

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00024

vom 2. Mai 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-05-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00024

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00024 du 2 mai 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00024 del 2 maggio 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1954, ist als Betriebsinhaber bei Y.____, in Z.____, angestellt und dadurch freiwillig bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (vgl. Urk. 3/5, Urk. 11/A1). Am 23. September 2018 rutschte er beim Aufsammeln von Baumnüssen auf feuchtem Laub aus und stürzte auf den rechten Ellbogen, worauf Schmerzen an der rechten Schulter auftraten (Urk. 11/A3, 11/M8). Nachdem eine am 8. Oktober 2018 durchgeführte MR-Arthrographie unter anderem eine Rotatorenmanschettenläsion mit transmuralen Rupturen der Supra- und Infraspinatussehne gezeigt hatte (Urk. 11/M5), wurde der Versicherte am 21. November 2018 aufgrund persistierender Beschwerden an der rechten Schulter im Kantonsspital A.____ operativ versorgt (Urk. 11/M12 f.).

Die AXA erbrachte zunächst die gesetzlichen Leistungen (vgl. Urk. 11/A18 f., 11/A27). Nach Eingang einer Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, vom 8. Oktober 2019 (Urk. 11/M24) teilte sie dem Versicherten mit Schreiben vom 28. Oktober 2019 mit, dass der Status quo sine spätestens sechs Wochen nach dem Schadenereignis eingetreten sei, weshalb sie ihre Leistungspflicht ab dem 6. November 2018 verneine. Auf die Rückforderung der zu viel erbrachten Leistungen verzichtete die AXA (Urk. 11/A26). Mit Schreiben vom 3. März 2020 opponierte der Versicherte gegen die Leistungseinstellung (Urk. 11/A41), worauf die AXA am 30. April 2020 nach erneuter Rücksprache mit ihrem beratenden Arzt (Stellungnahme vom 17. April 2020, Urk. 11/M29) entsprechend verfügte (Urk. 11/A44). Unter Beilage von Berichten der behandelnden Ärzte (Urk. 11/M30-32) erhob der Versicherte dagegen am 2. Juni 2020 Einsprache (Urk. 11/A48). Nach dem die AXA an den beratenden Arzt

Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie, gelangt war (Stellungnahme vom 13. November 2020, Urk. 11/M33), wies sie die Einsprache mit Entscheidung vom 3. Dezember 2020 ab (Urk.

E. 1.1

Gemäss Art. 6 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. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

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

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. 1.3.1

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). 1.3.2

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 leistungs begründende 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 gänzlicher 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 leistungs begründender 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

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall 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).

E. 2

S. 6-8).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Einspracheentscheid vom 3. Dezember 2020 zusammengefasst fest, den Stellungnahmen des internen medizinischen Beratungsdienstes sei voller Beweiswert zuzusprechen. Diese stützten sich auf die vollständigen Akten unter Berücksichtigung der bildgebenden Abklärungen und seien ausführlich sowie schlüssig und nachvollziehbar begründet worden. Auch mit Blick auf die versicherungsmedizinische Literatur sei der vom Beschwerdeführer geschilderte Sturz nicht geeignet gewesen, die massive Rotatorenmanschettenläsion rechts auszulösen. Auf der Grundlage der Beurteilungen des Beratungsdienstes könne die natürliche Kausalität zum Schadenereignis für höchstens sechs Wochen als gegeben gelten, sodass spätestens per 5. November 2018 der Status quo sine erreicht gewesen sei und die weiteren die rechte Schulter betreffenden Behandlungen einer krankheitsmässigen Genese zuzuschreiben seien. Damit sei auch eine Leistungspflicht gemäss Art. 36 UVG entfallen, welcher besage, dass eine Leistungspflicht auch bestehe, wenn die Beschwerden nur teilweise auf den Unfall zurückzuführen seien (Urk.

E. 2.2

In seiner Beschwerdeschrift vom 19. Januar 2021 machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, dass gestützt auf die Beurteilung von Dr. D.____ die geltend gemachten Beschwerden überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 23. September 2018 und nicht auf ein vorbestehendes, degeneratives Geschehen zurückzuführen seien. Das Trauma sei geeignet gewesen, die unbestrittenen bereits vorgeschädigte Rotatorenmanschette richtungsweisend zu verschlimmern. Gemäss Dr. D.____ habe der Status quo sine bis anhin nicht erreicht werden können, weshalb die

Beschwerdegegnerin weiter hin auch über den 5. November 2018 hinaus verpflichtet sei, ihre Leistungen zu erbringen (Urk. 1 S. 21 f.). Bezugnehmend auf seinen Eventualantrag hielt der Beschwerdeführer des Weiteren fest, es bestünden erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der von der Beschwerdegegnerin beigezogenen Fachärzte. Diese entsprächen nicht den aktuellen Lehrmeinungen und seien tendenziös, weshalb nicht einzig darauf abgestellt werden könne. Daher sei ein Gutachten einer neutralen, versicherungs externen Fachperson einzuholen (Urk. 1 S. 23 f.).

E. 2.3

Mit Beschwerdeantwort vom 12. Mai 2021 betonte die Beschwerdegegnerin, dass den von ihr bei Dr. B.____ und Dr. C.____ veranlassten ärztlichen Stellungnahmen voller Beweiswert zukomme. Überdies sei der behandelnde Mediziner des Beschwerdeführers, Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zum selben Ergebnis gelangt. Vom beantragten Gutachten seien keine wesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen sei. Es stehe mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die ab dem 5. November 2018 geltend gemachten Beschwerden nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 23. September 2018 stünden, sondern degenerativ bedingt seien. Daran vermöge insbesondere die im Beschwerdeverfahren eingereichte Stellungnahme von Dr. D.____ nichts zu ändern (Urk. 10 S. 13 f.).

E. 2.4

Der Beschwerdeführer bekräftigte

seine Sichtweise mit Replik vom 20. August 2021, wobei er sich zusätzlich auf eine weitere zwischenzeitlich bei Dr. D.____

eingeholte Beurteilung stützte (vgl. Urk. 18 S. 10-12, Urk. 19/33). Entgegen den Behauptungen der Beschwerdegegnerin könne nicht von einem degenerativen Geschehen ausgegangen werden; er habe anlässlich des Unfallereignisses vom 23. September 2018 eine neue transmurale Läsion der Supraspinatussehne erlitten. Die Leistungseinstellung per 1. (richtig: 5.) November 2018 sei demnach zu Unrecht erfolgt (Urk. 18 S. 16).

E. 2.5

In ihrer Duplik vom 10. Januar 2022 hielt auch die Beschwerdegegnerin an ihrer Auffassung fest und reichte eine versicherungsmedizinische Stellungnahme von Dr. E.____ ins Recht (Urk. 27/1). Dieser habe die weitgehend gar nicht oder widersprüchlich begründeten Ausführungen von Dr. D.____ in einlässlicher Weise entkräftet. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit stünden die ab dem 5. November 2018 geltend gemachten Beschwerden nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 23. September 2018, sondern seien degenerativ bedingt. Der angefochtene Entscheid erweise sich daher als rechtens (Urk. 26 S. 8 und S. 17).

E. 3.1

Nach dem Schadenereignis vom 23. September 2018 wurde am 8. Oktober 2018 im Kantonsspital A.____

eine MR-Arthrographie der rechten Schulter des Beschwerdeführers durchgeführt. Dabei ergab sich folgende Beurteilung (Urk. 11/M5 S. 2): - Rotatorenmanschettenläsion mit

transmurale Rupturen von Supra- und Infraspinatussehne mit geringer Retraktion der Supraspinatussehne (Patte Grad I); leichte fettige Atrophie und Degeneration Goutallier Grad I der entsprechenden Muskeln; intakte Subscapularissehne - Pulley -Läsion mit Ruptur des superioren

glenohumeralen Ligamentes (SGHL); Tendinopathie mit Partialruptur der langen Bizepssehne im intra artikulären Verlauf - alte Hill-Sachs-Delle mit alter Traumatisierung des anteroinferioren Labrums - moderate, aktivierte AC-Gelenksarthrose.

Vom 21. bis 24. November 2018 war der Beschwerdeführer zwecks operativer Versorgung der Rotatorenmanschettenläsion im Kantonsspital A.____ hospitalisiert (Urk. 11/M12 f.). Nach einem zunächst postoperativ normalen Heilungsverlauf (vgl. Urk. 11/M11 S. 2) ging der Operateur Dr. F.____ mit Verlaufsbericht vom 15. Februar 2019 von einem leichten Rehabilitationsdefizit aus, wahrscheinlich im Rahmen einer postoperativen Kapsulitis. Dafür spreche auch die leichtgradige CRPS-Problematik im Bereich der linken Hand (Urk. 11/M14 S. 2). Gemäss Verlaufsbericht vom 17. Juni 2019 habe der Beschwerdeführer zwar von einer verbesserten Schulterfunktion bei regredienten Schmerzen berichtet. Die Belastbarkeit bleibe jedoch klar limitiert. Die Hauptproblematik bilde die leicht eingeschränkte Handfunktion; es träten nun teils erhebliche Schmerzen im Bereich des Daumens auf (Urk. 11/M18 S. 1). In diesem Zusammenhang wurde aufgrund der Diagnose einer A1-Ringbandstenose am 24. Juli 2019 eine Infiltration vorgenommen (vgl. Urk. 11/M22), wovon der Beschwerdeführer gemäss Verlaufsbericht vom 16. August 2019 sehr gut profitiert habe. Laut Dr. F.____ hätten sich zudem die Kapsulitis und die Schmerzen regredient gezeigt. Die Funktion des Schultergelenkes habe sich ebenfalls verbessert, wobei der Endzustand mit Sicherheit noch nicht erreicht worden sei (Urk. 11/M23).

E. 3.2

In seiner Funktion als beratender Arzt der Beschwerdegegnerin äusserte sich Dr. B.____ mit Stellungnahme vom 18. Oktober 2019 dahingehend, dass sich in der MR-Tomographie vom 8. Oktober 2018 überwiegend degenerative chronische Veränderungen des rechten Schultergelenks gezeigt hätten. Diese seien bereits teilweise in geringerer Ausprägung im MRT von 2015 (vgl. Urk. 3/11) beschrieben worden. Die strukturellen Veränderungen seien degenerativer Natur und nicht unfallkausal. Durch den Sturz am 23. September 2018 sei es zu einer Kontusion des Ellbogens mit mutmasslicher axialer Stauchung und Exazerbation der vorbestehenden Schulterbeschwerden rechts gekommen. Es sei von einer traumatisierten AC-Gelenksarthrose auszugehen. Die Ellbogenkontusion (gemäss Unfallmeldung) habe in der weiteren Krankengeschichte keine Erwähnung mehr gefunden; somit sei diesbezüglich von einem guten Verlauf auszugehen. Der Status quo sine werde durch die Ellbogenkontusion und die mutmassliche Traumatisierung des AC-Gelenks bestimmt. Nach sechs Wochen (5. November 2018) dürfte er erreicht gewesen sein (Urk. 11/M24 S. 2).

E. 3.3

Dr. F.____

hielt in seiner Stellungnahme vom 24. Dezember 2019 fest, es seien mehrere Schultertraumata rechts anamnestisch dokumentiert. Bereits am 24. Dezember 2015 sei eine Rotatorenmanschettenläsion festgestellt worden, weshalb die aktuell behandelte Rotatorenmanschettenverletzung

definitiv nicht alleinig auf das Unfallereignis vom 23. September 2018 zurückzuführen sei. Es sei allgemein bekannt, dass solche Verletzungen kaum heilen und in der Regel über die Zeit grösser würden, selbst wenn sie asymptomatisch seien. Möglicherweise bestehe im Sinne einer Komplementierung der Verletzung ein natürlicher Zusammenhang zum Unfallereignis. Erwähnenswert sei, dass der Beschwerdeführer nach der Erstkonsultation im Kantonsspital A.____ vom 13. Juni 2016 (vgl. Urk. 11/M15) praktisch wieder beschwerdefrei gewesen sei und sich die Verletzung zwischen dem 24. Dezember 2015 und 8. Oktober 2018 zwar vergrössert, die Muskulatur jedoch keine relevanten Abbauveränderungen (fettige Degeneration, Atrophie) erlitten habe (Urk. 11/M30 S. 2).

E. 3.4

Mit Stellungnahme vom 17. April 2020 betonte Dr. B.____, dass das Ereignis vom 23. September 2018 nur möglicherweise ursächlich für die Ruptur sei. Die 2015 im MRT festgestellten strukturellen Veränderungen der Schulter rechts seien überwiegend degenerativer Natur. Hinweise dafür seien die typischen Veränderungen des Schultergelenkes sowie die zunehmende Verfettung des Muskels, welche schrittweise im Rahmen des zunehmenden Funktionsverlustes der Rotatorenmanschette

bei zunehmender chronischer und degenerativ bedingter Ruptur der Sehne begründet seien. Die Progredienz der Ruptur im Rahmen der Degeneration könne lange kompensiert bleiben (stumme Vorgeschichte). Eine Dekompensation dieses Zustandes anlässlich eines Traumas sei mit fast an Sicherheit grenzender Regelmäßigkeit zu erwarten. Es handle sich auch nicht um eine unfallkausale richtungsgebende Verschlimmerung, da das axiale Trauma als solches ungeeignet sei, eine Rotatorenmanschettenruptur herbeizuführen. Das Trauma sei aber geeignet, eine mutmassliche Traumatisierung des Schultergelenkes herbeizuführen (Urk. 11/M29).

E. 3.5

Am 19. Mai 2020 äusserte sich Dr. F.____ erneut schriftlich zur Sache, wobei er ausführte, es lasse sich definitiv nicht bestimmen, ob die Grössenzunahme der Verletzung an der Rotatorenmanschette traumatisch bedingt sei oder sich in der Zwischenzeit ab dem 24. Dezember 2015 chronisch entwickelt habe. Insbesondere die Muskulatur des Supraspinatus zeige keine Atrophie oder fettige Degeneration, was für eine traumatische Vergrösserung sprechen könnte (Urk. 11/M32 S. 1). Die Frage, ob die erlittene Rotatorenmanschettenruptur überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 23. September 2018 zurückzuführen sei, lasse sich nicht diskussionsfrei beantworten. In Anbetracht der Tatsache, dass bereits in einer MR-Untersuchung vom 24. Dezember 2015 eine Rotatorenmanschettenverletzung dokumentiert worden sei, müsse die Frage verneint werden. Allerdings habe die Rupturgrösse in der MR-Untersuchung vom 8. Oktober 2018 zugenommen, ohne dass jedoch zweifelsfrei gesagt werden könne, dass diese Grössenzunahme mit dem Sturz in Zusammenhang stehe (Urk. 11/M32 S. 2).

E. 3.6

In der Funktion eines beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin schloss sich Dr. C.____ mit Stellungnahme vom 13. November 2020 der Sichtweise von Dr. B.____ an (Urk. 11/M33 S. 3). Die Beschwerdesituation stehe mit praktischer Sicherheit in Zusammenhang mit einem vorbestehenden krankhaften degenerativen Geschehen, das seit 2016 (richtig: 2015) bekannt sei. Der MRI-Befund vom 8. Oktober 2018 zeige gegenüber dem Vorbefund von 2016 lediglich eine Ausdehnung der Rissbreite, wie sie aus eigener Dynamik heraus zu

erwarten gewesen sei , und zusätzlich eine intramurale Ausweitung der Läsion an der Infraspinatussehne in horizontalem Sinne, was wiederum für ein degeneratives Geschehen spreche. Zudem sei der geschilderte Ereignishergang mit axialer Stauchung des Oberarmes bei Aufprall mit dem Ellenbogen aus biomechanischer Sicht nicht geeignet, eine Ruptur im Rotatorenmanschettenbereich zu verursachen. Das Gleiche würde für eine seitliche Kontusionierung gelten. In Bezug auf die Stenose des Ringbandes des rechten Daumens bestehe kein natürlicher Kausalzusammenhang zum Unfall vom 23. September 2018 (Urk. 11/M33 S. 1). Bei dem Fehlen objektivierbarer struktureller Schädigungen im Zusammenhang mit dem Schadenereignis sei etwa vier Wochen nach dem Ereignis vom Erreichen des Status quo sine auszugehen (Urk. 11/M33 S. 2).

E. 3.7

In einer an die Rechtsvertretung des Beschwerdeführers gerichteten E-Mail vom 11. Januar 2021 kritisierte Dr. D.____ die Beurteilung von Dr. C.____ , welcher nicht auf dem neuesten Wissenstand sei. Dessen Ausführungen seien versicherungsfreundlich, tendenziös, nicht auf dem neuesten Stand der Erkenntnis und folglich unbrauchbar (Urk. 3/29 S. 2). Mit Stellungnahme vom 14. Januar 2021 hielt Dr. D.____ sodann fest, dass sowohl die Schulter- als auch die Handbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 23. September 2018 stünden. Das damals erlittene Trauma sei geeignet, die vorgeschädigte Rotatorenmanschette der rechten Schulter richtungsweisend zu verschlimmern (Urk. 3/31 S. 1). Die Kapsulitis und das handbetonte CRPS seien zudem eindeutig Folge der Schulteroperation respektive des hier relevanten Unfalls , wobei deren Entstehung und Regredienz durch Dr. F.____ präzise dokumentiert worden seien (Urk. 3/31 S. 2). Ein Status quo sine der Schulter- und Handbeschwerden rechts sei aufgrund der richtunggebenden Veränderung durch das Unfallereignis nicht mehr erreicht worden. Die Läsion der rechten Schulter habe sich dadurch verschlechtert, was sowohl die Supraspinatus-, die Infraspinatus- als auch die Subscapularissehne betreffe (Urk. 3/31 S. 3).

Mit Stellungnahme vom 25. August 2021 liess sich Dr. D.____ erneut zur Sache vernehmen, wobei er unter Einbezug einer Beurteilung von Dr. med. G.____ , Fachärztin für Nuklearmedizin und Radiologie, vom 19. August 2021 (Urk. 19/32) insbesondere darauf hinwies, dass sich im Vergleich zum MRI von Dezember 2015 eine neue transmurale beziehungsweise durch die ganze Sehne reichende Rissbildung der Supraspinatussehne gezeigt habe, die sich schliesslich um 1.1 cm zurückgezogen habe. Intraoperativ habe Dr. F.____ dasselbe festgehalten . Der Riss der Supraspinatussehne sowie die kraniale Subscapularis-Partialruptur seien eindeutig traumatisch verursacht worden. Dafür sprächen die anteriore Lage des Risses , die minime Verfettung und der Umstand, dass sich die Supraspinatussehne intraoperativ problemlos auf den Footprint habe retrahieren lassen . Die Verletzung an der Bizepssehne und die Zerstörung des Pulleys gingen eindeutig mit dem Abriss der Supraspinatussehne einher (Urk. 19/33 S. 2 f.).

E. 3.8

Als beratender Arzt der Beschwerdegegnerin hielt Dr. E.____ in seiner Beurteilung vom 4. Januar 2022 im Wesentlichen fest, die Stellungnahme von Dr. D.____ überzeuge ihn mangels Begründung der Argumente nicht. Die Aussage, dass eine Footprint-Ablösung der Sehne für eine traumatische Genese spreche, stehe zudem in völligem Widerspruch zur versicherungsmedizinischen Literatur und zur gängigen Beurteilung der Kriterien der

jetzigen Praxis. Der Footprint sei eine Prädilektionsstelle für degenerative Veränderungen (Urk. 27/1 S. 4). Ferner hänge das offenbar spannungsarme oder spannungsfreie Heranführen der Supraspinatussehne an den Footprint nicht mit dem zeitlichen Kausalbezug zum Ereignis zusammen, sondern mit der Grösse der Schädigung, die sich immer noch im Stadium I nach Patte befunden habe. Das Argument betreffend Muskelverfettung sei ebenfalls nicht stichhaltig, da jene mit dem Schweregrad der schädigungsbedingten Inaktivierung zusammenhänge. Das Ausmass der vorliegenden Supraspinatus-Schädigung (2015) und die Erweiterung in den Infraspinatus (2018) bedeuteten keine schwere Inaktivierung der Rotatorenmanschetten-Muskulatur (Urk. 27/1 S. 6). Schliesslich überzeuge auch die Einschätzung, wonach die Lokalisation des Risses der Supraspinatussehne für eine traumatische Ursache spreche, in keiner Weise. Es liege eine Zusammenhangstrennung direkt am knöchernen Sehnenansatz bei klar vorbestehender Sehnendegeneration vor. Dabei handle es sich um die klassische, intrinsische degenerative Schädigung an der Prädilektionsstelle für Abnützungen. Es sei unverständlich, weshalb die bekannten Sehnenvorschädigungen an dieser Lokalisation nicht entsprechend gewürdigt worden seien (Urk. 27/1 S. 7).

E. 4

ATSG darstellt (vgl. Urk. 1 S. 14 Ziff. 29, Urk. 10 S. 16 Ziff. 46), weshalb sich Weiterungen hierzu erübrigen. Die Beschwerdegegnerin anerkannte denn auch ihre Leistungspflicht für einen begrenzten Zeitraum (vgl. Urk. 11/A18 f., 11/A26 f.). Strittig und zu prüfen ist allerdings, ob sie ihre Leistungen mit der Begründung, der natürliche Kausalzusammenhang sei infolge Erreichens des Status quo sine dahingefallen, zu Recht per 5. November 2018 eingestellt hat (vgl. vorstehende E. 2.1-2.5).

In diesem Zusammenhang ist vorab festzuhalten, dass der Unfallversicherer die Möglichkeit hat, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung (und allenfalls Taggeld) anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, etwa mit dem Argument, bei richtiger Betrachtung liege kein versichertes Ereignis vor (BGE 130 V 380 E. 2.3.1) oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und leistungsbegründendem Gesundheitsschaden habe gar nie bestanden oder sei dahingefallen. Eine solche Einstellung kann auch rückwirkend erfolgen, sofern der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordern will (nicht publ. E. 3 des Urteils BGE 146 V 51; Urteil des Bundesgerichts 8C_786/2021 vom 11. Februar 2022 E. 2 mit Hinweisen).

E. 4.1

Es ist unbestritten, dass der Sturz beim Aufsammeln von Baumnüssen einen Unfall im Sinne von Art.

E. 4.2.1

Die Beschwerdegegnerin stütze ihren Entscheid in erster Linie auf die Ausführungen der beratenden Ärzte Dr. B.____, Dr. C.____ und Dr. E.____ vom 18. Oktober 2019, 17. April 2020, 13. November 2020 und 4. Januar 2022 (Urk. 11/M24, 11/M29, 11/M33 und 27/1). Diese hatten den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern jeweils eine Aktenbeurteilung vorgenommen. Diesen kann trotzdem voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenhafter Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des

Bundesgerichts 8C_750/2020 vom 23. April 2021 E. 4 mit Hinweisen).

Anhand der ihnen zur Verfügung gestellten Vorakten konnte n sich die beraten den Ärzte, welche jeweils über die konkret notwendige fachliche Qualifikation verfügen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_480/2021 vom 6. Dezember 2021 E. 4.2.1 mit Hinweis), ein vollständiges Bild über die Anamnese sowie den Behandlungsverlauf verschaffen. Da es im konkreten Fall zudem nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, ist nicht zu beanstanden, dass auf eine klinische Untersuchung des Beschwerdeführers verzichtet wurde. Gegenteiliges wurde von dessen Seite denn auch nicht geltend gemacht.

E. 4.2.2

Näher zu prüfen bleibt, ob die versicherungsinternen Aktenbeurteilungen auch inhaltlich überzeugen oder ob auf der Basis der fachärztlichen Ausführungen von Dr. D.____

auch nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (vgl. vorstehende E. 1.4).

Grundsätzlich unbestritten (vgl. Urk. 10 S. 4 Ziff.

E. 4.2.3

Nach dem Gesagten bestehen keine auch nur geringen Zweifel an den versicherungsinternen Beurteilungen, welche durch die Einschätzung des behandelnden Dr. F.____ untermauert

werden. Diesen kommt volle Beweiskraft zu, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf abgestellt hat. Sie hat den Sachverhalt soweit ermittelt, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_721/2019 vom 27. Mai 2020 E. 3 mit Hinweisen). Entgegen des beschwerdeweise gestellten Eventualantrages (Urk. 1 S. 2 und S. 22-24) sind von weiteren Abklärungen medizinischer Art wie namentlich der Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens keine anderen entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abgesehen werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3, 124 V 90 E. 4b). 5.

Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Stellungnahmen ihrer beratenden Fachärzte abgestellt und ihre Leistungen per 5. November 2018 eingestellt hat. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit war der Status quo sine zu diesem Zeitpunkt sechs Wochen nach dem Unfallereignis erreicht.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Dezember 2020 (Urk. 2) erweist sich nach dem Gesagten als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. Dies schliesst auch den Antrag auf Ersatz der im Zusammenhang mit der Berichterstattung von Dr. D.____

entstandenen Kosten mit ein, welcher ohnehin nur für den Fall des Obsiegens gestellt wurde (Urk. 1 S. 24). Anzufügen bleibt, dass privat eingeholte Gutachten dann zu vergüten sind, wenn diese für die Entscheidungsfindung unerlässlich waren (BGE 115 V 62 E. 5c), unter Umständen auch, wenn die versicherte Person in der Sache unterliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C_687/2015 vom 10. November 2015

E. 5.2). Die Stellungnahmen

von Dr. D.____

war es weder notwendig noch für die Entscheidungsfindung unerlässlich, weshalb die Voraussetzungen einer Kostenübernahme durch den Versicherungsträger nicht erfüllt sind und das entsprechende Gesuch jedenfalls abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle -
Rechtsanwalt Martin Bürkle - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diese Entscheidung 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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 Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Fehr Würsch

E. 9

f., Urk. 18 S. 3 Ziff. 7 f.) und aktenkundig ist zunächst, dass sich der Beschwerdeführer bereits am 14. April 2012 bei der Benutzung einer Hängeleiter eine Verletzung an der rechten Schulter zugezogen hat, wobei nach Abschluss der physiotherapeutischen Behandlung keine vollständige Beschwerdefreiheit vorlag (Urk. 12/1, vgl. auch Urk. 11/M13 S. 2 und 11/M15). Im Rahmen einer MR-Arthrographie vom 24. Dezember 2015 stellte Dr. med. H.____, Facharzt für Radiologie, nebst einer ausgedehnten gelenkseitigen Partialruptur der Supraspinatussehne (etwas geringfügiger auch der Infraspinatussehne) auch eine mässige Tendinose der langen Bizepssehne mit Peritendinitis im Sulcus

bicipitis sowie eine geringgradige, leicht aktivierte AC-Arthrose fest (Urk. 3/11). Insoweit bestand an der rechten Schulter bereits vor dem Unfallereignis vom 23. September 2018 ein pathologischer Zustand.

Dieses mittels bildgebender Untersuchungen objektivierten krankhaften Vorzustand bezogen die beratenden Ärzte in ihre Beurteilung mit ein und gelangten in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, die strukturellen Veränderungen am rechten Schultergelenk seien überwiegend degenerativer Natur und nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen. Der Beschwerdegegnerin ist beizupflichten, dass

Dr. F.____ als behandelnder Arzt dieser Beurteilung in den wesentlichen Punkten nicht widersprochen hat. So hielt er ebenfalls in Kenntnis des relevanten Vorzustandes in seiner Stellungnahme vom 24. Dezember 2019 vielmehr fest, dass die aktuell behandelte Rotatorenmanschettenverletzung definitiv nicht allein Folge des Sturzes vom 23. September 2018 sei, zumal derartige Verletzungen kaum heilen und in der Regel über die Zeit grösser

würden, selbst wenn sie asymptomatisch seien. Es bestehe nur möglicherweise ein natürlicher Kausalzusammenhang zum Unfallereignis (Urk. 11/M30 S. 2). Am 19. Mai 2020 deutete

Dr. F.____

sodann zwar einen Zusammenhang zwischen der Zunahme der Rupturgrösse und dem Sturz an, ohne diesen jedoch zweifelsfrei herstellen zu können. Trotz seines Erachtens fehlender Atrophie oder fettiger Degeneration der Supraspinatus-Muskulatur

konstatierte er ausserdem, dass die Frage, ob die erlittene Rotatorenmanschettenruptur überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 23. September 2018 zurückzuführen sei, angesichts der bereits in der MRI-Untersuchung vom 24. Dezember 2015 festgestellten Rotatorenmanschettenläsion verneint werden müsste (Urk. 11/M32).

Des Weiteren vermochte Dr. E.____ die Kritik von Dr. D.____ in allen wesentlichen Aspekten zu entkräften. Einerseits legte er in überzeugender Weise dar, dass degenerative Prozesse bevorzugt am Footprint auftreten (Prädilektionsstelle) und im konkreten Fall einen Zusammenhangstrennung direkt am knöchernen Sehnenansatz bei klar vorbestehender Sehnedegeneration vorliege. Die gegenteilige Auffassung von Dr. D.____, wonach dieser Gesichtspunkt für eine traumatische Genese spreche, sei mit der versicherungsmedizinischen Literatur nicht vereinbar (Urk. 27/1 S. 4 und S. 7). In Übereinstimmung mit dem Operationsbericht von Dr. F.____ vom 22. November 2018 (vgl. Urk. 11/M13 S. 2) wies Dr. E.____

andererseits auf die problemlose Reposition der Supraspinatussehne auf den Footprint hin und stellte klar, dass dieser Umstand nicht mit dem zeitlichen Kausalbezug zum Schadensereignis zusammenhänge, sondern mit der Grösse der Schädigung, die sich immer noch im Stadium I nach Patte befunden habe.

Es leuchtet überdies ein, dass Dr. E.____ den Grad der Muskelverfettung (Goutallier Grad I) nicht als stichhaltiges Argument für einen Kausalzusammenhang zwischen der Schulterverletzung und dem Sturz vom 23. September 2018 einstufte, da die muskuläre Verfettung vom Schweregrad der schädigungsbedingten Inaktivierung beziehungsweise der Defektgrösse und der noch vorhandenen Gebrauchsmöglichkeit der Schultermuskulatur abhängig sei (Urk. 27/1 S. 4 und S. 6). Schliesslich trug Dr. E.____

im Rahmen seiner Beurteilung auch dem Unfallhergang respektive dem Schadensmechanismus Rechnung. Ausgehend von einer axialen Stauchung (vgl. auch Urk. 11/M24 S. 2, 11/M32 S. 2 und 11/M33 S. 1) führte er unter Einbezug der Einschätzung von Dr. G.____ vom 19. August 2021 (Urk. 19/32) aus, dass die Strukturen der Rotatorenmanschette und somit das Pulleysystem

nicht unter einem unphysiologischen Stress geraten seien. Es fehle an Anhaltspunkten für überfallsartige exzentrische Rotationsbelastungen auf eine vorgespannte Rotatorenmanschetten-Muskulatur oder für obligate Begleitverletzungen im Schadensbild nach passender, heftiger Distorsion oder Schulter(sub)luxation. Die Veränderungen an den Pulleystrukturen könnten daher unmöglich traumatischen

Ursprungs sein (Urk. 27/1 S. 6). Insgesamt hat Dr. E.____ sowohl unter Berücksichtigung der bildgebenden Befunde als auch der Vorgeschichte, des Unfallhergangs sowie einschlägiger fachmedizinischer Literatur (vgl. die Beilagen zu seiner Stellungnahme vom

4. Januar 2022, U rk. 27/1)

detailliert und nachvollziehbar aufgezeigt, weshalb auf die Beurteilung von Dr. D.____ nicht abgestellt werden kann.

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