

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00252 vom 16. April 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-04-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00252

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00252 du 16 avril 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00252 del 16 aprile 2021

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). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Abs. 2): Knochenbrüche (lit . a), Verrenkungen von Gelenken (lit . b), Meniskusrisse (lit . c), Muskelrisse (lit . d), Muskelzerrungen (lit . e), Sehnenrisse (lit . f), Bandläsionen (lit . g) und Trommelfellverletzungen (lit . h). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (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 Überwiegen der Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76).

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

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

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 An stellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versiche rungs träger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangen heit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungs fall 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 versicherungs inter nen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzuneh men (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 6. November 2020 Beschwerde gegen den Einspra che entscheid vom 7. Oktober 2020 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und die Streitsache sei zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 18. November 2020 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Begründung des angefochtenen Ein spracheentscheid s (Urk. 2) im Wesentlichen auf die Stellungnahmen ihres bera tenden Arztes Dr. Z.____ vom 31. August 2020 (nachstehend E. 3.7) und insbe son dere vom 22. September 2020 (nachstehend E. 4.3). Dieser sei zum Schluss ge kommen, dass die unfallka usale Kontusion des Schulterreck (AC)-Gelenks bei vorbestehender AC-Arthrose und die posttraumatische Bursitis subacro mialis /

subdeltoidea bei der Untersuchung am 17. Juni 2020 abgeheilt gewesen seien. Die am 1. September 2020 intraoperativ festgestellte SLAP-Läsion II-III könne hingegen nicht auf den Unfall vom 6. Februar 2020 zurückgeführt werden. Eine direkte Kontusion der Schulter sei nicht geeignet, eine SLAP-Läsion oder eine Läsion der langen Bizepssehne zu verursachen (S. 3 f.) . Unfallbedingt könne eine SLAP-Läsion durch einen plötzlichen Druck oder Zug auf die vorgespannte Bizepssehne entstehen, wobei ein sofort einschliessender Schmerz charakteristisch sei. Da der Beschwerdeführer etwa mit Hinweis auf die trainingsbedingte Brady kardie sehr sportlich sei, erscheine eine degenerative Problematik an der linken Schulter nicht unwahrscheinlich (S. 5 Mitte).

Es sei davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein zuvor stummer Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden sei. Somit seien Leistungen nur für die unmittelbar mit dem Unfall zusammenhängenden Schmerzen zu erbringen, und dies abgestellt auf die Akten und die Beurteilung von Dr. Z.____ bis am 17. Juni 2020 (S. 6 unten).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), es bestünden massive Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilungen des versiche rungsinternen Arztes Dr. Z.____ , dies umso mehr, als er sich noch selber habe korrigieren müssen. Falsch sei angesichts der intraoperativ festgestellten Schädi gung dessen Behauptung, dass keine Instabilität der langen Bizepssehne ausge wiesen sei. Zudem habe der behandelnde Dr. A.____ bereits mündlich er wähn t, dass die SLAP-Läsion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen sei (S. 5 Mitte Ziff. 5). Da somit eine neutrale und schlüssige Beurteilung der natürlichen Kausalität fehle, sei die Streitsache zur orthopä dischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 5 f. Ziff. 5).

Mit der Replik (Urk. 8) reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme seines behandelnden Arztes Dr. A. ___ ein (Urk. 9). Dieser gehe aufgrund der klinisch präoperativ deutlich nachweisbaren belastungsabhängigen Schmerzen in Korrelation mit der intraoperativen Bildgebung von einem unfallbedingten Zustand aus, wobei er die Bilder als Beweismittel offeriere (Urk. 8 S. 2 unten). Diese hätten Dr. Z. ___ bei seiner Beurteilung gerade nicht vorgelegen, weshalb er die Unfallkausalität nicht fundiert habe prüfen können. Es sei ihm keine vollständige Dokumentation vorgelegen, womit die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine schlüssige Beurteilung eines Experten nicht erfüllt seien. Angesichts der schlüssigen Kausalitätsbeurteilung durch Dr. A. ___ bestünden sodann arge Zweifel an den Beurteilungen durch Dr. Z. ___ (S. 3).

E. 2.3

In der Duplik (Urk. 12) wies die Beschwerdegegnerin darauf hin, die in diesem Stand des Verfahrens vorgelegte Unfallkausalitätsbestätigung des behandelnden Arztes im Auftrag des Beschwerdeführers sei entsprechend zu würdigen (S. 2 unten Ziff. 2). Dr. A. ___ sei zudem offenbar nicht bekannt, dass die Beschwerden an der Schulter gemäss Akten erst am 20. Februar 2020 aufgetreten seien. Der zeitliche Zusammenhang mit dem Unfall fehle, weshalb mit Dr. Z. ___ eine schleichende degenerative Entwicklung der Schulterbeschwerden im Vordergrund stehe (S. 3 oben Ziff. 2). Auch hinsichtlich Unfallmechanismus scheine Dr. A. ___ nicht genau informiert zu sein, denn aktenkundig sei eine Kontusion, nicht eine Distorsion oder Stauchung (S. 3 Mitte Ziff. 2).

E. 2.4

Streitig ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den 17. Juni 2020 hinaus. Einer näheren Prüfung zu unterziehen ist insbesondere die Frage nach einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen nach diesem Zeitpunkt weiter bestehenden Beschwerden in der linken Schulter und dem versicherten Unfallereignis vom 6. Februar 2020. Zu klären ist dabei auch, ob die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt genügend abgeklärt hat.
3. 3.1

Gemäss Bagatellunfall-Meldung vom 10. Februar 2020 (Urk. 6/2) sei es am 6. Februar 2020 zirka um 6. 30 Uhr 200 Meter vor dem Gubrist -Tunnel Richtung Bern auf der linken Überholspur zu einer Massenkarambolage gekommen. Ein erstes Auto habe eine Vollbremsung unternommen, ebenso der Beschwerdeführer im zweiten Auto. Er sei vor dem ersten Auto zum Stillstand gekommen, worauf das dritte Auto auf sein Fahrzeug gekracht und ihn in das erste Auto geschoben habe. Schliesslich sei ein viertes Auto in das dritte gekracht und habe alle noch einmal in das erste Auto geschoben (Ziff. 6). Absenzen im Betrieb hätten sich keine ergeben (Ziff. 6). Der Beschwerdeführer habe ein Schleudertrauma erlitten, betroffen seien

Schultern, Nacken und Kopf (Ziff. 9). 3.2

Dr. med. B. ___ , Praktische Ärztin und Fachärztin für Chirurgie, nannte in der Verordnung zur Physiotherapie vom 6. Februar 2020 (Urk. 6/22.3) als Diagnose eine Halswirbelsäule (HWS)-Distorsion nach Auffahrunfall. Als physiotherapeutische Massnahmen verordnete sie eine Analgesie und Triggerpunktbehandlung. 3.3

Dr. med. C. ___ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 20. Februar 2020 (Urk. 6/16.9-10 = Urk. 6/22.18-19) folgende Diagnosen (S. 1 oben): - Schulterverletzung nach Auffahrunfall von hinten am 6. Februar 2020 - klinisch Verdacht

auf Sehnenaustriss am Processus

coracoideus links, Differentialdiagnose (DD) Bizepssehne , DD Pectoralissehne , DD Fraktur, DD Zerrung - HWS-Distorsion vom 6. Februar 2020

Zur Anamnese hielt er fest, drei Tage nach der letzten Konsultation habe sich ein blauer Fleck an der linken Schulter gezeigt, dann zunehmend auch Schmerzen in der linken Schulter beim Heben (S. 1 oben). Konventionellradiologisch sei keine Fraktur abgrenzbar, der Processus

coracoideus und der Humeruskopf seien intakt. Es sei eine Magnetresonanztomographie (MRI) der linken Schulter vorzunehmen mit der Frage nach einem Sehnenaustriss oder einer Fraktur am Processus

cora coideus (S. 1 unten). 3.4

Dr. med. D.____ , Facharzt für Radiologie, hielt in seinem Bericht zur Magnetresonanz(MR)- Arthrografie der linken Schulter vom 25. Februar 2020 (Urk. 6/15 = Urk. 6/16.4 = Urk. 6/16.8 = Urk. 6/22.13 = Urk. 6/22.17) fest, d er Befund spreche für eine AC-Gelenkskontusion mit Knochenmarködem am latera len Klavikulaende und am Acromion . Es zeige sich eine deutliche Auftreibung der Kapsel und ein konsekutives subakromiales

Impingement . Sodann bestehe eine Diskontinuität im antero superioren Labrum, vom Aspekt her eher einem subpleuralen

Foramen als einer SLAP-Läsion entsprechend. 3.5

Dr. B.____ (vorstehend E. 3.2) hielt im Überweisungsbericht vom 2. April 2020 (Urk. 6/16.6-7 = Urk. 6/22.15-16) an Dr. E.____ (nachstehend E. 4.1) fest, der Patient habe seit dem Unfall anamnestisch gleichbleibende Schulterprobleme . Der Unfall liege nun zwei Monate zurück, die Beschwerden würden aber auch unter intensiver Physiotherapie nicht besser (S. 1 Mitte). Aufgrund der doch ausgeprägten Schmerzen werde der Patient mit der Frage nach einer allfälligen Opera tionsindikation bei im MRI bestehendem Verdacht auf eine SLAP-Läsion über wiesen (S. 1 unten). 3.6

Dr. med. F.____ und Dr. med. A.____ , Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik G.____ , nannten im Bericht vom 19. August 2020 (Urk. 6/9 = Urk. 6/22.4-5) folgende Diagnose (S. 1 oben): - posttraumatische instabile lange Bizepssehne Schulter links bei - Zustand nach Autoauffahrunfall am 6. Februar 2020

Der Patient sei Linkshänder, arbeite im Büro und sei sportlich extrem aktiv. Das Arthro -MRI der linken Schulter vom 25. Februar 2020 habe einen fraglichen Buford-Komplex und eine intakte Rotatorenmanschette ergeben sowie eine ge ringe Ablösung des cranialen Limbus (S. 1 unten). Die posttraumatisch instabile lange Bizepssehne verunmögliche eine sportliche Aktivität nahezu. Es werde die Durchführung einer Schulterarthroskopie verbunden mit einer subpectoralen

Tenodese der langen Bizepssehne empfohlen (S. 2). 3.7

Dr. med. Z.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Trauma tologie des Bewegungsapparates, Ve rtrauensarzt der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Stellungnahme vom 31. August 2020 (Urk. 6/17 = Urk. 6/22.20-22) aus, die Kontusion des

AC-Gelenks der linken Schulter sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal. Der Status quo sine sei 3 Monate nach dem Ereignis erreicht worden. Unfallfremd sei das Impingement -Syndrom der linken Schulter bei AC-Arthrose und Akromion Typ Bigliani IV. Im Arztbericht vom 19. August 2020 werde klinisch eine Instabilität der langen Bizepssehne postuliert; im MRI vom 25. Februar 2020 fänden sich ausser der Kontusion des AC-Gelenks keine überwiegend wahrscheinlich unfallkausalen strukturellen Körperschädigungen, insbesondere keine Pathologie der langen Bizepssehne und keine Pathologie im Bereich der kranialen Subscapularissehne oder des Pulley als mögliche Ursache der Instabilität der langen Bizepssehne (LBS; S. 2 Ziff. 1-3). Somit könne für die geplante Operation vom 1. September 2020 keine Kostengutsprache erteilt werden, da der Eingriff nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 6. Februar 2020 zurückzuführen sei. Denn die als Operationsindikation postulierte Instabilität der langen Bizepssehne sei bildgebend nicht nachgewiesen. Die aktuellen Beschwerden seien verursacht durch das unfallfremde Impingement -Syndrom der linken Schulter bei AC-Arthrose und Akromion Typ Bigliani IV (S. 3 Ziff. 4). 4. 4.1

Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, liess der Beschwerdegegnerin mit Bericht vom 16. September 2020 (Urk. 6/33 = Urk. 6/35.12-13) die bisherigen Einträge in der Krankengeschichte zukommen.

Am 15. April 2020 notierte Dr. E.____, er führe die ausgeprägten Schulter schmerzen links aktuell eher auf die Bursitis subacromialis zurück als auf die Bizepssehne. Im Arthro -MRI der linken Schulter zeige sich eher ein sublabrales

Foramen als eine SLAP Läsion (S. 1 unten).

Am 17. Juni 2020 hielt er fest, an der linken Schulter sei kein Impingement mehr auslösbar, jedoch nach wie vor deutlich positive Bizepszeichen. Der Ultraschall zeige ein unauffälliges AC-Gelenk, eine intakte lange Bizepssehne, keine Subluxationstendenz bei Anspannung gegen Widerstand, eine intakte Rotatorenmanchette und eine nur noch ganz minimal verdickte Bursa subacromialis. Angesichts der klinisch nach wie vor sehr eindeutigen Bizepszeichen erfolge eine Infiltration an der langen Bizepssehne (S. 2 Mitte).

Am 14. Juli 2020 notierte Dr. E.____, im Bereich der linken Schulter sei durch die Infiltration eine Besserung von zirka 30 bis 40 % eingetreten. Beim O'Brien Test habe es ein massives schmerzhaftes Schnappen gegeben, das am ehesten einer Subluxation der langen Bizepssehne entspreche. Zusätzlich habe sich im MRI auch eine mögliche SLAP-Läsion gezeigt, DD sublabrales

Foramen (sublabral hole). Es werde eine Abklärung bei Dr. A.____ im Hinblick auf eine allfällige operative Sanierung empfohlen (S. 2 unten). 4.2

Dr. A.____

(vorstehend E. 3.6) dokumentierte mit Operationsbericht vom 1. September 2020 (Urk. 6/28.10-11 = Urk. 6/35.10-11) den an diesem Tag statt geübten Eingriff. Dieser habe eine Arthroskopie links, eine subacromiale

Bursektomie und sehr sparsame Acromioplastik, eine Tenotomie der Biceps

longus Sehne, eine subpectorale

Tenodese der Biceps

longus Sehne über einen Endobutton und eine postoperative Analgesie umfasst (S. 1 oben). Genannt wurden folgende Diagnosen (S. 1 oben): - instabile lange Bizepssehne Schulter links bei SLAP-Läsion II-III bei ausserdem bestehendem Buford-Komplex - Status nach Auffahrunfall am 6. Februar 2020 - trainingsbedingte Bradykardie

Der Limbus glenoidalis sei im anterocranialen Quadranten nicht ausgebildet, dafür bestehe ein sehr verbreitertes Ligamentum glenohumerale

medius, welches direkt an den kranialen Limbus übergehe. Dieser sei von 12 bis zirka 2 Uhr abgelöst. Der Ursprung der Bizeps longus Sehne, der daran fixiert sei, sei ebenfalls locker (S. 1 unten). Die Befunde seien mit dem Tasthaken verifiziert worden. Der craniale Limbus glenoidalis könne vom Glenoidrand bis 2 Uhr abgehoben werden. Dies sei eine instabile Situation für die lange Bizepssehne. Man habe sich zur Bizepsstenotomie und Tenodesese entschieden (S. 2 oben). 4.3

Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.7) führte in seiner Stellungnahme vom 20. September 2020 (Urk. 6/36) aus, anlässlich der Operation vom 1. September 2020 sei die Subluxation der LBS nicht bestätigt worden, sondern es habe sich als intraartikulärer Befund lediglich eine SLAP-Läsion II-III bei vorbestehendem Buford-Komplex gefunden. Unfallkausal seien eine Kontusion des AC-Gelenks bei vorbestehender AC-Arthrose und eine posttraumatische Bursitis subacromialis / subdeltoidea. Diese Läsionen seien bei einer Untersuchung am 17. Juni 2020 abgeheilt gewesen, für sie sei entsprechend der Status quo ante an diesem Tag eingetreten (S. 3 Mitte).

Der Unfallmechanismus vom 6. Februar 2020 (direkte Kontusion der Schulter) sei nicht geeignet gewesen, eine SLAP-Läsion oder eine Läsion der langen Bizepssehne zu verursachen. Die Bizepssehnen-Beschwerden seien erstmals am 15. April 2020 eindeutig dokumentiert (positiver Palm-Up-Test). Die SLAP-Läsion sei mit überwiegender Einschränkung vorbestehend und nicht kausal zum Ereignis vom 6. Februar 2020. Die Beschwerden der langen Bizepssehne seien eine Folge dieser vorbestehenden SLAP-Läsion. Durch das Ereignis könne eine vorübergehende, nicht richtungsweisende Verschlechterung dieser Beschwerden akzeptiert werden. Auch für sie könne indes spätestens am 17. Juni 2020 das Erreichen des Status quo sine festgelegt werden. Die Behandlung der Beschwerden an der linken Schulter ab 17. Juni 2020, einschliesslich des Eingriffs vom 1. September 2020, hätten ausschliesslich der Behandlung des Vorzustandes gedient und seien nicht mehr unfallkausal (S. 3 unten). 4.4

Dr. A.____ (vorstehend E. 3.6) erstattete am 10. Dezember 2020 seine ärztliche Stellungnahme zuhanden des Beschwerdeführers (Urk. 9). Dabei führte er aus, der Patient habe am 6. Februar 2020 schlagartig eine Stauchung und Distorsion der linken Schulter erlitten, als er versuchte habe, sich durch den Schock mit der linken Hand abzufangen (S. 1 oben). Eine am 25. Februar 2020 durchgeführte

Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter habe einen deutlichen Flüssigkeitseintritt unter den antero

cranialen sowie cranialen und posterioren Limbus glenoidalis bei fraglich fehlendem Limbus glenoidalis im antero

cranialen Quadranten gezeigt (Buford-Komplex; S. 1 Mitte). Anlässlich der Schulterarthroskopie links vom 1. September 2020 habe sich intraoperativ das Bild eines Cord-Like-Ligamentums glenohumerale

medius bei fehlendem Limbus glenoidalis im antero

cranialen Quadranten gezeigt. Ausserdem habe eine komplette Ablösung des Limbus glenoidalis

cranial und cranio

posterior von 11 bis 2 Uhr (SLAP II-III) bestanden. Der Limbus glenoidalis wie auch die Biceps

longus Sehne vor dem Eingang in den Sulcus

bicipitalis seien stark entzündlich infiltriert. Dies sei das intraoperative Bild eines traumatisierten Buford-Komplexes gewesen (S. 1 unten).

Es sei bekannt, dass bei einem Buford-Komplex der antero

craniale Limbus glenoidalis relativ locker mit dem Glenoid verbunden sei. Typischerweise komme es aber bei Zerrungstraumata der langen Bizepssehne oder Schulterdistorsion zu einer Ausweitung der Limbusläsion, was dann die typischen belastungsabhängigen Schmerzen verursache.

In Anbetracht dieser Situation in Korrelation mit der intraoperativen Bildgebung liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein unfallbedingter Zustand vor (S. 2). 5.

E. 5

Da der Operationstermin auf den 1. September 2020 angesetzt worden war, hatte Dr. Z. ___ bereits am 31. August 2020 relativ kurzfristig seine erste Kausalitätsbeurteilung vorzunehmen (vorstehend E. 3.7). Zu diesem Zeitpunkt lagen ihm der Auszug aus der Krankengeschichte von Dr. E. ___ (vorstehend E. 4.1) und der Operationsbericht vom 1. September 2020 (vorstehend E. 4.2) noch nicht vor. Entsprechend war es entgegen der Beschwerdegegnerin mit der damaligen Aktenlage in Einklang, dass Dr. Z. ___ festhielt, die postulierte Instabilität der langen Bizepssehne sei bildgebend nicht nachgewiesen. Dass er seine Beurteilung dann am 20. September 2020 anpasste beziehungsweise «korrigierte», nachdem ihm die oben erwähnten Berichte vorgelegt worden waren, spricht entgegen dem Beschwerdeführer ebenfalls nicht gegen, sondern für ihn und die Überzeugungskraft seiner zweiten, nunmehr abschliessenden Beurteilung.

Zwar unterliegt die Beschwerdegegnerin einer Ungenauigkeit, wenn sie argumentiert, die Beschwerden an der Schulter seien gemäss Akten erst am 20. Februar 2020 aufgetreten (vorstehend E. 2.3). Richtig ist, dass am besagten Datum ein Bericht des Allgemeinarztes Dr. C. ___ erging (vorstehend E. 3.3), welcher indes zur Anamnese festhielt, «drei Tage nach der letzten Konsultation» habe sich ein blauer Fleck an der linken Schulter gezeigt, dann zunehmend auch Schmerzen in der linken Schulter beim Heben. Nichtsdestotrotz ist der Beschwerdegegnerin darin zuzustimmen, dass es an einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang der Beschwerden mit dem Unfall fehlt, was

ebenso den Schluss auf eine schleichende degenerative Entwicklung stützt wie die offenbar «extreme» sportliche Aktivität des Beschwerdeführers (vorstehend E. 3.6), worauf denn auch die Beschwerdegegnerin zu Recht hinwies (vorstehend E. 2.1). So oder anders ist der Verlauf der Beschwerden durchaus stimmig mit der Beurteilung durch Dr. Z. ___ (vorstehend E. 4.3), gemäss welcher eine vorübergehende Verschlechterung der durch die vorbestehende SLAP-Läsion ausgelösten Beschwerden akzeptiert werden könne. Dass der

Status quo sine

vel ante am 17. Juni 2020 und somit viereinhalb Monate nach dem Ereignis erreicht war, ist angesichts des Unfallhergangs (vgl.

vorstehend E. 5.2) und mit Blick auf die zu diesem Zeitpunkt unbestrittener massen ausgeheilten kausalen Unfallfolgen der AC-Gelenks-Kontusion und der posttraumatischen Bursitis subacromialis / subdeltoidea nachvollziehbar und schlüssig . Denn Dr. E.____ stellte am 17. Juni 2020 einzig noch deutlich positive Bizepszeichen fest (vgl. vorstehend E. 4.1), die nach dem Gesagten nicht unfall kausal waren.

E. 5.1

Vorauszuschicken ist, dass es sich bei einer SLAP-Läsion nicht um eine Körper schädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG handelt. Namentlich stellt diese Verletzung keinen Sehnenriss gemäss Art. 6 Abs. 2 lit . f UVG dar (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_1/2015 vom 27. März 2015 E. 3.2 und 8C_835/2013 vom 28. Januar 2014 E. 4.3 [jeweils unter Bezugnahme auf die bis zum 31. Dezember 2016 in Kraft gewesene Regelung in Art. 9 Abs. 2 lit . f UVV]). Auch wurde kein Riss, sondern eine Instabilität der Bizepssehne festgestellt, so dass auch die se

Beinträchtigung nicht unter dem Blickwinkel von Art. 6 Abs. 2 UVG zu prüfen ist .

E. 6

Im Ergebnis vermögen weder die Stellungnahme durch Dr. A.____ vom Dezember 2020 noch die weiteren vom Beschwerdeführer angeführten Argumente Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen durch Dr. Z.____ zu wecken. Entsprechend kann auf sie abgestellt werden , ohne dass weitere Abklärungen getätigt werden müssten (vgl. vorstehend E. 1.5 und E. 5. 2) . Es ist

somit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt , dass die SLAP II-III Läsion und die Instabilität der Bizepssehne

der linken Schulter nicht kausal auf das Ereignis vom 6. Februar 2020 zurückzuführen sind und die Folgen der unfallbedingt en Kontusion bis zum 17. Juni 2020 soweit abgeklungen waren , dass zu diesem Zeitpunkt der Status quo sine vel ante erreicht war (vgl. vorstehend E. 1.3) .

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich somit 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: - Rechtsanwalt Mark A. Glavas - GENERALI Allgemeine Versicherungen AG - 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
Der Gerichtsschreiber
Mosimann
Boller

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