

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00214**

## **vom 9. Dezember 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-12-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2020.00214](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00214)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00214 du 9 décembre 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00214 del 9 dicembre 2021

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

4. April 2020 Einsprache (Urk. 10/140 und Urk. 10/145 - 146). Im Rahmen des Einspracheverfahrens reichte der Versicherte weitere medizinische Berichte zu den Akten (Urk. 10/150-158). Mit Einspracheentscheid vom 17. August 2020 wies die Suva die dagegen erhobene Einsprache ab (Urk. 2).

#### **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 den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Dazu zählen insbesondere Muskelzerrungen (lit. e) und Sehnenrisse (lit. f).

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

#### **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**

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) 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. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_75/2016 vom 18. April 2016 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 2.1).

### **E. 1.5**

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. 1.6**

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinerner 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 Beweismwürdigung 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**

Am 17. September 2020 erhob X.\_\_\_\_ Beschwerde und beantragte, es sei ihm unter Aufhebung

des angefochtenen Einspracheentscheidens vom 17.

August 2020 die gesetzlichen Leistungen auszurichten, eventualiter sei die Sache zur Vornahme von weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen, subeventualiter sei ein Gerichtsgutachten zu veranlassen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um einen zweiten Schriftenwechsel (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 19. November 2020 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Mit Verfügung vom 8. Dezember 2020 wurde dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt und auf die Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels verzichtet (Urk. 11). Mit Eingabe vom 23. Dezember 2020 und vom 29. Januar 2021 reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Berichte zu den Akten (Urk. 12-17). Mit Eingabe vom 22.

Februar 2021 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Anträgen fest (Urk. 18), was dem Beschwerdeführer am 11. März 2021 mitgeteilt wurde (Urk. 19).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid damit, dass keine unfallbedingten, organisch hinreichend nachweisbaren Beschwerden bestünden. Die kreisärztliche Beurteilung

von C.\_\_\_\_, Facharzt Chirurgie, vom 31. Juli 2019 erweise sich vor dem Hintergrund der aktenkundigen ärztlichen Berichte samt bildgebenden Befunden als gut nachvollziehbar und schlüssig. Es lägen eine Vielzahl medizinischer Berichte und Befunde im Recht, womit der rechtserhebliche Sachverhalt interdisziplinär abgeklärt worden sei. Dabei widerspreche kein medizinischer Bericht der kreisärztlichen Beurteilung. Nichts anderes gehe namentlich auch aus dem vom Beschwerdeführer mit Eingabe vom 14. April 2020 eingereichten Bericht von Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 27.

März 2020 hervor.

Verhärtungen, Verspannungen und Tonuserhöhungen der Muskulatur, Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit, sonstige Bewegungseinschränkungen und Druckdolenzen stellten kein organisch ausgewiesenes Substrat der Beschwerden dar. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen könne erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt worden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt seien. Hinsichtlich des von Dr. med. E.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_ diagnostizierten Reiz- und

sensiblen Ausfallsyndroms sowie des motorischen Ausfallsyndroms C7 sei festzuhalten, dass ein Syndrom nicht einen bestimmten Befund kennzeichne, sondern lediglich in beschreibender Weise ein Beschwerdebild charakterisiere, ohne eine Aussage über die dahinterstehenden

Befunde zu machen. Ein organisch nachweisbares Korrelat sei damit jedenfalls nicht auszuweisen. Die vom Beschwerdeführer

geschilderten

Leiden (Schmerzausstrahlung, Taubheitsgefühl, Kribbelparästhesien) könnten keinem unfallrelevanten organischen Korrelat zugeordnet werden. Darüber hinaus sei das zur Diskussion stehende Ereignis aufgrund des Hergangs als leichter Unfall einzuordnen. Damit sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und den nicht objektivierbaren

Unfallfolgen zu verneinen und es entfalle damit eine Leistungspflicht der Suva für die selben Beschwerden (Urk. 2 S. 9 ff.).

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, sämtliche Fachberichte wie der Operationsbericht vom 19. November 2018 sowie die fachärztlichen Berichte vom 3. April 2019 und vom 16. August 2019 gingen von einer traumatischen Verletzung der HWS aus. Er leide noch immer an exzessiven Schmerzen im Schulterbereich. Gemäss aktuellem Bericht vom 11. Mai 2020 liessen sich die starken Beschwerden mit der diagnostizierten Sehnenruptur

erklären. Diese ergebe sich aus der Bildgebung vom 8. Mai 2020,

die als

transmurale Ruptur bisher nicht diagnostiziert worden sei, was an der bisher vorliegenden schlechten Bildgebung oder falschen Auswertung liegen könne. Hinzu kämen die zervikalen Ausfälle, welche noch immer im Zusammenhang mit der HWS-Verletzung stünden. Der für die Beschwerdegegnerin stellungnehmende Arzt habe den Zusammenhang beider Verletzungen verkannt. Die Diskushernie werde als nicht unfallkausal von

der Prüfung ausgeschlossen. Dem hierzu stellungnehmenden Arzt werde die Befähigung zu einer solchen Stellungnahme abgesprochen. Er sei weder Radiologe noch Neurochirurg. Es sei daher bei der Unfallkausalität auf die fachärztliche Einschätzung des operierenden Neurochirurgen vom 19. November 2018 abzustellen. Dieser beurteile gemäss dem beiliegenden Bericht eine posttraumatische Verletzung. Die verfügte Leistungseinstellung sei damit ohne hinreichende Abklärung des medizinischen Sachverhalts bzw. in Verkennung der medizinischen Zusammenhänge ergangen. Sodann sei der aktuelle Krankheitsverlauf vom stellungnehmenden Versicherungsmediziner bei seiner Beurteilung völlig ausser Acht gelassen worden. Ferner

seien im Einverständnis mit medizinischen Einschätzungen zitiert worden, die nicht mehr dem aktuellen wissenschaftlichen Stand zum « failed

back

surgery »- Syndrom entsprächen (Urk. 1 S. 4).

### **E. 3**

1. Oktober 2018

stellte der in der Schweiz

am 22. Oktober 2018 erstbehandelnde Arzt und zugleich Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, die Diagnose einer Zerrung der Supraspinatus - und Subscapularissehne sowie eine r aktivierte n AC-Gelenksarthrose. Beim Schwimmen habe der Beschwerdeführer plötzlich

heftige

Schmerzen im linken Schultergelenk verspürt. Die Beweglichkeit sei in allen Ebenen stark durch Schmerzen eingeschränkt. Es bestehe eine Druckdolenz im AC-Gelenk und Supraspinatus sowie eine Taubheit Dig. 2 und medial 3 an der rechten Hand (richtig: linke n Hand). Er verordnete dem Beschwerdeführer eine konservative Behandlung mit Physiotherapie sowie Schmerzmittel und attestierte ihm ab dem 22. Oktober 2018 eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/7 S. 2).

#### **E. 3.1**

1

Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ der Wirbelsäulenchirurgie des Zentrums M.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 27. März 2020 folgende Diagnosen: - Persistierendes Schulter-Arm-Syndrom bds. linksbetont mit/bei:

- HWS-/Schulterdistorsion nach Tauchunfall am 15.10.2018 - St. n. Spondylodese C6/7 bei Diskushernie C6/7 links am 19.11.2018 - St. n. Schulterarthroskopie links mit Gelenkkörperentfernung subacromial und Bursektomie und AC-Gelenksresektion sowie subpectorale LBS-Tenodese 02/2020 (richtig: 02/2015) - St. n. AC-Gelenksinfiltration am 27.6.2019 (ohne Ansprechen)

In der umfangreichen Abklärung könne eine persistierende Radikulopathie als Ursache der ausstrahlenden Armschmerzen weitgehend ausgeschlossen werden. Ebenso habe ausgeschlossen werden können, dass eine zusätzliche Verletzung des Segments C7/Th1 vorliege, obwohl

sich hier leichte degenerative Veränderungen gezeigt hätten. Insofern könne hieraus keine Unfallkausalität abgeleitet werden. Der vermehrte Knochenumbau im Bereich des eingebrachten Peek-Cages sei auffallend. Bei fehlenden Lockerungszeichen der Schraube könne eine Pseudarthrose nur theoretisch erwogen werden. Im Vordergrund scheine allerdings noch eine schulterchirurgische Abklärung zuzustehen (Urk. 10/146). 3. 1 2

Über diese berichtete

Dr. med. univ. N.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 11. Mai 2020 und erhob gestützt auf die Arthrographie Schulter links vom 8. Mai 2020 folgende Diagnosen: - Gelenksseitiger Riss der Supraspinatussehne im ventralen Drittel links - Leichte Degeneration glenohumeral links - Persistierendes Schulter-Arm-Syndrom bds. linksbetont mit/bei - HWS-Schulter-Distorsion nach Tauchunfall am 15.10.2018: aktuell v.a. Tendinopathie, Partialruptur Subscapularissehne links, AC-Gelenksarthrose links, subakromiales

Impingement - St. n. Schulterarthroskopie links mit Gelenkkörperentfernung subacromial und Burssektomie und AC-Gelenksresektion sowie subpectorale LBS- Tenodese 02/2020 (richtig: 2015) - St. n. AC-Gelenksinfiltration am 27.6.2019 (ohne Ansprechen) - St. n. Spondylodese C6/7 bei Diskushernie C6/7 links am 19.11.2018

Die Schmerzen im Bereich des Schultergelenkes links mit Ausstrahlung bis zum Deltoid-Muskelansatz seien mit der neuen Bildgebung eindeutig erklärbar (Urk.

10/151). 4.

### **E. 3.3**

Im Bericht vom 8. November 2018 des Kantonsspitals B.\_\_\_\_ stellten die Ärzte den Verdacht auf ein radikuläres Reizsyndrom C7 links. Der Beschwerdeführer sei von Dr. A.\_\_\_\_ für ein orthopädisches Konzil

zugewiesen worden. Er habe sich am 15. Oktober 2018 beim Tauchen an einem Stein festgehalten, um den Körper vorwärts zu ziehen. Dabei sei es zu einem

Ziehen in der linken Schulter gekommen. Nach zwei Stunden habe er heftige Schmerzen verspürt, sodass er in Lanzarote ins Spital gegangen sei. Er

habe seit dem Unfall eine Sensibilitätsminderung in Dig 2 und 3 der linken Hand (Urk. 10/101 S. 2-3).

Die gleichtags veranlasste MRT der HWS im Ärztezentrum H.\_\_\_\_ ergab als bildgebende Befunde eine mediane bis foraminale dorsale Diskusprotrusion im Segment HWK 6/7 mit deutlicher recessaler bis foraminaler

Kompression der Nervenwurzel C7 links, bei ansonsten leichter Facettengelenksarthrose (Urk. 10/98).

Am 19. November 2018 fand eine offene ventrale Spondylodese C6/7 nach Dekompression im Kantonsspital B.\_\_\_\_

mit

oro-trachealer

Nachbeatmung statt (Urk. 10/38). Es zeigt sich ein intra- und perioperativ problemloser Verlauf. Die postoperative Röntgenkontrolle ergab eine regelrechte Stellung des Spondylodese materials und es zeigt sich gemäss Austrittsbericht vom 23. November 2018 (Urk. 10/40) kein neues neurologisches Defizit postoperativ. Die Behandlung der Diskushernie C6/7 links wurde von der Beschwerdegegnerin übernommen (vgl. Urk. 10/60).

### **E. 4**

Zu den Schulterbeschwerden befragt, stellte Kreisarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation, vorerst den Geschehensablauf als Unfall in Frage (Urk. 10/26) und hielt Kreisarzt C.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 12. Februar 2019 fest, bei der Verletzung handle es sich um eine Listen diagnose gemäss Art.

### **E. 4.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen zu Recht hinsichtlich der Beschwerden an der HWS per 31. August 2019

und hinsichtlich der linken Schulter per 31. Januar 2020 eingestellt hat, mithin, ob die vom Beschwerdeführer nach wie vor geklagten Beschwerden noch in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Ereignis

vom 15. Oktober 2018 stehen.

#### **E. 4.2**

Vorab ist festzuhalten, dass die Schilderungen des Ereignisses vom 15. Oktober 2018 in der Schadensmeldung (Urk. 10/1) sowie den initialen medizinischen Berichten (E. 3.1, E. 3.2 und E. 3.3.) daran zweifeln lassen, ob ein Unfall im Rechtssinne (E. 1.1) vorliegt.

Hierüber liegen keine zeitnahen Erhebungen durch die Beschwerdegegnerin vor.

Mittlerweile schildert der Beschwerdeführer den Vorgang wie im Bericht der Klinik L.\_\_\_\_ vom 9. September 2019 ausgeführt (E. 3.9). Die fast ein Jahr später diagnostizierte HWS-Distorsion scheint daher auch nicht schlüssig. Festzuhalten bleibt, dass gegenüber dem erstbehandelnden Arzt (E. 3.1) zwei Stunden nach dem Ereignis und gegenüber dem in der Schweiz erstmals aufgesuchten Arzt (E. 3.2) über Schulterschmerzen geklagt wurde. Angesichts der von der Beschwerdegegnerin anerkannten Listerverletzung hinsichtlich der Schulterverletzung links sowie der Übernahme der

Heilbehandlung hinsichtlich der HWS-Beschwerden bis 31. August 2019 kann - wie die nachfolgenden Erwägungen

aufzeigen - die Einordnung des Geschehens offen gelassen werden.

Hinsichtlich der Beschwerden an der HWS ist anzufügen, dass es vorliegend einzig um die Kausalitätsbeurteilung der Diskushernie C6/7 an der HWS zum Unfallereignis vom 15. Oktober 2018 geht und nicht um diejenige einer durch den Unfall ausgelösten möglichen HWS-Distorsion im Sinne eines Schleudertraumas, da der Beschwerdeführer nie über ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild berichtete und insbesondere keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt (BGE 117 V 359 E. 4b). 4. 3

#### **E. 4.3**

.1) nicht zulässig ist. 4. 4 .2

Damit liegen keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahme vor (vgl. E. 1.6).

Nach dem Gesagten

ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Unfall vom 15. Oktober 2018 im Sinn einer Zerrung zu einer vorübergehenden Verschlimmerung führte

und sich der Beschwerdeführer eine Kontusion der Schulter zuzog. 5.

Bei dieser Aktenlage sind von weiteren medizinischen Abklärungen zur Unfallkausalität der Bandscheibenverletzung sowie der linken Schulter keine anders lautenden und/oder weitere entscheidungsrelevante Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 II 427 E. 3.1.3 S. 435 mit Hinweisen).

Demnach ist nicht zu bestanden, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungen per 31. August 2019 bzw. 31. Januar 2020 eingestellt hat. Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich daher 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: - Dextra Rechtsschutz AG - Rechtsanwältin Nadine Linda Suter - 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 HurstWantz

## E. 6

Abs. 2 lit. e UVG, wobei die vorliegende Listendiagnose vorwiegend und mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Es handle sich um eine nicht richtungsgebende Verschlimmerung. Muskelzerrungen

seien im Schulterbereich nach drei Monaten ausgeheilt, dann spiele das Ereignis im weiteren Verlauf keine Rolle mehr. Im vorliegenden Fall werde der Status quo sine spätestens Ende Februar 2019 erreicht (Urteil 10/29). 3. 5

Dr. J.\_\_\_\_, Leitender

Arzt der Wirbelsäulenchirurgie

des Kantonspitals B.\_\_\_\_, erhob in seinem Bericht vom 26. Februar 2019 folgende Diagnosen: - St.

n. ventraler Diskektomie und Fusion C6/7 bei traumatischer Diskushernie C6/7 links am 19.11.2018 - präoperativ leichte Parese C7 in der Untersuchung vom 12.11.2018 - persistierende ausgeprägte Hypästhesie Dermatome C7 links (Dig

II / III) - St. n. Tauchunfall am 15.10.2018 (Lanzarote) - Hiatushernie - V.a. obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

Der Beschwerdeführer sei im Oktober 2018 beim Tauchen verunfallt und habe sich dabei die Diskushernie zugezogen. Er ( Dr. J.\_\_\_\_ ) habe den Beschwerdeführer vier Wochen später gesehen bei refraktären Schmerzen und der nachgewiesenen Pathologie im MRT. Der Beschwerdeführer habe eine ausgeprägte Hypästhesie aufgewiesen, welche auch jetzt noch im linken Arm persistiere

und bis in die Finger 2/3 ziehe. Die Parese habe sich zurückgebildet. Vom Schmerzsyndrom habe er einen « Chida-Punkt »,

ein Hauptproblem seien jedoch vor allem die Dysästhesien. Die Leistungseinstellung der Beschwerdeführerin per 28. Februar 2019 sei ihm unverständlich. Der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall vollkommen beschwerdefrei gewesen und warum er nach dem 1. März 2019 über die jetzigen schweren Dysästhesien klagen sollte, wenn der Unfall nicht geschehen wäre, sei nicht nachvollziehbar. Es sei ein Schaden eingetreten, der nach vier Monaten noch nicht geheilt sei. Der natürliche Heilungsverlauf nach dieser Verletzung bzw. die Rekonvaleszenz nach der Operation sei nach drei Monaten noch nicht abgeschlossen. Es werde hinsichtlich des Entscheids der Suva eine Neubeurteilung empfohlen. Die Rekonvaleszenz nach einer Neurokontusion betrage neun bis zwölf Monate (Urk.

#### **E. 10**

/ 58).

Dr. J. \_\_\_\_

ergänzte im Bericht vom 11. März 2019,

im MRT vom 28. Februar 2019 (richtig: 27. Februar 2019) zeige sich keine Neurokompression mehr, auch keine Spinalstenose. Die Diskushernie sei komplett entfernt worden. Es bestehe auch keine

deutliche

neuroforaminale Enge oder Nervenwurzelkompression in diesem Segment. Es müsse jedoch die Neuro-Regeneration abgewartet werden. Diese dauere neun bis zwölf Monate nach Schadenergebnis und sei im Oktober 2019 als abgeschlossen anzusehen. Ab dann sei von keiner wesentlichen Besserung oder Verschlechterung seitens des Unfalls auszugehen. Ein vorzeitiger Abschluss sei nicht gerechtfertigt (Urk.

10/46). 3. 6

Am 18. März 2019 erfolgte ein MRT der Schulter links im Ärztezentrum H. \_\_\_\_ in K. \_\_\_\_ . Die Befunde wurden als Status nach alter Partialruptur der Subscapularissehne bei durchgehend intakter Infraspinatus - und Supraspinatus sehne sowie mit Hinweisen auf eine diskrete superior-anteriore

Labrumläsion bei Status nach AC-Gelenksresektion ohne Ödem oder Flüssigkeit subakromial in diesem Bereich bewertet (Urk. 10/67). 3. 7

Dr. A. \_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 3. April 2019 folgende Diagnosen auf:

Tauchunfall vom 15.10.2018: - Zervikal: Traumatische Diskushernie C6/7 links - OP vom 19.11.2018: Offene ventrale Spondylodese C 6/7 - Nach Dekompression: linkes Schultergelenk - Zerrung der Supraspinatus - und Subscapularissehne - Vd. a. . SLAP-Läsion - St. n. arthroskopischer Gelenkkörperentfernung, subacromia l er

Bursektomie, AC-Gelenksresektion und mini open Bizepstenodese 2/2015

Der Beschwerdeführer habe beim Tauchen im offenen Meer mit deutlichem Wellengang beim Festhalten an einem Felsen unter Wasser und dem Ausüben einer ungewollten Abwehrbewegung mit Verdrehen von Kopf und Armmuskeln eine Traumatisierung von Halswirbelsäule und linkem Schultergelenk erlitten. Der vorher beschwerdefreie, körperlich streng arbeitende und im metallverarbeitenden Betrieb angestellte Beschwerdeführer habe starke Nackenschmerzen mit Ausstrahlen in den Hinterkopf und die linke Schulter beschrieben.

Die Schulter schmerzen mit Ausstrahlen in den Oberarm

seien nach seinen Angaben zunächst in Ruhe und bei Bewegung, später nur bei Bewegung und Ausüben von Kraft, aufgetreten. Die Beweglichkeit HWS sei anfangs deutlich eingeschränkt gewesen. Seit der Operation habe sich dies gebessert. Es persistierten noch Schmerzausstrahlungen, Kribbelparästhesien und Taubheitsgefühle im linken Arm bis in die Hand. Die Kausalität der Beschwerden (Anamnese, klinische Untersuchung) und Befunde (Röntgen, MRT) sei mit dem Ereignis vom 15. Oktober 2018 gegeben und plausibel. Die Operation an der HWS sei absolut indiziert gewesen. Diese

habe ernsthafte Komplikationen verhindert und die Situation verbessert. Die Regeneration der Nerven sei nach einem solchen Eingriff noch lange nicht abgeschlossen.

Die Situation am linken Schultergelenk sei durch die Operation verstärkt worden. Auch hier sei das Regenerationspotential nicht ausgeschöpft, vor allem,

da der Beschwerdeführer eine körperlich

belastende

Tätigkeit

ausübe (Urk. 10/51) . 3. 8

Zur Frage nach der Unfallkausalität des operierten Schadens an der HWS befragt (Urk. 10/82) hielt Kreisarzt C.\_\_\_\_

nach ergänzter Vorlage der Akten (vgl. Urk. 10/84) am

31. Juli 2019 fest, im MRT-Befund der HWS vom 8. und 21. November 2018 hätten keine Unfallfolgen nachgewiesen werden können. Der Beschwerdeführer sei bereits am 15. Oktober 2018 beim Arzt erschienen, jedoch sei es weder eine HWS-Blockade noch sensomotorische Defizite, sondern nur Schulterschmerzen dokumentiert worden. Taubheitsgefühle seien erstmals von Dr. A.\_\_\_\_ bei der Erstbehandlung vom 22. Oktober 2018 festgehalten worden. Es weise nichts auf ein akutes Halswirbelsäulen (HWS) -Trauma in der ersten Woche, geschweige denn innerhalb der ersten 72 Stunden, nach Unfallereignis hin. Sodann habe sich der Beschwerdeführer bei Dr. A.\_\_\_\_ wegen Schulterschmerzen vorgestellt, was auch erkläre, weshalb initial kein MRT der HWS durchgeführt worden sei, sondern erst knapp vier Wochen nach dem Unfallereignis. Im MRT der HWS vom 8. November 2018 finde sich kein Hinweis auf unfallbedingte Kraftwirkung. Es fänden sich auch weder Zeichen einer stattgefundenen direkten Krafteinwirkung noch einer Br

uise in der HWS, insbesondere nicht zwischen den Segmenten HWS 6 und 7. Des Weiteren fänden sich keine Frakturen, keine Hämatome, keine Bandläsionen an der Wirbelsäule. Das Myelon sei ohne umschriebene Läsionen. Auch intraoperativ habe kein Hinweis auf eine Krafteinwirkung von aussen festgestellt werden können. Zudem seien keine Unfallfolgen, wie Hämatome oder Frakturen erwähnt worden (OP-Bericht vom 19. November 2018). Die Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ vom 3. April 2019 möge an seiner Beurteilung nichts zu ändern, da keine neuen medizinischen Erkenntnisse vorlägen, sondern nur eine post-hoc-ergo-propter-hoc-Argumentation. Bei dem Ereignis vom 15. Oktober 2018 habe es sich überwiegend wahrscheinlich um eine HWS-Distorsion gehandelt. Solche HWS-Distorsionen bei Vorzuständen seien nach allgemeiner Lehrauffassung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sechs Monate nach Unfall als abgeheilt zu betrachten. Der Status quo sine sei dann überwiegend wahrscheinlich erreicht, im vorliegenden Fall

anfangs Mai 2019 (Urk. 10/103). 3. 9

Im Bericht vom 9. September 2019 erhoben die von den Schulterchirurgen konsiliarisch beigezogenen Neurologen der Klinik L.\_\_\_\_

die Diagnose eines

radikulären Reiz- und sensomotorischen Ausfallsyndroms C7 bei St. n. traumatischer Diskusprotrusion C6/7 im Rahmen einer HWS-Distorsion 10/2018. Der Beschwerdeführer berichtet, im Oktober beim Schnorcheln im spanischen Meer von einer Welle erfasst worden zu sein; er habe sich mit der linken Hand an einem Felsvorsprung festgehalten, durch die Wucht der Welle sei aber der Oberkörper nach hinten gerissen worden und der Kopf nach rechts verdreht. Anamnestisch bestünden seit dem Unfall im Oktober 2018 in den linken Arm ausstrahlende Nackenschmerzen mit begleitendem Taubheitsgefühl Dig II und III links. In der klinisch-neurologischen Untersuchung liess sich eine Hypästhesie im Dermatome C7 objektivieren, motorisch fanden sich keine Auffälligkeiten. Das Provokationsmanöver für die HWS fiel negativ aus (Spurling-Zeichen). Elektrophysiologisch fanden sich in der Kennmuskulatur C7 links Zeichen einer akuten und chronischen Denervation bei unauffälligen Nadelmyographien aus der Kennmuskulatur C6 und C5 links. Bei Taubheitsgefühl Dig II und III links erfolgte zum Ausschluss eines Karpaltunnelsyndroms eine Medianus- und Ulnaris-Neurographie links, welche beide normwertig ausgefallen seien. Die genannten Schulterschmerzen wären differentialdiagnostisch im Rahmen einer Beteiligung der pectoralis-Muskulatur im Rahmen der Traktionsschädigung der Nervenwurzel C7 erklärbar. In therapeutischer Hinsicht empfahlen sie eine Dosissteigerung von Lyrica zur Nacht und Fortführung der Physiotherapie zur Stärkung und Detonisierung der paravertebralen Muskulatur. Weitere Verlaufskontrollen seien nicht vorgesehen (Urk. 10/120).

### **E. 15**

Oktober 2018 zurückzuführen sei, in der Figur «post hoc ergo propter hoc», nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Dies ist jedoch beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen

(BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, Urteil des Bundesgerichts 8C\_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1), sofern das Unfallgeschehen – wie hier – keine strukturellen Läsionen an der Wirbelsäule und keine Wirbelkörperfrakturen verursacht hat. Ärztliche Auskünfte, die allein auf dieser Argumentation beruhen, sind beweisrechtlich nicht zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_241/2020 vom 29. Mai 2020 E. 3). Schliesslich legt Dr. J.\_\_\_\_ in keiner Weise dar, aus welchen Gründen, insbesondere unter Darlegung des möglichen biomechanischen Ablaufs und in Korrelation mit den unmittelbar daraufhin geklagten Schmerzen, er von der sicheren Kenntnis auszugehen scheint, dass der Vorfall vom 15. Oktober 2018 eine Diskushernie verursacht haben soll (vgl. E. 3.5). 4. 3 .2

Die Einschätzung von Kreisarzt C.\_\_\_\_ steht insbesondere auch im Einklang mit der höchststrichterlich anerkannten medizinischen Erfahrungstatsache, wonach im Bereich des Unfallversicherungsrechts praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von

besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. So muss eine entsprechende richtungsgebende Verschlimmerung insbesondere auch röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben. Ist die Diskushernie, wie vorliegend, bei stummen degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, liegt eine vorübergehende Verschlimmerung vor. Dies falls

hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann in solchen Fällen das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden. Im Allgemeinen ist bei einer Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule die vorübergehende Verschlimmerung nach sechs bis neun Monaten und bei Vorliegen eines erheblich degenerativen Vorzustandes spätestens nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_ 765/2020 vom 4. April 2021 E. 2.3).

Solange der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat die versicherte Person auch Anspruch auf eine - operative Eingriffe mit einschlies sende - zweckmässige Behandlung (Urteile 8C\_412/2008 des Bundesgerichts vom 3. November 2008 E. 5.1.2).

#### **E. 018**

im Sinn einer Zerrung zu einer vorübergehenden Verschlimmerung führte

und sich der Beschwerdeführer eine Kontusion der Schulter zuzog . Solche Kontusionen seien nach allgemeiner Lehrauffassung nach zwölf Wochen abgeheilt, im vorliegenden Fall spätestens per Ende Januar 2019. Diese medizinische Einschätzung

stimmt mit der Beurteilung der Radiologie G.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2018 (E. 3.2) überein, in welcher die Supraspinatus - und Subscapularissehne bei intakter Infraspinatussehne, degenerativer Veränderung des AC-Gelenks sowie wenig Knochenmarksödem Klavikula als signalalteriert beschrieben wurden,

jedoch keine Rotatorenmanschettenruptur

und kein Riss des Labrums ausgemacht werden konnte

(Urk.

10/7/3). Auch Dr. A.\_\_\_\_ erhob daraufhin im Arzzeugnis vom 31.

Oktober 2018 die Diagnose einer Zerrung der Supraspinatus - und Subscapularissehne sowie einer aktivierten AC-Gelenksarthrose (E. 3.2). Ferner steht ebenfalls die am 18.

März 2019 erfolgte Beurteilung des Ärzteentrums H.\_\_\_\_ keinesfalls in eklatantem Widerspruch dazu (E.

3.6). Die Supraspinatus - und Infraspinatussehne

wurden als intakt beurteilt. Dass von einer möglichen diskreten superior-anterioren Labrumläsion ausgegangen wurde, ist ohne Belang, da sich neben dem MRT vom 24. Oktober 2018 (E. 3.2) auch im MRT vom 8. Mai 2020 des medizinisch radiologischen Instituts O.\_\_\_\_

(Urk.

10/152) kein Hinweis

auf eine SLAP-Läsion findet. Ebenso verhält es sich mit der diagnostizierten

alten Partialruptur der Subscapularissehne, da sich die Sehnen im MRT vom 8. Mai 2020

bis auf die partiell gelenkseitige Rissbildung der Supraspinatussehne intakt darstellen.

Auch Dr. N. \_\_\_ geht davon aus, dass die weiterhin persistierenden Schmerzen in der linken Schulter gut mit dem gelenkseitigen Riss der Supraspinatussehne

im ventralen Drittel zu erklären seien (E. 3.1.2). Daraus ergibt sich, dass sich die Supraspinatussehne

nach dem Unfallereignis vom 15. Oktober 2018 bildgebend

intakt darstellte und keine Ruptur aufwies. Demnach erlitt der Beschwerdeführer an der linken Schulter

überwiegend wahrscheinlich lediglich eine Kontusion im Sinne einer Zerrung, zumal der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen hat; sondern allein entscheidend ist, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil 8C\_68/2019 des Bundesgerichts vom 22. Juli 2019, E. 3.2). Zudem enthalten die Akten keine Indizien, welche die Behauptung des Beschwerdeführers, der Riss der Supraspinatussehne

könnte

aufgrund schlechter Bildgebung oder falscher Auswertung sowie des fehlenden transmuralen Charakters nicht früher diagnostiziert worden

sein (E. 2.2), stützen würden, insbesondere da an der linken Schulter ein Vorzustand nach AC-Gelenkresektion vorliegt. Nichts anderes ergibt sich aus den im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichten (Urk. 13/1-2 und Urk. 16/1-2). Soweit die Ärzte vom P. \_\_\_ oder Dr.

A. \_\_\_ die Unfallkausalität allein aus dem Umstand der prätraumatisch fehlenden Beschwerden ableiten wollen, ist anzumerken, dass die Argumentation nach der Formel «post hoc ergo propter hoc» (E.

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