

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00040 vom 9. Juni 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00040

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00040 du 9 juin 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00040 del 9 giugno 2021

Erwägungen

E. 1

Der 1972 geborene X.____ war seit 1. März 2005 bei der Stadtverwaltung Y.____ als Projektleiter angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 3. und 9. Juni 2018 nahm er an Baseballspieltagen teil und verspürte danach sehr starke Schmerzen in der linken Schulter (Unfallmeldung vom 2. Mai 2019 [Urk. 6/1]). Nach erfolgloser Behandlung durch einen Osteopathen

(Urk. 6/1) suchte der Versicherte am 4. Juli 2018 Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Rheumatologie, auf, welcher nach Untersuchung und Durchführung einer Sonografie eine prolongierte subakute Periarthropathia

humeroscapularis der linken Schulter feststellte und eine subacromiale steroidhaltige Schulterinfiltration links vornahm (Urk. 6/13, 6/16). In der Folge war der Versicherte etwa zweieinhalb Monate schmerzfrei und konnte wieder trainieren und an einem Turnierspiel teil nehmen. Im Verlauf traten erneut Schmerzen und eine Bewegungseinschränkung auf (Urk. 6/7). Ab dem 21. Januar 2019 begab sich der Versicherte zu Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in Behandlung (Urk. 6/7), welcher nach Veranlassung einer MRI-Untersuchung vom 28. Januar 2019 (Urk. 6/24) am 22. März 2019 einen operativen Eingriff an der linken Schulter

(Schulterarthroskopie rechts [recte: links], SAD, Acromioplastik Schulter links, offene RM-Rekonstruktion [Supraspinatussehne] mit transossärer

Refixation Schulter links, Einlage eines subakromialen Schmerzkatheters Schulter links, Infiltration Knie rechts [Urk. 6/21]) durchführte. Nach Eingang der Unfallmeldung vom 2. Mai 2019 liess die Suva den Fall am 22. Juli, 15. August und 26. August 2019 kreisärztlich beurteilen (Urk. 6/25, 6/34, 6/38) und lehnte in der Folge mit Verfügung vom 28. August 2019 eine Leistungspflicht ab (Urk.

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 Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind: 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

Seit dem Inkrafttreten der Revision des UVG und der dazugehörigen Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) per 1. Januar 2017 ist das Bestehen einer vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung nicht länger vom Vorliegen eines äusseren Ereignisses abhängig. Die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 UVG genannte Körperschädigung vorliegt, führt zur Vermutung, dass es sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Dieser kann sich aber von der Leistungspflicht befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen ist (Zusatzbotschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der Suva] vom 19. September 2014, BBl 2014 7922 7934 f.).

Gemäss BGE 146 V 51 ergibt sich aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises weiterhin die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnutzungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis - nicht zuletzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes (Versicherungsdeckung; Zuständigkeit des Unfallversicherers; Berechnung des versicherten Verdienstes; intertemporalrechtliche Fragestellungen) - auch nach der UVG-Revision relevant. Lässt sich dabei kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter respektive harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten. Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnutzung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweis kräftige ärztliche Einschätzungen - mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit - nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, das heisst im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnutzung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (E. 8.6).

E. 1.3

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

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum 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.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einsprachentscheid (Urk. 2) damit, dass kein Unfall im Rechtssinne vorliege. Gestützt auf die kreisärztlichen Stellungnahmen könne auch nicht von einer Listerverletzung ausgegangen werden. Die führende Diagnose sei das subakromiale

Impingement, welches ganz klar keine Listendiagnose darstelle. Bei der Ruptur der Supraspinatussehne handle es sich demgegenüber um einen Nebenbefund, der auf dem Boden der subakromialen Veränderungen entstanden sei. Für ein krankhaftes Geschehen spreche zudem der zeitliche Verlauf, der Vorzustand, die annähernd identischen Befunde auf der Gegenseite sowie das gesamte Verhalten des Beschwerdeführers. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass die transmurale Ruptur der Supraspinatussehne einer Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG entspreche. Ein degenerativer oder pathologischer Vorzustand schliesse eine unfallähnliche Körperschädigung nicht aus, sofern ein unfallähnliches Ereignis den vorbestehenden Gesundheitsschaden verschlimmere oder manifest werden lasse. 3. 3.1

Am 4. Juli 2018 erfolgte die medizinische Erstbehandlung des Beschwerdeführers bei Dr. Z.____. Dieser stellte in der linken Schulter klinisch ein subakromiales

Impingement und sonografisch eine leichte AC-Arthrose mit etwas Aktivierungszeichen, eine Bursitis subakromial / subdeltoidal, eine leichtere Peritendinitis der langen Bizepssehne, eine Tendinose der Supraspinatussehne peripher, mehrere kleine Sehnen-Ansatzverkalkungen und einen minimalen Erguss glenohumeral fest. Er führte aus, dass die Schmerzen vor knapp drei Wochen ohne Trauma aufgetreten seien. Der Rheumatologe nahm eine subakromiale steroidhaltige Schulterinfiltration links vor und verordnete Physiotherapie

(Urk. 6/13, 6/16).

Am 6. Juni 2019 bestätigte Dr. Z.____ auf Anfrage der Beschwerdegegnerin, dass der Beschwerdeführer bei ihm kein frisches neues Trauma angegeben habe. Zudem ergänzte er, dass sich anlässlich der Kontrolle vom 17. Juli 2018 eine deutliche Besserung der Beschwerden gezeigt habe (Urk. 6/15).

3.2

Die am 28. Januar 2019 durch Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Radiologie, durchgeführte MR-Untersuchung der linken Schulter zeigte eine Pasta-Läsion, möglicherweise

im Rahmen eines subakromialen

Impingement s , sowie eine Bursitis subacromialis und deltoidea (Urk. 6/24). 3.3

Dr. A.____ führte am 22. März 2019 eine Schulterarthroskopie rechts (recte: links) , SAD, Acromioplastik Schulter links, eine offene RM-Rekonstruktion (Supraspinatussehne) mit transossärer

Refixation Schulter links, eine Einlage eines subakromialen Schmerzkatheters Schulter links sowie eine Infiltration am Knie rechts durch (Urk. 6/21). In der Folge berichtete er über einen grundsätzlich zeitgerechten und komplikationslosen Heilungsverlauf (Urk. 6/19, 6/22, 6/23, 6/39, 6/47). 3.4

Auf Vorlage der Akten hielt Kreisärztin med. pract . C.____ , Fachärztin für Chirurgie, am 22. Juli 2019 fest, dass die führende Diagnose gesamthaft das subacromiale

Impingement zu sein scheine, in dessen Rahmen auch eine Beteili gung der Supraspinatussehne vorliege. Aus versic herungsmmedizinischer Sicht hand le es sich dabei eher um eine Nebendiagnose. Es falle somit nicht ganz leicht, im vorliegenden Fall Art. 6 Abs. 2 lit . f UVG anzunehmen. Diesfalls wäre der Befund zudem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen (Urk. 6/25).

Am 15. August 2019 ergänzte med. pract . C.____ ,

dass beim Beschwerdeführer an beiden Schultergelenken chronische Beschwerden im Rahmen einer von Dr. Z.____ « Peria rthropathia

humeroscapularis » genannten Problematik beständen . Dabei handle es sich um eine ältere, unpräzise Sammelbezeichnung für meist schmerzhaft, degenerative Veränderungen mit Bewegungseinschränkungen im Bereich des Schultergürtels. Die Problematik der rechten Schulter sei erstmalig im November 2017 in Erscheinung getreten. Führend sei dabei ein subak romiales

Impingement mit AC- Art h r opathie , möglicherweise partieller Kapsulitis , gewesen . Anlässlich der Nachkontrolle bei Dr. Z.____ am 4. Juli 2018 habe der Beschwerdeführer dann von ähnlich gearteten Beschwerden auf der linken Seite berichtet, welche drei Wochen zuvor spontan ohne Trauma entstanden seien. Klinisch und sonografisch habe er ein annähernd identisches Bild wie auf der rechten Gegenseite gefunden (subakromiales

Impingement , sonografisch leichte AC-Arthrose mit etwas Aktivierungszeichen, subakromiale und subdeltoideale Bursitis, leichte Peritendinitis der langen Bizepssehne , Tendinose der Supraspinatussehne peripher mit mehreren kleinen Sehnenansatzverkalkungen). Die Behandlung bei Dr. Z.____ sei im Juli 2018 abgeschlossen worden , bis sich der Beschwerdeführer in Behandlung zu Dr. A.____ begeben habe, der ein MRI veranlasst und eine operative Sanierung vorgenommen habe.

Insgesamt spreche alles dafür , dass vorliegend

ein subakromiale s

Impingement mittels subakromialer

Dekompres s i on operiert worden sei, was somit die Haupt diagnose darstelle und deshalb auch unter Punkt 1 der Operation aufgeführt werde . D ieser Befund liege wie erwähnt beidseits vor und die linksseitigen Beschwerden seien gemäss Erklärung des

Beschwerdeführer s einfach so – ohne ein Geschehen im Sport – aufgetreten. Das subakromiale

Impingement als führende Diagnose stelle allerdings klar keine Listendiagnose nach Art. 6 Abs. 2 UVG dar. Zur Diskussion stünde allenfalls ein Sehnenriss gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f

UVG. Allerdings sei im vorliegenden Fall davon auszugehen, dass es sich dabei lediglich um einen Nebenfund handle, der auf dem Boden der subakromialen Veränderung entstanden sei. Gegen einen Sehnenriss, der in die Zuständigkeit des Unfallversicherers falle, spreche n der gesamte zeitliche Verlauf, der Vorzustand, die annähernd identischen Befunde auf der Gegenseite sowie das gesamte Verhalten des Beschwerdeführers. Wenn es anlässlich des Baseball schlags am 9. Juni 2018 tatsächlich zu einer Supraspinatussehnenruptur gekommen wäre, wäre ein zügiges Vorstellen beim Hausarzt, Orthopäden oder auch im Notfall zu erwarten gewesen, insbesondere aber auch eine functio laesa und nicht nur eine endgradig leicht eingeschränkte Schultergelenksbeweglichkeit, wie sie Dr. Z. ___ im Bericht drei Wochen später festgehalten habe. Der erfahrene Rheumatologe habe vielmehr subakromiale

Impingementzeichen festgestellt mit einem angedeuteten Painful

arc, was die kreisärztliche Stellungnahme unterstütze, dass es sich hier um ein krankhaftes Geschehen handle (Urk. 6/34). 4. 4.1

Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festgestellt hat, ist vorliegend der gesetzliche Unfallbegriff gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) aufgrund eines fehlenden ungewöhnlichen äusseren Faktors zu verneinen, was vom Beschwerdeführer grundsätzlich nicht bestritten wird. Selbst wenn der Baseballschlag am 9. Juni 201

E. 6

/43). Die dagegen erhobene Einsprache vom 25. September 2019 (Urk. 6/44) wies die Suva mit Entscheid vom 4. Februar 2020 ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob X. ___ am 23. Februar 2020 Beschwerde mit dem Antrag, die Suva sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen zu gewähren (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 13. März 2020 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), wovon der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 17. März 2020 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

,

wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht (Urk. 7/8), als auslösendes Element der Supraspinatussehnenruptur angenommen würde, was – wie nachfolgend zu zeigen sein wird –

äusserst fraglich ist, liegt kein ungewöhnlicher äusserer Faktor vor. Denn ein äusserer Faktor ist nur dann ungewöhnlich, wenn er –

nach einem objektiven Massstab – nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist, nicht aber, wenn ein Geschehen in die gewöhnliche Bandbreite der Bewegungsmuster des betreffenden Sports fällt (vgl. in

BGE 130 V 380 nicht publ. E. 4.2 des Urteils U 199/03 vom 10. Mai 2004; Urteile des Bundesgerichts 8C_693/2010 vom 25. März 2011 E. 5; 8C_186/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5; 8C_189/2010 vom 9. Juli 2010 E. 5.1). Der Beschwerdeführer machte im Rahmen der Unfallmeldung (Urk. 6/1) beziehungsweise spätere Schilderungen

(Urk. 6/7, 6/8, 6/36) sowie der Einsprache (Urk. 8/44) und Beschwerde (Urk. 1) denn auch nichts «Programmwidriges» geltend. 4.2

Die anlässlich des operativen Eingriffs vom 22. März 2019 festgestellte transmurale Ruptur der Supraspinatussehne

Schulter links (Urk. 6/21) fällt grundsätzlich unter die in Art. 6 Abs. 2 UVG aufgelisteten Körperschädigungen im Sinne von Sehnenrissen (lit. f). Deshalb ist im Folgenden zu prüfen, ob damit die Vermutung greift, dass es sich vorliegend um eine Listendiagnose handelt, deren Behandlung vom Unfallversicherer übernommen werden muss, sofern nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, dass die Körperschädigung zu mehr als 50% auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen ist (vgl. vorstehend E. 1.2).

4.3

Die Stellungnahmen von med. pract. C.____ vom 22. Juli und 15. August 2019 (E. 3.4) vermögen die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E. 1.3). So tätigte die Kreisärztin sorgfältige, umfassende Abklärungen, berücksichtigte die geklagten Beschwerden und begründete ihre Einschätzung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten. Sie legte schlüssig dar, dass es sich bei der transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne vorwiegend um ein krankhaftes, durch Abnutzung bedingtes Geschehen handelt, welches auf dem Boden der subakromialen Veränderungen (Impingement) entstanden ist, welche im Bereich beider Schultern vorhanden waren. Die Beteiligung der Supraspinatussehne stellt dabei lediglich einen Nebenbefund dar. 4.4

Med. pract. C.____

setzte sich in ihrer Stellungnahme auch mit dem geschilderten Ereignis vom

9. Juni 2018 auseinander und wies darauf hin, dass der Beschwerdeführer gegenüber dem erstbehandelnden Arzt Dr. Z.____ drei Wochen nach Auftreten der Beschwerden geschildert hatte, dass diese einfach so ohne ein Trauma aufgetreten waren. Insbesondere hatte er kein Geschehen beim Sport

erwähnt (Urk. 6/34). Zwar ist für die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG wie erwähnt kein äusserer Faktor und damit kein unfallähnliches sinnfälliges Ereignis oder eine allgemein gesteigerte Gefahrenlage im Sinne der Rechtsprechung zu Art. 9 Abs. 2 UVV mehr vorausgesetzt. Allerdings hat der Unfallversicherer bei Vorliegen einer Listenverletzung grundsätzlich die Pflicht, Leistungen zu erbringen, solange er nicht den Nachweis für eine vorwiegende Bedingtheit durch Abnutzung oder Erkrankung erbringt. Dies setzt voraus, dass er im Rahmen seiner Abklärungspflicht nach Eingang der Meldung einer Listenverletzung die Begleitumstände der Verletzung genau abklärt. Lässt sich dabei kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter beziehungsweise harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers, denn bei der zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte

Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen, nebst dem Vorzustand somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden (vgl. E. 1.2).

Nachdem auch Dr. A. ___ in seinem Operationsbericht vom 22. März 2019 ausführte, dass die linksseitigen Schulterschmerzen Mitte 2018 aufgetreten seien, ohne dass ein Unfallereignis eruierbar sei (Urk. 6/21), der Beschwerdeführer mithin erst als – zumindest soweit aus der Aktenlage ersichtlich – mit seiner Schadenmeldung vom 2. Mai 2019 einen Zusammenhang mit dem Baseballspieltag vom 9. Juni 2018 herstellte, erscheint das Vorliegen eines solchen initialen Ereignisses doch eher unwahrscheinlich. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts praxismässig in der Regel auf die «Aussagen der ersten Stunde» abstellen, denen in beweis mässiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherung rechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis).

Kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer erst drei einhalb Wochen nach dem besagten Spieltag einen Arzt aufsuchte – was sich entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1) allein mit einer hohen Franchise nicht überzeugend erklären lässt

– und dieser lediglich eine endgradig

leicht eingeschränkte Schultergelenksbeweglichkeit feststellte, hingegen keine Funktionslähmung, wie sie für eine traumatisch bedingte Ruptur der Supraspinatussehne zu erwarten gewesen wäre. Auch die annähernd identischen Befunde an der gegenüberliegenden rechten Schulter – hier findet sich klinisch ebenfalls das Bild eines subakromialen

Impingements und sonografisch eine leichte AC-Arthrose mit etwas Aktivierungszeichen, eine mässige subakromiale / subdeltoidale

Bursitits sowie eine Tendinose der Subscapularis - und vor allem der Supraspinatussehne peripher (Urk. 6/13, 6/14) – sprechen gemäss der schlüssigen Darlegung von med. pract. C. ___

überwiegend

wahrscheinlich für ein vorwiegend krankhaftes Geschehen (vgl. Urk. 6/34).

Inso weit der Beschwerdeführer sodann beanstandete, dass die Beschwerde gegnerin es unterlassen habe, bei Dr. A. ___ anzufragen, ob eine Listen diagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vorliege und worauf diese im Bejahungsfall im gesamten Ursachenspektrum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zurückzuführen sei (Urk. 1), ist ihm nicht zu folgen. In den Akten befindet sich nicht nur der Operationsbericht von Dr. A. ___ (Urk. 6/21), sondern auch diverse Verlaufsberichte (Urk. 6/19,

6/22, 6/23, 6/39, 6/47). Diesen Unterlagen lassen sich jedoch keinerlei Hinweise entnehmen, welche gegen eine vorwiegend durch Abnutzung verursachte Verletzung der Supraspinatussehne sprechen. Gegenteilig wird sogar darauf verwiesen, dass kein (Unfall-) Ereignis eruierbar sei (Urk. 6/21). 4.5

Zusammenfassend ist damit gestützt auf die beweiskräftige ärztliche Einschätzung der Kreisärztin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die

fragliche Verletzung der Supraspinatussehne vorwiegend, das heisst im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung zurückzuführen ist. Damit ist der Entlastungsbeweis der Beschwerdegegnerin erbracht und die Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG umgestossen. Die übrigen Beschwerden (insbesondere das subakromiale

Impingement) stellen unbestrittener- und ausgewiesenermassen keine Listendiagnosen dar, weshalb sich diesbezüglich Weiterungen erübrigen. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht folglich zu Recht verneint. 5.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. Februar 2020 erweist sich damit als rechtsens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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
VogelSchilling

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