

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00018

vom 5. März 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00018

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00018 du 5 mars 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00018 del 5 marzo 2022

Erwägungen

E. 1

). Die Erstbehandlung erfolgte am 3. März 2019 im Z.____, wo eine Kontusion der linken Schulter diagnostiziert wurde und die Röntgenuntersuchung keinen Hinweis auf eine Fraktur lieferte. Es wurde eine analgetische

Therapie veranlasst,

jedoch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 8/ 31 S. 1). Die Swica erbrachte zunächst die gesetzlichen Versicherungsleistungen, sperrte sie aber mit Schreibe vom 7. August 2019 rückwirkend per 2. März 2019 und stellte weitere Abklärungen in Aussicht (Urk. 8/22 S. 1).

Aufgrund einer Schmerzpersistenz wurde der Versicherte in die Klinik A.____ überwiesen, wo nach Vornahme einer MRT-Untersuchung der linken Schulter am 9. Mai 2019 die Diagnose einer tiefgreifenden Partialruptur der Supraspinatussehne links genannt und ein operatives Vorgehen empfohlen wurde (Urk. 8/4 S. 1-2). Am 28. Januar 2020 sowie am 6. Februar 2020 nahm Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, als beratender Arzt der Swica Stellung (Urk. 8/ 82 und Urk. 8/ 83).

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).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu.

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 blosse 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

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

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

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 1.6

Nach der Rechtsprechung ist bei der Beurteilung der Adäquanz von psychischen Unfallfolgeschäden wie folgt zu differenzieren: Zunächst ist abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies der Fall, sind bei Unfällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 117 V 359 E. 6a und 382 E. 4b umschriebenen Kriterien anzuwenden. Andernfalls erfolgt die Adäquanzbeurteilung in den dem mittleren Bereich zuzuordnenden Fällen nach den Kriterien gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/ aa (siehe zur Begründung der teilweise unterschiedlichen Kriterien: BGE 117 V 359 E. 6a, letzter Absatz).

Ergeben die Abklärungen, dass die versicherte Person ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine diesem äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat, ist zusätzlich zu beurteilen, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Ist dies der Fall, sind für die Adäquanzbeurteilung bei Fällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 115 V 133 E. 6c/ aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden festgelegten Kriterien (und nicht jene für Fälle mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule, äquivalenter Verletzung oder Schädel-Hirntrauma gemäss BGE 117 V 359 E. 6a und 382 E. 4b) massgebend (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb, 123 V 98 E. 2a).

E. 1.7

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). 1. 8

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 Versicherungssträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 3. Dezember 2020 erhob der Versicherte mit Eingabe vom 18. Januar 2021 Beschwerde und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien ihm auch nach dem 13. April 2019 die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung auszurichten, unter Entschädigungsfolge (zuzüglich Mehrwertsteuer und Ersatz der Kosten von Fr. 2'500.-- für die fachärztlichen Berichte von Dr. C.____) zulasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin beantragte in ihrer Beschwerdeantwort vom 19.

Februar 2021 die Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 3. Dezember 2020 auf den Standpunkt, die Aktenbeurteilungen von Dr. B.____ würden den Anforderungen der Rechtsprechung an ein Gutachten vollumfänglich entsprechen und es sei deshalb für die Beurteilung der Leistungspflicht darauf abzustellen. Demnach habe das Unfallereignis vom 2. März 2019 für sechs Wochen eine Teilursache der festgestellten gesundheitlichen Störung dargestellt. Die über diesen Zeitraum hinaus anhaltenden Beschwerden seien Folge der vorbestehenden degenerativen Veränderungen respektive der vorbestehenden Supraspinatussehnenläsion. Auch die Knorpelläsionen seien vorbestehend gewesen (Urk. 2 S. 4). Im Bereich der linken Schulter liege eine progredient verlaufende, degenerative Erkrankung vor und bereits anlässlich des früheren Unfallereignisses vom 14. Juni 2017 hätten sich ausschliesslich degenerative Veränderungen gezeigt gehabt (Urk. 2 S. 5). Ferner sei der Unfallhergang nicht geeignet gewesen, eine Supraspinatussehne zu zerreißen (Urk. 2 S. 5-6). Dr. C.____ habe insbesondere die medizinischen Akten betreffend das Unfallereignis vom 14. Juni 2017 nicht berücksichtigt und der radiologischen Beurteilung widersprochen. Die Ärzte des D.____, Klinik A.____, hätten die neurologischen und psychischen Beschwerden sodann nicht auf den Unfall vom 2. März 2019, sondern auf jenen vom 14. Juni 2017 zurückgeführt. Insgesamt sei nach dem Gesagten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die über den 13. April 2019 hinaus anhaltenden Beschwerden nicht unfallbedingt seien (Urk. 2 S. 7).

In ihrer Beschwerdeantwort vom 19. Februar 2021 merkte die Beschwerdegegnerin an, bei allfälligen Widersprüchen sei im Streitfall rechtsprechungsgemäss nicht auf die Ausführungen der behandelnden Ärzte abzustellen. Eine Kausalität der neurologischen und psychischen Beschwerden zum Unfallereignis vom 2. März 2019 sei im Übrigen nicht dargelegt (Urk. 7 S. 3). Die Beurteilungen von Dr. C.____ betreffend Eignung des Unfallereignisses, eine Schulterverletzung wie die vorliegende zu verursachen, widersprüchen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (Urk. 7 S. 3-4). Ergänzend führte

sie aus, dass bei den neurologischen und psychischen Beschwerden, selbst wenn ein natürlicher Kausalzusammenhang zu bejahen wäre, was nicht der Fall sei, die Adäquanz zu verneinen wäre. Mit Blick auf Art. 45 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) habe sie dem Beschwerdeführer die Kosten für die Stellungnahmen von Dr. C.____ nicht zurückzuerstatten (Urk. 7 S. 5).

Daran hielt die Beschwerdegegnerin auch in ihrer Duplik vom 23. April 2021 fest (Urk. 14).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer wandte in seiner Beschwerde vom 18. Januar 2021 zusammengefasst ein, der Skiunfall vom 2. März 2019 habe anhaltende Beschwerden am Nacken und am linken Schultergelenk verursacht und der Beweis des am 13. April 2019 eingetretenen Status quo sine sei nicht erbracht und stehe den fachärztlichen Beurteilungen des Schulterorthopäden der Klinik A.____

und

Dr. C.____s

sowie der Neurologin des D.____

und

jener des Psychiaters der psychiatrischen Klinik E.____ entgegen. Dr. C.____ habe schlüssig aufgezeigt, dass der Skiunfall eine geeignete Ursache für die bildgebend objektivierten Verletzungen des linken Schultergelenks dargestellt habe. Hingegen fehle es an Anhaltspunkten für eine progredient verlaufende degenerative Erkrankung im Gelenk (Urk. 1 S. 5). Dr. C.____ habe die Argumentation von Dr. B.____

im Detail entkräftet und aufgezeigt, dass Folgen eines älteren Unfallereignisses aufgrund der fehlenden Muskelatrophien unwahrscheinlich seien. Die von Dr. B.____ vorgenommene Würdigung basiere auf der falschen Annahme, er (der Beschwerdeführer) habe nicht bereits bei der Erstkonsultation über Nackenbeschwerden geklagt. Auch eine unfallbedingte Comotio cerebri sei angesichts der Symptomatik sowie des heftigen Kopfaufpralls nachgewiesen (Urk. 1 S. 6-8). Sodann sei Dr. B.____ zur Kausalitätsbeurteilung der neurologischen Ausfälle und psychischen Leiden nicht fachkompetent

und die behandelnden Fachärzte hätten eine Kausalität zum Skiunfall bejaht. Die vom Unfall im Jahr 2017 herrührende Symptomatik infolge Comotio cerebri und Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) sei zum Unfallzeitpunkt nahezu abgeklungen gewesen. Bei einer wiederholten Comotio cerebri sei denn auch das Dauerschädigungspotential hoch (Urk. 1 S. 8-10). Da die versicherungsinterne Kausalitätsbeurteilung die Einholung mehrerer fachärztlicher Stellungnahmen nötig gemacht habe, seien die ihm dafür entstandenen Kosten von der Beschwerdegegnerin zurückzuerstatten (Urk. 1 S. 10).

In seiner Replik vom 16. März 2021 legte der Beschwerdeführer erneut dar, weshalb der natürliche Kausalzusammenhang gestützt auf die fachärztlichen Beurteilungen zu bejahen sei, und dass die Würdigung von Dr. C.____ nicht im Widerspruch zur bundesgerichtlichen Rechtsprechung stehe (Urk. 10). 3.

3.1

In der Bagatellunfall-Meldung vom 4. März 2019 wurde der Unfallhergang folgendermassen beschrieben (Urk. 8/1): «Ski verkantet, abrupt und hart aufs Gesicht gefallen (Helm getragen), Sehbrille unter Skibrille ist gebrochen und hat Herr X.____ oberflächlich an der Stirn verletzt. Er hat das Z.____ aufgesucht am 3. 3. mittags aufgrund Schwindel / Kopfschmerzen / starken Schulterschmerzen».

Der Telefonnotiz vom 25. Juni 2019 ist bezüglich des Unfallhergangs zu entnehmen, der Beschwerdeführer habe beim Skifahren den Skistock seiner Tochter aufheben wollen und sei irgendwie falsch gekantet und auf die linke Körperhälfte gefallen. Er könne sich nicht genau daran erinnern, wie er gefallen sei, da es so schnell passiert sei (Urk. 8/6).

Im Bericht der erstbehandelnden Ärztin vom 9. August 2019 wurde zum Unfallhergang vermerkt, der Beschwerdeführer sei beim Skifahren nach vorne gestürzt und habe das Gesicht angeschlagen. Danach habe er Schulterschmerzen links und Nackenbeschwerden verspürt (Urk. 8/31 S. 1).

Am 30. August 2019 schilderte der Beschwerdeführer beim Assessment-Gespräch, er sei im flachen Gelände unglücklich nach schräg vorne gestürzt. Ein Ski habe sich bei niedriger Geschwindigkeit verkantet. Er sei auf die linke Schulter gestürzt (Urk. 8/41 S. 2). 3. 2

Infolge Schmerzpersistenz mit Bewegungseinschränkung der linken Schulter in Abduktion seit dem Skiunfall im März wurde am 9. Mai 2019 eine MR Arthrographie der linken Schulter durchgeführt. Dabei zeigte sich laut PD Dr. med. F.____, Facharzt für Radiologie, eine fokale höhergradige

bursaseitige Partialruptur der Supraspinatussehne am posterioren

Footprint bei ansonsten intakter Rotatorenmanschette. Weiter seien eine regelrechte Trochik der Rotatorenmanschetten-Muskulatur zu sehen gewesen sowie ein basisnaher Einriss des postero-inferioren Glenoids mit angrenzendem Knorpeldefekt und kleiner Stufenbildung am postero-inferioren Glenoid, wobei es sich differentialdiagnostisch um einen Status nach einer posterioren Subluxation handle. Ansonsten seien keine Binnenläsionen zu finden

gewesen (Urk. 8/18). 3.3

Dem Bericht von Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik A.____, vom 7. Juni 2019 ist die Hauptdiagnose einer tief greifenden Partialruptur der Supraspinatussehne links infolge des Sturzereignisses vom 2. März 2019 zu entnehmen (Urk. 8/4 S. 1). Dr. G.____ berichtete zudem, der Beschwerdeführer habe sich beim Sturz eine Distorsion der Schulter zugezogen. Aufgrund von Schmerzen habe er initial Medikamente eingenommen sowie schrittweise eigenständig die Schulter mobilisiert. Seit dem Unfall leide er jedoch an Nachtschmerzen sowie Bewegungseinschränkungen vor allem über Kopf. Aus diesem Grund habe er seine sportlichen Aktivitäten deutlich reduziert. Im Büro sei er indes arbeitsfähig (Urk. 8/4 S. 1). Die tief greifende Partialruptur der Supraspinatussehne am Übergang vom mittleren zum dorsalen Drittel habe sich anlässlich der MRI-Untersuchung vom 9. Mai 2019 gezeigt. Er empfehle eine operative Herangehensweise (Urk. 8/4 S. 2). 3. 4

Am 10. Juli 2019 attestierte Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie, D.____, dem Beschwerdeführer eine teilweise Arbeitsunfähigkeit bis zum 26. Juli 2019 (Urk. 8/10 S. 2). Aus ihrem Bericht vom 15. Juli 2019 über die Konsultation vom 10. Juli 2019 ergibt sich, der Beschwerdeführer habe über eine Zunahme der vorbeschriebenen Symptome geklagt.

Zusätzlich sei seit einer Hyperextensionsbewegung des Oberkörpers über die Rückenlehne die Schwindelsymptomatik in den Vordergrund gerückt. Die Nacken- und Kopfschmerzen seien ebenfalls weiterhin täglich vorhanden. Die Gesamtsymptomatik führe dazu, dass er sich bei der Arbeit für maximal vier bis sechs Stunden konzentrieren könne (Urk. 8/65 S. 3).

Unter Bezugnahme auf die Konsultation vom 16. Juli 2019 führte sie am 22. Juli 2019 aus, seit der Vorwoche sei die Situation für den Beschwerdeführer fast nicht aushaltbar. Er fühle sich im Laufe des Tages visuell überfordert und könne Informationen nicht adäquat verarbeiten. Am Morgen nach dem Aufstehen sei sein Zustand zunächst stabil und er könne sich bei der Arbeit konzentrieren, aber ab dem Mittag dekompenriere die Situation dann, obwohl er sein Verhalten adaptiert habe. Am letzten Freitag seien die Symptome so extrem gewesen, dass er die Arbeit bereits am Mittag abgebrochen habe. Er nehme sämtliche Symptome wie beim Trauma im Jahr 2017 wahr, wobei sie durch das Schultertrauma im Frühjahr 2019 akzentuiert worden und wieder in den Vordergrund gerückt seien. Andere Stressoren seien nicht vorhanden (Urk. 8/12 S. 3). Dr. H. ___ nannte folgende Diagnosen (Urk. 8/12 S. 1-3): - Aktuell: Verdacht auf eine reaktive Belastungsstörung. Differentialdiagnostisch Folge der Diagnosen 1 und 2 - 1.) Cervico-occipitales und cervico-thorakales Syndrom mit biomechanischer und muskulärer Komponente einhergehend mit erhöhter visueller Sensitivität. Differentialdiagnostisch im Rahmen oder als Folge von Diagnose 2 - 2.) Commotio cerebri und HWS-Distorsion im Rahmen eines Velosturzes am 14. Juni 2017 - 3.) Verdacht auf radikuläres Reizsyndrom C7 links bei Diskushernie C6/7, Differentialdiagnose: spondylogenes Syndrom - Weitere Diagnose: Grössere, differentialdiagnostisch zystische Raumforderung im linken Schilddrüsenlappen. Betreffend die Konsultation vom 17. Juli 2019 führte Dr. H. ___ am 22. Juli 2019 aus, die Symptome hätten weiter zugenommen. Bei der neurokognitiven Testung hätten sich Beeinträchtigungen im Bereich des verbalen Gedächtnisses gezeigt, hingegen durchschnittliche und überdurchschnittliche Resultate bei den weiteren kognitiven Funktionen. Aufgrund des komplexen Verlaufes mit neuem Verdacht auf eine Belastungsstörung, Differentialdiagnose depressive Entwicklung, habe man eine neuropsychiatrische Triage-Mitbeurteilung eingeleitet und die Option einer stationären psychosomatischen Rehabilitation besprochen. Die Kollegen der Neuropsychiatrie hätten dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 26. Juli 2019 attestiert (Urk. 8/13 S. 3-4) 3. 5

Am 17. Juli 2019 trat der Beschwerdeführer in die E. ___ ein, woraufhin diese die Beschwerdegegnerin um Kostengutsprache ersuchte (Urk. 8/9). 3. 6

Am 22. Juli 2019 stellten die Ärztinnen des D. ___ ein Kostengutsprache gesuch für eine stationäre Rehabilitation im Rehasentrum I. ___ . Sie führten dazu aus, beim Beschwerdeführer bestehe ein Zustand nach Commotio cerebri und HWS-Distorsion im Rahmen eines Velosturzes am 14. Juni 2017. Der Beschwerdeführer sei seit dem Trauma nie beschwerdefrei gewesen, doch habe er seinen Beruf bis Mitte Juli unter bestimmten Einschränkungen wieder ausführen können. Seit einigen Wochen sei das cervico-occipitale und cervico-thorakale Schmerzsyndrom mit biomechanischer und muskulärer Komponente einhergehend mit visuell induziertem, differentialdiagnostisch phobischem Schwindel, wieder in den Vordergrund gerückt. Der Beschwerdeführer sehe einen Zusammenhang mit einem im Frühjahr erfolgten Sturz beim Skifahren. Vermutlich als Folge bestehe der Verdacht auf eine reaktive Belastungsstörung (Urk. 8/15 S. 1).

Dem ärztlichen Zeugnis von Dr. H.____ vom 23. August 2019 ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer sei vom 18. bis am 25. Juli 2019 vollum fänglich arbeitsunfähig gewesen. Vom 26. Juli bis zum 18. August 2019 sei er dann voll ferienfähig gewesen und seit dem 18. August 2019 laufe für 14 Tage ein Arbeitsversuch zu 100 % (Urk. 8/37 S. 2). Am 30. August 2019 gab der Beschwerdeführer selber an, er sei wieder voll arbeitsfähig (Urk. 8/41 S. 2)

in seinem Pensum von 90 % (vgl. Urk. 8/42 S. 3). 3.7

Am 16. September 2019 berichtete Dr. med. J.____, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendmedizin, Oberärztin der E.____, über die ambulante Behandlung des Beschwerdeführers seit dem 17. Juli 2019 (Urk. 8/48 S. 4). Sie führte aus, der Beschwerdeführer sei bei Verdacht auf eine reaktive Depression nach langanhaltender Beeinträchtigung durch eine Commotio im Jahre 2017 vorstellig geworden. Es sei eine supportive psychotherapeutische Behandlung erfolgt. Mit Ermutigung zu erneuter körperlicher Aktivität habe der Beschwerdeführer zu mehr Selbstvertrauen zurück gefunden, wenngleich Schwindel, Schmerzen und Wortfindungsstörungen nicht ganz rückläufig seien und emotionaler Stress bei der Arbeit den Beschwerdeführer extrem belaste (Urk. 8/48 S. 6). Da ein Schädel-Hirn-Trauma dem Beginn der Symptome vorausgegangen sei (Urk. 8/48 S. 6), gelangte sie zur Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädel-Hirn-Trauma (Urk. 8/48 S. 4; ICD-10 F07.2). Die supportive Psychotherapie sei daher im Zusammenhang mit dem Unfall zu sehen (Urk. 8/48 S. 6). 3.8

In seiner Beurteilung vom 28. Januar 2020 hielt

Dr. B.____

fest, die vom Beschwerdeführer subjektiv geklagten Beschwerden seien durch die Untersuchungsberichte und das MRI hinreichend objektiviert (Urk. 8/82 S. 3). Zur Frage nach einem ursächlichen Zusammenhang führte er aus, das Unfallereignis vom 2. März 2019 sei für sechs Wochen eine Teilursache der festgestellten gesundheitlichen Störung gewesen. Es müsse von einer Schulterprellung ausgegangen werden, auch wenn sich hierfür im MRI weder Veränderungen im Bereich der Weichteile noch ein adäquates Knochenmarksignal zeigten. Die darüber hinaus anhaltenden Beschwerden seien Folge der vorbestehenden Supraspinatus sehnens-Läsion. Der geschilderte Unfallhergang sei nicht geeignet gewesen, um eine Supraspinatussehne zu rupturieren. Auch die Knorpelläsionen seien vorbestehend gewesen, für ein akut traumatisches Geschehen in diesem Bereich fehlten ein Gelenkerguss und insbesondere ein adäquates Knochenmarksignal. Ein Status quo ante könne hier nicht definiert werden, es liege eine progredient verlaufende, degenerative Erkrankung im Bereich der linken Schulter vor. Der Status quo sine sei sechs Wochen nach dem Trauma wieder erreicht gewesen, da es mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit aufgrund der degenerativen Veränderungen wie oben beschrieben auch ohne das Unfallereignis vom 2. März 2019 zu dieser durch dieses Unfallereignis verursachten Verschlechterung des vorbestehenden Gesundheitszustands im gegenwärtigen Umfang gekommen wäre. Die Prellung der linken Schulter sei nach sechs Wochen abgeheilt gewesen und somit könne nach diesem Zeitpunkt nicht mehr von einer namhaften Verbesserung der unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigung ausgegangen werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei dieser Zustand schon mit dem Erreichen der vollen Arbeitsfähigkeit wieder gegeben gewesen (Urk. 8/82 S. 4). Des Weiteren gab Dr.

B.____ an, er habe die zahlreichen Akten über den Unfall im Jahr 2017 durchgesehen und sei zum Schluss gekommen, dass dieser keinen Einfluss auf die Beschwerden ab dem 2. März 2019 gehabt habe (Urk. 8/82 S. 5). 3.9

Am 6. Februar 2020 äusserte sich Dr. B.____ ergänzend bezüglich der HWS-Beschwerden dahingehend, dass der Beschwerdeführer bei der Untersuchung vom 4. Juni 2019, drei Monate nach dem Unfall, nicht über HWS-Beschwerden geklagt habe. Ein MRI vom 11. Juli 2017 habe eine Diskusextrusion auf der Höhe der Halswirbelkörper (HWK) 6/7 mediolateral links mit deutlicher Verlagerung und möglicher Tangierung der C7 - Wurzel links rezessal gezeigt. Vom D.____ seien eine Commotio cerebri und eine HWS-Distorsion im Rahmen eines Velosturzes vom 14. Juni 2017 diagnostiziert worden (Urk. 8/83 S. 3). Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden seien hinsichtlich der Nackenbeschwerden hinreichend objektiviert. Für die Commotio cerebri ergebe sich kein objektiver Befund. Das Unfallereignis vom 2. März 2019 sei für sechs Wochen eine Teilursache der festgestellten gesundheitlichen Störung gewesen. Es müsse eine leichte Nackenzerrung angenommen werden, auch wenn sich hierfür klinisch kein Anhalt ergebe. Die darüber hinaus anhaltenden Beschwerden seien Folge der vorbestehenden degenerativen Veränderungen, welche sich bereits anlässlich der obgenannten MRI-Untersuchung im Jahr 2017 deutlich gezeigt hätten. Es sei traumatologisch nicht nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer drei Monate nach dem geschilderten Ereignis keine Beschwerden im Bereich des Nackens angegeben habe und erst nach vier Monaten über eine Beschwerdesymptomatik berichtet habe. Auch ohne dieses Unfallereignis wäre es zur verursachten Verschlechterung des vorbestehenden Gesundheitszustands im gegenwärtigen Umfang gekommen, weshalb der Status quo sine sechs Wochen nach dem Trauma wieder erreicht gewesen sei (Urk. 8/83 S. 4). 3.10

Dr. C.____ hielt in seinem Bericht vom 12. Mai 2020 fest, nach der Überweisung in die Klinik A.____ seien dort von Dr. G.____ eine klare Unfallkausalität sowie eine traumatische Strukturverletzung, welche normalerweise eine Operation indizieren würde, festgestellt worden. Ebenso habe der untersuchende Radiologe PD Dr. F.____ sowohl Strukturverletzung als auch Kausalität klar bejaht. Einzig der Radiologe habe eine bursale Partialruptur der Supraspinatussehne dorsal beschrieben, wogegen es sich eindeutig um eine gelenkseitige Ruptur des apikalen Ansatzanteils der Infraspinatussehne handle, wobei Supraspinatussehne (SSP) und Infraspinatussehne (ISP) kontinuierlich ineinander übergehen

würden.

Bursale Partialruptur seien die Sehnenfasern noch intakt im Sinne einer PASTA-Läsion (partial articular

supraspinatus

tendon

avulsion). Folgen eines älteren Unfallereignisses seien kaum wahrscheinlich, da keinerlei Muskelatrophien bestünden. Ebenso wenig spät-posttraumatische Zustände. Der Unfall müsse sich so zugetragen haben, dass der Beschwerdeführer im Sinne einer schnellen protektiven Abwehrreaktion vor dem drohenden Sturz seinen linken Arm abduziert und nach aussen rotiert gehalten haben müsse. Dabei müsse es zu einem akuten avulsionsbedingten Crash des oberen ISP-Sehnenansatzes mit dem

infero-posterioren

Glenoidal -Limbus-Rand gekommen sein. Daraus resultiere eine sogenannte PASTA-Läsion, eine klassische traumatische Ablösung des Rotatorenmanschettenansatzes am Footprint. Bei schweren Verletzungen mit diesem Mechanismus könnten beide Strukturen, das heisst sowohl der ISP-Ansatz als auch der hintere untere Glenoidalrand reissen und brechen (Urk. 8/101 S. 6-7). Beim Beschwerdeführer sei es auf einer Seite zu einer Rissverletzung der Rotatorenmanschette gekommen und auf der gegenüber liegenden Seite zu einer Fraktur. Die Unfallkausalität sei zweifellos zu bejahen (Urk. 8/101 S. 8). Eine Glenoid -Limbus-Verletzung (Fraktur) sei häufig bei traumatischen Schulterluxationen oder Subluxationen zu sehen. Auf den MRI-Bildern vom 9. Mai 2019 seien diese typischen Verletzungen deutlich sichtbar: eine PASTA-Läsion postero -superior am ISP-Sehnenansatz, ein Blutkoagulum intraartikulär im Rezessus

axillaris, ein abgelöster ISP-Sehnenansatz im Querschnitt, Kontrastmittel unter dem abgelösten Ansatz und ein abgeschertes Knochen- Limbusfragment der Glenoidalfraktur (Urk. 8/101 S. 10-13). Bei den erlittenen Strukturverletzungen handle es sich um eine intraartikulare Ablösung der apikalen ISP-Sehne vom Footprint. Die untere-posteriore

Glenoidverletzung mit Riss des Limbus entspreche einer Knorpel-Knochenverletzung. Eine Unfallkausalität sei sicher. Ein Monat posttraumatisch sei sogar noch ein grosses, festes Blutkoagel im Rezessus

axillaris sichtbar gewesen. Hingegen seien keinerlei chronische Veränderungen im Glenohumeralgelenk festzustellen. Die einzigen degenerativen Veränderungen seien im AC-Gelenk zu sehen, welche aber ebenfalls altersentsprechend seien. Sodann seien nicht die geringsten Muskelatrophien zu sehen, wie dies nach chronischen Muskelschädigungen der Rotatorenmanschette der Fall wäre (Urk. 8/101 S. 13). Anhand des Studiums der MRI-Bilder sei zu erkennen, dass der beurteilende Arzt fälschlicherweise von einer bursaseitigen Läsion sowie vom Fehlen eines Gelenkergusses ausgegangen sei. Abgesehen davon habe der Beschwerdeführer ein geeignetes Trauma erlitten gehabt und sich deswegen sofort nach dem Unfall ärztlich versorgen lassen (Urk. 8/101 S. 14).

Eine progredient verlaufende degenerative Erkrankung sei hingegen aus den vorliegenden Bildern nicht ersichtlich (Urk. 8/101 S. 15). 3.11

Dr. B. führte hierzu am 9. Juni 2020 aus, die Ausführungen von Dr. C. zum Unfallhergang seien rein hypothetisch. Bei einem abduzierten Arm wäre die linke Gesichtshälfte mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht auf dem Schnee aufgeschlagen, weil der abduzierte Arm dies sehr wahrscheinlich verhindert hätte. Zudem werde der Arm bei einem Sturz nach vorne gehalten, nicht abduziert und auch nicht aussenrotiert. Bei einer gewaltsamen Aussenrotation wäre die Sehne des Musculus

subscapularis betroffen, was indes nicht der Fall sei. Es zeige sich im MRI einzig eine solitäre Partialruptur der Supraspinatussehne (Urk. 8/106 S. 2). Weiter zitierte Dr. B. _____

Literatur, wonach es keinen isolierten ausschliesslich traumatischen Supraspinatussehnenriss gebe. In Frage komme allein ein Verletzungsmechanismus im Sinne der wesentlichen Teilsache bei bestehender Degeneration. Als ungeeigneter Hergang sei unter anderem die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) anzusehen. Zwar sei die Manifestation der Beschwerden häufig akut

belastungsabhängig, doch seien die Veränderungen weitgehend allein anlagebedingt und/oder durch die Lebensführung bedingt. Ebenso wie bei Menisken und Bandscheiben würden degenerative Veränderungen auch im Bereich der Sehnen weitgehend klinisch stumm verlaufen (Urk. 8/106 S. 2-3). Nach einer traumatischen Verletzung der Rotatorenmanschette werde sicher nicht erst ein Vierteljahr später eine fachärztliche Betreuung aufgesucht. Überdies sei eine solche Verletzung nicht ohne sichtbare Veränderungen im Bereich der Weichteile, insbesondere auch nicht ohne ein adäquates Knochenmarksignal, vorstellbar. Ein solches werde weder im MRI noch in dessen Interpretation durch Dr. C.____ beschrieben. Auch die im Untersuchungsbericht der Klinik A.____ vom 4. Juni 2019 erhobenen Befunde entsprächen sicher nicht einer relativ frischen traumatisch bedingten Rotatorenmanschettenruptur. Hingegen seien degenerative Veränderungen im MRI ersichtlich. So der Knorpeldefekt (ohne Knochenmarksignal) mit kleiner Stufenbildung, Acromion typ II nach Bigliani und die leichte AC-Gelenksarthrose mit leichter Kapselhypertrophie (Urk. 8/106 S. 3). Dieser Acromiontyp begünstige die Degeneration der Sehne, da der Subacromialraum, in welchem diese Sehne laufe, dadurch eingeengt werde und die Sehne bei jeder Abduktion kompromittiert werde. Zusammenfassend hielt Dr. B.____ fest, der Unfallmechanismus sei nicht geeignet gewesen, eine Supraspinatussehne zu zerreißen. Dies belege auch die einschlägige Fachliteratur eindeutig. Für die Annahme einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur

fehlten sodann die geforderten Begleitverletzungen im Bereich der Kapsel und der Muskulatur, wofür das MRI keinen Anhalt gebe (Urk. 8/106 S. 4). 3.12

In seiner Stellungnahme vom 17. Dezember 2020 hielt Dr. C.____ fest, anhand des Sturzes auf die linke Seite, der Verkantung der Ski sowie der Unmöglichkeit, bei geschlossenen Bindungen nach vorne zu fallen, sei von einem seitlichen Sturz auszugehen. Seine Hypothese des Unfallhergangs sei in der Realität die wahrscheinlichste (Urk. 3/1 S. 1-4). Zudem habe sich der Beschwerdeführer bereits nach einem halben Tag in ärztliche Behandlung begeben. Wegen Persistenz der Beschwerden trotz konservativer Therapiemaßnahmen sei die Diagnostik dann am 9. Mai 2019 mittels eines Arthro-MRI intensiviert worden, woraufhin er an die Klinik A.____ überwiesen worden sei (Urk. 3/1 S. 2). Der «Delay» sei nicht dem Beschwerdeführer anzulasten, sondern ärztlich bedingt (Urk. 3/1 S. 11). Weiter führte Dr. C.____ aus, es stimme nicht, dass bei einer gewaltsamen Aussenrotation auch der Subscapularis gerissen sein müsste. Auch der Infraspinatus sei ja nicht einfach gerissen, sondern nur im Sinne einer PASTA-Läsion vom Footprint abgelöst und zwar von intraartikulär her, was rein pathophysiologisch einer Aussenrotation in Kombination mit Abduktion entspreche. Zudem sei der Subscapularis bei einer solchen Bewegung besser «geschützt» durch die Musculus

pectoralis und latissimus

dorsi. Die Behauptung von Dr. B.____ werde nirgends belegt, untersucht oder beobachtet und beschrieben (Urk. 3/1 S. 4). Auch stimme es nicht, dass es keinen isolierten traumatischen Supraspinatussehnenriss gebe. Sodann sei die Prävalenz der Rotatorenmanschettenruptur im Alter des Beschwerdeführers niedrig (Urk. 3/1 S. 5). Die von Dr. B.____ angeführte Literatur stamme aus der Versicherungsmedizin und nicht von anerkannten Schulter spezialisten und unterscheide sich von deren Literatur. Degenerative Faktoren seien ab dem 20. Lebensjahr immer zu finden. Wichtig sei jedoch die Relevanz dieser Veränderungen in Bezug auf das Trauma (Urk. 3/1 S. 6). Äussere Faktoren wie Impingement durch Acromion oder AC-Gelenk seien Hinweise auf eine chronische

Schädigung der Sehnen, jedoch seien diese typischerweise auf der acromialen Seite der Sehne und nicht wie beim Beschwerdeführer am Footprint. Geforderte Knochenmarksödeme seien manchmal vorhanden, aber selten bei Sehnenverletzungen, häufiger bei Bandverletzungen. Zudem sei die MRI-Untersuchung erst nach drei Monaten erfolgt und nach dieser Zeit müsse ein Knochenmarksödem nicht mehr nachweisbar sein. Das Fehlen von Begleitverletzungen an der Muskulatur sei bei Verletzungen der Rotatorenmanschette üblich und die Kapsel sei dort identisch mit dem inneren Sehnenblatt (Urk. 3/1 S. 11).

4. 4.1

Unbestritten ist, dass das Ereignis vom 2. März 2019 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstellt (vgl. Urk. 2 S. 4

Ziff. 3.2). Die Beschwerdegegnerin anerkannte in diesem Kontext denn auch grundsätzlich ihre Leistungspflicht. Strittig und zu prüfen ist jedoch, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 13. April 2019 eingestellt hat und in diesem Zusammenhang einerseits, ob der Unfallmechanismus geeignet war, eine Ruptur der Supraspinatussehne zu verursachen und andererseits, ob die über den 13. April 2019 geltend gemachten Nackenbeschwerden und die aufgetretenen psychischen Beschwerden eine Folge des Skiunfalls sind. 4.2

Der angefochtene Entscheid basiert in erster Linie auf den Einschätzungen

des beratenden Arztes Dr. B.____ vom 28. Januar, 6. Februar und 9. Juni 2020 (vgl. Urk. 2 S. 4-6). Dr. B.____ hatte Kenntnis von den medizinischen Vorakten namentlich auch von den

Ergebnissen der bildgebenden Untersuchungen (Urk. 8/ 82 S. 2-3). Bereits im Rahmen der Erstbehandlung klagte der Beschwerdeführer über seit dem Unfallereignis vom Vortag bestehende Schmerzen in der linken Schulter (Urk. 8/31 S. 1), was auch der gleichentags respektive am Folgetag des Unfalls erfolgten Unfallmeldung zu entnehmen ist (Urk. 8/ 1). Dass Dr. B.____

von einer Verschlimmerung durch das Unfallereignis ausging (Urk. 8/ 82 S. 4) und damit den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den Nacken- und Schulterbeschwerden und dem Unfallereignis vom 2.

März 2019 - zumindest für eine Zeit lang - bejahte, ist daher nachvollziehbar. Es bleibt zu prüfen, ob am 13. April 2019 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits der Status quo sine vorlag. 4.3

Was die vom Beschwerdeführer über den 13. April 2019 hinaus geklagten Nacken- und Kopfbeschwerden sowie die in diesem Zusammenhang diagnostizierte Belastungsstörung beziehungsweise das organische Psychosyndrom (vgl. Urk. 1 S. 4) betrifft, ist festzuhalten, dass weder aufgrund der Akten ersichtlich ist, noch vom Beschwerdeführer selbst geltend gemacht wird, dass für diese Beschwerden (nach der Leistungseinstellung) ein organisches Korrelat vorliegt (Urk. 1, Urk. 10). Entscheidend für die Frage der diesbezüglichen weiteren Leistungspflicht der Unfallversicherung ist demnach, ob die genannten Beschwerden in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall stehen. Wird dies verneint, erübrigt sich die Prüfung des natürlichen Kausalzusammenhanges (vgl. vorstehende E. 1.3).

Da der Beschwerdeführer nach Lage der Akten am 2. März 2019 zwar möglicherweise eine *Commotio cerebri*, jedoch keine Verletzung im Grenzbereich zu einer *Contusio cerebri* und auch kein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten hat (vgl. Urk. 1 S. 8), ist die Adäquanz der weiterhin geklagten Beschwerden mit dem Unfall gemäss den in BGE 115 V 133 aufgeführten Kriterien nach der sogenannten Psychopraxis zu prüfen (vgl. vorstehende E. 1.6).

Die Beschwerdegegnerin hat dazu ausgeführt, dass - selbst wenn eine natürliche Kausalität der neurologischen und psychischen Beschwerden gegeben wäre, was bestritten werde - angesichts der beschriebenen Umstände höchstens von einem leichten Unfall auszugehen sei, weshalb deren Adäquanz ohne Prüfung der Zusatzkriterien gemäss Rechtsprechung ohnehin zu verneinen wäre (Urk. 7 S. 5, Urk.

E. 7

S. 1). Mit Replik vom 16. März 2021 (inklusive Beilagen) beziehungsweise Duplik vom 23. April 2021 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (Urk.

E. 10

S. 3 sowie Urk. 11/1-2, Urk.

E. 14

S. 3). Dem widersprach der Beschwerdeführer nicht substantiiert (vgl. Urk. 10 S. 3). Gestützt auf die Akten ist denn auch davon auszugehen, dass - selbst wenn man entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin von einem mittelschweren Unfallereignis ausginge - keines der massgebenden Kriterien erfüllt ist und es mithin bezüglich der betreffenden Beschwerden an der erforderlichen Adäquanz des Kausalzusammenhangs fehlt. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht in Bezug auf die geltend gemachten organisch nicht nachweisbaren Beschwerden somit zu Recht verneint. 4. 4

Zu prüfen ist sodann die Unfallkausalität der über den 13. April 2019 hinaus geklagten Schulterbeschwerden. Dr. B.____ begründete die fehlende Unfallkausalität der anlässlich der MRI-Untersuchung vom 9. Mai 2019 (vgl. Urk. 8/4 S. 2 und Urk. 8/18) und somit mehr als sechs Wochen nach dem Unfallereignis entdeckten Supraspinatussehnenruptur unter anderem damit, dass das Unfallereignis gar nicht geeignet gewesen sei, eine Supraspinatussehne zu rupturieren

(Urk. 8/82 S. 4 Ziff. 5.1).

Der Beschwerdeführer hatte bei der ersten näheren Befragung zum Unfallereignis angegeben, dass er sich nicht an den genauen Ablauf erinnern könne, da alles so schnell gegangen sei. Da

oftmals der genaue Unfallhergang nicht mehr rekonstruiert werden kann, wird dem Kriterium des Unfallmechanismus bei der Beurteilung der Unfallkausalität rechtsprechungsgemäss keine übergeordnete Bedeutung mehr beigemessen (Urteil des Bundesgerichts 8C_167/2021 vom 16. Dezember 2021 E. 4.1 mit Hinweisen). Im Übrigen ist zu bemerken, dass die Ausführungen von Dr. C.____, wonach man bei einem Sturz mit den Skiern, bei welchem sich die Bindungen nicht lösen, erfahrungsgemäss nicht nach vorne fällt, nachvollziehbar sind. Dies erklärt auch, weshalb sich der Beschwerdeführer linksseitig verletzte. Bei einem seitlichen Sturz hielt es das Bundesgericht in einem anderen Verfahren auch schon für gerichtsnotorisch, dass die betroffene Person den Sturz infolge eines

natürlichen Abwehrreflexes durch Abwinklung des Oberarmes oder durch Abstützen mit der Hand abzufangen beziehungsweise abzufedern versuche, wobei selbstverständlich auch Zugkräfte auf die Supra spinatussehne beziehungsweise die Rotatorenmanschette einwirkten (Urteil des Bundesgerichts 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.3). Es steht damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass es im Rahmen des Ereignisses vom 2. März 2019 zu einem Direkttrauma der Schulter ohne explizit ausgestreckten Arm kam ,

einer Schädigung, welche das Bundesgericht für ungeeignet befunden hat , eine Rotatorenmanschettenläsion auszulösen (Urteil des Bundesgerichts 8C_446/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 5.2.2-5.2.3 , vgl. auch Urk. 7 S. 4). Vor diesem Hintergrund kann das Dahinfallen eines natürlichen Kausalzusammenhangs sechs Wochen nach dem Unfall - respektive die fehlende Unfallkausalität der Verletzung der Rotatorenmanschette - nicht mit dem Unfallhergang begründet werden. 4. 5

Des Weiteren ging Dr. B.____ vom Vorhandensein einer progredient verlaufenden degenerativen Erkrankung im Bereich der linken Schulter aus. Namentlich betrachtete er die Supraspinatussehnenläsion sowie die Knorpelläsionen als vorbestehend und wies in diesem Zusammenhang auf das Fehlen von Veränderungen im Bereich der Weichteile, auf das Fehlen eines adäquaten Knochenmarksignals sowie eines Gelenkergusses hin (Urk. 8/82 S. 4). Klassische Hinweise auf in relevantem Ausmass vorbestehende Degenerationen wie eine fortgeschrittene Muskelatrophie oder eine Verfettung der Rotatorenmanschettenruptur

(vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_724/2013 vom 31. März 2014 E. 4.1 , 8C_167/2021 vom 16. Dezember 2021 E. 4.1) fehlen indes vorliegend. Die Beschwerdegegnerin wies darauf hin, laut Dr. B.____ hätten sich bereits anlässlich des Unfallereignisses vom

14. Juni 2017 ausschliesslich degenerative Veränderungen ohne Anhalt für eine traumatische Schädigung gezeigt (Urk. 2 S. 5). Dabei ging es jedoch um die Beurteilung des MRT-Bildes der Halswirbelsäule und um die geschilderten Beschwerden im Bereich des Nackens, nicht um jene im Bereich der linken Schulter (Urk. 8/83 S. 5 Ziff. 8), weshalb dieses Argument der Beschwerdegegnerin nicht überzeugt.

Gestützt auf die MRI-Bilder der linken Schulter wurde die Frage, ob die Verletzungen in der linken Schulter degenerativ bedingt oder durch den Unfall vom 2. März 2019 verursacht seien , kontrovers beurteilt . Namentlich hielt Dr. B.____ den Knorpeldefekt ohne Knochenmarksignal und die leichte AC-Gelenksarthrose für degenerativ bedingt

und erläuterte in nachvollziehbarer Weise, dass dies auch eine Degeneration der Sehne begünstigen könne (E. 3.11 vorstehend). Dr. B.____ führte zudem aus, für die Annahme einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur fehlten die geforderten Begleitverletzungen im Bereich der Kapsel und der Muskulatur, wofür das MRI keinen Anhalt gebe (Urk. 8/106 S. 4). Auch die von Dr. C.____

dazu gemachten detaillierten Äusserungen, dass solche Begleitverletzungen nicht zwingend seien oder im Zeitpunkt der Erstellung des MRI auch bereits abgeklungen gewesen sein könnten (Urk. 3/1 S. 4 respektive E. 3.12 vorstehend), sind für den Rechtsanwender indessen nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen .

Zusammenfassend ist für den medizinischen Laien nicht beurteilbar, ob die Auffassung von Dr. B.____ oder jene von Dr. C.____

(vgl. E. 3.10 vorstehend) zutrifft, weshalb zumindest geringe Zweifel an der Richtigkeit des Aktengutachtens von Dr. B.____ bestehen. Überdies bezeichnete auch Dr. G.____ die Verletzung an der linken Schulter eher als Unfallfolge, indem er angab, die Partialruptur der Supraspinatussehne links bestehe infolge des Sturzereignisses vom 2. März 2019 (Urk. 8/4 S. 1) , wobei diese Äusserung sich nicht eindeutig auf die Kausalität bezieht, sondern es auch lediglich um die zeitliche Abfolge gehen könnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_524/2014 vom 20. August 2014 E. 4.3.3) . Die Zweifel

an der Beurteilung durch Dr. B.____

haben ,

selbst wenn sie nur gering ausgeprägt sind, bei einem beratenden Arzt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_724/2013 vom 31. März 2014 E. 4.2.2 mit Hinweis) zur Folge, dass nicht auf dessen Beurteilung abgestellt werden kann (vgl. auch vorstehende E. 1.4) .

Auch auf die Beurteilung durch Dr. C.____ kann - obschon der Beschwerdeführer ihn , als er das Parteigutachten in Auftrag gab, um eine neutrale fachärztliche Beurteilung bat (Urk. 8/101 S. 17) - nicht abgestellt werden, da Dr. C.____ das bildgebende Material anders als die übrigen Ärzte interpretiert. Angesichts dieser divergierenden Beurteilung, deren Schlüssigkeit vom Gericht mangels dieser bezüglicher Fachkompetenz nicht nachvollzogen werden kann, bestehen auch an der Richtigkeit des Gutachtens von Dr. C.____ Zweifel. Folglich ist offen und in einem versicherungsexternen Gutachten abzuklären, ob betreffend die über den 13. April 2019 hinaus andauernden Beschwerden in der linken Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Status quo sine eingetreten war

- zumal ein Fallabschluss aus anderen Gründen nicht ohnehin angezeigt ist (E . 4. 7 nach stehend) . 4. 6

Soweit Dr. B.____ anführte, bei einer traumatischen Verletzung der Rotatorenmanschette hätte sich der Beschwerdeführer nicht erst drei Monate nach dem Unfallereignis in fachärztliche Behandlung begeben (Urk. 8/ 106 S. 3) , ist anzumerken, dass der Beschwerdeführer zuerst zu einer MR-Untersuchung angemeldet wurde, welche am 9. Mai 2019 und somit gut zwei Monate nach dem Unfall vom 2. März 2019 stattfand. Dies nachdem Schmerzen und Bewegungseinschränkung der linken Schulter persistierten (Urk. 8/

E. 18

). Vor diesem Hintergrund

überzeugt das

Gegenargument von Dr. C.____ , wonach dem Beschwerdeführer keine Verzögerung anzulasten ist (Urk. 3/1 S. 11).

4. 7

Ergänzend machte die Beschwerdegegnerin geltend , nach dem Erreichen der vollen Arbeitsfähigkeit habe aus versicherungsmedizinischer Sicht keine namhafte Verbesserung mehr erwartet werden können (Urk. 8/82 S. 4 Ziff. 6) .

Hierzu ist zu bemerken, dass in Fällen wie dem vorliegenden, in welchen der Beschwerdeführer unmittelbar und in den Monaten nach dem Unfall gar nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war, die trotz des Unfalls uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit

allein ein Dahinfallen des Anspruchs auf Heilbehandlung nicht zu begründen vermag .

Die für den Anspruch auf Heilbehandlung vorausgesetzte namhafte Besserung des Gesundheitszustandes kann sich in solchen Fällen recht sprechungsgemäss von vornherein nicht anhand der zu erwartenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit bestimmen

(Urteil des Bundesgerichts 8C_354/2014 vom 10. Juli 2014 E. 3.2). Hinzu kommt, dass im ersten echtzeitlichen Bericht nach dem von der Beschwerdegegnerin angestrebten Zeitpunkt des Fallabschlusses eine operative Herangehensweise empfohlen wurde (Urk. 8/4 S. 2) , was durchaus für die Möglichkeit einer namhaften Besserung sprechen könnte .

Auch ein anders begründeter Fallabschluss mangels namhafter Besserung konnte am 13. April 2019 noch nicht vorgenommen werden, da sich die Schulterbeschwerden zu jenem Zeitpunkt offenbar noch nicht gebessert hatten, aber auch nicht von einer dauerhaften Beeinträchtigung auszugehen war, sodass die allfällige namhafte Besserung aus damaliger Perspektive mutmasslich eher noch anstand. Berichte der damals behandelnden Ärztin zu den gesundheitlichen Verhältnissen in jenem Zeitraum liegen indes keine vor, doch erfolgte die Zuweisung zur MRI-Untersuchung offenbar wegen Schmerzpersistenz mit Bewegungseinschränkung der linken Schulter in Abduktion seit dem Skiunfall im März 2019 (Urk. 8/18 S. 1). 4. 8

Zusammenfassend bestehen hinreichende Zweifel an der als rein verwaltungsintern zu wertenden medizinischen Beurteilung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin , wonach der Status quo sine im Zusammenhang mit den Schulterbeschwerden links sechs Wochen nach dem Unfall erreicht gewesen sei. Demnach kann die Leistungseinstellung per 13. April 2019

nicht bestätigt werden .

Eine abschliessende Festlegung der Dauer der Leistungspflicht lassen die vorliegenden, medizinischen Akten nicht zu; namentlich ist nicht bekannt, wie lange - und ob überhaupt - eine relevante Heilbehandlung der linken Schulter durchgeführt wurde .

Die Beschwerdegegnerin wird, nachdem sie bisher nur verwaltungsinterne Einschätzungen beigezogen hat, nach Beizug einer externen fachärztlichen Abklärung über die Leistungspflicht ab 13. April 2019 – gegebenenfalls nach Ergänzung der Aktenlage - erneut zu entscheiden haben.

Die Beschwerde ist demzufolge in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Dezember 2020 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten ist, nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über die Leistungspflicht nach dem 13. April 2019 zu befinden. 5 .

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der

Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als weitere Bemessungskriterien nennt § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist die dem Beschwerdeführer zustehende Prozessentschädigung ermessensweise auf Fr. 2'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und ausgangsgemäss der

unterliegenden Beschwerdegegenstände anzusetzen.

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind die Kosten eines von einer versicherten Person veranlassten Gutachtens vom Versicherungsträger dann zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des neu bei gebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Unfallversicherer insoweit eine Verletzung der ihm im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes obliegenden Pflicht zur rechtsgenügenden Sachverhaltsklärung vorzuwerfen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_62/2016 vom 7. Juli 2016 E. 6.1 mit Hinweisen). Dies ist vorliegend nicht der Fall, da auch die Aktenbeurteilung von Dr. C. ___ keine abschliessende Würdigung des vorliegenden Sachverhalts zulässt. Eine Auferlegung der Kosten für die Aktenbeurteilung an die Beschwerdegegnerin fällt daher ausser Betracht (vgl. auch Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich UV.2018.00147 vom 20. Juni 2019 E. 4). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Dezember 2020 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über ihre Leistungspflicht über den 13. April 2019 hinaus erneut befinde.

2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine

Prozessentschädigung von Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Reto Zanotelli - SWICA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 5.

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 Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin FehrWidmer

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