

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00082

vom 4. November 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-11-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00082

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00082 du 4 novembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00082 del 4 novembre 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, ist seit dem 1. Januar 1991 bei der Y.____ GmbH angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert (Urk. 8/1). Am 30. Juni 2017 stolperte er bei einem Grümpelturnier, fiel auf den Rasen und prellte sich dabei die linke Schulter. Dieses Ereignis liess er mittels einer Bagatellunfallmeldung am 24. November 2017

der Suva melden (Urk. 8/1, Urk. 8/10 /1). Es folgten Physiotherapien (Urk. 8/2 f.). Aufgrund eines hochgradigen Verdachts auf eine SLAP-Läsion und Schulter(AC)-Gelenksarthrose links erfolgte am 15. Oktober 2018 eine arthro skopische Versorgung mittels Bizepsnodese und AC-Gelenksresektion (Urk. 8/11, Urk. 8/23).

Die Suva erbrachte zunächst die gesetzlichen Leistungen (vgl. Urk. 8/2-3). Nach dem sie bei Dr. med. Z.____, Fachärztin für Chirurgie, eine versicherungsinterne Stellungnahme eingeholt hatte (Urk. 8/18), teilte sie dem Versicherten mit Verfügung vom 11. Oktober 2018 mit, dass die bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien,

der Fall per 14. Oktober 2018 abgeschlossen und der Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen, insbesondere die beantragte Kostengutsprache für die Operation vom 15. Oktober 2018 (vgl. Urk. 8/12 /2) abgelehnt werde (Urk. 8/19). Die dagegen vom Versicherten erhobene Einsprache (Urk. 8/24 = Urk. 8/26) wies die Suva nach Einholung einer weiteren ärztlichen Stellungnahme bei Dr. Z.____ (Urk. 8/28) mit Entscheid vom 8. März 2019 ab (Urk. 8/44 = Urk. 2).

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 30. Juni 2017 ereignet, weshalb die ab dem 1. Januar 2017 gültigen Normen Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. 1. 3

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

E. 1.4

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser 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). 1. 5

Ist die Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers ist erbracht, wenn die Listendiagnose zu mehr als 50 % auf Abnutzung oder Erkrankung beruht (BGE 146 V 519). 1. 6

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall

bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 1.

E. 2

6. März 2019 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und ihm seien die gesetzlichen und vertraglichen Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2019 unter Beilage einer chirurgischen Beurteilung (Urk. 9/1)

die Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Einspracheentscheid vom 8. März 2019 zusammengefasst,

auf der Grundlage der Stellungnahmen der beratenden Ärztin hätten die Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zeitpunkt der Operation vom 15. Oktober 2018 keine Rolle mehr gespielt und würden die erlittenen Prellungen in der Regel folgenlos inner halb von zwei bis drei Wochen abheilen. Die Veränderungen im linken Schulter gelenk seien aus pathophysiologischer Sicht überwiegend wahrscheinlich anlagebedingt respektive degenerativer Natur, da sie bereits im MRI vom 9. November 2012 hätten nachgewiesen werden können. Im Weiteren seien die Beschwerden nach dem Sturz wahrscheinlich eher moderat gewesen , da sie keine sofortige ärztliche Konsultation nach sich gezogen hätten . Zudem habe der Beschwerdeführer seine Tätigkeit als Autolackierer weiter ausführen können, was bei einer frischen traumatischen Verletzung sehr unwahrscheinlich gewesen wäre. Es sei somit davon auszugehen, dass nach zwei bis drei Wochen, spätestens aber im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 14. Oktober 2018, also 15.5 Mo nate nach dem Unfall vom 30. Juni 2017, der Status quo sine erreicht respektive keine Unfallfolgen mehr gegeben gewesen seien, so dass kein Anspruch auf weitere Leistungen bestehe (Urk. 2 S. 3 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber in seiner Beschwerde vom 26. März 2019 im Wesentlichen geltend, die traumatische Genese der SLAP-II-Läsion mit Läsion der langen Bizepssehne könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als gegeben qualifiziert werden. Die Diagnose an sich sei lege artis gestellt worden und könne nicht ohne weitere wissenschaftliche und evidenzbasierte Begründung in Frage gestellt und verworfen werden. Dafür gebe es in den Akten auch keinerlei Indizien. Die intraoperative Intervention mit Tenodesen der langen Bizepssehne habe vollumfänglich und alleine der Behebung der Läsion der langen Bizepssehne gedient und sei damit unfallkausal respektive falle unter die Listendiagnostik (Urk. 1 S. 9).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2019 hielt die Beschwerdegegnerin unter Beilage einer

Stellungnahme des beratenden Arztes med. pract. A.____, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva

(Urk. 9/1) ,

zusammengefasst

fest (Urk. 7) , dass

bereits Jahre vor dem hier interessierenden Unfallereignis eine sogenannte anatomische Normvariante des Glenohumeralgelenks mit ihrerseits entsprechenden Auswirkungen auf das Labrum und den Bizepssehnenansatz und die Kapselbandstrukturen bildgebend im Sinne eines Vorzustandes dokumentiert sei. Eine Längsruptur der Bizepssehne sei weder in den fachradiologischen Befundberichten noch im Operationsbericht vom 15. Oktober 2018 beschrieben. Auch liege ein für eine Längsruptur der Bizepssehne vorausgesetzter Unfallmechanismus nach Lage der Akten nicht vor (S. 5). Eine SLAP-Läsion könnte nur

dann als traumatisch verursacht angesehen werden, wenn sie mit äusserlich sichtbaren Zeichen einer Gewalteinwirkung auf die Schulter einhergehe, welche vorliegend nicht beschrieben sei (S. 6 oben). Bei der operierten Läsion handle es sich überwiegend wahrscheinlich nicht um einen unfallkausalen Befund. Sowohl die Normvariante des Foramen

sublabrale als auch der Buford-Komplex hätten ihre Auswirkungen auf das Labrum und dessen anatomische Kooperationspartner (Bizepssehne und Kapselbandstrukturen) gezeigt und könnten für sich allein genommen bereits Ursache einer SLAP-Läsion sein (S. 6 unten). Eine Leistungspflicht entfalle im Übrigen auch unter dem Titel der unfallähnlichen Körperschädigung (S. 7 Mitte). Eine Schulterprellung ohne strukturelle Schäden heile nach allgemeiner traumatologischer Erfahrung nach 3-4 Wochen, bei Vorliegen eines Vorschadens im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung desselben nach einem Zeitraum von 4-6 Wochen. Nachdem die fachorthopädische Untersuchung bei Dr. B.____ zweiinhalb Monate nach dem interessierenden Schadenfall stattgefunden habe, sei spätestens zu diesem Zeitpunkt die Unfallfolgen im Sinne eines status quo sine abgeklungen gewesen (S.

E. 2.4

Mit Replik vom 4. Juni 2019 wies der Beschwerdeführer unter Beilage einer Stellungnahme von Prof. Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 22. Mai 2019 (Urk. 14)

darauf hin, dass sich die Beschwerden mit dem beschriebenen Unfallhergang ganz klar erklären lassen würden. Zusammenfassend sei lediglich erstellt, dass er eine Abweichung von der Normvariante in der Schulter aufweise. Dies bleibe jedoch für die weitere Beurteilung irrelevant, denn ein Unfallereignis habe stattgefunden, die Beschwerden und Befunde würden sich evidenzbasiert mit dem Unfallereignis erklären lassen und ein erfahrener Schulterorthopäde habe eine Diagnose gestellt, welche eine Kausalität als überwiegend wahrscheinlich erstelle. Diese nun auf einen «angeblichen» Vorzustand abzuschieben, sei aus fachmedizinischer Sicht schlichtweg falsch. Somit sei die Leistungspflicht der Unfallversicherung begründet (Urk. 13 S. 2 ff.).

E. 2.5

Mit Duplik vom 4. Juli 2019 führte die Beschwerdegegnerin unter Beilage einer weiteren chirurgischen Beurteilung des beratenden Arztes A.____

(Urk. 18) im Wesentlichen aus (Urk. 17), es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die fehlende Anheftung des Labrums glenoidale und des Bizepssehnenankers nicht Folge des Unfalls vom 30. Juni 2017 seien, ansonsten sie nicht bereits im November 2012 bildgebend hätten nachgewiesen werden können, unabhängig davon, welcher Genese die fehlende knöcherne Anheftung des Labrums sei. Weiter sei der vom Beschwerdeführer angegebene Unfallhergang mit einem direkten Aufprall auf die Schulter gemäss medizinisch-wissenschaftlicher Literatur nicht geeignet, überhaupt eine traumatische Verletzung des Ankers des Kopfes der langen Bizepssehne zu verursachen. Schliesslich könne auf die Anordnung eines unabhängigen fachradiologischen Gutachtens nach Lage der Akten verzichtet werden, da davon keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten seien (S.

f.).

E. 2.6

Mit Triplik vom 13. August 2019 führte der Beschwerdeführer im Wesentlichen aus, die interne Beurteilung der Beschwerdegegnerin sei nicht haltbar. Zwei Ärzte seien eindeutig zum Schluss einer Unfallkausalität gekommen, nur der fachlich ungenügend qualifizierte Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin komme ohne schlüssige und mit angeblich unvollständiger Dokumentation zum Schluss, dass keine Unfallkausalität vorliege. Einer solchen versicherungsinternen Beurteilung

fehle es an jeglicher Überzeugung. Einzig ein unabhängiger Facharzt für Orthopädie und ein Radiologe könnten die Frage der Unfallkausalität objektiv und fachgerecht beantworten (Urk. 21).

E. 2.7

Die Beschwerdegegnerin fügte schliesslich mit Quadruplik vom 4. September 2019 an (Urk. 24), es liege im Ermessen des Versicherungsträgers, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln eine Sachverhaltsabklärung zu erfolgen habe. Die vorliegende Sachverhaltsabklärung erfülle die gesetzlichen Vorgaben vollumfänglich. Der vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Stellungnahme sei jegliche Beweiskraft abzusprechen. In den bildgebenden Diagnostiken sei von den erfahrenen und bestens ausgewiesenen Radiologen ein grosses sublabrales

Foramen mit einer ausgedehnten anatomischen Lücke im Bereich des Bizepsankers und dorsal davon beschrieben worden und auch der Operateur habe mit den intraoperativ festgestellten und fotografisch dokumentierten Befunden keine davon abweichenden Befunde und Diagnosen nachzuweisen vermocht. Es sei beim Unfallereignis vom 30. Juni 2017 zu keinen strukturellen Verletzungen an der linken Schulter gekommen. Damit scheide eine richtungsgebende Verschlimmerung eines Vorzustandes aus

(S. 1 ff.).

E. 2.8

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen über den 14. Oktober 2018 hinaus, mithin der Kausalzusammenhang zwischen den nach diesem Zeitpunkt noch bestehenden Beschwerden des Beschwerdeführers und dem Unfallereignis vom 30. Juni 2017. 3. 3.1

Dr. med. D.____, Facharzt für Radiologie, berichtete am 9. November 2012 (Urk. 8/17) über ein

wegen einer rezidivierenden Funktionsstörung des linken Schultergelenks angefertigtes Arthro-MRI. Zu den Befunden führte er unter anderem aus, die Supraspinatussehne zeige eine diskrete Hyperintensität ansatznahe, einen eindeutigen Riss könne er nicht erfassen. Das Akromioklavikulargelenk zeige eine Arthrose mit leichter Volumenzunahme. Antero-superior bestehe ein sublabrales Loch und das mittlere glenohumorale Ligament liege im anterioren

Acromion an (Buford Komplex). Ein Nachweis einer Läsion des Labrums bestehe nicht. In seiner Beurteilung kam er zum Schluss, es bestehe eine leichtgradige Tendinopathie der Supraspinatussehne im Bereich des Ansatzes am Tuberculum

majus bei im Übrigen normalem MRI des linken Schultergelenkes, insbesondere besteht kein Nachweis einer eindeutigen Partialruptur der Rotatorenmanschette . 3.2

Laut Bagatellunfall-Meldung vom 24. November 2017 stolperte der Beschwerdeführer am 30. Juni 2017 bei einem Grümpeltturnier, fiel auf den Rasen und zog sich dabei eine Prellung der linken Schulter zu (Urk. 8/1). 3.3

Auf Zuweisung durch den erstbehandelnden Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (Urk. 8/1, Urk. 8/10), untersuchte Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, den Beschwerdeführer. Er nannte im Bericht vom 24. September 2017 (Urk. 8/41/2-4) als Diagnosen einen Verdacht auf Bursitis

subacromialis links (dominant) mit/bei Tendinopathie der langen Bizepssehne links und Status nach Sturz beim Fussballspielen im Juni 2017 sowie einen Verdacht auf AC Gelenkarthrose beidseits. Dazu hielt er fest, der Beschwerdeführer habe sich Ende Juni 2017 bei einem Grümpeltturnier einen Stolpersturz mit anschliessendem direktem Anpralltrauma der linken Schulter zugezogen. Anschliessend habe er über bewegungs- und belastungsunabhängige Beschwerden geklagt (S. 1). Aktuell würden ebenfalls Beschwerden während der Nacht sowie bei Bewegung über der Horizontalen hinaus angegeben. Auch klagte er über Beschwerden im Bereich der rechten dominanten Schulter, welche gemäss Aussage des Beschwerdeführers bereits seit über 10 Jahren bestünden. Diesbezüglich sei ihm eine operative Intervention vorgeschlagen worden. Etwaige physiotherapeutische Massnahmen würden zurzeit nicht in Anspruch genommen und eine regelmässige Analgetika-Einnahme erfolge nicht. Der Beschwerdeführer arbeite zu 100 % als Autolackierer. Er leide sehr wahrscheinlich unter einer Bursitis subacromialis links bei positiver subacromialer

Impingement -Symptomatik. Differenzial diagnostisch müsste aufgrund des Traumas Ende Juni 2017 (Fussballturnier) ebenfalls eine Läsion der Supraspinatussehne in Betracht gezogen werden (S. 2-3) .

Dr. B.____ berichtete am 6. Oktober und am 26. November 2017 jeweils von einem unveränderten Beschwerdebild und von aus diagnostischen und therapeutischen Gründen erfolgten subacromialen Infiltrationen der linken Schulter am 4. Oktober und 22. November 2017 (Urk. 8/41/5-

E. 7

unten). Die verfügte Leistungsterminierung per 14. Oktober 2018 sei überaus grosszügig und aus medizinischer Sicht nicht zu beanstanden (S. 8 oben).

E. 8

Dr. Z.____

führte in ihrer kreisärztlichen Aktenbeurteilung vom 8. November 2018 (Urk. 8/28) aus, eine Erstbehandlung sei laut Physiotherapieverordnung von Dr. B.____ vom 11. Dezember 2017 (vgl. Urk. 8/4) erst gut 6 Monate nach dem Sturz im Dezember 2017 erfolgt und der Beschwerdeführer habe in dieser Zeit weiterhin als Autolackierer, welches eine körperlich schwere Arbeit sei, gearbeitet. Entsprechend den Unterlagen sei bereits im November 2012 eine Behandlung der linken

Schulter erfolgt , da zu jenem Zeitpunkt eine bildgebende Diagnostik mittels Arthro -MRI des linken Schultergelenks

durchgeführt worden sei (S. 2 Mitte) .

Zur Beurteilung würden sowohl MRI-Bilder und der Befund des Radiologen vom 9. November 2012 und vom 1. Dezember 2017 vorliegen, dabei zeige sich eine Zunahme der AC-Gelenksarthrose ohne Reizzustand. Des Weiteren zeigt e n sich im Vergleich zu 2012 eine unauffällige Rotatorenmanschette und weiterhin die Normvariante an der Insertion der Bizepssehne und Bizepssehnenanker /Labrum anterior superior mit grosser sublabraler

Foramen /Lücke am Bizepsanker , welche bereits in der Voruntersuchung vom 9. November 2012 nachweisbar gewesen sei , sowie ein kleiner Einriss an der Insertion der Bizepssehne am Tuberculum

supraglenoidale

superior bei ansonsten unauffälliger langer Bizepssehne . Bild morphologisch sei keine traumatische strukturelle Läsion nachweisbar gewesen, sondern die Veränderungen seien gut mit der vorliegenden Normvariante erklär bar (S. 2 unten) .

Zur heutigen Beurteilung liege der Operationsbericht vom 1 5. Oktober 2018 vor. Dabei sei en eine Arthroskopie, eine Tenotomie der langen Bizepssehne , eine Acromioplastik und eine AC-Gelenksresektion erfolgt . Entsprechend dem vor liegenden intraoperativen Befund seien die Befunde mit dem MRI gut vereinbar, jedoch könne aufgrund der langen Latenz (operative Rev ision 15 Monate nach Ereignis) über eine traumatische oder degenerative Veränderung intraoperativ keine Aussage gemacht werden. Die Veränderungen seien aus pathophysiologi scher Sicht überwiegend wahrscheinlich anlagebedingt degenerativer Natur, da sie bereits im MRI vom 9. November 2012 hätten nachgewiesen werden können (S. 2 unten f.).

Entsprechend sei daran festzuhalten, dass die Veränderung an der Bizepssehne nur möglicherweise auf das Ereignis zurückzuführen sei. Es sei b ekannt, dass neben der SLAP - I I- Läsion am oberen Labrum/ Bizepssehnenansatz zwei Varianten

zu Fehlinterpretationen führen könn t en: Foramen

sublabrale (bis 18 %) und Buford-Komplex

(bis 7 %). Beide Normvarianten würden gehäuft mit einem strangförmigen Band einher gehen und fänden sich gehäu ft bei SLAP-Läsionen. Das heiss e laut Literatur ,

dass diese Normvarianten die Ursache einer SLAP Läsion sein könnten . Weiter sei der Arztbesuch erst sechs Monate nach dem Ereignis erfolgt, sodass die Beschwerden nach Sturz wahrscheinlich eher moderat gewesen seien, da sie keine sofortige ärztliche Konsultation nach sich gezogen und einer Prellung entsprochen hätten. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer seine Tätigkeit als Autolackierer, welche als eine mittelschwere bis schwere Tätigkeit mit zum Teil Überkopfarbeit en einzuschätzen sei, weiter ausgeführt, was bei einer frischen traumatischen Verletzung sehr unwahr schein lich gewesen wäre (S. 3). 3.

E. 9

Med. pract. A. ____

führte in der chirurgischen Beurteilung vom 2 9. April 2019 (Urk. 9/1) im Wesentlichen aus, eine Längsruptur der Bizepssehne sei weder mit den fachradiologischen

Befundberichten noch mit dem Operationsbericht vom 15. Oktober 2018 beschrieben worden. Prof. G. ___ beschreibe einen «hängen den Bizepsanker», während die Radiologen eine fehlende knöcherne Fixierung desselben beschreiben und dies als anatomische Variation interpretieren würden. PD Dr. I. ___ nenne zusätzlich einen kleinen Einriss in den Bizepssehnenanker. Der dokumentierte Hergang des Unfallereignisses vom 30. Juni 2017 erscheine nicht geeignet, den von PD Dr. I. ___ beschriebenen kleinen «Einriss» im Anker der Bizepssehne zu bewirken. Als geeignete Unfallmechanismen würden mit der wissenschaftlichen Literatur zum Beispiel eine Schulterluxation, eine erhebliche Zugwirkung am Arm und ein Sturz auf den ausgestreckten Arm genannt (S. 12 Mitte).

In Anbetracht der Tatsache, dass mit zwei in deutlichem zeitlichem Abstand von einander durchgeführten und von zwei unterschiedlichen Radiologen annähernd gleich befundenen MR-Arthrographien die Zeichen einer anatomischen Variante mit partiell fehlender knöcherner Anheftung des Labrum glenoidale und des Bizepsankers dokumentiert worden und derartige anatomische Varianten relativ häufig anzutreffen seien, sei es überwiegend wahrscheinlich, dass bei mehreren Versicherten am linken Glenohumeralgelenk eine anatomische Normvariante vorliege. Es werde angenommen, dass eine fehlende Anheftung des Labrum glenoidale am Knochen eine chronische

Degeneration des Labrums selbst, aber auch des Ankers der Bizepssehne begünstige (S. 12 unten).

In der Literatur (vgl. dazu Urk. 9/2) werde darauf verwiesen, dass laut 2/3 der traumatisch bedingten SLAP-Läsionen durch die Einwirkung einer Zugkraft über die bereits vorgespannte Bizepssehne entstehe. An zweiter Stelle würden Stürze auf den ausgestreckten Arm und dann auch Schulterluxationen genannt. Ein direktes Trauma gelte als Ausnahme und nur als fraglich geeignet. Deutliche, äusserlich sichtbare Zeichen einer Gewalteinwirkung auf die Schulter würden dafür gefordert. Der überwiegenden Zahl der SLAP-Läsionen würden rezidivierende Mikrotraumatisierungen (z.B. durch Überkopftaktivitäten und Rotationsbewegungen), eine Instabilität oder auch eine Hyperlaxität der Schulter, aber zum Beispiel auch Impingementsyndrome und Schäden der Rotatorenmanschette zugrunde liegen (S. 13 oben).

Eine anatomische Normvariante schliesse eine zusätzliche traumatische Schädigung nicht aus. An

die schädigenden Mechanismen würden dabei die gleichen Anforderungen gestellt, die auch ohne

das Vorliegen einer Normvariante gelten würden.

Im vorliegenden Fall seien weder eine Schulterluxation

noch eine erhebliche Zugbelastung auf den linken Arm, kein Sturz auf den ausgestreckten Arm und

auch kein direktes Trauma der linken Schulter mit schweren Weichteilschäden dokumentiert (S. 13 Mitte).

Würde

die ausgedehnte fehlende knöcherner Fixierung des Bizepsankers und des superiores Labrum glenoidale

einer frischen traumatischen Verletzung entsprechen, dann wäre zu erwarten gewesen, dass das

Labrum glenoidale und der Bizepsanker operativ am Knochen refixiert worden wären, um ein bestmögliches

funktionelles Ergebnis zu erzielen. Die Operation sei jedoch erst über ein Jahr nach dem Unfall erfolgt; würde es sich um einen traumatisch bedingten Abriss des Labrums und des Bizepsankers

handeln, so wäre die Verletzung zu diesem Zeitpunkt nicht mehr als «frisch» zu bezeichnen.

Unter Berücksichtigung des Alters des Versicherten wäre eine Tenotomie verständlich gewesen.

Im vorliegenden Fall würden allerdings die klinischen Zeichen einer ausgedehnten Verletzung des

Labrum glenoidale zusammen mit einem Abriss des Bizepsankers fehlen und der Unfallhergang

erscheint auch nicht geeignet, eine solche Verletzung herbeizuführen. Geht man - wie die Radiologen - davon aus, dass die fehlende knöcherne Fixation des Labrum glenoidale und

des Bizepsankers einer anatomischen Variante entsprechen, so wäre eine Fixation zum Glenoid nicht zu empfehlen (S. 13 unten).

SLAP-Läsionen seien zumeist nicht Folge eines Traumas, sondern zum Beispiel die Folge repetitiver Mikrotraumen,

einer Fehl- oder Überbelastung, einer Instabilität der Schulter, einer Hyperlaxität, von Schäden

an der Rotatorenmanschette oder Ausdruck eines Impingements, nicht jedoch per se Folge eines

Unfallereignisses. Überwiegend wahrscheinlich sei somit, dass eine SLAP-Läsion nicht auf der

Grundlage eines Unfalls entstanden sei. Entscheidend für eine versicherungsmedizinische Beurteilung sei jedoch immer eine individuelle Prüfung (S. 14 oben).

Zur Frage, ob der in der bildgebenden MR-Arthrographie nachgewiesene kleine Einriss in den Bizepssehnenanker sowie der intraoperativ festgestellte radiäre superiore Labrumriss an der linken Schulter die Anforderungen an eine unfallähnliche Körperschädigung erfülle, führte med. pract. A. ___ aus, in

Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG würden Sehnenrisse genannt. Das Labrum glenoidale stellt eine anatomisch

keine Sehne dar. In

der abschliessenden Liste in Art. 6 Abs. 2 UVG würden Labrumschäden

nicht genannt.

Die Bizepssehne, wie auch ihr Anker seien - bis auf die eigentliche knöcherne Verankerung - Sehnengewebe.

Die bildgebend dar gestellte Signalanhebung im Bizepssehnenanker werde mit dem fachradiologischen

Bericht als Einriss bezeichnet. Damit seien die Voraussetzungen gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG grundsätzlich erfüllt. Die fehlende knöcherne Fixierung des Bizepssehnenankers erfülle hingegen nicht die Voraussetzungen für die Bezeichnung als Sehnenriss, auch dann nicht,

wenn es sich um einen traumatisch bedingten Abriss vom Knochen handeln würde (dort befinde sich histologisch kein eigentliches Sehnengewebe mehr).

Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die dargestellte Veränderung im Bizepssehnenanker einer

anlagebedingten Veränderung entspreche. Die Signalanhebung im Bizepsanker entspreche mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit einer chronischen Schädigung und beruhe daher vorwiegend auf einer vermehrten Abnutzung. Dafür spreche auch, dass eine Rissbildung im Bizepsanker im Operationsbericht

nicht erwähnt werde. Weiter spreche dafür, dass an der rechten Schulter gleichfalls Symptome einer Pathologie der Sehne des langen Bizepskopfes bestehen und an dieser Schulter

(operationsbedürftige) Beschwerden seit mindestens 10 Jahren vorliegen würden (S. 14 Mitte).

Die vom Beschwerdeführer bei einem Sturz am 30. Juni 2017 erlittene Prellung der linken Schulter treffe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einen krankhaften

Vorzustand zumindest eines Verschleissleidens des Schultergelenks (Arthrose) und einer

Konstellation eines subacromialen Impingements. Eine Schulterprellung ohne strukturelle Schäden

heile nach allgemeiner traumatologischer Erfahrung nach drei bis vier Wochen aus. Liege ein Vorschaden vor,

so könne sich dieser Zeitraum auf vier bis sechs Wochen im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung

des Vorzustands verlängern. Ein struktureller Schaden zufolge des Ereignisses vom 30. Juni 2017 sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit objektiviert. Eine rückgebende Verschlimmerung sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetreten. Der Beschwerdeführer

habe erst mehr als zwei Monate

nach dem Ereignis einen Arzt aufgesucht. Er habe angegeben, dass die Beschwerden anfangs

nach dem Unfall verträglich gewesen seien. Die Schmerzen hätten sich erst später verschlimmert. Seine

Beschwerden seien zum Zeitpunkt des ersten Arztbesuchs nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

Folge des Unfalls, sondern Ausdruck der unfallunabhängig bestehenden Veränderungen gewesen.

Dafür spreche auch die Tatsache, dass zu diesem Zeitpunkt nahezu gleichartige Symptome an

beiden Schultern bestanden hätten (und die Beschwerden an der rechten Schulter seit über 10 Jahren bekannt seien).

Der Behandlungsabschluss sei aus medizinischer Sicht somit (spätestens) ab dem Zeitpunkt der

fachorthopädischen Untersuchung durch Dr. B.____ am 19. September 2017 zu begründen (S.

E. 14

15) . 3. 10

Prof. Dr. med. C.____

führte in der Stellungnahme vom 22. Mai 2019 zuhau den der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (Urk. 14) aus, unfallbedingte Rupturen der langen Bicepssehne

könnten zweifelsohne durch ein direktes

Trauma der Schulter entstehen, wenn dabei die lange Bicepssehne zwischen zwei harten Strukturen eingequetscht werde. Dies zum Beispiel beim Aufprall der Schulter auf den Boden oder beim

Aufprall des Ellbogens auf den Boden und nachfolgendem Hochstossen des Oberarmes und Eingequetschen

der langen Bicepssehne unter dem Schulterdach.

Er kritisierte weiter die Aussage von med. prakt. A.____, der Bicepssehnenanker

habe sich langstreckig vom Tuberculum

supraglenoidale

abgelöst

mit Spalte bis weit nach dorsal gezeigt, wobei ganz dorsal der Bicepssehnenanker gut aberrierend

zur Darstellung gekommen sei. Hier sei unklar, was der Begriff aberrierend darstellen sollte (hierzu sei

angemerkt, dass eine dorsal gelegene Normvarianten so nicht bekannt sei).

Am 15. Oktober 2018 habe sich der Beschwerdeführer einer operativen Therapie unterzogen

und dort sei die Diagnose einer posttraumatischen SLAP- II -Läsion mit zusätzlichem radiärem

superiorem Labrumriss der Schulter links, sowie AC-Gelenksarthrose und leichte subacromiale

Impingement -Situation durch eine Arthroskopie mit Tenotomie der langen Bicepssehne, Acromioplastik und AC Gelenkresektion, neben einer subscapularen

Bicepssehnenentzündung behandelt worden.

Divergierend dazu werde in der Beurteilung durch

Med. Pract. A. ___ in den Akten unter dem Datum vom

11. Dezember 2018 beschrieben, die Supraspinatussehne zeige eine diskrete Hyperintensität an der Ansatzstelle,

ein eindeutiger Riss könne nicht erfasst werden. Das Acromioclaviculargelenk zeige eine Arthrose

mit leichter Volumenzunahme. Anterosuperior bestimme ein sublabrales Loch und das mittlere

glenohumerale Ligament liege im anterioren

Acromion (Buford-Komplex) und eine Läsion

des Labrums sei nachgewiesen.

Welche radiologische Beurteilung schlussendlich richtig sei, könne nur durch eine erneute fachradiologische Beurteilung geklärt werden.

Unbestritten sei aufgrund der Literatur, dass SLAP- II -Läsionen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine traumatische

Ursache hätten.

Es erscheine auch eindeutig, dass es sich bei Prof.

G. ___ um einen sehr

erfahrenen Schulterchirurgen handelt, dem es unstrittig zuzutrauen sei, intraoperativ eine SLAP- II -Läsion aufgrund der direkten Inspektion im Vergleich zum Vorliegen eines sublabralen Loches

als Normvariante zu diagnostizieren.

Unbestritten erscheine es auch, dass die direkte Inspektion durchaus als qualitativ hochwertig

einzustufen sei, wie die indirekte Darstellung der Situation mittels MRT (S. 2 f.).

In der Gesamtschau habe wohl ein Vorzustand bestanden, welcher über viele Jahre nach den vorliegenden Akten beschwerdefrei gewesen sei. Es sei ein Sturzereignis erfolgt, nachfolgend sei es laut Aktenlage zu Beschwerden gekommen. Es sei MR-tomographisch eine veränderte Situation zwischen MRT Beurteilung 2012 und 2017 sichtbar geworden.

Es sei im Verlauf eine operative Intervention erfolgt, bei der ein erfahrener Schulterchirurg eine SLAP II-Läsion diagnostiziert und diese neben anderen Teilschritten operativ behandelt habe.

Zur Klärung der radiologischen Situation sei daher eine Neuaufarbeitung der Bilder durch einen unabhängigen Radiologen vorzuschlagen, wobei hier explizit die Frage nach der Unterschiedlichkeit

zwischen 2012 und 2017 gestellt werden müsste. In diesen Kontext sei dann das intraoperative

Bildmaterial (Arthroskopiedokumentation, wenn vorhanden) zu stellen. Die Arthroskopiedokumentation

stelle eine direkte Augenscheinnahme dar und sei als höhergewichtig im

Vergleich zur indirekten MR-Darstellung zu sehen (S. 3). 3. 11

Hierzu führte m ed. pract. A. ___

in einer abermaligen chirurgischen Beurteilung vom 2. Juli 2019 (Urk. 18) nach Einsicht in die intraoperative Fotodokumentation aus, dass es diese nicht ermögliche, eine Instabilität des Labrum glenoidale und eine Instabilität des Bizepsankers sicher nachzuvollziehen. Eine Prüfung der Stabilität des Labrum glenoidale oder des Bizepsankers mit einem Tasthaken sei nicht abgebildet. Das Labrum glenoidale erscheine im abgebildeten Bereich nicht zum Glenoid fixiert zu sein. Eine Differenzierung zwischen den anlagebedingten Veränderungen eines sublabralen

Foramen und einer SLAP-Läsion sei aufgrund der vorgelegten Bilder nicht sicher möglich. Eine Unfallkausalität der an der linken Schulter des Beschwerdeführers nach dem Ereignis vom 30. Juni 2017 erstmals am 1. Dezember 2017 bildgebend dokumentierten Veränderungen sei nicht mit dem

Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt.

Die bildgebend und intraoperativ dokumentierten Veränderungen an der linken Schulter seien nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kausal auf das Ereignis vom 30. Juni 2017 zurückzuführen. Die Stellungnahme von Prof. C. ___ vermöge nicht zu überzeugen und führe zu keiner Änderung der bis herigen Beurteilung (S. 11 f.). Sodann führte er aus, dass eine erneute fachradiologische Beurteilung zur Klärung der Unfallkausalität entbehrlich sei und in Anbetracht der fehlenden zeitlichen Korrelation keinen entscheidenden medizinischen Erkenntnisgewinn bedeuten würde (S. 6 Mitte). 4. 4.1

Vorab ist festzuhalten, dass es dem Unfallversicherer grundsätzlich unbenommen ist, zunächst im Rahmen einer formlosen Deckungsanerkennung Leistungen wie Heilbehandlung und Taggelder zu erbringen und diese nach einer eingehenden Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen (Unfalltatbestand, Kausalität) bei entsprechendem Untersuchungsergebnis ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision «ex nunc et pro futuro» das heisst unter Verzicht auf eine Rückforderung der bisher gewährten Versicherungsleistungen - einzustellen (BGE 130 V 380 E. 2.3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_1019/2009 vom 26. Mai 2010 E. 4.2). 4.2

Die Beschwerdegegnerin hat ihre (gesetzliche) Leistungspflicht in der Verfügung vom 11. Oktober 2018 (Urk. 8/19) sowie im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2)

über den 14. Oktober 2018 hinaus infolge Erreichens des Status quo sine respektive fehlender noch vorhandener Unfallfolgen abgelehnt und stützte sich dabei massgeblich auf die ärztliche Einschätzung durch

Dr. Z. ___ vom 8. November 2018 (vorstehend E. 3. 8). Diese verfügt als Fachärztin für Chirurgie einerseits über eine für die Beurteilung des streitigen Leidens erforderliche medizinische Ausbildung und sie berücksichtigte andererseits sämtliche medizinischen Vorakten, wobei sie sich eingehend mit den bildgebend

erhobenen Befunden

insbesondere auch mit

denjenigen

aus dem Jahr 2012

– auseinander setzte. Nach ihren Ausführungen zeigten diese eine Zunahme der AC Gelenksarthrose ohne Reizzustand, im Vergleich zu 2012 eine unauffällige Rotatorenmanschette und weiterhin die Normvariante an der Insertion der Bizepssehne und Bizepssehnenanker / Labrum anterior superior mit grosser sublabraler

Foramen / Lücke am Bizepssehnenanker, welche bereits 2012 nachweisbar war, sowie einen kleinen Einriss an der Insertion der Bizepssehne am Tuberculum

supraglenoidale

superior bei ansonsten un auffälliger langer Bizepssehne.

Dr. Z. ___ kam zum Schluss, dass die Veränderungen aus pathophysiologischer Sicht überwiegend wahrscheinlich anlagebedingt degenerativer Natur seien, da sie weitgehend bereits im MRI vom 9. November 2012 hätten nachgewiesen werden können. Dabei berücksichtigte sie zu Recht, dass der Beschwerdeführer erst Monate nach dem Ereignis einen Arzt aufsuchte und bis dahin als Autolackierer

mit einer mittelschweren bis schweren Tätigkeit mit Überkopfarbeit weiterarbeitete, was bei einer frischen traumatischen Verletzung nachvollziehbarerweise sehr unwahrscheinlich wäre (vgl. Urk. 8/28/3). 4.3.4.3.1

Was der Beschwerdeführer zur Begründung der traumatischen Genese der linksseitigen Schulterbeschwerden respektive zur Unfallkausalität vorbringt, vermag die vorliegenden versicherungsinternen fundiert begründeten und mit zahlreichen Verweisen auf entsprechende Fachliteratur versehenen medizinischen Einschätzungen nicht in Zweifel zu ziehen. 4.3.2

Soweit der Beschwerdeführer

- gestützt durch die im Verfahren aufgelegte Einschätzung durch Prof. C. ___ - vorbringt, dass der beschriebene Unfallhergang durchaus geeignet sei, eine Längsruptur der langen Bizepssehne auszulösen und unfallbedingte Rupturen der langen Bizepssehne zweifelsohne durch direktes Trauma der Schulter entstünden, wenn diese zwischen zwei harten Strukturen eingequetscht werde (Urk. 1 S. 4), verkennt er, dass eine eigentliche Ruptur der Sehne des langen Bizepskopfes weder in den klinischen noch den radiologischen Berichten oder im Operationsbericht beschrieben wird, aber immerhin neben einer Ablösung des Bizepsankers ein kleiner Einriss an der Insertion der Bizepssehne am

Tuberculum

supraglenoidale

posterior bei ansonsten unauffälliger langer Bizepssehne

festgestellt wurde .

Zum Unfallhergang legte m ed. pract. A.____

mit Verweis auf entsprechende wissenschaftliche Literatur

nachvollziehbar dar, dass dieser wie auch der Umstand, dass allfällige Befindlichkeitsstörungen an der linken Schulter zeitnah zum Unfalltag weder abklärungs- noch behandlungsbe dürftig waren , nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dafür spricht, dass eine erhebliche strukturelle Verletzung der linken Schulter zufolge des direkten Sturzes eingetreten ist und zudem ein direkter Aufprall aus wissenschaftlicher Sicht nicht geeignet erscheint , eine traumatische Verletzung der Sehne des langen Bizepskopfes oder des Ankers dieser Sehne zu verursachen (Urk. 9/1 S. 7 und S.

9 , Urk.

E. 18

S. 10 Mitte). Hierzu ist festzuhalten, dass die Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc», nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig ist (BGE 119 V 335 E.

2b/ bb , Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013. E. 5.1). 4.6

Sowohl Dr. Z.____ als auch med. pract. A.____ sind Fachärzte für Chirurgie und damit – entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers - hinsichtlich der Beurteilung der Schulterbeschwerden qualifiziert, die Kausalität zum Ereignis vom 30. Juni 2017 zu beurteilen. Angesichts deren Ausführungen stellt sich entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers auch die Frage nach der Teilkausalität nicht. Dr. Z.____ und med. pract. A.____ argumentierten schlüssig, dass von einem Vorzustand auszugehen sei, der durch die Schulterprellung zeitlich limitiert verschlimmert worden sei, und begründeten dies zum Einen

damit, dass ein struktureller Schaden nicht objektiviert und eine richtungsgebende Verschlimmerung nicht eingetreten sei , und zum Anderen mit der Tatsache, dass weder das Einstellen der Tätigkeit noch ein zeitnahe Arztbesuch erfolgt seien – was eher gegen die Unfallkausalität spreche (Urk. 9/1 S. 14 f.). 4. 7

Soweit der Beschwerdeführer schliesslich geltend macht, dass mit der diagnostizierten Sehnenruptur unbestritten eine Listendiagnose im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG vorliege, verkennt er, dass vorliegend keine Sehne gerissen ist, sondern vielmehr eine Veränderung am Labrum glenoidale festgestellt wurde , das Labrum glenoidale anatomisch keine Sehne darstellt und auch die fehlende knöcherne Fixierung des Bizepssehnenankers selbst bei einem traumatisch bedingten Abriss vom Knochen keinen Sehnenriss darstellt (vgl.

Urk. 9/1 S. 14 Mitte). Sodann fallen SLAP-Läsionen nach höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht unter Art. 6 Abs. 2 UVG (Urteil des Bundesgerichts 8C_835/2013

vom 28. Januar 2014 E. 4.3) .

Selbst wenn schliesslich von einer Listenverletzung auszugehen wäre, entfällt r echtsprechungsgemäss nach Eintritt des Status quo sine deren Prüfung nach Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit 1. Januar 2017 in Kraft stehenden Fassung ohne Weiteres (vgl. BGE 146 V 52 E. 9.2). 5.

Zusammenfassend können die geklagten (Rest-) Beschwerden des

Beschwerdeführers nicht rechtsgenügend auf den Unfall vom 30. Juni 2017 zurückgeführt werden . Dementsprechend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die fachärztlichen Beurteilungen von Dr. Z. ___ und med. pract. A. ___ , wonach der Status quo sine in Bezug auf die linke Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zwei Monate nach dem Ereignis

erreicht worden sei, die von ihr erbrachten (vorübergehenden) Versicherungsleistungen per 14. Oktober 2018 eingestellt hat.

Von weiteren Abklärungen, wie vom Beschwerdeführer gefordert, sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) zu verzichten ist.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 8. März 2019 (Urk. 2) erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Diane Günthart - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

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