

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00060 vom 8. Dezember 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00060

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00060 du 8 décembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00060 del 8 dicembre 2020

Erwägungen

E. 1

) wissen, dass er am 11. Mai 2019 beim Befestigen und Sichern der Ladung mit einem Spannsatz auf dem Anhänger den Oberarm und die Schulter gezerzt habe. Der

erstbehandelnde Arzt, welcher vom Versicherten am 12. Juni 2019 erstmals aufgesucht worden war, diagnostizierte am 20. Juni 2019

eine Rotatorenmanschettenruptur links (Urk. 9/ 8 /2). Die Suva tätigte in der Folge medizinische Abklärungen und holte unter anderem bei Kreisarzt Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, ein

Aktenbeurteilung ein (Urk. 9/ 26).

Am 26. August 2019 wurde der Beschwerdeführer an der linken Schulter operiert (Arthroskopie, Bicepstenotomie, Rotatorenmanschettenrekonstruktion [Subscapularissehne], Akromioplastik, Burssektomie links [Urk. 9/56/3-4]).

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

Seit dem Inkrafttreten der Revision des UVG und der dazugehörigen Verordnung (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 Abnützung 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.).

Dabei ist der Gegenbeweis des Unfallversicherers erbracht, wenn die Listendiagnose zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung beruht (analog zur Rechtsprechung zur Berufskrankheit gemäss Art. 9 Abs. 1 UVG, BGE 146 V 51 E. 8.2.2.1). Die vorwiegend durch Abnützung oder Erkrankung bedingte Verurteilung hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen (E. 8.6).

E. 1.3

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 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). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Einspracheentscheidung (Urk. 2) damit, das Ereignis vom 11. Mai 2019 stelle keinen Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)

dar (S. 5 f. Ziff.

6). Kreisarzt Dr. Z.____

habe in seiner Beurteilung vom 6. August 2019 nachvollziehbar, schlüssig und insbesondere gestützt auf die vorliegende Bildgebung erklärt, weshalb die Rotatorenmanschettenruptur mit Pully-Läsion mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf Degeneration zurückzuführen sei. Hingegen vermöge die entgegenstehende Ansicht des behandelnden Arztes nicht zu überzeugen. So stehe dessen Aussage, das Schultergelenk würde keine wesentlichen Abnutzungserscheinungen zeigen, im Widerspruch mit dem von ihm - im Zusammenhang mit der MR-Arthrographie vom 15. Juli 2019 - selbst erhobenen Befund einer ausgeprägten degenerativen Veränderung. Zudem beruhten die Ausführungen des Behandlers auf der unzulässigen Argumentation, dass die Beschwerdesymptomatik durch das Ereignis vom 11. Mai 201

E. 3.1

Am 12. Juni 2019 erfolgte die medizinische Erstbehandlung des Beschwerdeführers in der Praxis C.____. Im entsprechenden Bericht vom 20. Juni 2019 (Urk. 9/8/2) wurde eine Rotatorenmanschettenruptur links diagnostiziert.

E. 3.2

Nach Vorlage der Akten hielt Kreisarzt Dr. Z.____ in seiner Beurteilung vom 6. August 2019 (Urk. 9/26/2) – unter anderem gestützt auf ein Arthro-MRI der linken Schulter vom 15. Juli 2019 (Urk. 9/25) - fest, der Befund entspreche einem Sehnenriss und damit

der Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG. Der Sehnenriss sei mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen. Bildgebend dargestellt werde gesamthaft ein degeneratives Verschleissleiden des Schultergelenks. Es fänden sich Akromionosteophyten, eine AC-Gelenksarthrose, eine Tendinopathie der Rotatorenmanschette, eine Luxation der langen Bizepssehne, eine fettige Involution der Muskelbäuche und eine Bursitis subacromialis. Die Kontinuitätsunterbrechung, im Befund als Ruptur bezeichnet, finde sich an der Prädilektionslokalisation für Verschleiss und der Beschwerdeführer habe das Prädilektionsalter für Verschleiss erreicht.

E. 3.3

Am 26. August 2019 wurde der Beschwerdeführer an der linken Schulter operiert (Arthroskopie Schulter links, Bicepstenotomie, Rotatorenmanschettenrekonstruktion [Subscapularissehne], Akromioplastik, Bursektomie links. Dr.

med. B.____ von der Orthopädischen Klinik des Spital D.____

führte im Operationsbericht vom 27. August 2019 (Urk. 9/56/3-4) unter anderem aus, es hätten sich glenohumeral alterssprechende Gelenkverhältnisse gezeigt. Das vordere Labrum sei stabil. Der Bizepsanker zeige sich mit deutlicher Degeneration im Sinne einer SLAP III - IV Grades. Im Verlauf sei die Sehne deutlich

degenerativ verändert mit Partialruptur bei Eintritt in den Sulcus

bicipitalis. Es sei eine deutliche Instabilität im Sulcus

bicipitalis bei Pulley-Läsion feststellbar. Die Subscapularissehne zeige sich mit Oberrandläsion und intratendinöser Rissbildung. Die Supraspinatussehne sei ohne Anhalt für eine transmurale Ruptur. Die Infraspinatussehne sei

intakt. Beim Eingehen nach subacromial zeige sich eine ausgeprägte Bursitis subacromialis. Auch von subacromial zeige sich kein Anhalt für eine transmurale Rotatorenmanschettenruptur. 3. 4

Auf Rückfrage des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin führte Dr. med. B.____ von der Orthopädischen Klinik des Spital D.____ in seinem Schreiben vom 6. September 2019 (Urk. 9/37/5) aus, die Rotatorenmanschettenruptur, vor allem Subscapularissehne mit Pulley-Läsion, instabiler Bizepssehne, mit Subluxation sei mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das Sturzereignis vom 11. Mai 2019 zurückzuführen. Vor dem Ereignis vom 11. Mai 2019 hätten keinerlei Schulterprobleme links bestanden. Beim Spannen eines Spannsatzes habe der Beschwerdeführer einen plötzlich einschliessenden Schmerz in der Schulter verspürt. Weder im MR noch intraoperativ habe sich eine wesentliche degenerative Komponente, vor allem keine Sehnenretraktion, gezeigt. Eine fettige Involution der Muskelbäuche werde MR-tomographisch mit I-II? Goutallier beschrieben, das heisse sie sei gering. Bei der Operation habe sich vor allem ein partieller Ausriss der Subscapularissehne mit Beteiligung des Pulley gezeigt. Somit sei es zu einer Bizepssehneninstabilität gekommen. Das Gelenk zeige ansonsten keine wesentlichen Abnutzungserscheinungen. Ein eindeutiger Beleg, ob diese Schäden nun degenerativ oder unfallbedingt entstanden seien, gebe es nicht. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sei dies jedoch als Unfallursache anzusehen. 3. 5

Mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer ein Schreiben von Dr. B.____ vom 11. März 2020 (Urk. 3/3) ein. Darin berichtete Dr. B.____, die Arthro-MRI Untersuchung

der linken Schulter, welche am 15. Juli 2019 im Spital D.____ durchgeführt worden sei, zeige eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur vor allem der Subscapularissehne, partiell auch von der Infraspinatus- und Supraspinatussehne. Des Weiteren zeige diese eine Bursitis subacromialis und Subdeltoidea. Bei der am 26. August 2019 durchgeführten Schulterarthroskopie, Bizepsstenotomie, Rotatorenmanschettenrekonstruktion (Subscapularissehne), Akromioplastik und Bursektomie links habe sich vor allem eine ausgedehnte Subscapularissehne, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit auf das Traumaereignis vom 11. Mai 2019 zurückzuführen sei, gezeigt. 3. 6

Nach Vorlage der Akten und insbesondere des vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren eingereichten Schreibens von Dr. B.____ vom 11. März 2020 (E. 3. 5) hielt Kreisarzt Dr. A.____ in seiner orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 8. Juni 2020 (Urk. 9/60) fest, im vorliegenden Fall seien an Supraspinatus- und Infraspinatussehne

Tendinosen beschrieben worden. Die Veränderungen würden in der Fachliteratur als Degeneration aufgefasst. Die Subscapularissehne habe eine Teilläsion aufgewiesen. Diese müsse allerdings ebenfalls als degenerative Veränderung bewertet werden, da der Muskelbauch der Subscapularissehne bereits eine fettige Infiltration Goutallier II aufgewiesen habe. Fettige Infiltrationen des Muskels seien Zeichen, dass das Erfolgsorgan des Muskels, nämlich die

Sehne, geschädigt sei. Die Verfettung sage jedoch nichts über die Ursache der Sehnenbeschädigung

aus. Diese könne degenerativ bedingt sein oder durch einen Unfall verursacht werden. Der Grad der

fettigen Infiltration der Muskeln, deren Sehnen rupturiert seien, könnten jedoch einen Hinweis auf das Alter der Ruptur geben. Beim Menschen seien die fettige Infiltration in der Bildgebung erst erkennbar,

wenn die Symptome länger als 6 Monate dauerten. Nach Melis betrage das Intervall zwischen einer Rotatorenmanschettenläsion und einer Grad II-Degeneration des dazugehörigen Rotatorenmanschettenmuskels

für die Subscapularissehne mehr als 2 Jahre.

Es lägen also in Zusammenschau mit den Veränderungen an der Supraspinatussehne wie auch an

der Bicepssehne, die im Operationsbericht von Dr. B.____ selbst als «degenerativ verändert» beschrieben werde, vorwiegend degenerative Veränderungen vor (S. 4).

Weiter führte Dr. A.____ aus, das Bicepsspulley sei eng mit dem Oberrand der Subscapularissehne und dem Vorderrand der Supraspinatussehne gekoppelt. Fänden sich hier Veränderungen, dazu reichten schon Tendinosen, seien Überbelastungen des Pulleykomplexes die Folge. Die rückhaltenden Bänder dehnten sich mit der Zeit auf und verlören langsam ihre Funktion, bis es schliesslich zu einer Zusammenhangstrennung und dann einer Luxation der Bicepssehne aus dem Sulcus

bicipitalis komme. Es sei also nicht überwiegend wahrscheinlich anzunehmen, dass die Bänder des Pulleykomplexes akut zerrissen, sondern ebenfalls einer Degeneration über längeren Zeitraum unterlegen gewesen seien. Intraoperativ seien zudem eine SLAP-Läsion Grad III - IV beschrieben worden. Hierbei handle es sich um eine korbhenkelähnliche

Ablösung des Labrum glenoidale im Bereich des Bicepssehnenankers . In der Fachliteratur gelte die SLAP III-Läsion als ausschließlich degenerativ verursacht. Eine mögliche, nicht näher definierte Teilläsion der langen Bicepssehne sei ebenfalls als langsam fortschreitende Degeneration zu werten. Bei einem zurückliegenden akuten Ereignis wäre es bei einer SLAP-Läsion Grad III überwiegend wahrscheinlich zu einer Sehnenzusammenhangstrennung der langen Bicepssehne an ihrer Insertion gekommen. Die degenerativen Veränderungen mit Teilläsionen der langen Bicepssehne im weiteren Verlauf bis in den Sulcus

bicipitalis gälten per se als degenerativ (S. 5).

Dr. A.____ kam aufgrund seiner Ausführungen zum Schluss, dass das Vorliegen einer Listendiagnose nach Art. 6 Abs. 2 UVG zu verneinen sei und die Veränderungen am linken Schultergelenk mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf Degeneration beruhten (S. 6). 4.

4.1

Vorwegzu schicken ist, dass es sich bei m Ereignis am 11. Mai 2019 , wie dies die Beschwerdegegnerin korrekt feststellt hat (E. 2.1) , um keinen Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungs rechts (ATSG) handelt . Dies ist aufgrund der vorliegenden Akten ausgewiesen, ist doch beim Ereignis vom 11. Mai 2019 ein ungewöhnlicher äusserer Faktor nicht zu erkennen (ordentliches Befestigen und Sichern der Ladung mit einem Spannsset [Urk. 9/1]).

Der Beschwerdeführer hat denn dergleichen auch nicht behauptet, sondern lediglich vorgebracht, es handle sich beim vorliegenden Sehnenriss bei der Rotatorenmanschettenruptur um eine in Art. 6 Abs. 2 UVG genannte Körperschädigung, was dazu führe, dass es sich um eine unfallähnliche Körperschädigung handle, die vom Unfallversicherer übernommen werden müsse (vgl. Urk. 1 S. 5 f.) . 4.2

Die mittels Bildgebung vom 15 . Juli 2019 (Urk. 9/25) festgestellte Rotatoren manschettenruptur mit gelenkseitigen Partialrupturen der Sehnen des Musculus subscapularis, des Musculus infraspinatus sowie des Musculus supraspinatus der linken Schulter , welche am 26 . August 2019 operativ saniert wurde (Urk. 9/56/3-4), fällt unter die in Art. 6 Abs. 2

UVG aufgelisteten Körperschädigungen im Sinne von Sehnenverletzungen (lit . f).

Demnach muss

die

Behandlung vom Unfallversicherer übernommen werden, sofern nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, dass die Körperschädigungen zu mehr als 50 % auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen sind (vgl. vorstehend E. 1.2). 4.3

Die

schlüssige Beurteilung von Dr. Z.____ vom 6. August 2019 (E.

3. 2) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Einschätzung gestellten Anforderungen zu erfüllen. So legte Dr. Z.____ nachvollziehbar und widerspruchsfrei dar, dass vorliegend bildgebend gesamthaft ein degeneratives Verschleissleiden des Schultergelenks aufzeigt

wird. Er begründete dies plausibel damit, dass sich

Akromio-nosteophyten, eine AC-Gelenksarthrose, eine Tendinopathie der Rotatorenmanschette, eine Luxation der langen Bizepssehne, eine fettige Involution der Muskelbäuche und eine Bursitis subacromialis finden und die Kontinuitätsunterbrechung, welche vorgängig als Ruptur bezeichnet worden war, sich an der Prädiagnostiklokalisation für Verschleiss befindet und der Beschwerdeführer das Prädiagnostikalter für Verschleiss schon erreicht hat. Folglich beurteilte er den Sehnenriss zu Recht

als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen.

Dr. Z.____

waren bei

seiner Beurteilung

die Vorgänge des Ereignisses vom 11. Mai 2019 – «Beim Befestigen und Sichern der Ladung auf dem Anhänger hat es plötzlich in der linken Schulter geknackt» (vgl. Urk. 9/26 S. 1) -

bekannt. Zwar ist für die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG 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. Lässt sich bei den Abklärungen kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter beziehungsweise harmloser Art – wie dies vorliegend beim ordentlichen Verrichten der gewöhnlich getätigten Arbeit der Fall ist

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 (BGE 146 V 51 E. 8.6). 4.4

Der Beschwerdeführer stützte sich zur Begründung seines Standpunktes auf die Berichte des ihn behandelnden und operierenden Arztes Dr. B.____. Von der Erfahrungstatsache abgesehen, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), vermögen die Einschätzungen von Dr. B.____ auch aus anderen Gründen die Beurteilung von Dr. Z.____ nicht in Frage zu stellen.

Soweit Dr. B.____ ausführte, vor dem Unfallereignis habe

der Beschwerdeführer keine Beschwerden gehabt, weshalb die Gesundheitsschädigung der rechten Schulter auf den Unfall zurückzuführen sei (vgl. Urk. 9/24, Urk. 9/37/5, E. 3.4-5),

vermag dies nicht zu überzeugen. So ist im Geltungsbereich von Art. 6 Abs. 1 UVG die natürliche Vermutung, wonach Beschwerden unfallbedingt sein müssen, wenn eine vorbestehende Erkrankung bis zum Unfall schmerzfrei war, unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich unzulässig (Formel «post hoc ergo propter hoc», vgl. dazu SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34, insb. E. 4.2; BGE 119 V 335 E. 2b/bb, Urteile des Bundesgerichts

8C_590/2007 vom 6. Oktober 2008 E. 7.2.4, 8C_46/2010 vom 26. April 2010 E. 4.3 und 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). Dies gilt ebenso im Falle einer unfallähnlichen Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG, bei welcher zwar wie erwähnt kein unfallähnliches sinnfälliges Ereignis vorausgesetzt ist, wohl aber ein initiales erkennbares und benennbares Ereignis (E. 4.3).

Des Weiteren führte Dr. B.____

den Riss mit hoher Wahrscheinlichkeit auf einen Sturz am 11. Mai 2019 zurück (vgl. Urk. 9/24, Urk. 93/37/6). Der Beschwerdeführer gab kohärent an, beim Befestigen und Sichern der Ladung bei der Benutzung eines Spannsatzes sich eine Zerrung zugezogen respektive ein Knacken in der linken Schulter vernommen zu haben (vgl. Urk. 9/1, Urk. 9/12). Von einem Sturz, bei welchem somit eine gewisse Kraft einwirkung auf die Schulter vorgelegen hätte, war nie die Rede. Dr. B.____ ging schliesslich davon aus, dass ein eindeutiger Beleg, ob die vorhandenen Schäden nun degenerativ oder unfallbedingt entstanden seien, nicht geben sei. Er folgerte aber – vor dem Hintergrund des von ihm angenommenen Sturzes, welcher jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht stattgefunden hatte – dass mit hoher Wahrscheinlichkeit die Schäden als Unfallursache anzusehen seien (Urk. 9/37/5-6).

Weiter setzte sich Dr. B.____ auch nicht mit der eingehenden Begründung über die degenerative Ursache der Schädigung von Dr. Z.____ auseinander.

Dieser zeigte auf – was durch die von Kreisarzt Dr. A.____ im Nachgang zum Vorliegen des Schreibens von Dr. B.____ vom 11. März 2020 (E. 3.5) erstellten

orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 8. Juni 2020 (Urk. 9/60) bekräftigt wird

, dass die Befunde (Akromionosteophyten, AC-Gelenksarthrose, Tendinopathie der Rotatorenmanschette, Luxation der langen Bizepssehne, fettige Involution der Muskelbäuche und eine Bursitis subacromialis) sowie die Kontinuitätsunterbrechung an der Prädilektionslokalisation für Verschleiss und das Erreichen des Prädilektionsalters durch den Beschwerdeführer für eine degenerative Ursache sprechen (E. 3.2). Auf diese Begründung ging Dr. B.____ in seinen nachgängigen Stellungnahmen nicht ein

und benannte keine Aspekte, welche bei Dr. Z.____ unberücksichtigt geblieben wären (E. 3.3-3.5). Vielmehr lassen die Äusserungen Dr. B.____s in seinem Operationsbericht vom 27. August 2019 (E. 3.3), dass sich der

Bizepsanker mit deutlicher Degeneration im Sinne einer SLAP III.-IV.-Grades gezeigt habe und die Sehne deutlich degenerativ verändert sei,

im Vergleich mit seinen späteren Einschätzungen, wo er von keinen wesentlichen degenerativen Komponenten

ausging (vgl. Urk. 9/37/5), Ungereimtheiten erkennen.

Die Einschätzung

von Dr. B.____ vermag demnach auch nicht geringe Zweifel an der nachvollziehbaren und schlüssigen Beurteilung von Dr. Z.____ (vgl. E. 4.3 vorstehend) zu wecken. 4.5

Der medizinische Sachverhalt ist erstellt und die vom Beschwerdeführer eventua liter beantragte

orthopädische Begutachtung (Urk. 1 S . 2) erübrigt sich. Weitere entscheidwesentliche Erkenntnisse sind davon nicht zu erwarten (antizipierte Beweis würdigung; BGE 122 V 157 E. 1d).

Damit ist gestützt auf die beweiskräftige ärztliche Einschätzung von Dr. Z.____ mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die frag lichen Listenverletzungen vorwiegend, das heisst im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung zurückzuführen sind. Damit ist der Ent las tungsbeweis der Beschwerdegegnerin erbracht u nd die Vermutung der Leis tungs pflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG umgestossen. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht folglich zu Recht verneint. 5.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 17 . Februar 20 20 erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - 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 Bundes gesetzes 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubMüller

E. 8

) verneinte die Suva

einen Leistungsanspruch mit der Begründung, dass die Beschwerden des Versicherten weder auf einen Unfall noch auf eine unfallähnliche Körperschädigung zurück zuführen seien . Die vom Versicherten am 18 . Oktober 2019 (Urk. 9/ 46) erhobene Einsprache wies die Suva mit Entscheid vom 17. Februar 2020 ab (Urk. 2). 2.

Gegen den Einspracheentscheid vom 17 . Februar

2020 erhob der Versicherte am 19 . März 20 20 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte, dieser sowie die Verfügung vom 19. September 2019 seien aufzuheben und es seien ihm als Folg e des Unfall ereignisses vom 11. Mai 2019 die gesetzlichen Leistungen gemäss dem Bundes gesetz über die Unfallversicherung (insbesondere Heilbehandlungskosten) bis zum Erreichen des medizinischen Endzustandes, welcher noch zu ermitteln sein werde,

auszurichten. Eventualiter sei ein neutrales, orthopädisches Gutachten auf Kosten der Beschwerdegegnerin anzuordnen (S. 2). Zudem reichte der Beschwerdeführer ein aktuelles Schreiben des behandelnden Arztes vom 11. März 2020 ein (Urk. 3/3). Die Beschwerdegegnerin legte das nachgereichte Schreiben Kreisarzt Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vor und schloss auch gestützt auf dessen orthopädisch- chirurgische Beurteilung vom 8. Juni 2020 (Urk. 9/60) in ihrer Beschwerde Antwort vom 18. Juni 2020 (Urk. 8) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 26. Oktober (Urk. 14) hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (S. 2). Am 26. November 2020 (Urk. 17) verzichtete die Beschwerdegegnerin auf Duplik, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 30. November 2020 (Urk. 18) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 9

verursacht worden sei, weil die Beschwerden nach diesem Ereignis aufgetreten seien. Weiter bedeute - gemäss der Klassifikation der fettigen Muskeldegeneration nach Gouttaller

- der Grad II bereits eine deutliche fettige Infiltration, wobei noch mehr Muskel als Fett vorhanden sei. Zudem habe sich in der MR- Arthrographie vom 15. Juli 2019 auch eine AC-Gelenksarthrose gezeigt. Bei einer solchen handle es sich um eine durch Verschleiss und Abnutzung bedingte degenerative Erkrankung (S. 6-9 Ziff. 7 ; vgl. auch die Beschwerde Antwort [Urk. 8 Ziff. 7.1]).

Mit Beschwerdeantwort (Urk. 8) ergänzte die Beschwerdegegnerin, nachdem sie das vom Beschwerdeführer mit der Beschwerde eingereichte aktuelle Schreiben des behandelnden Arztes vom 11. März 2020 (Urk. 3/3) Kreisarzt Dr. A.____ vorgelegt hatte (vgl. Urk. 9/60), dieser sei in seiner Würdigung zum Schluss gekommen, dass das Vorliegen einer Listendiagnose zu verneinen sei und die Veränderung am linken Schultergelenk des Beschwerdeführers vorwiegend und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Degeneration beruhe (Urk. 8 Ziff. 7.3). Die Einschätzung des behandelnden Arztes vermöge keinen Zweifel an den kreisärztlichen Einschätzungen von Dr. Z.____ und Dr. A.____ zu erwecken. Es sei auf diese abzustellen (Ziff. 7.4-7.5). Es lägen kein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG und keine Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 ATSG vor. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) und seiner Replik (Urk. 14) geltend, Dr. B.____ widerspreche sich nicht. Er habe einleuchtend festgehalten, dass es keinen eindeutigen Beleg gebe, ob die Schäden degenerativ oder unfallbedingt seien. Die Angaben von Dr. B.____ seien schlüssig und überzeugend. Sie vermöchten zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit

der versicherungsinternen Feststellungen von Dr. Z.____ hervorzurufen. Ohne dass die Berichte von Dr. B.____ einem unabhängigen Spezialisten vorgelegt worden seien, könne nicht allein mit juristischen Argumenten (Hinweis auf post hoc ergo propter hoc-Argument und Hinweis auf die auftragsrechtliche Stellung von behandelnden Ärzten) und basierend auf einem kreisärztlichen Bericht überzeugend behauptet werden, die Gesundheitsbeschwerden seien über 50 % abnutzungsbedingt (Urk. 1 S. 6-8, Urk. 14 S. 3 f.). 3.