapularissehne

lasse sich bestätigen. Die Sehnenqualität lasse eine Re-Insertion nicht zu. Supra- und Infraspinatus seien intakt. Bekannte Hill-Sachs-Läsion. Die ventrale Kapsel sei am Glenoid medialisiert. Im mittleren Bereich bestehe praktisch eine knorpelfreie Zone (10x5 mm). Die Bursoskopie

ergebe wenig auffällige Verhältnisse, auch das AC-Gelenk präsentiere sich hier unauffällig (Urk. 11/M8).

Im Austrittsbericht vom 5. Juli 2018 wurde notiert, dass sich der peri- und postoperative Verlauf regelrecht gestaltet und

es wurde eine physiotherapeutisch geführte Rehabilitation verordnet (Urk.

11/M9). 3.

E. 7

Im Bericht vom 23. August 2018 hielt Dr. med. E. ___ fest, es bestehe ein korrekter Rehabilitationsverlauf. Die Subscapulariszeichen seien klinisch positiv, passend zum Befund einer

intraoperativ nicht mehr rekonstruierbaren

Subscapularissehne. Es bestünden korrekte Verhältnisse im Bereich der tenodesierten langen Bizepssehne (Urk. 11/M10). 3.

E. 8

Schliesslich nahm Dr. B. ___

am 18. September 2018

für die Beschwerde gegnerin

eine versicherungsmedizinische Beurteilung vor (Urk.

11/M11). Er führte aus, das erwähnte, nota

bene zeitnahe MRI bestätige neben einer kleinen SLAP-II-Läsion mit schwerer Tendinopathie /Partiellläsion der langen Bizepssehne eine transmurale,

wenn auch nur partielle, craniale Läsion am Subscapularis, wobei dieser Muskel im Übrigen deutlich degenerativ verändert vorgefunden worden sei. Ausserdem sei eine unspezifische bzw. alterskorrelierende ACG Arthrose und eine Bursitis subacromialis

beschrieben worden. Ein ange deuteter oder gar konkreter Hinweis darauf, dass keine zwei Wochen zuvor eine angeblich relevante und v.a. schädigende Kraft auf die Schulterstrukturen rechts – insbesondere hier auf die Bizepssehne und dem Labrum – eingewirkt haben könnte, fehle vollständig. Dies bedeute im medizinischen Umkehrschluss, dass keine der erkannten Veränderungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im inkriminierten Ereignis ausgelöst

bzw. der postinterventionelle Vorzustand (wegen der habituellen Schulterluxation) nicht richtungsgebend verschlimmert worden sein könne. Dabei wies er darauf hin, dass der genaue respektive unmittelbare subjektive Vorzustand («ex Ante»; 04.06.2018) weder belegt noch konklusiv überprüf- oder beweisbar sei. Die im MRI abgebildeten Veränderungen seien denn auch intraoperativ erkannt und leg

artig behandelt worden. Auch hier werde kein Befund ausgewiesen, der auf eine kürzlich eingetretene Verletzung (mit/bei entsprechender Vernarbung und/oder Rötung) hindeuten könnte. Die präoperative Hypothese, dass die geklagten Beschwerdeschübe mit hoher Wahrscheinlichkeit von der subluxierenden langen Bizepssehne (11.06.2018) abstammen/verursacht würden, werde hierbei allerdings widerlegt («stabiles/intaktes Pulley»), bestenfalls leichtes «scheibenwischerartiges hin und her reiben» am Ansatz.

Die Partialläsion der langen Bizepssehne entspreche einer Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 UVG. Es handle sich dabei aber überwiegend wahrscheinlich um eine Spätfolge der früheren Luxationen, was einer Abnutzung wegen der stattgehabten Überlastungen gleichkomme. Die im MRI

abgebildete, mässig ausgeprägte, jedoch ein deutlich gereizte ACG-Arthrose sei i.S. einer möglichen vorübergehenden Aktivierung zu sehen. Die angesprochene lange Bizepssehne mit ihrem Ansatz am Labrum sei am 9. April 2018 möglicherweise bzw. hypothetisch belastet, aber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht überlastet (bedeutet medizinisch, nicht über die physiologische Belastbarkeit der Sehne hinaus gedehnt worden), denn dagegen sprächen die zeitnahen MRI-Befunde, so dass hier konkrete und/oder objektivierbare Befunde/Hinweise auf eine unfallkausale Folge/Schädigung oder auf eine richtungsgebende Verschlimmerung der erwähnten Spätfolge durch das inkriminierte Ereignis fehlten. Die kleine SLAP-II-Läsion spreche in Kombination mit einer schweren Tendinopathie der langen Bizepssehne mit Partialläsion dafür, dass die durch die früheren Luxationen sekundär veränderte Bizepssehne im zeitlichen Verlauf die Labrumläsion verursacht habe, weshalb die 2018 fest gestellte Labrumveränderung lediglich einem Zufalls-/Gelegenheitsbefund entspreche. Die ausgeprägten Veränderungen (Verfettung/Läsion) des Subscapularis seien einerseits vorbestehend (postoperative Residuen und Spätfolge der zweimaligen Intervention 1991 nach/habitueLLer Schulterluxation) und andererseits lägen, wie bei der langen Bizepssehne, keine konkreten und/oder objektivierbaren Befunde/Hinweise auf eine unfallkausale Folge/Schädigung oder auf eine richtungsgebende Verschlimmerung durch das inkriminierte Ereignis vor. Bei somatisch komplikationslosem Verlauf sei am ACG der Status quo sine nach der möglichen Aktivierung nach allerspätesten drei Monaten als eingetreten zu bezeichnen, da die natürliche Heilung nicht durch objektivierbare

Komplikationen

gestört

worden sei. Die Operation vom 4. Juli 2018 sei über alles gesehen nicht wegen objektivierbarer Folgen des inkriminierten Ereignisses vom 9. April 2018 erfolgt (Urk. 11/M11 S. 5 ff.) 3.

E. 9

Im Privatgutachten vom 15. Januar 2018 (Urk. 14/1) hielt Prof.

C.____ fest, dass aus medizinischer Erfahrung heraus, zwar ein Schaden bestehe und sicherlich aus MR-tomographischer Erfahrung zu verifizieren sei (z.B. craniale Ablösung Subscapularis, fettige Degeneration Goutallier Grad III

ect.), diese r aber als ausgeheilte r, die Schulterfunktion nicht alterierenden, Endzustand zu werten sei. Daraus eine Begründung für die nach dem Unfallereignis im April 2018 aufgetretene Beschwerdesymptomatik abzuleiten, sei nicht ausreichend konklusiv. So könnten unfallbedingte Rupturen der langen Bicepssehne zweifels ohne durch direktes Trauma der Schulter entstehen, wenn dabei die lange Bicepssehne zwischen zwei harten Strukturen eingequetscht werde. Dies würde dann auch die tendinitischen und ödematösen Veränderungen im Bereich der langen Bicepssehne erklären. Auch ein indirektes Unfallereignis, wie dies in späteren Berichten der Klinik A.____

aufgeführt werde, sei für eine Ruptur der langen Bicepssehne und/oder für eine SLAP-II-Läsion nach Snyder qualifiziert. Sich die Situation beim Kitesurfen vor Augen führend, die Hand am Handlebar, der Kite in der Luft und dazu plötzlich eine Windböe, so erscheine dieses Ereignis ausreichend, um die vorgespannte Bicepssehne zu verletzen. Dazu trete, dass eine SLAP-II-Läsion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Traumafolge darstelle (Typ II A nach Morgan). Die operative Intervention mit Tenodese der langen Bicepssehne ziele vollumfänglich und alleine

auf die Läsion der langen Bicepssehne und des Bicepssehnenankers ab und behandle keine anderen Schäden wie diese (Urk.

E. 14

/1 S. 6-7). 4. 4.1

Zu prüfen ist zunächst, ob das Geschehen vom 9. April 2018 als Unfall im Sinne des UVG zu qualifizieren ist. Am 19. April 2018 gab der Beschwerdeführer gegenüber den behandelnden Ärzten der Klinik A.____ an, es seien beim Kitesurfen plötzlich Schmerzen im rechten Schultergürtel aufgetreten (Urk. 11/M3). Gemäss der Unfallmeldung vom 23. April 2019 erlitt er hingegen beim Kitesurfen auf den Kapverden einen Sturz (Urk. 11/UM). Nach Erhalt des ablehnen den Schreibens vom 9. Mai 2018 der Mobilien (Urk. 11/14) meldete der Beschwerdeführer den behandelnden Ärzten der Klinik A.____

am 15. Mai 2018, dass sich beim Kitesurfen ein realer Unfall ereignet habe, was sie der Mobilien anmeldeten (Urk. 11/M5). Schliesslich gingen sie in ihrem Schreiben vom 4. Juni 2018 davon aus, dass damals beim Kitesurfen durch eine bruske Bewegung durch Windstoss induziert, erneut Schmerzen im rechten Schultergürtel aufgetreten seien (Urk. 11/M6). Beschwerdeweise wurden allgemeine Vorgänge beim Kitesurfen geschildert, die geeignet wären, einen Sturz

herbeizuführen (Urk. 11/1 S. 4-6).

4.2

Hieraus ergibt sich, dass die Angaben des Beschwerdeführers zum Unfallgeschehen widersprüchlich sind. Ebenso ist die Beschwerdeschrift nicht erhellend, da allgemeine Vorgänge beim Kitesurfen irrelevant sind. Massgeblich ist einzig, ob ein ungewöhnlicher Vorfall stattgefunden hat. In diesem Kontext ist darauf hin zuweisen, dass die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts den Beweis anforderungen nicht zu genügen vermag (BGE 126 V 353 E. 5 b mit Hinweisen; vgl. BGE 130

III 321 E. 3.2 und 3.3). Auch kann der mangelnde Nachweis der Ungewöhnlichkeit nicht dadurch erbracht werden, indem medizinische Beurteilungen

abstrakt ausführen, welche Kräfteverhältnisse zur vorliegenden Verletzung führen könnten (Urteil 8C_570/2019 des Bundesgerichts vom 8. November 2019 E. 3.2). Somit bleibt das vorliegende Unfallgeschehen unklar, zumal es auch keine Zeugen dafür gibt.

4.3

Wird von einer Zugwirkung einer Böe ausgegangen (Schilderung gegenüber den Ärzten der Klinik A.____), wurde die Schulter durch keinen ungewöhnlichen äusseren Faktor beeinträchtigt. Denn bei Sportverletzungen ist das Merkmal der Ungewöhnlichkeit ohne besonderes Vorkommnis zu verneinen (Urteil 8C_570/2019 des Bundesgerichts vom 8. November 2019 E. 3.2). Sodann unterliegt der Nachweis eines Unfallbegriffes bei Schädigungen, die sich auf das Körperinnere beschränken, strengeren Anforderungen. Der äussere Faktor ist nur dann ungewöhnlich, wenn er - nach einem objektiven Massstab - nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist, nicht aber, wenn bei einer Sportverletzung das Geschehen in die gewöhnliche Bandbreite der Bewegungsmuster des betreffenden Sports fällt. So liegt kein ungewöhnlicher äusserer Faktor vor, wenn ein Snowboarder über eine Unebenheit im Gelände fährt und dabei einen Schlag im Knie verspürt (Urteil 8C_107/2017 des Bundesgerichts vom 3. März 2017 E. 5). Gerade beim Kite surfen ist der Einfluss der Kräfte Wind und Wasser dem Sport innewohnend. Kitesurfer sind den Elementen Wasser und Wind ausgeliefert und müssen mit Kräfteinwirkungen auf Arme und Schulter durch Wind beziehungsweise Böen rechnen. Somit liegt kein ungewöhnlicher äusserer Faktor vor und es ereignete sich kein Unfall im Rechtssinne.

Wird von einem

Sturz auf die Schulter (gemäss Unfallmeldung) ausgegangen, ist der Unfallbegriff unklar, da keine genauen Schilderungen zum Unfallhergang vorliegen. Dem ist anzumerken, dass weder nach dem Aktengutachten von

Dr. B.____ noch nach dem Parteigutachten von Prof.

C.____

ein einfacher (seitlicher, also auf die Schulter) Sturz geeignet ist, eine SLAP-II-Läsion oder eine Bizepssehnenruptur zu verursachen. Darüber hinaus hat Dr. B.____ einleuchtend dargelegt, weshalb

sowohl die SLAP-II-Läsionen wie auch die Bizepssehnenruptur

nicht durch ein Unfallgeschehen erklärt werden könnten, weshalb vor diesem Hintergrund ein Unfallgeschehen nicht plausibel erscheint (E.

3.7).

Vorliegend kann aber offengelassen werden, ob sich ein Unfall im Rechtssinne ereignet hat, wie die nachfolgende Erwägung zeigt. 5.

5.1

Ausgewiesen und von der Beschwerdegegnerin anerkannt ist, dass es sich bei der Tendinopathie /Partialläsion der langen Bizepssehne um eine Listendiagnose gemäss Art. 6

Abs. 2 lit . c UVG handelt (Urk. 2 S. 5 und Urk. 8 S. 5 -6).

Auch die partielle craniale Läsion am Subscapularis stellt eine Listenerletzung dar , da die ausgeprägten Veränderungen (Verfettung/Läsion) des Subscapularis jedoch ein deutlich und unbestrittenermassen vorbestehend sind und auch nicht operativ saniert werden konnte n, ist die partielle craniale Läsion am Subscapularis vor liegend nicht weiter von Bedeutung (Urk. 11/M9, Urk. 11/M10 S. 2 und M11 S.

8) . Wie die Beschwerdegegnerin richtig erkannt hat, fallen SLAP-Läsionen nach höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht unter Art. 6 Abs. 2 UVG (Urteil 8C_835/2013 des Bundesgerichts vom 28. Januar 2014 E. 4.3). Zu klären bleibt somit , ob sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid zurecht auf den Standpunkt stellte, die Partialläsion der langen Bizepssehne sei vor allem auf Abnutzung und degenerative Veränderungen zurückzuführen, womit eine Leistungspflicht entfalle.

5.2

Der angefochtene Entscheid basiert massgeblich auf der Beurteilung von Dr.

B.____ vom 18. September 2018 (Urk. 11/M11). Dr. B.____ , der als Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH über eine für die Beurteilung des streitigen Leidens angezeigte medizinische Ausbildung verfügt, berücksichtigte sämtliche medizinische Vorakten einschliesslich Bilder (Urk. 11/M11 S. 1-3) und setzte sich dabei ausführlich mit den radiologisch sowie intraoperativ erhobenen Befunden und den biomechanischen Zusammenhängen auseinander. In seiner Beurteilung bezog er ein, dass ein objektivierbarer pathologischer Vorzustand an der zweimal voroperierten Schulter vorlag , und stellte fest, dass die kleine SLAP- II -Läsion mit schwerer Tendinopathie /Partialläsion der langen Bizepssehne überwiegend wahr scheinlich ein Residuum nach habituellen Luxationen darstellt . Dazu legte er in seiner Beurteilung detailliert und überzeugend dar , dass SLAP-Läsionen in Kombination mit einer Schulterinstabilität ausgelöst werden , was somit vor der operativen Stabilisierung der Fall war .

Ein angedeuteter oder gar konkreter Hinweis (i.S. einer fokalen oder perifokalen Signalstörung) darauf, dass keine zwei Wochen vor dem MRI eine angeblich relevante und v.a. schädigende Kraft auf die Schulterstrukturen rechts – insbesondere hier auf die Bizepssehne und das

Labrum – eingewirkt haben könnte , fehlt , was medizinisch unwidersprochen blieb. Sodann ist der genaue respektive unmittelbare subjektive Vorzustand weder belegt , noch konklusiv überprüf- oder beweisbar. Die im MRI abgebildeten Veränderungen sind intraoperativ bestätigt und lege artis behandelt

worden . Auch dabei wurde kein Befund ausgewiesen, der auf eine kürzlich eingetretene Verletzung (mit/bei entsprechender Vernarbung und/oder Rötung) hindeuten könnte. Die präoperative Hypothese , dass die geklagten Beschwerdeschübe mit «hoher Wahrscheinlichkeit von der subluxierenden langen Bizepssehne abstammen/verursacht würden, wurde dabei widerlegt

(Urk. 11/M11 S. 4-5 und Urk. 11/M11 S.

7- 8) .

Demnach schloss er, dass

die initiale Symptomatik, neben der möglichen Symptomatik der aktivierten ACG-Arthrose, überwiegend wahrscheinlich durch Mikroverletzungen in schmerzzinnervierten Strukturen ausgelöst worden seien, was aber, ausser mit einer vorübergehenden Schmerzmedikation, keiner Therapie, insbesondere keiner invasiven Therapie, bedarf (Urk. 11/M11 S. 7).

5.3

Den Befunden widersprach Prof.

C.____ in seiner Beurteilung vom 15. Januar 2018 (Urk. 14/1) grundsätzlich nicht. Als Begründung seiner Kausalitätsbeurteilung legte er lediglich mögliche Unfallszenarien dar, welche einem Dachdecker, einem Schlosser bis hin zu einem Kitesurfer passieren könnten und eine Ruptur der langen Bizepssehne oder eine SLAP-II-Läsion prädestinieren. Er führt jedoch kein konkretes Unfallereignis im Rechtsinne an, welches im vorliegenden Fall überwiegend wahrscheinlich kausal gewesen war.

Des Weiteren machte er Ausführungen zum Einfluss der Zugwirkung, welche aber zu keinem Unfall im Rechtsinne

führen kann (E. 4.3). Demnach sind seine diesbezüglichen Ausführungen ohne Belang. Ferner belegt er eine «Unfallkausalität», sprich eine traumatische Kausalität auch nur für SLAP-II-Läsionen nach Typ II A Morgan. Hingegen berichtete er selbst, dass es sich vorliegend um eine SLAP-II-Läsion nach Snyder handelt (Urk. 14/1 S. 6). Der beigelegte Artikel belegt lediglich, dass SLAP-Läsionen überwiegend atraumatisch sind und insbesondere Typ II nach Snyder

(in der überwiegenden Zahl der Fälle) in Verbindung mit einem chronischen Rotatorenschaden erklärt werden können. Die Schulterluxation ist somit als Folge einer direkten Krafteinleitung tatsächlich geeignet, eine SLAP-Läsion zu verursachen, mithin die Beurteilung von Dr. B.____ gestützt wird. Demnächst vorliegend litt der Beschwerdeführer unbestrittenermassen an habituellen Luxationen (Urk. 11/M11 S. 5).

Soweit der Beschwerdeführer (Urk. 1 S. 7 und Urk. 13 S. 1) sowie Prof.

C.____ (Urk. 14/2 S. 6) erwogen, der Vorzustand sei

bedeutungslos, da

nachweislich

seit 1991 keine Beschwerden geklagt worden seien und die Schulter störungsfrei geblieben sei, so ist dem entgegenzuhalten, dass die Schulter rechts nach dem Bericht vom 19. April 2018

wegen Schulterluxationen bereits zwei Mal operiert wurde, womit unbestrittenermassen ein Vorzustand vorliegt (Urk. 11/M2-3). Abgesehen davon ist 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, beweis rechtlich nicht zulässig (BGE 119 V 335 E. 2b/bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). 5.4

Damit vermag auch die

gegenteilige Beurteilung von Prof. C.____ keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungs internen ärztlichen Stellungnahme zu wecken (vgl. E. 1.4) .

Es ist mit dem Beweis grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Ruptur der langen Bizessehne auf degenerative Veränderungen zurückzuführen ist . Bei dieser Aktenlage sind weitergehende medizinische Erhebungen nicht erforderlich (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E.

5.3 mit Hinweis), da hiervon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind . Damit ist entgegen

der Ansicht des

Beschwerdeführer s (Urk. 13 S. 3) im Übrigen auch gesagt , dass das Privatgutachten von Prof . C.____ zur Feststellung des massgebenden Sachverhalts

nicht notwendig war . Insbesondere hat die Beschwerdegegnerin das Einholen des Privatgutachtens nicht durch die vor Entscheiderlass nur unzureichend durchgeführten Sachverhaltsabklärungen (vgl. dazu etwa Bundesgerichtsurteil 8C_/207/2015 vom 2 9. September 2015 E. 4)

verursacht und dementsprechend sind ihr in diesem Zusammenhang keine Kosten aufzuerlegen. 6.

Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - Fürsprecherin Barbara Künzi-Egli - 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 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 Beweis mittel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstWantz

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