

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00287 vom 29. Januar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-01-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00287

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00287 du 29 janvier 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00287 del 29 gennaio 2021

Erwägungen

E. 1

Der 1963 geborene X.____ war seit Juli 1999 bei der Y.____, Z.____, als Wagenwascher angestellt und in diesem Rahmen bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Gemäss Bagatellunfallmeldung vom 19. Dezember 2017 machte er am 14. August 2017 bei Wartungsarbeiten der Waschanlage einen Fehltritt und zog sich dabei eine Prellung der Schulter zu (Urk. 8/1).

Die medizinische Erstvorstellung erfolgte am 23. August 2017 bei Dr. med.

A.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin (Urk. 8/15). Am 22. November 2017 wurde ein MRI der linken Schulter erstellt

(Urk. 8/19). Nachdem der Versicherte den Ereignisverlauf konkretisiert (Urk. 8/12/1-2) und die Suva Berichte der behandelnden Ärzte eingeholt hatte (Urk. 8/9-10, Urk. 8/15), legte sie die Akten dem Kreisarzt Dr. med.

B.____, Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vor, der am 23. Mai 2018 bejahte, dass die geltend gemachten Beschwerden an der Schulter links auf das Ereignis vom 14. August 2017 zurückzuführen seien (Urk. 8/20).

Die Suva erklärte sich daraufhin bereit, die Heilbehandlungskosten auch weiterhin (vgl. Urk. 8/2) zu übernehmen (Urk. 8/23). Hernach holte die Suva weitere medizinische Berichte ein (Urk. 8/26, Urk. 8/33, Urk. 8/35-36) und legte das Dossier dem Kreisarzt Dr. med.

C.____, Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vor (Stellungnahme vom 3. Januar 2019 [Urk. 8/40]). Mit Schreiben vom 16. Januar 2019 informierte die Suva den Versicherten darüber, dass sie den Fall, was die Unfallfolgen anbelange, per 18. Januar 2019 abschliesse und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ablehne (Urk. 8/47).

Nach erneuter Vorlage an

Kreisarzt Dr. C.____ (Stellungnahme vom 20. März 2019 [Urk. 8/61]), schloss die Suva den Fall mit Verfügung vom 25. März 2019 ab (Urk. 8/63). Dagegen erhob der Versicherte am 1. April 2019 Einsprache (Urk. 8/65). Mit Schreiben vom 19. Juni 2019 zog die Suva ihre Verfügung vom 25. März 2019 infolge Notwendigkeit weiterer Sachverhaltsabklärungen zurück (Urk. 8/70). Am 11. Juli 2019 klärte die Suva die Umstände und den Hergang des Ereignisses vom 14. August 2017 am Arbeitsort des Versicherten ab (Abklärungsbericht vom 11. Juli 2019 [Urk. 8/71]), woraufhin Dr. C.____ am 19. August 2019 eine weitere kreisärztliche Stellungnahme erstattete (Urk. 8/74). Mit Verfügung vom

22. August 2019 schloss die Suva den Fall per 18. Januar 2019 ab und verneinte einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen (Urk. 8/75). Die dagegen erhobene Einsprache vom 9. September 2019 (Urk. 8/79) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 7. November 2019 ab und entzog einer dagegen erhobenen Beschwerde die aufschiebende Wirkung (Urk. 2 = Urk. 8/82).

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 14. August 2017 ereignet, weshalb die ab dem 1. Januar 2017 gültigen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Ein Unfall ist gemäss Art. 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

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Abs. 2): 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). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.4.1

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 entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.4.2

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

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

U 363 S.

45; BGE

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

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des

Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

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

E. 1.4.3

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

E. 1.5

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

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

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 27. November 2019 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 7. November 2019 sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen und allfälligen vertraglichen Ansprüche auszurichten. Eventualiter beantragte der Beschwerdeführer die Rückweisung der Sache unter Anweisung der Einholung eines fachorthopädischen Gutachtens bei einem externen Schulter spezialisten (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 21. Januar 2020 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), worüber der Beschwerdeführer am 23. Januar 2020 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Entscheid gestützt auf die Einschätzung ihres Kreisarztes Dr. C. ___ damit, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nicht mehr als kausal zum Unfall vom 14. August 2017 einzustufen seien. Das Ereignis vom 14. August 2017 sei nach derzeitigem Wissensstand nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geeignet, die bildgebend dargestellten Pathologien innert drei Monaten herbeizuführen, sodass über wiegend wahrscheinlich ein erheblicher Vorzustand im Bereich des linken Schultergelenks in stummer oder manifester Weise vorgelegen habe. Überwiegend wahrscheinlich unfallkausal seien die im Verlauf geklagten Kapsulitisbeschwerden. Durch das Ereignis mit einer Zerrung des Bindegewebes sei es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen. Nach derzeitigem Wissensstand sei der Gesundheitszustand des Schultergelenks nach Kapsulitis innert einem Jahr in jenem Zustand, in welchem er auch ohne das Ereignis gewesen wäre.

Der Status quo sine sei somit spätestens nach 1 Jahr erreicht worden (Urk. 2 S. 5-7, Urk. 7).

E. 2.2

Dahingegen vertritt der Beschwerdeführer den Standpunkt, die Indizienlage spreche vorliegend klar für eine traumatische Genese und nicht für eine degenerative Verursachung, wozu auch eine richtungsgebende Verschlimmerung zu zählen sei. Ein möglicher, wenn auch bestrittener Vorzustand, vermöge an der (Teil-)Kausalität nichts zu ändern. Im Zentrum der Beschwerden würden nicht das subakromiale

Impingement, sondern die Verletzung der Rotatorenmanschette stehen, welche Dr. C. ___ nicht in seine Überlegungen miteinbezogen habe. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass die Supraspinatussehnenruptur mit Partialruptur der Infraspinatussehne und der Subscapularissehne und SLAP-Läsion mit Ruptur der langen Bizepssehne als kausale Folgen zum Unfall vom 14. August 2017 zu qualifizieren seien. Es gebe keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die vorliegenden Sehnenrupturen nur zu vorübergehenden Beschwerden geführt hätten

– zumal die Rupturen bereits am 23. Mai 2018 als unfallkausal beurteilt worden seien. Damit sei der Status quo ante nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erreicht, eine mögliche Teilkausalität sodann bei Weitem nicht entfallen, weshalb die Beschwerdegegnerin nach wie vor leistungspflichtig sei (Urk. 1 S. 7 ff.).

E. 3.1

Dr. med. D. ___, Facharzt FMH für Radiologie, erstellte am 22. November 201

E. 3.2

Dr. med. E. ___, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates,

stellte in seinem

Sprechstundenbericht vom 8. Dezember 2017 folgende Diagnosen

(Urk. 8/26): - Traumatische Ruptur Supraspinatussehne, Partialruptur Infraspinatussehne, SLAP-Läsion und Luxation Bizepssehne links nach Trauma 14. August 2017 - AC Gelenksarthrose - Lumbovertebralsyndrom - Hyperkeratotisches

rhagadiformes Ekzem - Atopische Diathese

Der Beschwerdeführer leide an einer Ruptur der Supraspinatussehne mit ausgeprägter Tendinose. Zudem bestünde eine Teilruptur der Infraspinatussehne und weiterhin ein supracromialis

Impingement sowie eine SLAP-Läsion. Die Bizepssehne schein luxiert. Zudem bestünden fettige Degenerationen der Muskulatur mindestens Grad 2; zum Teil Grad 3. Aufgrund dieser Darlegungen sei ein konservatives Vorgehen im Prinzip nicht erfolgsversprechend. Es werde eine Defilee-Erweiterung mittels Acromionaufrichtung, AC-Gelenksresektion und dem Versuch der Doppelung der Rotatorenmanschette empfohlen. Sollte dies aufgrund der Retraktion oder der Degeneration nicht gelingen, wäre ein Deltoidlappen durchzuführen. Der Beschwerdeführer wünsche aufgrund der beruflichen Situation mit der Operation noch abzuwarten (Urk. 8/26).

E. 3.3

In seinem Sprechstundenbericht vom 18. Januar 2018 bestätigte Dr. E.____

die in seinem Vorbericht vom 8. Dezember 2017 gestellten Diagnosen. Die zusätzliche Röntgenuntersuchung habe eine AC-Gelenksarthrose bestätigt sowie eine zystische Aufrauung im Tuberculum

majus gezeigt. Die konservative Therapie habe leider nicht den gewünschten Erfolg erzielt. Der Beschwerdeführer wünsche ein proaktives Vorgehen bezüglich Operation. Es werde nach Rücksprache mit Dr. F.____ die gleiche Operation wie auf der Gegenseite durchgeführt, nämlich eine Defilee-Erweiterung und Acromionaufrichteoosteotomie, AC-Gelenksresektion, transossäre

Reinsertion der rupturierten

Rotatorenmanschette mit Doppelung derselben sowie Entfernung des Bicepssehnenstumpfes intraartikulär rechts (Urk. 8/10).

E. 3.4

Dr. med.

G.____, Facharzt FMH für Radiologie, führte am 15. November 2018 ein MRI der linken Schulter durch. In seiner Beurteilung hielt er eine bekannte ausgeprägte transmurale

Rotatorenmanschettenruptur der Supraspinatussehne fest, die im Vergleich zur Voruntersuchung vom 22. November 2017 zu genommen habe. Aktuell sei eine Retraktion der Sehnenanteile bis auf Höhe des Glenoids erkennbar. Ferner verwies er auf eine Partialruptur der Infraspinatus- und Subscapularissehne mit ausgeprägter Tendinose sowie einen Humeruskopfhochstand. Die vorbeschriebenen Veränderungen seien mit dem klinischen Bild eines subakromialen

Impingements vereinbar. Im Verlauf sei es zu einer zunehmenden fettigen Atrophie der Rotatorenmanschettenmuskulatur gekommen. Ferner bestünden eine Ruptur der langen Bizepssehne, eine SLAP-Läsion mit Einriss am posterioren inferioren Labrum, eine Omarthrose sowie ein Verdacht auf Kapsulitis

adhesiva (Urk. 8/36).

E. 3.5

Nach Kenntnisnahme des MRIs vom 15. November 2018 stellte Dr. E.____ in seinem gleichentags erstatteten

Sprechstundenbericht folgende Diagnosen (Urk. 8/35): - Transmurale

Rotatorenmanschettenruptur der Supraspinatussehne , Infra spina tussehne und Subscapularissehne mit ausgeprägter Tendinose und Retraktion der Sehnenanteile mit fettiger A t rophie supraspinatus Grad 3, Infraspinatus Grad 2 und Subscapularis Grad 3 links - Omarthrose links

Es sei zu einer ausgeprägten Progredienz der Befunde gekommen. Im Prinzip handle es sich um eine irreparable Rotatorenmanschettenruptur mit Omarthrose , welche eigentlich eine inverse Schultertotalprothese rechtfertigen würde. Der Beschwerdeführer müsse jedoch noch körperlich arbeitsfähig bleiben, weshalb die Option der Cup- Arthroplastik und Deltalappen-Plastik zur Überbrückung der Retraktion zu prüfen sei (Urk. 8/35).

E. 3.6

Dr. C.____ führte in seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 3. Januar 2019 aus, beim Ereignis habe es sich um eine Kapsulitis gehandelt. Der status quo ante nach Kapsulitis sei im natürlichen Verlauf nach einem Jahr – vorliegend somit am 14. August 2018 – erreicht, weshalb der darüber hinaus bestehende Gesundheits schaden nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zu rückzuführen sei. Aufgrund der von Dr. E.____ in seinem Bericht vom 15. November 2018 gestellten Diagnosen sei auf einen Vorzustand zu schliessen (Urk. 8/40).

E. 3.7

In seinem Sprechstundenbericht vom 9. Januar 2019 wiederholte Dr. E.____ die in seinem Bericht vom 15. November 2018 gestellten Diagnosen. Für den 23. Januar 2019 sei en eine Deltalappenplastik nach Acromion-Aufrichteosteoto mie und Bizepssehnenentodese sowie AC-Gelenksresektion links geplant. Es sei festzuhalten, dass die Ruptur traumatischer Genese

(n achweislich nach einem Trauma vom 14. August 201

E. 3.8

Dr. C.____

hielt in seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 19. August 2019

fest ,

aus der Sachverhaltsdarstellung lasse sich der Verlauf des Ereignisses exakt fest stellen und biomechanisch beurteilen .

Mit der drei Monate nach dem Unfall ereignis veranlasste n Bildgebung der linken Schulter werde eine erhebliche Atro phie des M usculus

S upraspinatus mit einer fettigen Degeneration Grad II bei transmuraler

Supraspinatussehnenruptur , eine Atrophie des Musculus

I nfraspina tus mit einer fettigen Degeneration Grad II-III und einer Atrophie des Musculus

S ubscapularis mit fettiger Degeneration Grad III nach Goutallier

dargestellt. Zusätzlich hätten sich bildgebend eine Omarthrose, eine SLAP-Läsion, ein Verdacht auf Kapsulitis sowie multiple Geröllzysten an den anterioren lateralen und dorsalen Humeruskopfkumferenzen dargestellt. Gesamthaft ergebe dies das Bild eines degenerativen Verschleissleidens im Bereich des linken Schultergelenks. Somit liege auch für den Laien schlüssig nachvollziehbar ein sekundäres

Impingementsyndrom vor, wie von Dr. A. ___ korrekt attestiert. Nach derzeitigem Wissensstand sei das Ereignis vom 14. August 2017 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geeignet, die bildgebend dargestellten Pathologien innerhalb dreier Monate herbeizuführen, sodass überwiegend wahrscheinlich ein erheblicher Vorzustand im Bereich des linken Schultergelenks in stummer oder manifester Weise vorgelegen habe. Die ein Jahr später erneut durchgeführte Bildgebung dokumentiere die Verschlechterung des degenerativen Verschleissleidens im Rahmen der natürlichen Progredienz. Im vorliegenden Fall bestehe zwischen dem Festhalten und den im Verlauf bildgebend dargestellten erheblichen Pathologien kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang. Überwiegend wahrscheinlich unfallkausal seien die im Verlauf geklagten Kapsulitisbeschwerden.

Durch das Ereignis mit Zerrung des Bindegewebes sei es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen. Nach derzeitigem medizinischen Wissensstand sei der Gesundheitszustand des Schultergelenks nach

Kapsulitis innerhalb einem Jahr in jenem Zustand, in welchem er auch ohne das Ereignis gewesen wäre, der Status quo sine sei somit spätestens nach einem Jahr erreicht gewesen (Urk. 8/74).

E. 3.9

Dr. E. ___ stellte in seinem Sprechstundenbericht vom 16. Oktober 2019 – die linke Schulter betreffend –

folgende Diagnosen (Urk. 3/15): - Grosse ausgeprägte transmurale

Rotatorenmanschetten Ruptur Supraspinatussehne, Infraspinatussehne und Partialruptur Subscapularissehne mit jeweils Retraktion der Sehnenanteile der Supraspinatussehne bis auf Höhe Glenoid. Humeruskopfhochstand. Fettige Atrophie der Rotatorenmanschettenmuskulatur, Ruptur der langen Bizepssehne, SLAP-Läsion, Einriss posteriorer inferiorer Labrum. - Omarthrose - Kapsulitis

adhäsiva

Der Beschwerdeführer habe über eine deutliche Schmerzzunahme in den letzten zwei Wochen berichtet. Die Befunde seien unverändert. Die einzige Möglichkeit bestehe in der Implantation einer inversen Schultertotalprothese. Bezüglich der versicherungstechnischen Angelegenheit sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei. Es liege klar eine posttraumatische Situation vor, welche durch den Unfall ausgelöst worden sei (Urk. 3/15). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin anerkannte hinsichtlich des Ereignisses vom 14. August 2017 grundsätzlich ihre Leistungspflicht (Urk. 8/2, Urk. 8/23). Strittig und zu prüfen ist jedoch, ob sie ihre Leistungen zu Recht mit der Begründung, die bestehenden Beschwerden seien

nicht mehr unfallbedingt, per 18. Januar 2019 ein gestellt hat. 4.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Entscheid vom 7. November 2019 auf die Beurteilung ihres Kreisarztes Dr. C.____ vom 19. August 2019 (vgl. Urk. 2 S. 5-7) . Der betreffende Bericht wurde von einem Facharzt erstattet . Als Unfallmediziner ist es zudem

gerade die Aufgabe von Dr. C.____ , den Ursache-/Wirkungszusammenhang zwischen einem Unfallereignis und einer vor handenen (somatischen) Gesundheitsstörung zu klären und namentlich dazu Stellung zu nehmen, ob ein bestimmtes Unfallgeschehen nach unfallmedizinischer Erfahrung physiologisch geeignet war – allenfalls als blosser Teilursache, aber mit üb erwiegender Wahrscheinlichkeit – , zur fraglichen Gesundheitsstörung zu füh ren

(Urteil des Bundesgerichts 8C_855/2018 vom 14. März 2019 E. 6.2.2). Die Beur teilung von Dr. C.____ ist für die streitigen Belange umfassend, wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten erstellt (Urk. 8/74/1-3) , leuchtet in der Darle gung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medi zinischen Situation ein und enthält eine nachvollziehbar begründete Schlussfol gerung (Urk. 8/74 /4-5).

A us der Stellungnahme von Dr. C.____ ergibt sich , dass

bildgeb end deutliche Hinweise auf ein degeneratives Verschleissleiden im Bereich des linken Schultergelenks ersichtlich sind. In Einklang dazu lassen sich bereits dem radiologischen Befund von Dr. D.____ vom 22. November 2017 eine starke Tendinose -Komponente der Supraspinatussehne , eine hypertrophe AC-Gelenks arthrose , eine ausgeprägte Tendinopathie der Infraspinatussehne , eine Omar thros e , eine SLAP-Läsion, multiple Geröllzysten in der anterioren , lateralen und dorsalen Humeruskopfzirkumferenz sowie fettige Degenerationen der

Muskulatur entneh men , wozu Dr. D.____ ausführte, die Veränderungen seien problemlos mit dem klinischen Bild eines subakromialen

Impingements

vereinbar (E. 3.1). Dass Dr. G.____ gestützt auf sein am 15. November 2018 durchgeführtes MRI eine Zu nahme der Rotatorenmanschettenruptur der Supraspinatussehne mit einer zuneh menden fettigen Atrophie der Rotatorenmanschettenmuskulatur beschrieb (E. 3.4), erklärte Dr. C.____

nachvollziehbar mit der natürlichen Progredienz des degenerativen Verschleissleidens (E. 3.8). Vor diesem Hintergrund erweist es sich als schlüssig, dass Dr. C.____

die strukturellen

Schädigungen an der Rotatoren manschette als durch degenerative Veränderungen verursacht erachtete und da mit auf einen Vorzustand zurückführte .

Sodann legte er nachvollziehbar dar, dass eine traumatische Zerrung des Bindegewebes lediglich eine vorübergehende Ver schlimmerung des Vorzustandes bewirkt habe , welche spätestens nach einem Jahr wieder abgeklungen ist (E. 3.8) .

Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf (die zuvor nicht bestanden) und ist aber davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand

aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen und es entfällt bei Erreichen des Status quo sine vel ante eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (Urteile des Bundesgerichts 8C_816/2009 vom 21. Mai 2010 E. 4.3, 8C_181/2009 vom 30. September 2009 E. 5.4 f., 8C_326/2008 vom 24. Juni 2008 E. 3.2 und 4). Es ist daher gestützt auf die versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung von

Dr. C.____ vom 19. August 2019

erstellt, dass die unfallbedingten Verletzungen spätestens nach einem Jahr abgeheilt waren. Danach sind die geklagten Beschwerden auf den Vorzustand zurückzuführen (vgl. E. 1.4.2). 4.3

An dieser Sachlage vermag auch die Einschätzung von Dr. E.____ nichts zu ändern. So verwies auch Dr. E.____ bereits in seinem Bericht vom 8. Dezember 2017 auf eine ausgeprägte Tendinose sowie ausgeprägte fettige Degenerationen der Muskulatur an der linken Schulter (E. 3.2). Nach Vornahme einer zusätzlichen Röntgenuntersuchung bestätigte er in seinem Bericht vom 18. Januar 2018 so dann eine AC-Gelenksarthrose und schloss neu zusätzlich auf eine zystische Aufrauung im Tuberculum

majus (E. 3.3). Auch die von Dr. E.____

in seinen Folgeberichten gestellten Diagnosen (E. 3.5, E. 3.7, E. 3.9) lassen gemäss nachvollziehbarer Beurteilung von Dr. C.____

auf einen degenerativen Vorzustand schliessen (E. 3.6, E. 3.8).

Für seine Behauptung, es liege eine traumatische Ruptur (E. 3.2, E. 3.7) respektive klar eine posttraumatische Situation vor (E. 3.9), liefert Dr. E.____ keine Begründung. Seiner Beurteilung mangelt es an einer Erklärung dafür, inwiefern trotz Vorliegens der bildgebend ausgewiesenen degenerativen Befunde und im Gegensatz zur Einschätzung von Dr. C.____, wonach das fragliche Unfallereignis nicht geeignet gewesen sei, innerhalb dreier Monate die bildgebend dargestellten Pathologien – mit sekundärem

Impingement-Syndrom – zu verursachen (E. 3.9), mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einem massgeblichen degenerativen Vorzustand auszugehen ist. Ebenso wird darin nicht schlüssig aufgezeigt, weshalb die kreisärztliche Annahme eines regelhaften Abklingens der Kapsulitis

im Rahmen des natürlichen Reparaturmechanismus innert einem Jahr im vorliegenden Fall anzuzweifeln und von einer richtunggebenden Verschlimmerung der Schulterbeschwerden auszugehen wäre. Da die Einschätzung von Dr. E.____

auch daneben keine nachvollziehbare Begründung für das Vorliegen einer nach dem 14. August 2018 bestehenden Unfall(teil)kausalität beinhaltet, vermag sie die Einschätzung des Kreisarztes nicht umzustossen. Viel mehr scheint seine Begründung der Unfallkausalität auf der alleinigen Argumentation

« post hoc ergo propter

hoc » zu beruhen, welcher praxisgemäss beweisrechtlich keine Aussagekraft zukommt (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_13/2016 vom 13. Mai 2016 E. 4.2 mit

Hinweisen).

Nichts für sich zu gewinnen vermag der Beschwerdeführer

mit dem Verweis auf die kreisärztliche Stellungnahme von Dr. B.____ vom 23. Mai 2018 (Urk. 1 S. 9 Rn 21). So bestätigte Dr. B.____ darin lediglich eine Unfallkausalität der zu diesem Zeitpunkt (23. Mai 2018)

bestehenden Beschwerden (Urk. 8/20), was der Annahme eines Erreichens des status quo sine

per 14. August 2018 nicht entgegensteht. Bezüglich der Frage, ob die strukturellen Schädigungen der Rotatorenmanschette traumatisch oder degenerativ verursacht wurden, respektive, ob ein massgeblicher degenerativer Vorzustand bestand,

lassen sich der unbegründete(n) Stellungnahme von Dr. B.____

keine Erkenntnisse entnehmen. Als ebenfalls unbegründet erweist sich das

Vorbringen des Beschwerdeführers, die MR-tomographische Interpretation von Dr. C.____ sei schlechthin nicht haltbar und vor allem nicht evidenzbasiert (Urk. 1 S. 13 Rn 33). Eine Beurteilung von Prof. Dr. med. H.____

–

worauf

sich der Beschwerdeführer zur Untermauerung seiner Behauptung stützt (vgl. Urk. 1 S. 13 Rn 33) – findet sich nicht bei den Akten und auch daneben besteht keine fachärztliche Beurteilung, welche die Interpretation der bildgebenden Befunde durch Dr. C.____ in Frage stellen würde. Ferner erweist sich die Behauptung des Beschwerdeführers, wonach vorliegend radiologisch kein Humeruskopfhochstand nachgewiesen sei, als aktenwidrig (E. 3.1, E. 3.4, vgl. auch E. 3.9). Sodann trifft es – mit Blick auf das Dargelegte (vgl. davor E. 4.2) – entgegen der Annahme des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 8 Rn 17) nicht zu, dass neben der ausgemachten Arthrose des Schultergelenks sowie der beginnenden Glenohumeralgelenksarthrose keine weiteren Anzeichen für eine degenerative Verschleisserscheinung vorgelegen hätten.

Soweit der Beschwerdeführer eine nach wie vor bestehende Unfallkausalität mit dem Unfallmechanismus begründet (vgl. Urk. 1 S. 7 f. Rn 15 -18, Urk. 1 S. 11 Rn 27, Urk. 1 S. 12 f. Rn 30-32), vermag dies nichts daran zu ändern, dass es vorliegend an einem medizinischen Bildmangel, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine traumatische Verursachung respektive eine richtunggebende Verschlimmerung der strukturellen Schäden an der Rotatorenmanschette schliessen zu können. Anzumerken bleibt, dass Dr. C.____ über den unbestrittenen (vgl. Urk. 1 S. 4 und 10, Urk. 2 S. 2, Urk. 8/71) Ereignisgang informiert war und er diesem im Rahmen seiner medizinischen Beurteilung Rechnung getragen hat (Urk. 8/74/3-4). Fachärztlich begründete Einschätzungen, die gestützt auf den Unfallhergang zu einem anderen Ergebnis gelangen, sind nicht aktenkundig.

Nach dem Gesagten sind Zweifel an der medizinischen Beurteilung von Dr. C.____

nicht angebracht, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung auf weitere medizinische Abklärungen – insbesondere auch auf das Einholen eines fachorthopädischen Gutachtens bei einem externen Schulter spezialisten (Urk. 1 S. 2) – zu verzichten ist (BGE 127 V 491

E. 1b mit Hinweisen). 4.4

Da die über den 18. Januar 2019 hinaus geklagten Beschwerden vorwiegend, das heisst als zu mehr als 50 % auf Abnützung zurückzuführen sind, entfällt die Prüfung einer Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG ohne weiteres (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_22/2019 vom 24. September 2019 E. 9.2) 5.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. November 2019 (Urk. 2) erweist sich damit als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber VogelKübler

E. 7

) sei . Vor diesem Unfall sei der Beschwerdeführer komplett beschwerdefrei gewesen und habe auch nie über Schulterschmerzen links geklagt

(Urk. 8/45 /2-3).

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