

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00034 vom 7. Juni 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-06-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00034

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00034 du 7 juin 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00034 del 7 giugno 2019

Erwägungen

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).

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 bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hier bei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt 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). Rechtsprechungsgemäss kommen sie aber nur dann zum Zuge, wenn die Kausalität einmal gegeben und anerkannt ist. Diese Anerkennung muss sich auf das Unfallereignis und die dabei erlittenen Verletzungen wie auch auf den Umstand beziehen, dass ein bestimmter Symptomkreis die Folge dieses Vorfalls darstellt. Dagegen kann die Rechtsprechung nicht dahingehend verstanden werden, dass der Versicherer, der im Zusammenhang mit einem Unfall seine Leistungspflicht einmal anerkannt hat, in der Folge auch die Beweislast für das Nichtbestehen einer Unfallkausalität in Bezug auf Beschwerden und Verletzungen trüge, welche ursprünglich nicht thematisiert worden waren (Urteil U 6/05 des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 27. April 2005, E. 3.2) . 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

UV170510 08.2018 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).

E. 1.5

08.2018 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 Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der 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). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 13. Februar 2020 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 16. Januar 2020 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Ansprüche zuzusprechen, eventuell sei der Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache zur Einholung eines fachorthopädischen Gutachtens und nochmaliger Leistungsbeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 24. Februar 2020 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Entscheidung (Urk. 2) auf die Beurteilungen durch ihren Kreisarzt Dr. A. ___ vom 1. und 16. November 2018 und durch ihren Versicherungsmediziner Dr. B. ___ vom 28. Mai 2019, welche sie als schlüssig, nachvollziehbar und überzeugend erachtete. Insbesondere habe sich Dr. B. ___ detailliert mit der abweichenden, vom Beschwerdeführer veranlassten Beurteilung durch Prof. C. ___ vom 8. März 2019 auseinandergesetzt (S. 5). Eine direkte Schulterprellung sei sodann nicht geeignet, eine Rotatorenmanschettenläsion (respektive eine Läsion einzelner Sehnen der Rotatorenmanschette) zu verursachen. Aus den Berichten der ärztlichen Erstuntersuchung am 29. November 2017 seien keinerlei Hinweise auf einen Unfallmechanismus mit Zugbelastung der Sehnen der Schulter hervorgegangen. Im Befund sei entsprechend einem Anprall mit der Schulter ein Druckschmerz über dem lateralen Humeruskopf und dem Schulterdach festgestellt und eine Kontusion diagnostiziert worden (S. 5 f. Ziff. 3. b).

Die Beweislastverteilung bezüglich des Wegfalls der Unfallkausalität gelte nur für Schädigungen, welche bei der Anerkennung einer Leistungspflicht des Unfallversicherers auch wirklich zur Diskussion gestanden seien. Sie gelte somit nicht betreffend die Läsion der Subscapularissehne und die Kapsulitis, nachdem anfänglich nur eine Schulterkontusion diagnostiziert worden sei (S. 6 Ziff. 3. b).

Es sei also davon auszugehen, dass 4-6 Wochen nach dem Unfall, spätestens aber im Zeitpunkt der Wiederaufnahme ärztlicher Behandlungen am 14. Juni 2018, der Status quo sine erreicht gewesen sei, so dass kein weiterer Leistungsanspruch mehr bestehe (S. 6 Ziff. 3. c).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), in der Magnetresonanztomographie (MRI) vom 5. Januar 2018 sei etwas über einen Monat nach

dem Trauma ein Hämatom initial ersichtlich gewesen, die Untersuchung habe eine klare Partialruptur der ansatznahen Subscapularis Sehne auf nahezu ganzer Breite ergeben. Dies sowie der beschriebene Erguss im Schultergelenk (AC) -Gelenk seien Traumamarker. Es sei daher falsch, von nicht strukturellen Verletzungen zu sprechen. Das Vorliegen der Kapsulitis sei sodann bereits in der Sprechstunde vom 9. Februar 2018 in den Raum gestellt worden (S. 4 Ziff. 8). Auch die Diagnose der Tendinitis der langen Bizepssehne

sei spätestens zu diesem Zeitpunkt bekannt gewesen und sei eine Folge der Subscapularissehnenruptur (S. 5 Ziff. 10). Es werde von Dr. B.____ verkannt, dass nicht eine Kapsulitis im Vordergrund der Behandlung stehe, sondern eine Bizepssehnenpathologie bei Subscapularisberrandläsion (S. 5 Ziff. 11). Anlässlich der Sprechstunde vom 26. Juni 2018 aufgrund eines Rückfalles sei eine reaktive Kapsulitis diagnostiziert worden, bei unfallkausalen Diagnosen einer Tendinitis der langen Bizepssehne und Oberrandläsion der Subscapularis Sehne. Die Beschwerdegegnerin verkenne, dass eine Teilkausalität für die Leistungspflicht genüge (S. 6 Ziff. 13).

Seien unfallfremder Faktor (in casu Diabetes mellitus Typ 1) und Unfall unter dem Gesichtspunkt von Art. 36 UVG als Einheit zu betrachten und führten zu einem Gesundheitsschaden, so bestehe eine Leistungspflicht nach UVG. Es sei diesfalls zu klären, ob der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine in direkte Teilursache des Gesundheitsschadens sei (S. 6 f. Ziff. 16). Weshalb die Diabetes-Erkrankung zu den Beschwerden geführt haben sollte, werde seitens der Beschwerdegegnerin nicht ansatzweise nachvollziehbar und plausibel erläutert. Da das MRI keine Sehnedegeneration beschrieben habe, müsse von einer frischen Ruptur ausgegangen werden (S. 7 f. Ziff. 19). Obwohl sie die Beweislast treffe, habe die Beschwerdegegnerin keinen Beweis dafür erbracht, dass die Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal sein sollten (S. 8 Ziff. 20).

Sein junges Alter, die initialen Beschwerden, der klare MRI-Befund, das zeitnahe Aufsuchen medizinischer Hilfe und die medizinische Dokumentation sprächen eindeutig für ein kausales und adäquates Geschehen. Degenerative Sehnenpathologien seien in diesem Alter eher untypisch, zudem würden auch keinerlei degenerative Veränderungen in der Bildgebung beschrieben. Auch der Bericht vom 26. Oktober 2018 bestätige, dass die Sehnenruptur für die Beschwerden verantwortlich sei (S. 8 Ziff. 21).

E. 2.3

Streitig ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den 14. Juni 2018 hinaus. Einer näheren Prüfung zu unterziehen ist insbesondere die Frage nach einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen nach diesem Zeitpunkt weiterbestehenden Beschwerden in der rechten

Schulter und dem verzeichneten Unfallereignis vom 28. November 2017. 3. 3.1

Die Ärzte des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin des D.____ führten im Bericht zum Röntgen des Schultergelenks anterior-posterior (ap), Neer und axial rechts vom 29. November 2017 (Urk. 8/16) aus, es liege keine Fraktur vor. Es bestehe eine regelrechte Artikulation im rechten Schultergelenk, die Weichteile seien unauffällig. 3.2

Die Ärzte der Notfallpraxis des D.____ nannten in ihrem Bericht vom 29. November 2017 (Urk. 8/15/2-3) folgende Diagnose (S. 1): - Schulterkontusion rechts - nach Sturz am 28. November 2017

Am Vortag sei der Patient auf die rechte Körperseite gestürzt und habe nun deutliche Schmerzen in der rechten Schulter. Zum Status der Schulter rechts wurde festgehalten: Schonhaltung, deutlicher Druckschmerz über dem ventralen und lateralen Humeruskopf sowie subakromial, Schmerzprovokation bei Abduktion, diese sei gegen Widerstand bis zirka 90 Grad möglich; Clavicula und AC-Gelenk seien nicht druckdolent, die Überprüfung der peripheren Durchblutung, Motorik und Sensibilität (pDMS) in den Arm sei unauffällig gewesen. Aufgrund der Schmerzen sei die Untersuchung der Schulter eingeschränkt gewesen (S. 1 Mitte). Radiologisch habe keine frische ossäre Läsion abgegrenzt werden können (S. 2). 3.3

Die Ärzte des D.____ (vorstehend E. 3.1) hielten in ihrem Bericht zur MR-Arthrographie der rechten Schulter vom 5. Januar 2018 (Urk. 8/17 = Urk. 8/46) fest, die lange Bizepssehne und das Bizeps-Pulley seien normal gewesen und die Kapsel unauffällig, ohne Anhalt für eine Kapsulitis (S. 1 unten). Es habe eine eingeschränkte Bildqualität und Beurteilbarkeit bei deutlichen Bewegungsartefakten bestanden. Es liege ein mutmasslich postkontusionell signalaltered AC-Gelenk vor, sowie eine interstitielle Partialruptur der ansatznahen Subscapularis Riss ohne auf nahezu ganzer Breite. Es gebe keine Sehnenretraktion und keinen Anhalt für eine Muskelruptur (S. 2).

3.4

Die Ärzte der Klinik für Orthopädie und Traumatologie, D.____, nannten in ihrem Bericht vom 16. Februar 2018 (Urk. 8/31) folgende Diagnosen (S. 1 oben): - Schulterschmerzen rechts, Differentialdiagnose (DD) Kapsulitis, subakromiales

Impingement, Tendinitis der langen Bizepssehne bei Subscapularis-Oberrandläsion (MRI vom 5. Januar 2018) - Sarkoidose (aktuell watchful

waiting) - Diabetes mellitus Typ 1 (HbA1c aktuell: 16.3%)

Es bestünden rechtsseitige Schulterschmerzen, welche nach einem Hyperextensionstrauma nach dem Sturz vom 28. November 2017 erstmals aufgetreten seien. Seither habe der Patient starke Schmerzen, welche ihn auch in seinem Beruf als freischaffender Sanitärinstallateur deutlich einschränkten (S. 1 Mitte). Die aktuellen Beschwerden könnten mehrere Gründe haben. Es bestehe eine mögliche Impingement-Symptomatik oder eine mögliche Kapsulitis, für welche der Patient im Rahmen seiner Nebenerkrankung prädestiniert sei, zudem könnte es sich auch um eine Bizepssehnenpathologie bei Subscapularis-Oberrandläsion handeln (S. 2). 3.5

Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 2. März 2018 (Urk. 8/26/1-2) aus, der bisherige Verlauf und die Prognose seien gut, es habe eine deutliche Schmerzreduktion gegeben (S. 1 Ziff. 2) 3.6

Die Ärzte des D.____ (vorstehend E. 3.4) nannten im Bericht vom 5. April 2018 (Urk. 8/51 = Urk. 8/54) folgende Fachdiagnose (S. 1 oben): - Tendinitis der langen Bizepssehne rechts bei - Oberrandläsion des Subscapularis (MRI vom 5. Januar 2018)

Der Patient habe berichtet, er sei seit der glenohumeralen Infiltration vom 14. Februar 2018 praktisch beschwerdefrei. Insbesondere die Beweglichkeit in der rechten Schulter sei deutlich verbessert (S. 1 Mitte). Die Beschwerden würden am ehesten durch eine Tendinitis der langen Bizepssehne verursacht gesehen, was auch zur Subscapularis-Oberrandläsion als Begleitverletzung passen würde.

Der Patient sei bis zum 31. März 2018 zu 100 % krankgeschrieben und plane, anschliessend seine Arbeit wieder in vollem Pensum aufzunehmen (S. 2). 3.7

Im Bericht vom 13. Juli 2018 (Urk. 8/50 = Urk. 8/55) zur Sprechstunde vom 26. Juni 2018 nannten die Ärzte des D.____ folgende Fachdiagnose (S. 1 oben): - reaktive Kapsulitis Schulter rechts mit/bei - Tendinitis der langen Bizepssehne und Oberrandläsion des Subscapularis (MRI vom 5. Januar 2018)

Der Patient habe sich mit erneut starken Schmerzen im Bereich der rechten Schulter vorgestellt, welche noch stärker ausgeprägt seien als vor der glenohumeralen Infiltration am 14. Februar 2018. Für rund dreieinhalb Monate nach der Infiltration sei er weitgehend beschwerdefrei gewesen, es hätten sich nun jedoch wieder sehr starke Schmerzen, welche bei Bewegung zunähmen, entwickelt (S. 1 Mitte). Die aktuellen Beschwerden würden am ehesten durch eine Kapsulitis der rechten Schulter verursacht gesehen (S. 2 Mitte). 3.8

Im Bericht vom 26. Oktober 2018 (Urk. 8/56/2-3 = Urk. 8/62/2-3) nannten die Ärzte des D.____ folgende Fachdiagnose (S. 1 oben): - Tendinitis der langen Bizepssehne und Oberrandläsion des Subscapularis

rechts nach initialem Trauma vom 28. November 2017 - leichtgradige reaktive Kapsulitis Schulter rechts

Der Patient berichte , nach wie vor an starken Schmerzen im Bereich des rechten Schultergelenks zu leiden, weshalb er nun seit dem Sommer die Arbeitstätigkeit als Sanitär nicht mehr weiter ausführen können und aktuell zu 100 % arbeitsunfähig sei (S. 1 unten). Er leide offenbar immer noch an einer deutlich symptomatischen Tendinitis der langen Bizepssehne sowie auch Mitbeteiligung der Subscapularissehne , nach initialem Trauma vor zirka einem Jahr. Indiziert sei nach wie vor klar eine therapeutische Infiltration im Bereich der Bizepssehne . Bei positivem Therapieansprechen sei möglicherweise ein operatives Vorgehen zu diskutieren (S. 3 Mitte). 3.9

Dr. med. A.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kreisarzt der Beschwerdegegnerin , hielt am 1. November 2018 fest, die geltend gemachten Schulterbeschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Krankheit und nicht auf den Unfall vom 28. November 2017 zurückzuführen (Urk. 8/57).

Am 16. November 2018 erstattete er nach erhobenem Einwand des Beschwerdeführers (Urk. 8/62) eine ausführlichere ärztliche Beurteilung (Urk. 8/64). Dabei hielt er fest, die mit Rückfalldatum 3. August 2018 geklagten Beschwerden und die vom D.____ attestierte Tendinitis der langen Bizepssehne seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal zum Ereignis vom 28. November 2017. Die initiale Bildgebung vom 5. Januar 2018 habe ein normales Bizeps- Pulley , eine normal lange Bizepssehne und keinen Anhalt für strukturelle Läsionen in diesem Bereich ergeben, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal seien.

Die interstitielle Partialruptur der ansatznahen Subscapularissehne auf nahezu ganzer Breite mit fehlenden Begleitverletzungen der Muskulatur und des Knochens sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal, sondern auf eine vorbestehende Defektarthropathie des rechten Schultergelenks zurückzuführen.

Die aktuell geklagten Beschwerden im Bereich des Schultergelenks im Sinne einer Kapsulitis mit gutem Ansprechen auf glenohumerale

Kortisoninfiltrationen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Begleiterkrankung des manifesten Diabetes mellitus Typ 1 bei bereits zum Erstuntersuchungszeitpunkt im D.____ unzureichend eingestellten Blutzuckerwerten.

Das geschilderte Ereignis sei eine Prellung des rechten Schultergelenks gewesen, der Status quo sine nach Prellung sei regelhaft nach 4-6 Wochen eingetreten. Die weiterhin geklagten Beschwerden könnten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf unfallkausale Pathologien zurückgeführt werden, das Ereignis habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des zuvor klinisch stummen pathologischen Vorzustandes geführt (S. 7). 3.10

Prof. Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erstattete am 8. März 2019 sein Aktenkonsilium im Auftrag des Beschwerdeführers (Urk. 8/71/8-25 = Urk. 8/72). Er hielt fest, dass die Unfallkausalität seines Erachtens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben sei (S. 10 unten). Bis zum Zeitpunkt des Unfalles sei der Versicherte von Seiten des Schultergelenkes beschwerdefrei gewesen. Im Alter von 35 Jahren seien degenerative Sehnenpathologien an der Schulter äusserst selten. MR-tomographisch habe eine Partialruptur der Subscapularissehne dokumentiert werden können. Der kraniale Anteil der Subscapularissehne bilde einen Teil des Führungsapparates für die lange Bizepssehne. Bei Partialrupturen dieser Subscapularissehne könne es zu einer Destabilisierung der langen Bizepssehne im Sulcusbereich kommen, was sich dann im Sinne einer Bizepssehnentendinitis äussern könne. Auch die passagere Kapsulitis sei problemlos in den Kontext einer traumatischen Läsion zu stellen, dies im Sinne einer Reaktion der Gelenkkapsel (S. 11 oben).

Das Unfallereignis sei sehr unpräzise beschrieben und liefere daher keine Argumente für eine traumatische oder eine degenerative Genese der Rotatorenmanschettenruptur (S. 15 oben). Während der Notfallkonsultation am 29. November 2017 habe sich ein Druckschmerz im Bereich des ventralen und lateralen Humeruskopfes gezeigt und der Arm habe nur bis zu 90 Grad bewegt werden können. Somit sei eine Pseudoparalyse in den ersten 72 Stunden vorhanden gewesen, was laut Literatur für eine traumatische Genese der Rotatorenmanschettenruptur spreche (S. 15 Mitte). Während der MR-tomographischen Untersuchung vom 5. Januar 2018 hätten sich keine degenerativen Veränderungen im Bereich des Schultergelenkes gezeigt, aus welchen sich Rückschlüsse auf ein schon länger stattgehabtes Schultergeschehen ziehen lassen könnten. Es seien die Muskulatur regelhaft und die Knorpelverhältnisse nicht degenerativ verändert gewesen (S. 15 unten).

Isolierte Rupturen des Subscapularis würden in der Literatur als nahezu sicher traumaassoziiert beschrieben, die Literatur sehe 70 % der Subscapularisrupturen als traumatisch an. Auch das jugendliche Alter des Beschwerdeführers und die anamnestiche Beschwerdefreiheit vor dem Unfall sprächen für eine traumatische Genese (S. 16 oben)

Schaue man sich sodann die Inzidenz der adhäsiven Kapsulitis an, so werde in 10 % der Fälle ein Diabetes mellitus für deren Auftreten verantwortlich gemacht, wobei die Patienten in den meisten dieser Fälle zwischen 40 und 60 Jahre alt und vermehrt Frauen betroffen seien sowie in 20 bis 40 % der Fälle auch die Gegenseite Symptome aufweise. Dies alles liege beim Beschwerdeführer nicht vor, was die These einer durch Diabetes mellitus indizierten adhäsiven Kapsulitis deutlich abschwäche (S. 16 Mitte).

Die Inzidenz der posttraumatischen adhäsiven Kapsulitis sei in der Literatur schlecht belegt. Im klinischen Alltag fänden sich aber immer wieder Patienten mit einer adhäsiven

Kapsulitis nach einem Trauma im Bereich des Schultergelenks, vor allem dann, wenn nachfolgend die durch das Trauma verursachten Pathologien, wie zum Beispiel eine destabilisierte lange Bizepssehne, einen dauerhaften Schmerzgenerator darstellten (S. 16 unten).

Die Wirkung einer intraartikulären Kortisoninjektion sei als Differenzierungszeichen für oder gegen das Vorliegen einer adhäsiven Kapsulitis so nicht verwertbar (S. 17 oben). Gegen eine durch einen Diabetes mellitus verursachte adhäsive Kapsulitis

spreche, dass nach einigen Monaten die Schulter wieder zu schmerzen angefangen habe. Nach erfolgreicher Therapie einer durch einen Diabetes mellitus verursachten adhäsiven Kapsulitis seien Rezidive ausgesprochen selten. Ganz anders sei dies, wenn der eigentliche Auslöser, zum Beispiel eine instabile lange Bizepssehne, aufgrund einer muskulär schlechten Führung im Bereich des muskulären Intervalls zwischen Subscapularis und Supraspinatus als Schmerzgenerator weiter Bestand habe (S. 17 Mitte).

Bei der kreisärztlichen Untersuchung sei beschrieben worden, dass die Intervallschlinge, das Pulley, intakt sei. Aufgrund der Bewegungsartefakte sei eine derartige Aussage bei einer derart kleinen Struktur wie dem ligamentären

Pulley nicht ganz zweifelsfrei zu tun. Die durch eine Subscapularispartialruptur als Läsion des muskulären Intervalls verursachte Instabilität der langen Bizepssehne sowie die Inkongruenz des Force Couples seien durchaus in der Lage, das Schultergelenk derart zu alterieren, dass dies eine dauerhafte Schmerzhaftigkeit der Schulter nach sich ziehen könne (S. 17 unten).

In der Zusammenschau der Befunde müsse man also davon ausgehen, dass mit nahezu an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit das Unfallereignis vom 28. November 2017 ursächlich für die Schulterbeschwerden sei (S. 18). 3.11

Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegewerkin, erstattete am 28. Mai 2019 seine orthopädische Beurteilung (Urk. 8/74). Auch er führte aus, die anamnestischen Angaben hinsichtlich des Unfallherganges seien spärlich und liessen eine Beurteilung bezüglich des Mechanismus und der auf die Schulter einwirkenden Kräfte nur unzureichend zu (S. 4 oben).

Anlässlich der MRI-Untersuchung vom 5. Januar 2018 (vorstehend E. 3.3) sei eine interstitielle Partialruptur festgehalten worden. Der Begriff «interstitiell» bezeichne den Raum zwischen Körperzellen beziehungsweise den Raum oder auch die Schicht zwischen zwei funktionstragenden Gewebeschichten. Somit müsse von einer Läsion der Strukturen zwischen den Sehnenfasern ausgegangen werden, dies ohne Schädigung der Sehnenfasern selber. Es könne daher eigentlich nicht von einer Partialruptur ausgegangen werden, sondern von einer Läsion des Sehngewebes ohne Gewalteinwirkung. Daraus ergebe sich, dass die Subscapularissehne eher degenerativ geschädigt gewesen sei als durch eine äussere Gewalteinwirkung. Die Aussage von Prof. C.____ (vgl. vorstehend E. 3.10), dass eine ansatznahe kranialseitige

Partialruptur der Subscapularissehne vorgelegen habe, sei nicht richtig. Somit könne es auch nicht zu einer Destabilisierung der langen Bizepssehne im Sulcus-Bereich gekommen sein. Im MRI seien weitere Schäden an Kapsel, Sehnen und Bändern des rechten Schultergelenkes nicht festgestellt worden. Damit sei eine äussere Gewalteinwirkung durch

das geltend gemachte Ereignis mit richtungsgebenden strukturellen Unfallfolgen auszu-schliessen (S. 5 Mitte). Durch dieses sei (nur) eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes eingetreten (S. 5 unten).

Betreffend die fast sieben Monate nach dem Ereignis eingetretene adhäsive Kapsulitis erwähne Prof. C.____ selber den Diabetes als mögliche Ursache. Eine solche Entstehung könne durchaus hergeleitet werden. Als nicht überwiegend wahrscheinlich anzusehen sei, dass es sieben Monate nach dem Ereignis zu einer posttraumatischen Schultersteife (sekundäre adhäsive Kapsulitis) komme. Gemäss medizinischer Fachliteratur müsse bei einer solchen der Störfaktor in zeitlich fassbarem Zusammenhang liegen, was sieben Monate nach dem Ereignis sicher nicht mehr gegeben sei. Somit müsse hier eher von einer primären Schultersteife aufgrund einer oder mehrerer Erkrankungen ausgegangen werden (S. 6 oben).

Es könne Prof. C.____ schliesslich insofern gefolgt werden, dass ein signalaltered AC-Gelenk ohne Muskelatrophie keine degenerative Veränderung, sondern Unfallfolge sei. Allerdings seien am AC-Gelenk keine richtungsgebenden strukturellen Unfallfolgen nachgewiesen. Somit handle es sich auch hier um eine vorübergehende Verschlimmerung, das Erreichen des Status quo sine sei daher absehbar gewesen (S. 6 Mitte).

Bei den geltend gemachten Beschwerden an der rechten Schulter handle es sich im Fazit um eine vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes. Sie seien im Sinne einer Prellung nach 4-6 Wochen abgeheilt gewesen. Über diesen Zeitraum hinausgehende Beschwerden seien nicht mehr auf das Unfallereignis zurückzuführen, sondern allenfalls auf die vorliegende Degeneration der Subscapularissehne (S. 6 unten). Nach dem Behandlungsabschluss vom 29. März 2018 seien keine unfallbedingten objektivierte Verschlimmerungen eingetreten (S. 7). 3.12

Am 9. Januar 2020 (Urk. 8/88) nahm Dr. B.____ Stellung zur Einsprache des Beschwerdeführers vom 26. Juni 2019 (Urk. 8/81). Dabei

führte er aus, es gebe keine medizinische Gewissheit, dass Rotatorenmanschettenschäden im Alter unter 40 Jahren traumatisch seien und Degenerationen praktisch nicht vorkämen. Es bleibe trotz aller Wahrscheinlichkeitsrechnungen der Einzelfall zu beurteilen. Die gemäss dem Bericht vom 26. Oktober 2018 weiterhin beklagten Beschwerden hätten nach Eintreten der adhäsiven Kapsulitis bestanden und seien überwiegend wahrscheinlich auf diese Erkrankung zurückzuführen (S. 2 ad 11). In Bezug auf die Aussage von Prof. C.____, dass 70 % der Subscapularissehnenrupturen traumatisch bedingt seien, hätten die Ärzte des D.____

(vorstehend E. 3.6) als Diagnose eine «Tendinitis der langen Bizepssehne mit Oberrandläsion der Subscapularissehne» etabliert, somit könne nicht von einer isolierten, kompletten Subscapularisruptur ausgegangen werden. Bei der in der Literatur vertretenen These, dass 70 % der Subscapularissehnenrupturen traumatisch seien, sei damit der isolierte, komplette Abriss der Sehne gemeint. Im Übrigen werde dies von namhaften Autoren relativiert (S. 2 f. ad 12) 4. 4.1

Mit Schreiben vom 5. Dezember 2017 anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die Folgen des Unfalls vom 28. November 2017 (Urk. 8/4). Es ist ihr darin zuzustimmen (vgl. vorstehend E. 2.1), dass zu diesem Zeitpunkt lediglich eine Schulterkontusion diagnostiziert (vorstehend E. 3.1-2), hingegen weder eine Läsion der

Subscapularissehne noch eine Kapsulitis thematisiert worden waren. Deren Unfallkausalität muss somit für die Gutheissung eines Leistungsanspruchs mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Die Beweislast liegt hier also beim Beschwerdeführer (vgl. vorstehend E. 1.3). 4.2

Die Beurteilungen der Unfallkausalität durch Dr. A.____ vom 16. November 2018 (vorstehend E. 3.9) und durch Dr. B.____

vom 28. Mai 2019 (vorstehend E. 3.11) sind für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigen auch die geklagten Beschwerden, wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die getroffenen Schlussfolgerungen sind begründet. Der Umstand, dass sie keine eigene Untersuchung durchführten, vermag den Beweiswert ihrer Beurteilungen nicht zu schmälern, zumal es mit der Frage nach der Unfallkausalität einen feststehenden medizinischen Sachverhalt zu erörtern galt, ohne dass zusätzliche Untersuchungen notwendig gewesen wären. Praxisgemäss kann unter diesen Voraussetzungen auch eine reine Aktenbeurteilung voll beweiswertig sein (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_325/2009 vom 23. September 2009 E. 3.4.1).

Die Beurteilungen durch Dr. B.____

und Dr. A.____ sind somit grundsätzlich beweiskräftig (vgl. vorstehend E. 1.4). Da es sich bei ihnen indes um versicherunginterne Ärzte handelt, ist unter Anwendung eines strengen Massstabs zu überprüfen, ob auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ihrer Feststellungen bestehen, bevor auf diese abgestellt werden kann (vorstehend E. 1.5). 4.3

Solche Zweifel versucht der Beschwerdeführer in erster Linie unter Berufung auf das von ihm eingeholte Aktenkonsilium durch Prof. C.____ vom 8. März 2019 (vorstehend E. 3.10) zu wecken. Dieser legte nachvollziehbar dar, wie theoretisch eine ansatznahe kranialseitige Partialruptur der Subscapularissehne zu einer Destabilisierung der langen Bizepssehne im Sulcusbereich und somit zu einer Bizepssehnentendinitis führen und auch eine Kapsulitis im Sinne einer Reaktion der Gelenkkapsel in den Kontext einer traumatischen Läsion gestellt werden könne. Diese medizinisch schlüssige Argumentation steht und fällt jedoch mit dem effektiven Vorliegen einer kranialseitigen

Partialruptur der Subscapularissehne. Konkret fällt sie, leuchten doch die Ausführungen von Dr. B.____ ein, dass bei einer interstitiellen Partialruptur nur eine Läsion der Strukturen zwischen den Sehnenfasern ohne Schädigung derselben ohne vorgängige Gewalteinwirkung vorliegt. Dr. B.____ hielt entsprechend unmissverständlich fest, es habe keine ansatznahe kranialseitige Partialruptur vorgelegen, womit es eben nicht zu einer Destabilisierung der langen Bizepssehne im Sulcusbereich gekommen sei. Eine äussere Gewalteinwirkung mit richtungsgebenden strukturellen Unfallfolgen schloss er gar aus, wobei er sich darauf stützte, dass im MRI vom 5. Januar 2018 keine weiteren Schäden an Kapsel, Sehnen oder Bändern des rechten Schultergelenks festgestellt worden seien. 4.4

Diese auf objektive radiologische Befunde abgestützte differenzierte Argumentation von Dr. B.____ ist überzeugender als diejenige von Prof. C.____. Zwar versuchte auch er, aus den MRI-Befunden vom 5. Januar 2018 etwas für seinen Standpunkt abzuleiten, indem er ausführte, die Muskulatur sei regelhaft und die Knorpelverhältnisse nicht degenerativ verändert gewesen, womit sich keine degenerativen Veränderungen im Bereich des

Schultergelenks gezeigt hätten, aus welchen sich Rückschlüsse auf ein schon länger stattgehabtes Schultergeschehen ziehen liessen.

Diese Interpretation lässt allerdings ausser Acht, dass dem MRI vom 5. Januar 2018 nach erfolgter Schulterkontusion die Fragestellung zugrunde lag, ob eine Muskelruptur vorliege oder nicht (vgl. Urk-8/17 S. 1 oben) , somit die Evaluation von degenerativen Veränderungen nicht im Zentrum der Untersuchung gestanden haben dürfte.

Wenn, dann sind zudem vorliegend die Veränderungen in der Subscapularissehne von Belang, und diese sind nach dem Gesagten durchaus dokumentiert. Degenerative Veränderungen müssen nicht zwingend linear und flächendeckend verlaufen , weshalb die Ausführungen von Prof. C.____

betreffend das Fehlen weiterer degenerativer Veränderungen im Schulterbereich ins Leere laufen.

Weiter ist zu beachten, dass die behandelnden Ärzte im Juli 2018 festhielten, die aktuellen Beschwerden in Form von starken, bei Bewegung zunehmenden Schmerzen würden am ehesten durch eine Kapsulitis der rechten Schulter verursacht (vorstehend E. 3.7). Damit übereinstimmend

gelangte n auch Dr. A.____ (vorstehend E. 3.9) und Dr. B.____ (vorstehend E. 3.12) zur Auffassung, die weiterhin beklagten Beschwerden seien überwiegend wahrscheinlich auf die Kapsulitis zurückzuführen. Die Kapsulitis wurde erst am 26. Juni 2018 (vgl. vorstehend E. 3.7) und somit fast sieben Monate nach dem Unfallereignis vom 28. November 2017 diagnostiziert. Gut nachvollziehbar und wissenschaftlich abgestützt legte Dr. B.____ dar, dass bei einer posttraumatischen Schultersteife (adhäsive Kapsulitis) der Störfaktor in zeitlich fassbarem Zusammenhang liegen müsse, was sieben Monate nach dem Ereignis sicher nicht mehr gegeben sei. Somit müsse eher von einer primären Schultersteife aufgrund einer oder mehrerer Erkrankungen ausgegangen werden (vorstehend E. 3.11). Sind die aktuellen Beschwerden auf die Kapsulitis zurückzuführen , wofür einiges spricht, und kann diese nach dem Gesagten nicht unfallkausal sein, so tritt die Frage nach dem Bestehen degenerativer Veränderungen im Unfallzeitpunkt also ohnehin in den Hintergrund.

4. 5

Um eine über den 14. Juni 2018 hinausgehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bejahen zu können, müsste mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein, dass die weiterhin bestehenden Beschwerden kausal auf das Unfall ereignis vom 28. November 2017 zurückgeführt werden können (vgl. vorstehend E. 1.3). Nicht bewiesen werden muss demgegenüber für eine Verneinung der Leistungspflicht, wie die aktuellen Beschwerden genau entstanden sind. Durchaus möglich ist mit Dr. B.____ , dass es der Diabetes mellitus war, der eine primäre Schultersteife verursacht hat (vorstehend E. 3.11), nachdem auch die behandelnden Ärzte des D.____ festgehalten hatten, der Beschwerdeführer sei für eine Kapsulitis im Rahmen seiner Nebenerkrankung prädestiniert (vorstehend E. 3.4) und selbst Prof. C.____ die generelle diesbezügliche Wahrscheinlichkeit auf 10 % bezifferte (vorstehend E. 3.10). 4. 6

So bestand das Aktenkonsilium von Prof. C.____ denn auch zu einem wesentlichen Teil aus allgemeinen Erwägungen betreffend die Eintretenswahrscheinlichkeiten von den im Raum stehenden Schulter pathologien (vgl. vorstehend E. 3.10) . Teilweise fehlt es diesen jedoch

an realen Anknüpfungspunkten im konkret vor liegenden Fall . Dies wurde vorstehend gezeigt (E. 4.3) und gilt etwa auch für die Aussage, dass eine – hier mit Dr. B.____ eben so oder anders nicht vorliegende

– isolierte komplette Subscapularissehnenruptur fast sicher traumassoziiert sei. Im Übrigen fällt auf, dass Prof. C.____ in der Regel über lediglich mögliche Zusammenhänge sprach und seine Kritik an den Beurteilungen anderer Ärzte sehr zurückhaltend formulierte. So sei etwa eine Aussage betreffend intaktes Pulley «nicht ganz zweifelsfrei» zu tun.

Damit stützt er den Standpunkt des Beschwerdeführers allerdings nicht in ausreichendem Masse, genügt doch die bloße Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. vorstehend E. 1.2). Irrelevant ist schliesslich, ob Rezidive bei einer erfolgreichen Therapie einer durch einen Diabetes mellitus verursachten adhäsiösen

Kapsulitis ausgesprochen selten sind. Denn die Kapsulitis wurde ja erst im Juni 2018 diagnostiziert und es ist nach derzeitigem Aktenstand weder bekannt, ob sie erfolgreich therapiert werden konnte, noch ob danach ein Rezidiv auftrat. Entscheidend ist lediglich, dass sie nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 28. November 2017 zurückgeführt werden kann (vgl. vorstehend E. 4.5). 4.7

Die

statistikbasierten Überlegungen von Prof. C.____

vermögen im Einzelnen wie auch in der Gesamtschau gegen die auf die konkreten objektiven Befunde und den effektiven

zeitlichen Ablauf abgestützte Beurteilung durch Dr. B.____ nicht anzukommen und somit keine Zweifel an dieser zu wecken. Um es in den Worten von Letzterem zu sagen (vorstehend E. 3.12): Es bleibt eben trotz aller Wahrscheinlichkeitsrechnungen stets der Einzelfall zu beurteilen. Und diese Einzelfallbeurteilung durch Dr. B.____ ist nicht nur in sich und mit derjenigen von Dr. A.____ (vorstehend E. 3.9) stimmig, sondern es ergibt sich auch kein Widerspruch mit den Berichten der behandelnden Ärzte (vorstehend E. 3.1-8).

4.8

Es

handelte sich somit bei den Beschwerden an der rechten Schulter nach dem Unfall vom 28. November 2017

nur um eine vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes, welche im Sinne einer Prellung nach 4-6 Wochen, spätestens aber bis am 14. Juni 2018 abheilten. Zu diesem Zeitpunkt wurde der Status quo sine erreicht und es bestand kein Leistungsanspruch des Beschwerdeführers mehr.

4.

E. 7

) beantragte die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 4. März 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 9

Der angefochtene Entscheid ist rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 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 dem 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
Mosimann Boller

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