

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00023 vom 27. Mai 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-05-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00023

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00023 du 27 mai 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00023 del 27 maggio 2021

Erwägungen

E. 1

f.). Am 4. September 2018 unterzog sich der Versicherte eine r Arthroskopie der rechten Schulter mit subacromialer

Bursektomie und Acromioplastik sowie einer plastischen Rekonstruktion der Subscapularissehne

(Urk. 8/7/2 f.) .

Die Elips erbrachte zunächst die gesetzlichen Leistungen (Taggeld und Heilungskosten; vgl. Urk. 8/13) .

In der Folge holte sie eine versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung

bei Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein, die am 12.

November

2018 erstattet wurde (Urk. 8/12) .

Daraufhin teilte sie dem Versicherten mit Schreiben vom 30. November 2018 mit, dass sie die Versicherungsleistungen per 3. September 2018 einstelle (Urk. 8/13). Nachdem sich der Versicherte unter Beilage einer Stellungnahme des behandelnden Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nicht mit der Einstellung der Leistungen einverstanden erklärt hatte (Urk. 8/16), verfügte die Elips

am 17. Januar 2019

die Einstellung der Leistungen per 3. September 2018 (Urk. 8/17). Hiergegen erhob der Versicherte am 5. Februar 2019 Einsprache (Urk. 8/18), welche er am 13. Mai 2019 begründete (Urk. 8/21). Die Elips holte daraufhin ein versicherungsmedizinisches Aktengutachten bei Dr. med. C.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, ein, das am 22. November 2019 erstattet wurde (Urk. 8/24). Mit Entscheid vom 20. Dezember 2019 wies die Elips

die Einsprache des Versicherten ab (Urk. 8/26).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (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. 1.2

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).

E. 1.3

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 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).

E. 1.4

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten von versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzten 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 Versicherer 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

1/2 Wochen vorher erfolgte Traumatisierung der abgebildeten Strukturen hinwies (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin begründete den angefochtenen Einspracheentscheid

im Wesentlichen damit, dass die beratenden Ärzte Dr. Z.____ und Dr. A.____ dargelegt hätten, dass es durch das Anpralltrauma in D.____ in den Ferien zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines bereits fortgeschritten degenerativ veränderten rechten Schultergelenks gekommen sei. Im Regelfall sei mit einer maximalen Behandlungsdauer

von sechs Wochen zu rechnen. Die Operation vom 4.

September 2018 habe die Behandlung dieses massiven degenerativen Vorzustandes bezweckt, weshalb der Status quo sine vel

ante an deren Vortag - also per 3. September 2018 - erreicht worden sei. Dr. C. ___ sei in ihrem versicherungsmmedizinischen Aktengutachten vom 22. November 2019 zum selben Schluss gekommen. Die beiden ärztlichen Beurteilungen seien beweiskräftig, daran vermöchten auch die unsubstantiierten Einwendungen des Beschwerdeführers bezüglich der Kompetenz von Dr. Z. ___ sowie dessen Verweis auf den Bericht von Dr. B. ___ nichts zu ändern. Es sei daher mit den beratenden Ärzten über wie gend wahrscheinlich davon auszugehen, dass der status quo sine der Unfallfolgen des Unfallereignisses vom 3. August 2018 per 3. September 2018 erreicht gewesen sei. Weitere medizinische Abklärungen vermöchten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr zu ändern (Urk. 2 S. 6 f.).

Die Beschwerdegegnerin ergänzte in der Beschwerdeantwort, in den echtzeitnahen Angaben werde kein Sturz erwähnt, so dass auf Beurteilungen, in denen ein Sturzereignis miteinbezogen werde, nicht abgestellt werden könne (Urk. 7 S. 3). Ferner habe Dr. med. E. ___ , Facharzt für

Radiologie, in seiner Beurteilung vom 21. November 2019 festgehalten, im MR-Arthrogramm vom 20. August 2018 hätten sich keine Befunde nachweisen lassen, die auf eine etwa

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, es bestünden begründete Zweifel an den Aktengutachten von Dr. Z. ___ und Dr. C. ___ . So sei das erste Gutachten von Dr. Z. ___ , einem Facharzt für Innere Medizin, verfasst worden, der aufgrund seiner Ausbildung nicht kompetent sei, zu den komplizierten Mechanismen im AC-Schultergelenk Stellung nehmen. Es sei daher nicht auf das Gutachten

abzu stellen. Ferner erhebe Dr. B. ___ in seinem ausführlichen Bericht von 5.

Dezember 2018 begründete Einwendungen gegen die versicherungsmedizinische Beurteilung. Er sei der Auffassung, dass ein Kausalzusammenhang vorliege, da die Erstkonsultation sehr rasch nach dem Unfallgeschehen erfolgt sei, die Trochik der gesamten Rotatorenmanschettenmuskeln hervorragend erhalten und der Aspekt der rupturierten Sehnen und der dazugehörigen Muskulatur ein deutlicher Hinweis für eine traumatische Ätiologie sei. Die Degeneration stehe gemäss Dr. B. ___

in keinem Zusammenhang mit der Ätiologie einer Rotatorenmanschettenläsion. Zudem seien nebst den radiologischen Kriterien, welche für eine traumatische Ätiologie sprächen, auch die intraoperativen Befunde Beweis für eine traumatische Ätiologie (Urk.

1 S.

4 f.). Was das Aktengutachten von Dr.

C. ___ betreffe, habe Dr. B. ___ dazu ebenfalls Stellung genommen. Er halte fest, dass die von Dr. C. ___ verwendete Literatur bezüglich Prävalenz der degenerativen Schäden der Rotatorenmanschette bei Personen ab dem Alter

50 überholt sei. Gemäss den neusten Erhebungen würden transmurale Rotatorenmanschettenläsionen vor dem Alter 60 nur sehr selten nachgewiesen. Die schnelle O

peration innerhalb von vier Wochen nach dem Unfall zeige, dass ein Unfallgeschehen vorliege. Die anamnestischen Symptome, der biologische Allgemeinzustand, die bildgebenden Befunde und der intraoperative Gewebezustand würden die Kriterien dafür bilden, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein unfallbedingter Schaden vorliegt. Sodann weist er darauf hin, dass es nicht adäquat sei, über degenerative Veränderungen zu diskutieren, wenn der biologische Allgemeinzustand hervorragend sei und die Kriterien des Unfallbegriffs erfüllt seien. Dr. B. ___ könne somit das Aktengutachten entkräften (Urk. 1 S. 5 f.).

Falls wider Erwarten auf die Aktengutachten abgestellt werde, sei die Beschwerdeführerin zumindest zu verpflichten, die Leistungen bis am 3. Oktober 2018 zu erbringen, da das Ende der Kausalität am Vortag der Operation eine willkürliche Grenzziehung darstelle. Dr. C. ___ sei der Auffassung, der Status quo sine sei nach acht Wochen am 3. Oktober 2018 erreicht worden. Es hätten offensichtlich im Operationszeitpunkt noch zwei konkurrierende Ursachen vorgelegen und da Teilkausalität für die Übernahme der vollen Heilungskosten genüge, habe die Beschwerdeführerin die Heilungskosten bis zum 3. Oktober 2018 zu übernehmen (Urk. 1 S. 6 f.). 3. 3.1

Die (in der Schweiz) erstbehandelnde Dr. med. F. ___, Fachärztin für physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt am 24. September 2018 fest, der Beschwerdeführer habe am 4. August 2018 eine Quetschung der rechten Schulter erlitten, worauf deren Beweglichkeit eingeschränkt gewesen sei und Schmerzen aufgetreten seien (Urk. 8/3/2). Sie diagnostizierte eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur und überwies den Beschwerdeführer zur Weiterbehandlung an Dr. B. ___ (Urk. 8/3/1 f.).

3.2

Am 20. August 2018 wurde eine MR-Arthrographie der rechten Schulter des Beschwerdeführers durchgeführt. Diese ergab eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne am Ansatz mit Retraktion des Sehnenstumpfes um etwa 2 cm nach medial, eine ausgedehnte ansatznahe Partialruptur des Oberrandes der Infraspinatussehne sowie vollständige Rupturen der Subscapularissehne am Ansatz und der langen Bizepssehne. Ferner wurden leichte degenerative Veränderungen glenohumeral, Zeichen einer Capsulitis adhaesiva, eine aktivierte AC-Gelenkarthrose und eine Bursitis subacromialis/subdeltoidea festgehalten (Urk. 8/5/1). 3.3

Dr. B. ___ diagnostizierte in seinem Bericht vom 29. August 2018 eine traumatische Rotatorenmanschettenmassenruptur rechts (Subscapularis komplett - Lafosse IV, Supraspinatus transmural wenig retrahiert, Infraspinatus transmural craniales Viertel wenig retrahiert) mit Luxation der Biceps longus Sehne nach medial beziehungsweise Ruptur der Biceps longus Sehne nach Schulterdistorsions trauma vom 4. August 2018 (Urk. 8/4/1). Er hielt fest, die Schulterbeweglichkeit sei weiterhin massiv eingeschränkt mit einem spürbaren anterior escape des Humeruskopfes. In dieser Situation empfehle er die arthroskopische Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion (Urk. 8/4/2).

Am 4. September 2018 führte Dr. B. ___ eine Schulterarthroskopie rechts mit subacromialer Bursektomie und Acromioplastik, einer plastischen Rekonstruktion der Subscapularissehne in Lasso-Loop-Technik sowie der Supraspinatussehne in Suture-Bridgetechnik und postoperativer Analgesie durch Block des Nervus subscapularis mit Ropivacain durch (Urk. 8/7/2). In der Folge berichtete er am 23. Oktober 2018 von einem sehr zufriedenstellenden

Verlauf (Urk. 8/6/2). 3.4

Die beratenden Ärzte Dr. Z. ___ und Dr. A. ___ legten in ihrem Aktengutachten vom 12. November 2018 dar, es sei orthopädisches Grundwissen, dass eine Schulterkontusion - also ein Anpralltrauma oder wie es die erstbehandelnde Ärztin beschrieben habe, eine Quetschung - aufgrund des Schutzes durch das knöcherne Schulterdach nicht die in der MRI-Untersuchung erhobenen Befunde zu erklären vermöge. Von einem Sturz sei echtzeitnah nicht berichtet worden. Kernspintomographische Traumamarker wie zum Beispiel Bone

Bruise, Einblutung, Erguss oder Infraktion des Tuberkulum majus würden fehlen. Zudem sei augenfällig, dass mehrere Sehnen beschädigt seien, deren Muskeln antagonistisch wirken würden. Das Fuchteln mit den Armen auf der Flucht vor Wespen sei keine Distorsion, sondern eine willkürliche Bewegung, bei der keine zuvor gesunden Sehnen reissen könnten. Wie dann ein Anpralltrauma gleichzeitig eine Partialruptur der Infraspinatussehne, eine vollständige Ruptur der Subscapularissehne

am Ansatz und sogar auch noch eine vollständige Ruptur der langen Bizepssehne gleichzeitig zu verursachen vermögen sollte, entbehre einer vernünftigen Erklärung. Die Rotatorenmanschette bestehe nämlich unter anderem aus antagonistisch agierenden muskulären Strukturen, wie diese bei einem Sturz gleichzeitig geschädigt worden sein sollten, sei nicht erklärbar. Zudem sei es beim Ereignis nicht zu einer forcierten Zugbewegung gekommen, die das physiologische Ausmass des Muskels und der Sehne überschritten hätte, sondern zu einer Prellung/Quetschung, wobei bekanntlich keine Muskeln und Sehnen reissen würden (Urk. 8/12/5 f.). Weder ein Anpralltrauma noch eine willkürliche Kraftanwendung seien geeignet, derart komplexe Rotatorenmanschettenrupturen, noch dazu von teilweise antagonistisch wirkenden Muskeln, zu verursachen. Somit seien die in der MRI-Untersuchung erhobenen Befunde überwiegend wahrscheinlich degenerativer Natur. Durch das Anpralltrauma in den Ferien sei es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines bereits fortgeschritten degenerativ veränderten rechten Schultergelenks gekommen. Diese habe sich in einer schmerzhaften Bewegungsbehinderung geäussert, die sehr wahrscheinlich Ausdruck einer retraktilen Kapsulitis gewesen sei.

Bei einer simplen Schulterprellung sei eine Arbeitsunfähigkeit in der Regel für eine Woche ausgewiesen, bei Vorliegen einer massiven Degeneration verlängere sich diese natürlich. Im Regelfall sei mit einer maximalen Behandlungsdauer von sechs Wochen zu rechnen. Eigentlich wären mehrere Versuche mit Kortikoidinfiltrationen oder mit einer oralen Prednisonstosstherapie indiziert gewesen. Damit sei davon auszugehen, dass die unfallbedingten Behandlungen spätestens per 14. September 2018 hätten abgeschlossen werden können. Es sei aber am 4.

September 2018 eine Operation durchgeführt worden, welche die Behandlung des massiven degenerativen Vorzustandes bezweckt habe. Somit verschiebe sich das Erreichen des Status quo sine auf den Vortag der Operation, also auf den 3.

September 2018. Es sei also durch den Vorfall nur zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes gekommen (Urk. 8/12/7).

3.5

In seinem Bericht zum 5.

Dezember

2018 hielt Dr. B. ___ fest, der Beschwerdeführer habe ein traumatisches Ereignis in Form einer Distorsion der rechten Schulter bei einem Sturz am 4. August 2018 beschrieben. Es sei sofort zu massiven Schmerzen und einem vollständigen Funktionsverlust der rechten Schulter gekommen. Entsprechend der Anamnese und dem klinischen Bild zum Zeitpunkt der Erstkonsultation bei ihm am 27. August 2018 seien sämtliche Kriterien des juristischen Unfallbegriffs erfüllt. Interessant sei, dass die Trochlea der gesamten Rotatorenmanschettenmuskulatur hervorragend erhalten sei. Gemäss Loew und Co-Autoren seien neben den Kriterien des Unfallherganges und des Zeitpunktes der ersten Arztkonsultationen (innerhalb von sechs Wochen nach Traumaereignis) insbesondere der Aspekt der rupturierten Sehnen und der dazugehörigen Muskulatur deutliche Hinweise für eine traumatische Ätiologie. Es gebe zwar keine ganz sicheren Kriterien einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur, aber mehrere sehr pathognomonische Kriterien, die beim Beschwerdeführer vollständig erfüllt seien. Das Vorhandensein einer AC-Gelenksarthrose habe nichts mit der Ätiologie einer Rotatorenmanschetten-Läsion zu tun. Zusätzlich zu diesen radiologischen Kriterien, die eindeutig für eine traumatische Ätiologie sprächen, seien die intraoperativen Befunde die einzigen eines traumatischen Prozesses, so insbesondere die äusserst gute Elastizität der Sehnen. Bei diesem Versicherten lägen nicht nur anamnestisch und klinisch, sondern auch radiologisch sämtliche pathognomonische Kriterien der Unfallkausalität vor (Urk. 8/15/2). 3.6

Dr. E. ___ , der von Dr. C. ___ für die Beurteilung des MR-Arthrogrammes hinzugezogen worden war, kam am 21. November 2019 zum Ergebnis, beim Beschwerdeführer zeige sich bei einem sehr hohen Acromion-Index von 0.74 und mit 37° eindeutig zu hohem Wert des kritischen Schulterwinkels ein weit nach lateral reichendes Acromion. Diese Konstellation stelle eindeutig ein Risiko für die Entwicklung eines subacromialen

Impingements und somit auch von Läsionen der Rotatorenmanschette dar. Hinzu komme, dass durch das degenerativ stark hypertrophe

Akromioklavikulargelenk der bezüglich Höhe an sich noch im Normbereich liegende Subakromialraum kurzstreckig relevant eingeengt werde. Dies führe dazu, dass der Musculus Supraspinatus am tendomuskulären Übergang leicht komprimiert werde. Obwohl das Ausmass der Kompression geringfügig scheine, liessen sich im komprimierten Bereich bereits feine Delaminationen erkennen, die darauf hinweisen würden, dass der Muskel durch diese Konstellation bereits einen Schaden davongetragen habe (Urk. 8/23/5 f.). Der Tendo musculi

supraspinati sei ansatznah, noch innerhalb der sogenannten kritischen Zone vollständig rupturiert. Der Stumpf sei um etwa 8 mm retrahiert. Zudem sei dieser abgerundet und glatt begrenzt, was dafür spreche, dass die Ruptur mit fast absoluter Sicherheit längere Zeit vor dem 3. August 2018 aufgetreten sei. Aufgrund der Lage innerhalb der kritischen Zone, aufgrund der auf eine schwere Enthesiopathie hindeutenden knöchernen Veränderungen im Bereich des Ansatzes und der für die Entwicklung eines subacromialen Impingements prädisponierenden anatomischen Konstellation sei davon auszugehen, dass der Riss am ehesten degenerativer Natur sei. Der Musculus supraspinatus sei als mindestens mässig atroph zu werten. Weiter zeige sich eine transmurale Ablösung des kranialen Drittels des Tendo musculi

infra spinati . Aufgrund der Lokalisation der Läsion und des Vorhandenseins der für ein subacromiales

Impingement prädisponierenden anlage- und degenerativ bedingten Faktoren und in der Kenntnis, dass der Versicherte sportlich sehr aktiv sei und da bei Squash und Volleyball spiele, müsse - trotz des Fehlens einer Läsion des posterosuperioren Sektors des Labrums glenoidale - vermutet werden, dass die Ursache der Ablösung des kranialen Drittels des Tendo musculi

infraspinati auf ein zumindest leichtes posterosuperiores

Impingement zurückzuführen sei . Die kraniale Hälfte des Tendo musculi subscapularis sei vollständig von seinen Ansätzen abgelöst . Die Sehne sei distal mässig ausgedünnt. Zudem zeige sich am tendomuskulären Übergang eine fokale Verfettung des Muskels . Dies seien Zeichen dafür, dass die Läsion der Sehne bereits seit geraumer Zeit vorliege (Urk. 8/23/6) . Der Tendo capitis longi

musculi

bicipitis brachii lasse sich im gesamten untersuchten Bereich nicht nachweisen. Dies sei am ehesten auf einen seit längerer Zeit bestehenden Zustand nach vollständiger Ablösung der Sehne vom Anker und konsekutiver starker Retraktion zurückzuführen. Im vorliegenden MR-Arthrogramm liessen sich keine Befunde nachweisen, die dafür sprächen, dass etwa 2

1/2 Wochen vor der Untersuchung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Traumatisierung der abgebildeten Strukturen stattgefunden habe (Urk. 8/23/6 f.) . 3.7

In ihrem versicherungsmedizinischen Aktengutachten vom 22. November 2019 hielt Dr. C.____ fest, basierend auf den Angaben des Beschwerdeführers und den Dokumentationen des Arbeitgebers und von Dr. F.____ habe ersterer am 3. August 2018 eine Direktkontusion/Prellung der rechten Schulter und des rechten Oberarms erlitten. Die Postulierung von Dr. B.____, es sei zu einer «Distorsion» (respektive [Sub-]Luxation) des rechten Schultergelenks gekommen, könne aus (versicherungs-)medizinischer Sicht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachvollzogen werden (Urk. 8/24/37). Die initialen Beschwerden durch das Ereignis vom 3. August 2018 seien mit einem Direktanprall der rechten Schulter und des rechten Oberarms an eine Wand erklärbar, nicht jedoch deren Persistenz: Weder in der Arthro-MRT vom 20.

August 2018 noch in der intraoperativen Situsbeschreibung hätten strukturelle Organkorrelate objektiviert werden können, die überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 3. August 2018 stünden . Durch die Kontusion des rechten Schultergelenks beziehungsweise Oberarms sei es zu einer vorübergehenden Verschlechterung des erheblichen degenerativen Vorzustandes gekommen mit nachfolgend eingetretener Überholungen der Kausalität desselben (Urk. 8/24/39).

Die Rehabilitationszeit einer Kontusion hänge zwar vom Ausmass und der Lokalisation der Schädigung

ab, betrage jedoch nicht mehr als 1 bis 6 Wochen. Der fehlende Erguss in der MR-Arthrographie spreche zudem gegen eine relevante Gelenk- beziehungsweise Knochenprellung. Auch Begleitverletzungen (im Sinne von objektivierbaren strukturellen

Organkorrelaten einer unfallbedingten Läsion) lägen nicht vor, es sei zu keinen objektivierbaren Komplikationen (zum Beispiel zu einem C R PS) gekommen und in den vorliegenden medizinischen Dokumenten seien auch keine unfallunabhängigen Erkrankungen, die mit einem verzögerten Heilungsverlauf einhergehen könnten, belegt. Selbst unter Berücksichtigung des degenerativen Vorzustandes wäre der Status quo sine in der Gesamtschau nach 8 Wochen erreicht gewesen. Indes sei jedoch am 4. September 201

E. 7

S.

4). Das von Dr. B.____ als Ursache angeführte Schulterdistorsionsstrauma sei nicht rechtsgenügend belegbar. Eine Schulterkontusion vermöge hingegen die in der MRI-Untersuchung erhobenen Befunde gemäss Dr. Z.____ und Dr. A.____ nicht zu erklären. Zudem sei augenfällig, dass mehrere Sehnen beschädigt seien, deren Muskeln antagonistisch wirken würden. Wie ein Anpralltrauma gleichzeitig die Ruptur dieser Sehnen verursachen sollte, entbehre einer vernünftigen Erklärung (Urk. 7 S. 4 f.). Auch gemäss Dr. C.____ seien die initialen Beschwerden mit einem Direktanprall der rechten Schulter und des rechten Oberarms an einer Wand erklärbar, nicht jedoch deren Persistenz. Sie komme zum Schluss, dass weder im Arthro-MRT vom 20. August 2018 noch in der intraoperativen Situsbeschreibung strukturelle Organkorrelate objektiviert werden könnten, die überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 3. August 2018 stünden (Urk. 7 S. 6).

Schliesslich seien Aktengutachten zulässig, wenn genügend Unterlagen vorlägen, so dass sich der Experte ein lückenloses Bild machen könne. Laut Dr. C.____

sei dies vorliegend der Fall, so dass auf die Aktengutachten abzustellen sei (Urk. 7 S. 9).

E. 8

erreicht worden sei (Urk. 8/24/37 f.). 3.8

In einer der Beschwerde beigelegten Stellungnahme vom 30. Januar 2020 hielt Dr. B.____ fest, beim Beschwerdeführer habe am 4. August 2018 ein Unfallereignis stattgefunden, welches absolut den Kriterien der Unfalldefinition entspreche. Weder in der Unfalldefinition noch im Rahmen der Beurteilung der Kausalität von Rotatorenmanschettenläsionen werde das Alter des Patienten als Ein- oder Ausschlusskriterium verwendet. Die neuere Literaturlage weise klar darauf hin, dass die hohe Prävalenz von degenerativen Schäden der Rotatorenmanchette bei Personen ab dem 50. oder 60. Lebensjahr klar überholt seien (Urk. 3/3 S. 1). Der Beschwerdeführer sei vor dem erwähnten Traumaereignis nicht symptomatisch gewesen. Dies korreliere auch mit der neueren Literaturlage, in der festgehalten werde, dass völlig asymptomatische Patienten vor dem Traumaereignis mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit keinen Rotatorenmanschetten Schaden gehabt hätten. Daneben gelte es festzuhalten, dass die Konsultation eines Arztes und die Durchführung der Arthroskopie

sehr schnell erfolgt sei. Er weise ganz dezidiert darauf hin, dass sowohl die anamnestischen Kriterien wie auch der biologische Allgemeinzustand, der klinische Untersuchungsbefund, die bildgebenden Befunde und der intraoperative Gewebezustand und Befund als Gesamtheit eine Summe von Kriterien bilden würden, die für oder gegen eine Unfallkausalität sprächen. Beim Beschwerdeführer bestehe anhand dieser Kriterien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein unfallbedingter Schaden der Rotatorenmanschette

(Urk. 3/3 S.

2). 4. 4.1

Es steht fest und ist unbestritten, dass das Ereignis vom 3. August 2018 einen Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) darstellt (vgl. Urk. 1 S. 3, Urk. 2 S. 7). Die Beschwerdegegnerin richtete in diesem Kontext denn auch vorerst die gesetzlichen Leistungen aus (vgl. Urk. 8/13). Strittig und zu prüfen ist jedoch, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht mit der Begründung, der Status quo sine sei per 3. September 2018 eingetreten, ab diesem Zeitpunkt eingestellt hat.

Betreffend den Unfallhergang gehen die Parteien sodann übereinstimmend davon aus, dass der Beschwerdeführer - wie in der Unfallmeldung beschrieben - auf der Flucht vor Wespen, die sich in einer von ihm umgedrehten Muschel befanden, über seine Flip-Flops stolperte, das Gleichgewicht verlor und mit der rechten Schulter in eine nahe stehende Wand knallte (Urk. 1 S. 3, Urk. 2 S. 1).

Es fand mithin kein eigentlicher Sturz mit Distorsion des Schultergelenks statt, sondern es ist von einer Prellung der rechten Schulter als unmittelbares Unfallgeschehen an einer Wand auszugehen.

4.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in angefochtenen Entscheidung auf die Beurteilungen der beratenden Ärzte Dr. Z.____

und Dr. A.____ vom 12. November 2018 (Urk. 8/12) beziehungsweise von Dr. C.____ und dem von ihr zur Beurteilung der Bildgebung beigezogenen Dr. E.____ vom 21. und 22. November 2019 (Urk. 8/23, Urk. 8/24).

Die genannten Ärzte setzten sich in ihren Beurteilungen mit dem besagten Ereignis in der korrekten Fassung, den erhobenen Befunden und dem bildgebenden Material nachvollziehbar auseinander und berücksichtigten dabei auch die Berichte der behandelnden Ärzte, wobei sich insbesondere Dr. C.____ einlässlich mit der Stellungnahme von Dr. B.____ vom 5. Dezember 2018 (Urk. 8/15) auseinandersetzte. Im Besonderen zu den Vorakten ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer den Nachweis seiner am ausländischen Unfallort unmittelbar nach dem Ereignis erfolgten ärztlichen Konsultation mit angeblicher Bildgebung (Urk. 8/2) schuldig geblieben ist, so dass von der Vollständigkeit der zur Beurteilung zur Verfügung stehenden Akten auszugehen ist, die von den beurteilenden Ärzten auch beachtet wurden.

Dr. Z.____ und Dr. A.____ beziehungsweise Dr. C.____

kamen dabei übereinstimmend und nachvollziehbar zum Schluss, dass eine Schulterprellung, wie sie vom Beschwerdeführer beschrieben wurde, aufgrund des Schutzes durch das knöcherne Schulterdach nicht die im Arthro-MR vom 20. August 2018 beschriebenen Befunde - gestützt worauf die Operation vom 4. September 2018 durchgeführt wurde - erklären kann (Urk. 8/12/5, Urk. 8/24/29). Dass ein Anpralltrauma sowie das Fuchteln mit den Armen auf der Flucht vor den Wespen

nicht mehrere Sehnen beschädigen kann, deren Muskeln antagonistisch wirken,

ist überzeugend, insbesondere da es beim Ereignis nicht zu einer forcierten Zugbewegung

kam, die das physiologische Ausmass des Muskels und der Sehne überschritten hätte, sondern zu einer willkürlichen Bewegung beim Fuchteln mit den Armen sowie einer Prellung/Quetschung. Beide Mechanismen sind gemäss über einstimmender Ansicht der Gutachter nicht geeignet, zu Rissen von Muskeln oder Sehnen zu führen (Urk. 8/12/5 f., Urk. 8/24/29 f.). Bereits basierend auf der fehlenden Kongruenz des Unfallherganges und des operierten Gesundheits schadens des Beschwerdeführers ist somit der von den beratenden Ärzten gezogene Schluss, es handle sich um einen vorbestehenden degenerativen Zustand, der sich durch das Unfallereignis vorübergehend verschlechtert habe (Urk. 8/12/7), über - zeugend.

Mit dies en

überwiegend wahrscheinlich degenerativen Vorzust ä nd en der rechten Schulter setzte sich insbesondere Dr. E.____ in seiner Beurteilung der MR- Arthrographie vom 20. August 2018 näher auseinander. Einerseits legte er ein leuch tend dar, dass die bildgebenden Befunde darauf h inweisen würden, dass die Läsionen de r

Supraspinatus-, der Subscapularis- und der Bizepssehne bereits vor längerer Zeit erfolgt seien und keine Befunde nachweisbar seien, die mit über wiegender Wahrscheinlichkeit dafür sprächen, dass etwa zweieinhalb Wochen vor der Untersuchung eine Traumatisierung der abgebildeten Strukturen stattge funden habe (Urk. 8/23/6 f.).

Letzteres ergibt sich ebenfalls aus den Beurteilungen von Dr. Z.____ und Dr. A.____ sowie Dr. C.____, die auf fehlende Trau mamarker, wie zum Beispiel ein Bone

Bruise, eine Einblutung, ein en Erguss oder eine Infraktion des Tuberkulum majus h inwiesen (Urk. 8/12/5, Urk. 8/24/18 f.). Andererseits beschrieb Dr. E.____, dass sich beim Beschwerdeführer eine anato mische Konstellation zeige, die eindeutig ein Risiko für ein subakromiales

Impin gement und somit auch von Läsionen der Rotatorenmanschette darstelle. Hinzu komme eine durch das degenerativ stark hypertrophe Akromioklavikulargelenk verursachte leichte Kompression des Musculus supraspinatus am tendomus kulä ren Übergang, die den Muskel bereits geschädigt habe (Urk. 8/23/5 f.). Gestützt auf diese anatomische Konstellation sowie die Lokalisation der Läsion und die Tatsache, dass der Beschwerdeführer Squash und Beach Volleyball spielt, ver mutete Dr. E.____, dass die Ursache der Ablösung des kranialen Drittels der Infraspinatussehne auf ein zumindest t leichtes posterosuperiores

Impingement zu rückzuführen sei (Urk. 8/23/6).

In seiner Beurteilung kommt Dr. E.____

nach vollziehbar zum Schluss, dass die Läsionen am ehesten degenerativer Natur seien (Urk. 8/23/5 ff.).

4.3

Der Beschwerdeführer brachte dagegen zunächst vor, das Gutachten von Dr.

Z.____ und Dr. A.____ sei zur Hauptsache von Dr. Z.____ verfasst worden, der als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin für die Beurteilung der komplizierten Mechanismen im Schultergelenk nicht kompetent sei (Urk. 1 S. 4). Dazu ist festzuhalten, dass beide Ärzte das Gutachten unterzeichnet haben u nd keine Hinweise dafür ersichtlich sind, dass Dr. A.____

dabei nicht mitgewirkt hätte, insbesondere können aus der Fussnote «Beurteilung beratender Arzt Dr. Z.____» keine diesbezüglichen Schlüsse gezogen werden. Dr. A.____ verfügt indes als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates über

eine für die Beurteilung des streitigen Leidens erforderliche medizinische Ausbildung, dasselbe gilt im Übrigen auch für Dr. C.____, unter anderem Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation.

Sofern der

Beschwerdeführer im Weiteren moniert, es sei keine klinische Untersuchung durchgeführt worden (Urk. 1 S. 5), so ist darauf hinzuweisen, dass auch reine Aktengutachten beweiskräftig sind, sofern – wie hier von Dr. C.____ ausdrücklich festgehalten (Urk. 8/24/38) – ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 8C_322/2020 vom 9. Juli 2020 E. 3 mit weiteren Hinweisen).

4.4 Was den Verweis des Beschwerdeführers auf die Stellungnahmen von Dr. B.____

vom 5. Dezember 2018 und 30. Januar 2020 betrifft, ist zunächst festzuhalten, dass dieser von einem Sturzereignis ausgeht, sich jedoch – wie gezeigt – aus der Beschreibung des Unfallereignisses durch den Beschwerdeführer lediglich ein Stolpern und ein darauffolgender Anprall mit der Schulter an einer Wand ergibt (Urk. 1 S. 3, Urk. 8/2/2). Wann es dabei zur von Dr. B.____ diagnostizierten Distorsion des Schultergelenkes gekommen sein soll, ist nicht ersichtlich, zumal gemäss Dr. C.____ eine solche aufgrund der anatomischen Gegebenheiten so gut wie gar nie vorkommt (Urk. 8/24/22). Sollte Dr. B.____ – wie von Dr. C.____ postuliert – eine Schulterluxation gemeint haben, schloss sie das Vorliegen einer solchen gestützt auf den Unfallmechanismus sowie das Fehlen von richtungsweisenden Begleitverletzungen überzeugend mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit aus (Urk. 8/24/22 ff.). Auf diese Darstellung ging Dr. B.____ in seiner Stellungnahme zum Gutachten von Dr. C.____ vom 30.

Januar 2020 nicht ein. Indem der behandelnde Arzt bei seiner Beurteilung in einem wichtigen Punkt, nämlich dem Ablauf des Geschehens, sich nicht auf die Aktenlage stützt, enthält seine Würdigung einen wesentlichen Mangel und ist wenig verlässlich.

Daran ändert auch sein Hinweis, dass der Beschwerdeführer vor dem Ereignis vom 3. August 2018 überhaupt nicht symptomatisch gewesen sei und die Behandlung sehr schnell darauffolgend durchgeführt worden sei (Urk.

3/3 S.

2), nichts. Denn dazu ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen, gemäss welcher eine Schlussfolgerung nach der Formel «post hoc ergo propter hoc», wonach ein Gesundheitsschaden schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, weil er nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig ist und zum Nachweis der Unfallkausalität nicht genügt (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). 4.5

Dr. B.____ hielt im Bericht vom 5. Dezember 2019 weiter fest, dass die Trophik der gesamten Rotatorenmanschettenmuskeln hervorragend erhalten sei und der Aspekt der rupturierten Sehnen und der dazugehörigen Muskulatur ein deutlicher Hinweis für eine traumatische Ätiologie sei. Auch die intraoperativen Befunde seien diejenigen eines traumatischen Prozesses, insbesondere die äusserst gute Elastizität der Sehnen (Urk. 8/15/2). Dieser Feststellung steht indes einerseits die von Dr. E.____ detailliert beschriebene mässige Atrophie des Musculus supraspinatus und die fokale Verfettung des Musculus subscapularis entgegen. Andererseits wies Dr. E.____ darauf hin, dass erstens eine Atrophie und Verfettung der Rotatorenmanschette

einzig Auskunft über das Alter der Läsionen, nicht jedoch über deren Ätiologie geben könne, was einleuchtet, und dass es zweitens sinnlos sei, zweieinhalb Wochen nach einem Schultertrauma oder dem Auftreten von Schulterbeschwerden über die Trophik der Rotatorenmanschette

zu diskutieren (Urk. 8/23/7). Dies vermag Dr. B.____ mit seinem in der Stellungnahme vom 30. Januar 2020 geäusserten Hinweis auf den - nicht näher begründeten - exzellenten biologischen Allgemeinzustand des Beschwerdeführers (Urk. 3/3 S. 3), nicht zu entkräften.

Eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Ausführungen von Dr. E.____ erfolgte nicht, insbesondere nahm Dr. B.____ auch nicht zu den Hinweisen auf bereits seit längerer Zeit vorliegende Läsionen der einzelnen Sehnen (Urk. 8/23/6 f.) Stellung.

Dr. B.____ legte ferner dar, Dr. C.____ stütze sich bei ihrer Beurteilung auf veraltete Literatur, um zu belegen, dass im Rahmen des Alterungsprozesses auch die Sehnen einer Degeneration unterliegen würden. Die neuere Literaturlage wies jedoch ganz klar darauf hin, dass die hohe Prävalenz von degenerativen Schäden der Rotatorenmanschette bei Personen ab dem fünfzigsten oder sechzigsten Jahr überholt seien (Urk. 3/3 S. 1). Dazu ist festzuhalten, dass Dr. C.____

zwar zu nächst allgemeine Überlegungen zur Ursache von Rotatorenmanschettenrupturen anstellte, wobei sie Literatur zur Häufigkeit von degenerativen Veränderungen dieser Strukturen zitierte (Urk. 8/24/11 ff.), ihre Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers jedoch nicht - wie von Dr. B.____ behauptet (Urk. 3/3/2) - auf die statistische Wahrscheinlichkeit eines degenerativen Sehnen Schadens abstützt, sondern sie im konkreten Fall des Beschwerdeführers basierend auf dem Unfallhergang und dem Schadensbild inklusive fehlender Begleitverletzungen sowie unter Einbezug der Beurteilung von Dr. E.____ zum Schluss kam, dass die Rotatorenmanschettenruptur nicht in einem natürlichen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 3. August 2018 stehe (Urk. 8/24/14 ff.). 4. 6

Zusammenfassend ist die Beurteilung von Dr. B.____ nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an den

übereinstimmenden, ausführlich und überzeugend begründeten Einschätzungen von Dr. Z.____ und Dr. A.____ beziehungsweise Dr. C.____ und Dr. E.____

zu wecken. Dabei ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Haus- und Fachärzte mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher

zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc). Nach dem Ge sagtten ist gestützt auf die beweiskräftige Beurteilung der beratenden Ärzte erstellt, dass das Ereignis vom 3. August 2018 mit einer Prellung der rechten Schulter lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Zu stands gefü hrt hat und nicht - auch nicht teilweise - kausal für die in der MR- Arthrographie vom 20. August 2018 festgestellte Rotatorenmanschettenruptur war . Dass das Datum des Eintritts des Status quo sine auf den 3.

September 2018 festgelegt wurde, ist angesichts der Tatsache, dass d ie am 4.

September 2018 durc hgeführte Ope ration einzig der Behandlung dieses vorbestehenden , nicht unfallkausalen Zustandes diene, überzeugend . 4. 7

Von weiteren Abklärungen, wie vom Beschwerdeführer gefordert, sind keine zu sätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswür digung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) zu verzichten ist. Der ange fochtene Einspracheentscheid vom 20. Dezember 2019 (Urk. 2) erweist sich damit als rechters, 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: - Rechtsanwalt Markus Bischoff - Rechtsanwalt Reto Bachmann - 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, zuzu stellen.

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

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