

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00002

vom 3. Dezember 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00002

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00002 du 3 décembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00002 del 3 dicembre 2020

Erwägungen

E. 1

58) , wobei zunehmen d die Beschwerden an der linken Schulter in den Vordergrund rückten.

In den bildgebenden Untersuchungen vom 27. Februar 2017 (Urk. 7/9/1) und 1

E. 1.1

Nach Art.

E. 1.2

Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen E ntscheid (Urk. 2 S. 3 ff.) die Rechtsprechung zum für die Leistung spflicht des Unfallversicherers nach Art.

E. 2

Gegen de n Einspracheentscheid

vom 18. November 2019 erhob der Versicherte am 6. Januar 2020 Beschwerde und beantragte dessen Aufhebung sowie die Zusprechn g der gesetzlichen Leistungen aus dem Unfallereignis vom 26. Januar 2017 ; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Suva (Urk. 1). Diese schloss in der Beschwerdeantwort vom 5. Februar 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Die Beschwerdeantwort wurde dem Versicherten mit Ver fügung vom 12. Februar 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im Wesentlichen , es sei auf die kreisärztliche Beurteilung von

Dr. Y.____ abzustellen. Das Ereignis vom 26. Januar 2017

habe nicht zu strukturellen Läsion en, sondern bloss zu einer vorübergehenden Ver schlimmerung des pathologischen Vorzustandes an der linken Schulter geführt. Schon im Jahr 2016 sei eine Inhomogenität der Supraspinatussehne festgestellt worden. Der status

quo sine nach Capusulitis

adhäsiva sei am 23. Mai 2018 erreicht worden . Der behandelnde Rheumatologe

habe dies am 22. Juni 2018 b estätigt.

Dass die erste Kreisärztin eine Teilkausalität bejaht habe, sei nicht nach vollziehbar, da sie selbst ausgeführt habe, die Rotatorenmanschettenruptur könne nicht frisch sein, sondern sei

auf das Impingement zurückzuführen. Die zweite Kreisärztin habe diese Beurteilung bloss übernommen .

Beide Annotationen seien nicht beweiskräftig und vermöchten keine Zweifel an der auf eigener Untersuchung basierenden Beurteilung von Dr. Y. ___ zu wecken.

Mangels eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und der Listenverletzung entfalle die Prüfung einer Leistungspflicht nach Art.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt indessen dafür, Dr. Y. ___ habe seine von früheren kreisärztlichen Einschätzungen abweichende Beurteilung der Unfallkausalität nicht begründet (Urk. 1 Ziff. 1-6) .

Es sei nicht schlüssig dargetan, dass der Sehnenriss auch ohne das fragliche Ereignis eingetreten wäre. Aufgrund des zeitlichen Ablaufs, wie er sich durch die bildgebenden Abklärungen ergebe, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer unfallbedingten Ruptur der Supraspinatussehne auszugehen

(Urk. 1 Ziff. 8). Es liege zudem – wie in der Einsprache dargetan – eine Listenverletzung nach Art.

E. 6

Abs. 2 UVG, jedenfalls solange kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt. Erbringt der Unfallversicherer nämlich den Nachweis, dass das Unfallereignis keine auch nur geringe Teilursache der Listenverletzung bildet, ist damit zugleich erstellt, dass diese zu mehr als 50 % auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (vgl. BGE 146 V 51 E. 9.2 und Urteil des Bundesgerichts 8C_241/2020 vom 29. Mai 2020 E. 6.3). 3.3

In den Akten wird das Unfallgeschehen konstant wie folgt geschildert : Der Beschwerdeführer rutschte beim Aussteigen aus dem Zug auf Eis aus und fiel sinngemäss auf die linke Körperseite (etwa Urk.

E. 7

/ 1 und 7/5) . Wie sich aus dem Schreiben vom 13. Februar 2017 ergibt, anerkannte die Beschwerdegegnerin von Beginn an einen Nichtbetriebsunfall (Urk. 7/2). Mit anderen Worten bejahte sie ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG und erbrachte ihre Leistungen gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG. Daran hielt sie auch

in der Verfügung vom 4. Juni 2018 (Urk. 7/122/1) und im angefochtenen Einspracheentscheid fest (Urk. 2). Dementsprechend monierte der Beschwerdeführer in seiner Einsprache vom 17. September 2018 , die Beschwerdegegnerin habe «übersehen», dass eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG vorliege. In diesem Kontext brachte er allerdings einzig vor, ein Sehnenriss sei zweifelsfrei dokumentiert (Urk.

7/148/2 3). Nichts Anderes kann der Beschwerde entnommen werden (Urk.

1 Ziff. 7). 3.4

Dass es sich beim Sturz vom 26. Januar 2017 um ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG handelt, wurde vom Beschwerdeführer also nicht bestritten. Wie sich aus der vorstehenden Erwägung ergibt, erfolgte die Anerkennung einer Leistungspflicht aus Art. 6

Abs. 1 UVG zudem zu seinen Gunsten, zumal sich die Beschwerdegegnerin damit nur noch von einer Leistungspflicht für die weiterhin geklagten Beschwerden befreien kann, wenn sie nachweist, dass mit überwiegen der Wahrscheinlichkeit auch keine Teilursächlichkeit mehr gegeben ist. Der Nachweis, dass der Unfall bloss zu weniger als 50 % ursächlich ist, genügt nicht, dies gilt auch für den Nachweis, dass der Unfall keine auch nur geringe Teilursache der Listenverletzung ist (E. 3.2).

Der vorliegende Fall ist daher ausschliesslich unter dem Blickwinkel von Art. 6 Abs. 1 UVG zu prüfen (vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C_649/2019 vom 4. November 2020 E. 5.3 und 8C_412/2019 vom 9. Juli 2020 E. 5.2). 4. 4.1

Hinsichtlich der Frage nach einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den vom Beschwerdeführer weiterhin geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 26. Januar 2017 berichtete der von der Beschwerdegegnerin beauftragte Dr. med. Z.____, Facharzt für Chirurgie, am 17. Februar 2017, der Beschwerdeführer habe einen Sturz auf glatter Unterlage beim Aussteigen aus dem Zug erlitten und danach selber wieder aufstehen können. Zusätzlich zum lumbosacralen Schmerzsyndrom liege eine mit dem Ereignis in Verbindung gebrachte Schmerzhaftigkeit des linken Schultergelenks vor. Aus Sicht des Ereignisses sei eine gravierende Verletzung des linken Schultergelenkes eher wenig wahrscheinlich; die Verschlechterung der Beweglichkeit habe zwar dort eingesetzt, scheine aber eher schleichend zu kommen. Es bedürfe einer zeitnahen bildgebenden Untersuchung, um traumatische Schäden am Gelenk bzw. eine Beteiligung der Rotatorenmanschette sicher auszuschliessen (vgl. Urk. 7/5/4). 4.2

Zur Abklärung dieser Problematik

wurde der Beschwerdeführer vom Hausarzt an den Rheumatologen

Dr. med. A.____ überwiesen (Urk. 7/15/2).

Dieser diagnostizierte am 28. Februar 2017 mitunter eine Schulterkontusion mit konsekutiv einer Periarthritis humeroscapularis (PHS) tendinotica links mit Impingement, wobei sich in der Ultraschalluntersuchung vom 27. Februar 2017 eine traumatische Ruptur der bereits vorgeschädigten Supraspinatussehne, eine Tendinosis der langen Bicepssehne, eine Bursitis subacromialis und eine aktivierte Schultergelenksarthrose gezeigt hätten. In der Zusammenfassung sprach Dr.

A.____ von einer traumatisch bedingten PHS tendinotica links mit Impingement bei neu aufgetretener Ruptur der Supraspinatussehne (Urk. 7/9).

So war ihm der Beschwerdeführer bereits im Vorjahr zugewiesen worden, weil er seit einem Auffahrunfall im Jahr 2011 über bewegungs- und belastungsinduzierte Schmerzen in der linken Schulter geklagt hatte. Gemäss Bericht von Dr. A.____ vom 20. Juni 2016 hatte sich in der Ultraschalluntersuchung vom 10. Juni 2016 eine PHS tendinotica links mit Impingement mit Bursitis subacromialis und Tendinosis der leicht inhomogenen Supraspinatussehne sowie der langen Bicepssehne gezeigt. Für eine traumatische

Genese der Schulterbeschwerden hatten sich

weder klinisch noch bildgebend Hinweise

gefunden. Die Infiltration hatte sodann zu einer deutlichen

Verbesserung der Schmerzen

geführt (Urk. 7/17).

Schon im Herbst 2015 war der Beschwerdeführer zudem stationär in der Reha klinik B.____ behandelt worden, nachdem ihm ein gefüllter Wassereimer auf den Kopf gefallen war (Urk. 7/18/1) . Gemäss Austrittsbericht vom 13.

November 2015 zeigte sich in der Zusammenschau der Symptome und Befunde eine dysfunktionale Krankheitsbewältigung so wie eine depressive Symptomatik . Prinzipiell sei denkbar, dass die psychiatrische Symptomatik lediglich eine neuro degenerative Erkrankung begleite. Diese könnte womöglich auch eine plausible Erklärung für einseitigen Muskelschmerzen der Schulter bieten. Die erheblichen Inkonsistenzen in der neurologischen Untersuchung

würden eine Diagnoseerhebung aber

erheblich erschweren (Urk. 7/18/4). 4. 3

Aus diesen Berichten schloss die Kreisärztin Dr. med. C.____ , Fachärztin für Allgemeinchirurgie und Traumatologie, am 25. März 2017 , die Ruptur der Rotatorenmanschette könne nicht frisch sein, sondern sei auf das mehrmals erwähnte Impingement zurückzuführen. Eine Kontusion sollte nach sechs bis acht Wochen nicht mehr beschwerdeführend sein . Sie verlangte eine MRI der Schulter, da Ultraschallbilder nur «live» eine Beurteilung erlaubten (Urk. 7/19).

Am 12. April 2017 führte Dr. med. D.____ , Facharzt für Radiologie sowie Nuklearmedizin, eine MRT Arthrographie des linken Schultergelenks durch. Im Befund beschrieb er eine leichtgradige Arthrose des Schultergelenks bei Typ II Akromion , eine deutlich ausgedünnte ansatznahe ventrale Supraspinatussehne

mit einer 3 mm breiten Komplettruptur, weitere gelenkseitige und einzelne bursa seitige Einrisse der restlichen Supraspinatussehne , eine 2 x 2 cm breite intratendinöse Ruptur im Übergangsbereich von Supra- / Infrapinatussehne und einen 3

mm breiten partiellen gelenkseitigen Einriss am Oberrand der Subscapularis sehne . Die restlichen Anteile der Rotatorenmanschette wie auch die Rotatorenmuskulatur beurteilte er als regulär mit auch regelrechtem Verlauf der proximalen Bizepssehne , intaktem Labrum und glatt berandetem

glenohumeralem Knorpel (Urk. 7/32/2).

Daraus schlussfolgerte Dr. C.____ am 19. Mai 2017, eine Teilkausalität zwischen den geltend gemachten Schulterbeschwerden und dem Unfall vom 26.

Januar 2017 sei wegen des Einrisses der Subscapularissehne zu bejahen. Die restlichen Befunde seien degenerativer Genese (Urk. 7/34).

4.4

Im Bericht vom 31. Mai 2017 warf Dr. A.____

angesichts des schwierigen Therapieverlaufs bei mittels Arthro-MRI bestätigter kompletter Ruptur der Supraspinatussehne die Frage nach einer Rotatorenmanschettenrekonstruktion auf und wies den Beschwerdeführer Dr. med. E.____ , Chefarzt und Leiter der Schulter- und Ellbogenchirurgie Privatsprechstunde am Kantonsspital F.____ zu (Urk. 7/36) .

Gefragt nach einem adäquat kausalen Zusammenhang zwischen einer solchen Operation und dem Ereignis vom 26. Januar 2017 antwortet

Dr. C.____ am 2. Juni 2017, die Beurteilung [von Dr. E.____] sei noch abzuwarten, wahrscheinlich ja (Urk. 7/37).

Dr. E.____

diagnostizierte am 17. Juli 2017 (ebenso am 16. Oktober 2017, Urk.

7/66) eine Supraspinatussehnenläsion und Tendinose der langen Bizepssehne links bei einem Status nach Sturz vom 26. Januar 2017 und Schulter-, Rücken- und Beckenkontusion. Er berichtete, der Beschwerdeführer zeige eine erhebliche funktionelle Einschränkung seines linken Schultergelenkes bei dokumentierter, subtotaler Läsion des Supraspinatus. Aufgrund des Alters müsse ihm eine Rekonstruktion empfohlen werden. Dies nicht zuletzt aufgrund der nun bereits sechsmonatigen «Pseudoparese», was ein schlechter prognostischer Faktor für eine erfolgreiche Behandlung sei. Die Gesamtsituation, insbesondere mit Parkinson, sei schwierig (Urk. 7/48/3).

Am 1. September 2017 erklärte die Kreisärztin Dr. med. G.____, Fachärztin für Neurochirurgie, zur von der Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang erneut gestellten Kausalitätsfrage, von kreisärztlicher Seite sei mit der Subscapularissehne bereits eine richtungsgebende Veränderung betreffend die Rotatorenmanschetten-Läsion der linken Schulter anerkannt. Eine Operation sei nicht geplant. Die Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion wäre jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt (Urk. 7/49). 4.5

4.5.1

Am 20. Oktober 2017 erfolgte die kreisärztliche Untersuchung durch Dr. Y.____. Ihm gegenüber klagte der Beschwerdeführer über eine deutliche Kraftminderung und Bewegungseinschränkung sowie Schmerzen im linken Schultergelenk. Er könne den linken Arm im Alltag kaum gebrauchen (Urk. 7/63/3). Dr. Y.____ diagnostizierte unfallkausal eine Capsulitis

adhäsiva rechts [richtig: links, vgl.

Urk. 7/151] bei traumatischer Gelenkkapselentzündung der linken Schulter nach einem Sturz am 26. Januar 2017. Dazu erläuterte er, dass der Beschwerdeführer

als Reinigungsmitarbeiter wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreichen könne. Infolge der aktuell vorliegenden adhäsiven Capsulitis sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100% sowohl in der angestammten Tätigkeit wie auch am allgemeinen Arbeitsmarkt ausgewiesen. Eine Verbesserung der Schultergelenksbeweglichkeit trete regelhaft

E. 12

Monat nach Auftreten der initialen Symptome ein. Die vorgeschlagenen operativen Massnahmen stünden in keinem adäquat kausalen Zusammenhang mit dem Unfall, sondern seien auf Veränderungen der Rotatorenmanschette

zufolge Abnützung zurückzuführen. Die Beschwerden bestünden gemäss Bericht der Rehaklinik B.____

bereits seit Oktober 2015. Zudem würden operative Massnahmen keine Beschleunigung des Heilungsprozesses bringen, sondern eine 12 Monate dauernde postoperative

Rehabilitations phase bewirken (Urk. 7/63/4). 4.5.2

Nach einer Besprechung mit dem Versicherten und dem zuständigen Sachbearbeiter (Urk. 7/115) hielt Dr. Y.____

im Bericht vom 23. Mai 2018 fest, gemäss Angaben des Beschwerdeführers sei es gegenüber Oktober 2017 zu keiner Besserung der Funktion des linken Armes gekommen; auch seien die Schmerzen nicht so gering geworden, dass er die schmerzstillenden und entzündungshemmenden Medikamente hätte reduzieren können. Zwar sei die linke Schulter schon früher schmerzhaft gewesen, aber immer wieder gut geworden. Dies sei erst seit dem Unfall im Jahr 2017 nicht mehr so. Infolgedessen konstatierte

Dr. Y.____, es ergebe sich keine Befundveränderung im Bereich des linken Schultergelenks. Neu hinzugekommen sei eine teigige Schwellung des Handrückens, die auf die Inaktivität des linken Armes im Sinne eines Stauungsödems zurückzuführen sei. Hinweise für eine traumatisch bedingte Gelenkapselentzündung der linken Schulter bestünden nicht (Urk. 7/116/6).

Neben den explizit nicht unfallkausalen Diagnosen äusserte Dr. Y.____ einzig den Verdacht auf eine Somatisierungsstörung (Urk. 7/116/6) und attestierte dem Beschwerdeführer unfallbedingt eine volle Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit. Von weiteren ärztlichen Behandlungen und Therapien sei keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes zu erwarten (Urk. 7/116/8).

Stets unter Bezugnahme auf den erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erläuterte er dazu, dass in Zusammenschau der Befunde seit dem Jahr 2011 bestehende Schultergelenksschmerz sei auf Abnutzung zurückzuführen; der Unfall vom 26. Januar 2017 habe eine vorübergehende Verschlimmerung des Gesundheitszustandes herbeigeführt. Die minimale Ansatzsehnenruptur sei nicht auf den Unfall zurückzuführen, da keinerlei muskuläre Atrophie bildgebend dargestellt oder eine Sehnenretraktion feststellbar sei. Feststellbar seien zahlreiche, auf Abnutzung zurückzuführende intratendinöse Partialrupturen der Rotatorenmanschette. Durch die seit über zwölf Monaten regelmässig durchgeführte Physiotherapie sei es zu keiner subjektiven oder objektiven Verbesserung der Funktionen gekommen, die regelmässige Einnahme von Medikamenten habe zu keiner Beschwerdereduktion geführt. Die geschilderten Beschwerden und gezeigten Einschränkungen stünden im klaren Widerspruch zu den objektivierbaren Befunden. Die im Haushalt dargestellte Hilflosigkeit bis hin zur Pflegebedürftigkeit stehe in keinem medizinisch erklärbaren Zusammenhang zu 3 mm messenden

Rotatorenmanschettenruptur. Der Status quo sine nach Zerrung der Rotatorenmanschettensehne am 26. Januar 2017 sei am 26. Januar 2018 eingetreten; es gäbe aktuell keine Hinweise für das Vorliegen einer adhäsiven Capsulitis. Zu postulieren sei auch eine rasche Progredienz der bereits im Juni 2016 festgestellten Periarthritis humeroscapularis durch die durchgeführte subakromiale

Kortisoninfiltration (Urk. 7/116/7). 4.5.3

Im Rahmen der ergänzenden Fragen des Sachbearbeiters verneinte Dr. Y.____ am 28. Mai 2018 einen Kausalzusammenhang mit einem früheren Unfall. Ebenso verneinte er die Frage, ob das Ereignis vom 26. Januar 2017 zu zusätzlichen strukturellen Läsionen an der Schulter geführt habe, die bildgebend nachweisbar seien. Es sei korrekt, dass die Unfa

llfolgen im Beschwerdebild des Versicherten heute mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielten. Der Status sine quo sei aus somatischer Sicht am 23. Mai 2018 erreicht worden (Urk. 7/117). 4.6

Im Bericht vom 22. Juni 2018 führte Dr. A.____ hierauf aus, dass sofort nach dem Unfall vom 26. Januar 2017 bewegungs- und belastungsinduzierte Schmerzen in der linken Schulter sowie am lumbo sakralen Übergang aufgetreten seien . Die Beschwerden im Lendenbereich hätten sich im Verlauf praktisch vollständig zurückgebildet. Indessen habe der Beschwerdeführer am 21. Juni 2018 unveränderte Beschwerden mit einer schmerzhaften funktionellen Einschränkung der linken oberen Extremität geäußert. Es gebe keine Hinweise für eine adhäsive Kapsulitis . Impingement -Zeichen und Jobe -Test seien positiv. Die vom Beschwerdeführer verlangte funktionelle Ultraschallkontrolluntersuchung habe keine neuen Erkenntnisse ergeben. Die am 21. Juni 2018 erhobenen Befunde würden mit denjenigen des Arthro -MRI vom 12. April 2017 übereinstimmen.

Zusammenfassend liege eine chronische PHS tendinotica links mit Impingement bei den in der Diagnoseliste genannten Faktoren [gemeint: Bildbefunde] und dem Zustand nach Schulterkontusion vom 26. Januar 2017 vor. Der Beschwerdeführer könne lediglich von einer operativen Sanierung der Rotatorenmanschette profitieren. Die Aussage von Dr. Y.____ , dass keine somatische Erklärung für die Befunde vorliege, stehe somit im Widerspruch zu den bisherigen Bildbefunden. Bezüglich der Unfallkausalität sei die Beurteilung von Dr. Y.____ vom 23. Mai 2018 mit seiner heutigen Beurteilung, dass der Status quo sine bereits eingetreten sei, konkordant. Auch sei er mit der Aussage einverstanden, dass eine Fortsetzung der konservativen Massnahmen (ambulant oder stationär) keine nachhaltige Besserung der Beschwerden bewirken könne (Urk. 7/131/2). 4.7

Dazu liess Dr. Y.____ am 27. Juni 2018 verlauten, er und Dr. A.____ seien sich einig. Dieser berücksichtige lediglich die fehlende Unfallkausalität der somatischen Beschwerden nicht. Dass eine Vielzahl somatischer Befunde vorliege, gehe aus den Untersuchungen hervor (Urk. 7/133).

In einer weiteren Stellungnahme vom 18. September 2018 zur Einsprache des Beschwerdeführers wies Dr. Y.____

ferner darauf hin, dass die tatsächlichen gesundheitlichen Verhältnisse im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung am 20. Oktober 2017 unfallbedingt anders hätten eingeschätzt werden müssen als in den vorangegangenen kreisärztlichen Untersuchungen. Dies unterstreiche die Notwendigkeit, Wertigkeit und Wichtigkeit der kreisärztlichen Untersuchung (Urk. 7/151). 4.8

Der Beschwerdeführer wurde sodann erneut bei Dr. E.____ vorstellig, der eine Rotatorenmanschettenläsion links bei einem Status nach Sturz am 26. Januar 2017 diagnostizierte. Er hielt fest, wenngleich die Schmerzen insgesamt leicht regredient seien und sich die Schulterfunktion unter Physiotherapie gebessert habe, bleibe eine relevante schmerzhafte Funktionseinschränkung. Von der Beschwerdegegnerin werde der Endzustand nach obgenannter Schulterverletzung als erreicht taxiert. Eine Beurteilung der Reparabilität sei ohne weitere Bildgebung nicht möglich . Die letzte MRI-Untersuchung liege bereits eineinhalb Jahre zurück (Urk. 7/138). 5. 5.1

Es ist vorab festzuhalten, dass der Austrittsbericht der Rehaklinik B.____ vom 13. November 2015 sowie der Bericht von Dr. A.____ vom 20. Juni 2016, basierend auf der Ultraschalluntersuchung vom 10. Juni 2016, eine symptomatische Vorschädigung der linken Schulter belegen. Daran ändert nichts, dass die Symptomatik im Jahr 2016 dank einer Infiltration wieder abklang (vgl. E. 4.2). 5.2

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kann nicht allein aus der Chronologie der Bildbefunde auf eine überwiegend unfallbedingte Sehnenruptur geschlossen werden. Eine solche « post hoc ergo propter hoc » -Argumentation ist rechtlich unzulässig. So kann auch vorliegend aufgrund der Tatsache, dass

im Abstand von acht Monaten zwei

Ultraschalluntersuchungen der linken Schulter durchgeführt wurden, höchstens die Entstehung der Sehenschäden auf diesen Zeitraum, nicht aber auf einen konkreten Tag oder eine bestimmte Ursache eingegrenzt werden. Es kommt hinzu, dass im Jahr 2016 eine Infiltration durchgeführt wurde, die gemäss Dr. A.____ die Schmerzen linderte (vgl. E. 4.2), gemäss Dr. Y.____ aber auch zu einer Progredienz der PHS führte (vgl. E. 4.5.2). Die Schulterbeschwerden rückten zudem erste einige Wochen nach dem Unfall vom 26. Januar 2017 in den Fokus der behandelnden Ärzte. Für die Annahme einer unfallbedingten Sehenschädigung bedürfte es daher wie üblich konkreter Indizien für ein Trauma in den Bildbefunden respektive den Nachweis eines Unfallgeschehens, das hierfür geeignet ist. 5.3

Im Übrigen kann die Schultersonographie zwar als erstes Screening der Rotatorenmanschette

nützlich sein, zur Abklärung von Operationsindikationen ist sie jedoch zu ungenau. Die Strukturen sind sonographisch nicht immer deutlich zu erkennen und schwierig zu interpretieren. Die Zuverlässigkeit einer Sonographie ist weitgehend von der Erfahrung des Untersuchers abhängig (Alfred M. Debrunner, Orthopädie. Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2002, S. 718 f. und 726).

Das Bundesgericht hat den Beweiswert von Ultraschalluntersuchungen dementsprechend wiederholt

hinterfragt (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C_562/2019 vom 16. Juni 2020 E. 4 und 8C_788/2010 vom 8. Februar 2011 E. 8.2). Indessen braucht nach dem vorstehend Ausgeführten nicht abschliessend beantwortet zu werden, ob sich mit der früheren Ultraschalluntersuchung

hinreichend nachweisen lässt, dass die nach dem Unfall bildgebend festgestellten Sehnenrisse am 10. Juni 2016

tatsächlich noch nicht vorhanden waren. 5.4

Im Mittelpunkt

der Kausalitätsbeurteilung stehen die

mittels Arthro-MRI der linken Schulter vom 12. April 2017 erhobenen Befunde

(vgl. E. 4.3). Dr. Y.____ beurteilte diese allesamt als nicht unfallkausal und den Status quo sine – unter Berücksichtigung einer am 20. Oktober 2017 von ihm diagnostizierten, regelhaft bis zu einem Jahr ab dem Auftreten der ersten Symptome dauernden adhäsiven

Kapsulitis (vgl. E. 4.5.1) – ab dem 26. Januar 2018 (vgl. E. 4.5.2) bzw. 23. Mai 2018 (vgl. E. 5.4.3) erreicht. Eine ähnliche Diagnose hatte am 17. Juli 2017 übrigens auch Dr. E.____ gestellt, indem er auf eine bereits sechsmonatige Pseudoparrese hingewiesen hatte (vgl. E. 4.4).

Dabei

legte Dr. Y.____

detailliert dar, dass die minimale Ansatzsehnenruptur nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das fragliche Ereignis zurückzuführen sei, da keinerlei muskuläre Atrophie bildgebend dargestellt oder eine Sehnenretraktion feststellbar sei und zahlreiche degenerativ bedingte intratendinöse Partialrupturen bestünden (vgl. E. 4.5.2). Dem ist anzufügen, dass es das Bundesgericht im Urteil 8C_855/2018 vom 14. März 2019 E. 6.2.1 als nachvollziehbar erachtete, dass hinsichtlich einer partiellen Supraspinatusläsion

vom Retraktionsgrad zwar auf das Alter der Ablösung der Sehne, jedoch nicht auf die Ätiologie des Sehnenrisses (degenerativ oder traumatisch) geschlossen werden kann.

Im Übrigen bestanden auch gemäss Dr. D.____ (vgl. E. 4.3; «ausgedünnt») und

Dr. A.____ (vgl. E. 4.2 «vorgeschädigte», «Impingement») sichtliche Anzeichen für vorbestehende

degenerative Veränderungen der Supraspinatussehne. 5.5

Bezüglich der weiteren fachärztlichen Berichte ist Folgendes festzuhalten: Dr. Z.____

beurteilte eine gravierende Verletzung des linken Schultergelenks aufgrund des Unfallgeschehens von vornherein als wenig wahrscheinlich

(vgl. E. 4.1). Ergänzend kann auf die S2e-Leitlinie "Rotatorenmanschette", Registernummer: 033-041, Version März 2017, der deutschen Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AMWF], S. 7 (abrufbar im Internet unter

www.awmf.org) hingewiesen werden. Eine entsprechende, spezielle Armhaltung ist im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 26. Januar 2017 nicht dokumentiert. Auch lässt die den medizinischen Akten zu entnehmende Klinik nicht auf einen für eine Unfallgenese typischen akuten Schmerzbeginn schliessen (Jan Gessmann/Matthias Königshausen/Thomas A. Schildhauer/Dominik Seybold, Abwägung oder doch harte Kriterien in der Begutachtung von Läsionen der Rotatorenmanschette, in: Trauma und Berufskrankheit 2016 [Suppl. 1], Berlin, Heidelberg 2016, S. 43), ist doch vielmehr von einer Schmerzzunahme in den Tagen nach dem Unfallereignis und nicht von einem akuten einschliessenden Schmerz die Rede (Urk. 7/7). Dr. C.____

erörterte, dass eine Schulterkontusion eigentlich nach sechs bis acht Wochen abgeheilt sein sollte (vgl. E. 4.3) und Dr. A.____ bestätigte am 22. Juni 2018 bei diagnostiziertem Zustand nach Schulterkontusion am 26. Januar 2017, fehlenden Hinweisen auf eine adhäsive Kapsulitis und positivem Impingement-Zeichen, dass der Status quo sine eingetreten sei (vgl. E. 4.6).

Dr. E.____

indizierte mit seiner Diagnose einer Rotatoren manschetten - bzw. Supraspinatus sehnen läsion bei einem Status nach Sturz am 26. Januar 2017

einen zeitlichen Konnex, indessen deutet nichts darauf hin, dass er sich mit der Kausalitätsfrage auseinander gesetzt hätte (vgl. E. 4.4 und 4.8).

Insoweit

stützen die se akten kundigen fachärztlichen Beurteilung en

die Einschätzung von Dr. Y.____, dass der fragliche Unfall lediglich zu einer Schulter kontusion mit adhäsiver Kapsulitis

führte, die nur eine vorübergehende Verschlimmerung der vor bestehenden Schulterpathologie begründete. 5. 6

Anders als durch die Darstellung des Beschwerdeführers suggeriert, liegen bei genauer Betrachtung allein in Bezug auf den von Dr. D.____ (vgl. E. 4.2) als « geringgradig » beurteilten partiellen Einriss der Subscapularissehne divergierende kreisärztliche Kausalitätsbeurteilungen von

Dr. C.____ (vgl. E. 4.3) und ihr folgend

Dr. G.____ (vgl. E. 4.4) vor. Alle anderen Befunde, folglich auch die Ruptur der Supraspinatussehne, beurteilte

Dr. C.____ ebenfalls ausdrücklich als degenerativer Genese. Dabei begründete n

die Kreisärztinnen nicht, weshalb sie einen Kausalzusammenhang zwischen der Partialruptur der Subscapularissehne und dem Unfallereignis vom 26. Januar 2017 bejahten bzw. von einer richtungsgebenden Verschlimmerung ausgingen. In der medizinischen Literatur zumindest wird festgehalten, dass nur ein isolierter Schaden der Subscapularissehne mit 71 % vorwiegend traumatisch ist, wogegen bei globalen Defekten unter Einbezug der Supraspinatussehne eine Verletzungsfolge nur in 11 % der Fälle angenommen werden kann (Harald Hempfling / Veit Krenn, Schadenbeurteilung am Bewegungssystem, Band 2: Meniskus, Diskus, Bandscheiben, Labrum, Ligamente, Sehnen, Berlin/Boston 2017, S. 687).

In den Eingaben des Beschwerdeführers spielte der Befund der Subscapularissehne übrigens keine Rolle (Urk. 7/148/2 Ziff. 2 c und Urk. 2 Ziff.

1 3).

Dieser ist denn auch von untergeordneter Bedeutung und fand kaum Eingang in die fachärztlichen Beurteilungen; die Rekonstruktion der Rotatorenmanschette

wurde ausschliesslich im Zusammenhang mit der Komplettruptur der ventralen Supraspinatussehne diskutiert (vgl. E. 4.4). In der medizinischen Literatur wird denn auch darauf hingewiesen, dass kleine Defekte einer Sehne in der Regel weder Beschwerden noch Symptome verursachen (Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 725) und bei Schädigung der Supraspinatussehne mit Beteiligung der Subscapularissehne klinisch die Supraspinatussehne im Vordergrund steht, insbesondere wenn Partialschäden der Subscapularissehne vorliegen, diese hätten dann keinen wesentlichen Einfluss auf die Schulter (Harald Hempfling / Veit Krenn, a.a.O., S. 686). 5. 7

Insgesamt vermögen die Kausalitätsbeurteilungen von Dr. C.____ und Dr.

G.____

keine auch nur geringen Zweifel an der Einschätzung von Dr. Y.____ zu wecken, die er nach eigener Untersuchung des Beschwerdeführers abgab und sich mit der Einschätzung des behandelnden Dr. A.____ deckt. Eine richtungsgebende Verschlimmerung im Sinne einer durch den Unfall hervorgerufenen Sehnenschädigung ist nicht ausgewiesen. Dass die Unfallfolgen im Rahmen der Schulterkontusion und adhäsiven

Kapsulitis bei der Leistungseinstellung abgeheilt waren, ist zwischen den Parteien und Ärzten unbestritten .

6.

Zusammenfassend lassen die bezüglich eines untergeordneten Befundes ohne Begründung und eigene Untersuchung abgegebenen früheren kreisärztlichen Einschätzungen keine Zweifel an der aktuellen versicherungsinternen Beurteilung von Dr. Y.____

aufkommen. Der Status quo sine nach Schulterkontusion und adhäsiver Kapsulitis

war im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 1. Juli 2018 erreicht . Die noch bestehenden Beschwerden sind mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich auf degenerative Veränderungen der Schulter zurückzuführen.

Die Beschwerdegegnerin ist folglich nicht mehr leistungspflichtig – weder nach Abs. 1 noch nach Abs. 2 von Art. 6 UVG. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Walter Keller - 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
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
VogelBonetti

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