

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00078

vom 1. März 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00078

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00078 du 1 mars 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00078 del 1 marzo 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1991, war ab 1. Februar 2019 bei der Y.____ angestellt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch unfallversichert. Mit Bagatellunfall-Meldung vom 6. August 2019 (Urk. 10/1) zeigte der Arbeitgeber der Suva an, dass sich der Versicherte am 2. August 2019 eine Schulterzerrung links zugezogen habe, als seine Schulter beim Klettern irgendwann mit einem knackenden Geräusch versagt habe (Unfall Nr. 25.97410.19.3; Urk. 10/1-63).

Mit einer weiteren Bagatellunfall-Meldung vom 28. Juli 2020 (Urk. 12/1) wurde der Suva gemeldet, dass der Versicherte am 27. Juli 2020 beim Bouldern gefallen sei und sich das rechte Fussgelenk verdreht beziehungsweise verstaucht habe (Unfall Nr. 25.52578.20.4; Urk. 12/1-11).

Nachdem die Suva beim Versicherten ergänzende Angaben betreffend das Ereignis vom 2. August 2019 eingeholt hatte (Urk. 10/9 S. 1-2, Urk. 10/10 S. 2-3, Urk. 10/25 S. 1), teilte sie ihm mit Schreiben vom 1. Oktober 2020 (Urk. 10/29) mit, dass das gemeldete Ereignis vom 2. August 2019 den Unfallbegriff nicht erfülle und die Beschwerden gemäss Beurteilung durch den Kreisarzt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Abnützung zurückzuführen seien, weshalb keine Versicherungsleistungen erbracht werden könnten.

Im Rahmen eines am 5. Oktober 2020 mit einer Mitarbeiterin der Suva geführten Telefongesprächs wandte der Versicherte ein, dass es aber im Juli 2020 zu einem Unfallereignis gekommen sei, woraufhin die Suva-Mitarbeiterin ihn aufforderte, dies durch seine Arbeitgeberin melden zu lassen (Urk. 10/36). Mit Bagatellunfall-Meldung vom 6. Oktober 2020 (Urk. 11/1) wurde der Suva in der Folge angezeigt, dass der Versicherte am 25. Juli 2020 auf dem Rückweg vom Klettern auf dem Schnee ausgerutscht und hingefallen sei und sich dabei die linke Schulter verrenkt habe (Unfall Nr. 26.53523.20.6; Urk. 11/1-26). Am 8. Oktober 2020 unterzog sich der Beschwerdeführer einer linksseitigen Schulteroperation (vgl. Urk. 12/3-4).

Nach erneuter Konsultation ihres Kreisarztes (Urk. 10/43 = Urk. 11/8, Urk. 10/44 = Urk. 11/17) verneinte die Suva

mit Verfügung vom 6. Januar 2021 (Urk. 10/46 = Urk. 11/18) ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit den gemeldeten linksseitigen Schulterbeschwerden. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 12. März 2021 (Urk. 10/57 = Urk. 11/23 = Urk. 2) fest.

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen,

Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen – darunter etwa

Verrenkungen von Gelenken (lit . b) - , sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurück zu führen sind.

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck - mäs sige Behandlung ihrer Unfallfolgen.

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

Nach der Rechtsprechung bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selbst . Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist somit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich zog. Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er – nach einem objektiven Massstab – den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet. Ausschlag gebend ist also, dass sich der äussere Faktor vom Normalmass an Umwelteinwirkungen auf den menschlichen Körper abhebt. Ungewöhnliche Auswirkungen allein begründen keine Ungewöhnlichkeit (BGE 134 V 72 E. 4.1 und E. 4.3.1 mit Hinweis ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_368/2020 vom 17. September 2020 E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Nach Lehre und Rechtsprechung kann das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei Körperbewegungen gilt dabei der Grundsatz, dass das Erfordernis der äusseren Einwirkung lediglich dann erfüllt ist, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam «programmwidrig» beeinflusst hat. Bei einer solchen unkoordinierten Bewegung ist der ungewöhnliche äussere Faktor zu bejahen; denn der äussere Faktor – Veränderung zwischen Körper und Aussenwelt – ist wegen der erwähnten Programmwidrigkeit zugleich ein ungewöhnlicher Faktor (Urteil des Bundesgerichts 8C_395/2020 vom 28. September 2020 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 130 V 117 E. 2.1). Ohne besonderes Vorkommnis ist bei einer Sportverletzung das Merkmal der Ungewöhnlichkeit und damit das Vorliegen eines Unfalles zu verneinen (BGE 130 V 117 E. 2.2 mit Hinweis).

Der äussere Faktor ist nur dann ungewöhnlich, wenn er - nach einem objektiven Massstab - nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist, nicht aber, wenn ein Geschehen in die gewöhnliche Bandbreite der Bewegungsmuster des betreffenden Sports fällt (Urteil des Bundesgerichts 8C_186/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5 mit Hinweisen). 1.

E. 1.6

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.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 12. März 2021 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 7. April 2021 Beschwerde (Urk. 1/1-2), welche er innert mit Verfügung vom 15. April 2021 (Urk. 4) angesetzter Nachfrist verbesserte (vgl. Urk. 6/1-2). Mit Beschwerdeantwort vom 26. Mai 2021 (Urk. 9) beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 7. September 2021 (Urk. 13) setzte das hiesige Gericht der Beschwerdegegnerin Frist an, um bei ihrem Kreisarzt eine ergänzende Stellungnahme einzuholen. Mit Eingabe vom 5. Oktober 2021 (Urk. 15) reichte die Beschwerdegegnerin die kreisärztliche Beurteilung vom 21. September 2021 (Urk. 16) ein, zu welcher der Beschwerdeführer am 5. November 2021 (Datum des Poststempels) Stellungnahm (Urk. 19-20). Die Eingabe des Beschwerdeführers wurde der Beschwerdegegnerin am 9. November 2021 zur Kenntnis gebracht (Urk. 21). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, beim Ereignis vom 2. August 2019 handle es sich nicht um einen Unfall

im Rechtssinne, da es am Merkmal der Ungewöhnlichkeit fehle. Als Unfall gewertet werden könnten hingegen das Ereignis vom 25. Juli 2020, als der Beschwerdeführer auf dem Rückweg vom Klettern auf dem Schnee ausgerutscht und hingefallen sei, sowie das Ereignis vom 27. Juli 2020 (S. 9 Ziff. 3.1). Es sei auf die Beurteilung des

Kreisarztes abzustellen, gemäss welchen keines der gemeldeten Ereignisse geeignet sei, die im Oktober 2020 operativ behandelte Schulterinstabilität herbeizuführen (S. 9 f. Ziff. 3.2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber (Urk. 1/1) geltend, er habe am 2. August 2019 bei der Ausübung des Klettersports eine teilweise Auskugelung der linken Schulter erlitten. Dieses Trauma habe eine Instabilität der Schulter verursacht. Zwischen dem 2. August 2019 und dem 25. Juni 2020 habe er erfolglos versucht, durch Physiotherapie seine Schulter zu stabilisieren. Im Laufe des Jahres habe er unter verschiedenen Umständen mehrere teilweise Auskugelungen und am 25. Juni 2020 bei einem Bergunfall eine komplette Auskugelung der linken Schulter erlitten. Am 4. August 2020 habe er der Beschwerdegegnerin den Unfall vom 25. Juni 2020 gemeldet, weil dieser Unfall, der schwerer als die vorherigen gewesen sei, schliesslich zur Operation geführt habe (S. 1). Die Suva habe sich bei den Daten vertan. Am 25. Juli 2020 habe er keinen Unfall gemeldet, es handle sich um den Unfall vom 25. Juni 2020 (S. 2 oben). Die mit der Operation korrigierte Instabilität sei zunächst durch die Subluxation vom 2. August 2019 verursacht worden und habe sich anschliessend verschlimmert. Das Knochen - defizit sei nicht die Ursache für die Operation. Falls es vorbestehend gewesen sei, könne es nicht die Ursache für die Instabilität sein, er klettere seit zehn Jahren und habe nie Probleme gehabt. Oder dann spiegle es den Verschleiss des Gelenks aufgrund der am 2. August 2019 ausgelösten Instabilität wider und sei somit indirekte Unfallfolge (S. 2 Mitte).

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort (Urk. 9) ging die Beschwerdegegnerin (weiterhin) von Ereignissen am 2. August 2019, am 25. Juli 2020 und am 27. Juli 2020 aus (S. 2 f. Ziff. 4.1-3) und hielt daran fest, dass keines der Ereignisse geeignet gewesen sei, die chirurgisch adressierten Pathologien herbeizuführen. Es handle sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine krankheitsbedingte Instabilität, welche die (Sub-)luxationen verursacht habe (S. 3 Ziff. 4.4).

E. 2.4

Mit Stellungnahme vom 5. November 2021 (Urk. 19) führte der Beschwerdeführer aus, dass auch die Beschwerdegegnerin davon ausgehe, dass die Verrenkung vom 25. Juni 2020 die Schulter zwar beschädigt habe, aber nicht wesentlich, und der Schaden schon vor diesem Unfall bestanden habe. Dieser Schaden sei wahrscheinlich vor dem Ereignis vom 2. August 2019 entstanden (S. 1 unten). Die Beschwerdegegnerin gehe ferner offenbar davon aus, dass die Operation zu früh erfolgt sei. Schliesslich habe die am 31. Juli 2020 durchgeführte Bildgebung nicht zur Feststellung gedient, ob eine Operation, sondern welche Operation notwendig sei. Die Operation sei daher eine unmittelbare Folge des Unfalls vom 25. Juni 2020 und nicht von hypothetischen früheren Verletzungen (S. 2). 3.1

Am 3. August 2019 (Urk. 10/7 S. 2-3) berichteten die Ärzte des Universitätsspitals Z. ____, Institut für Notfallmedizin, der Beschwerdeführer habe anlässlich seiner gleichentags erfolgten notfallmässigen Selbstvorstellung bei Schulter schmerzen rechts (richtig wohl: links) berichtet, im Rahmen sportlicher Betätigung die Schulter überlastet zu haben, wobei die Beschwerden persistierten (S. 1 unten). Bei entsprechender klinischer Symptomatik sei zum Ausschluss einer ossären B egleitverletzung ein Röntgen durchgeführt worden, das keine Auffälligkeiten gezeigt habe. Nach gründlicher Besprechung der Resultate werde von einer muskuloskelettalen Schmerzsymptomatik ausgegangen (S. 2 Mitte). Als Diagnose nannten die Ärzte eine Schulterkontusion links (S. 1 unten). 3.2

In den von der Dr. med. A.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Klinik B.____, Puls 5, ausgestellten Physiotherapieverordnungen vom 11. September 2019 und vom 16. Dezember 2019 (Urk. 10/2-3) wurde als Diagnose eine Periarthritis humero scapularis (PHS) links bei Status nach Distorsion am 2. August 2019, differentialdiagnostisch (dd) subscapularis, genannt. 3.3

Dr. med. C.____, Fachärztin für Medizinische Radiologie/ Radiodiagnostik, Klinik B.____, berichtete am 8. Juli 2020 (Urk. 10/21), klinisch bestünden Schulterschmerzen links bei Status nach Luxation mit spontaner Reposition am 25. Juni 2020. Die Magnetresonanztomographie (MRI) des Schultergelenks links vom 7. Juli 2020 habe eine gute Artikulation des Gelenkes gezeigt. Es seien eine nicht knöcherne Bankart-Läsion und eine ödematöse Hill-Sachs-Läsion, flach, non engaging, zu objektivieren gewesen. Es bestünden weder eine Rotatorenmanschettenruptur noch der Nachweis eines Knorpeldefektes. Das Akromioklavikulargelenk sei nicht aufgetrieben, das Akromion leicht gebogen, Typ II, und die Muskulatur

kräftig ohne fettige Degeneration oder Atrophie. Es bestehe nach Schulterluxation eine Hill-Sachs-Läsion, frisch ödematisiert, und eine Bankart-Läsion. 3.4

Dr. med. D.____, Klinik B.____, Klinik E.____, berichtete am 14. Juli 2020 (Urk. 10/18 S. 2), der Beschwerdeführer sei ihm

mit linksseitiger Schulterinstabilität

durch Dr. A.____ (vorstehend E. 3.2) zugewiesen worden. Er habe

mittlerweile fünf oder sechs Luxationen beziehungsweise Subluxationen erlitten, nach einer ersten traumatischen Luxation mit Selbstreposition vor einem Jahr. Im MRI habe sich eine klassische Konstellation mit Hill-Sachs-Läsion und zerstörtem vorderem Labrum gezeigt. Als Diagnose nannte Dr. D.____ eine posttraumatische Schulterinstabilität links ohne Hyperlaxität. Zum weiteren Prozedere führte er aus, die Indikation zur operativen Versorgung dürfe sicherlich diskutiert werden, wobei in dieser Situation sicherlich eine Latarjet-Operation erfolgen würde. 3.5

Im Bericht vom 25. August 2020 (Urk. 10/19 S. 3-4) führte Dr. med. F.____, leitender Oberarzt, Klinik G.____, Schulter- und Ellbogenchirurgie, aus, der Beschwerdeführer habe sich am

31. Juli 2020 zur Einholung einer Zweitmeinung vorgestellt. Er habe angegeben, dass es seit August 2019 zu einer Instabilitätsproblematik und Subluxationen gekommen sei. Ein klares Trauma sei ihm nicht erinnerlich. Dann sei es jedoch beim Klettern im Juli dieses Jahres zur gesicherten Luxation mit Selbstreposition gekommen (S. 1 Mitte). In der Untersuchung sei aufgrund der frisch zurückliegenden Luxation auf eine eingehende Testung der linken Schulter verzichtet worden. Das am Untersuchungstag intern durchgeführte Computertomogramm (CT; vgl. Urk. 10/37) habe einen erheblichen glenoidalen

bone

loss von >20% am ventrokaudalen

Glenoidrand sowie einen Hill-Sachs-Defekt an typischer Lokalisation gezeigt. Es habe sich kein Hinweis auf ein frisches knöchernes Fragment am ventralen Glenoidrand ergeben. Das MRI vom 7. Juli 2020 zeige eine grosse ventrokaudale Bankartläsion, eine intakte

Rotatorenmanschette und keine Knorpelschäden (S. 1 unten). Zusammengefasst zeige sich das Bild mit Status nach akuter Luxation. Es bestehe eine flache, eher wenig ausgeprägte Hill-Sachs-Läsion bei gleichzeitig grossem

glenoidalen

bone

loss von mindestens 20 % . Auch das ventrokaudale Labrum zeige sich deutlich disloziert.

Die Chance für ein erneutes Luxationsereignis liege bei über 80 % . Daher empfehle er ebenfalls klar die operative Vorgehensweise. In Anbetracht des bone

loss sei ein Verfahren mit knöcherner Augmentation zu empfehlen und damit die Latarjet-Operation zu unterstützen (S. 2 oben).

Als Diagnose nannte Dr. F.____ eine Schulterinstabilität links mit Status nach frischer Luxation vom 6. Juli 2020 mit vorbestehenden Subluxationen links seit August 2019 (S. 1 Mitte) . 3.6

In einer (Kurz-)Beurteilung vom 26. September 2020 (Urk. 10/28 S. 3) führte der Suva-Kreisarzt

Dr. med.

H.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, das Ereignis 2019 sei keine Listendiagnose, sondern eine Erkrankung, «Überlastung/Kontusion». 2020 sei eine Instabilität mit frischer Luxation am 6. Juli 2020 attestiert worden . Eine Instabilität sei eine Erkrankung, ein klares Trauma sei dem Beschwerdeführer nicht erinnerlich. Die Luxation/Verrenkung wäre eine Listendiagnose, diese sei überwiegend wahrscheinlich auf Erkrankung zurückzuführen. 3.7

In der ärztlichen Beurteilung vom 27. Oktober 2020 (Urk. 10/43 = Urk. 11/8) führte Suva-Kreisarzt Dr. H.____

aus, der Beschwerdeführer habe nachträglich ein Unfallereignis vom 25. Juli 2020 gemeldet, bei welchem er ausgerutscht und gestürzt sei. Am 8. Oktober 2020 sei eine Operation erfolgt (S. 1 oben) . Das

Ereignis im Juli 2020 habe vermutlich zu einer richtunggebenden Verschlimmerung geführt, welche die Operation indiziert habe . Versicherungsmedizinisch handle es sich vermutlich um eine vorbestehende Instabilität, welche durch den Unfall im Juli 2020 richtunggebend verschlimmert worden sei. Er ersuche darum, ihm das Dossier nach Einholung sämtlicher Berichte von

Dr. A.____

(vorstehend E. 3.2) erneut vorzulegen (S. 5 unten) . 3.8

Nach Eingang der ausstehenden Sprechstundenberichte von Dr. A.____, welche allesamt den rechten Fuss des Beschwerdeführers betreffen (Urk. 11/14), nahm Suva-Kreisarzt Dr. H.____ am 16. Dezember 2020 erneut Stellung (Urk. 10/44 = Urk. 10/45 = Urk. 11/17). Er gelangte zum Schluss, dass es am 25. Juli 2020 zu keiner richtunggebenden Verschlimmerung des Gesundheitszustands des linken Schultergelenks gekommen sei. In der Zusammenschau des akuten mässigen Verlaufs handle es sich um eine vordere Schulterinstabilität, welche zu einem unbekanntem Zeitpunkt durch eine mögliche vordere

Schultergelenksluxation zu einem Abscheren der stabilisierenden Gelenkspfanne im vorderen unteren Bereich geführt habe, und hierdurch sei es zu einer vorderen Schultergelenksinstabilität gekommen, welche sich nur bei hoher Belastung des Schultergelenks wie beim Sportklettern klinisch manifestiere (S. 6 unten). Das Ereignis vom 25. Juli 2020 sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geeignet, jene Pathologien herbeizuführen, welche im Verlauf die Indikation zur Stabilisierungs-Operation bedingt hätten. Diese Pathologie, die Bankart-Läsion, welche zur Schulterinstabilität führen könne, sei vor dem Ereignis, am 7. Juli 2020, dargestellt worden. Das am 7. Juli 2020 objektivierte Knochenmarködem im Bereich der Hill-Sachs-Läsion sei überwiegend wahrscheinlich auf ein zeitnahes Ereignis zurückzuführen. Vom Beschwerdeführer werde ein Ereignis am 25. Juni 2020 angegeben. Das Ereignis vom 25. Juli 2020 habe nur möglich zu einer Prellung des linken Schultergelenks geführt, bereits zwei Tage danach sei der Beschwerdeführer wieder in der Lage gewesen, zu klettern, und habe sich dabei am Fuss verletzt (S. 7 oben). Der Status quo sine nach bone

bruise sei überwiegend wahrscheinlich am 25. Dezember 2020 erreicht (S. 7 Mitte).

Auch das Ereignis vom August 2019 sei nicht überwiegend wahrscheinlich geeignet, die vordere Schultergelenksinstabilität im Sinne einer richtunggebenden Verschlümmung herbeizuführen. Der Beschwerdeführer habe bis Juni 2020 keine Luxationen in den Anamnesegesprächen erwähnt. Im CT vom 31. Juli 2020 sei ein anlagebedingter knöcherner Defekt am vorderen unteren Anteil der Gelenkspfanne dargestellt worden, welcher die 2019 geklagten Beschwerden hinreichend erkläre.

Das CT zeige anschaulich die fehlende n

unteren vorderen stabilisierenden knöchernen Anteile der Gelenkspfanne (S. 7 unten). 3.9

Im Rahmen des Einspracheverfahrens

wurden Suva-Kreisarzt Dr. H.____

der Operationsbericht von Dr. D.____ (vorstehend E. 3.4) vom 8. Oktober 2020 (Urk. 12/3) und dessen Austrittsbericht vom 13. Oktober 2020 (Urk. 12/4) unterbreitet.

Diesem ist zu entnehmen, dass am 8. Oktober 2020 bei diagnostizierter posttraumatischer Schulterinstabilität links eine SAS links und ein offener Latarjet-repair durchgeführt wurden. Gemäss Dr. D.____ habe die Arthroskopie die erwartete Zerstörung des anterokaudalen Labrumkomplexes mit klarem Knochendefekt gezeigt. Die Cavitas

glenoidalis habe ansonsten einen schönen Knorpelbezug gezeigt. Der Humeruskopf sei ebenfalls unauffällig gewesen bis auf die zu erwartende relativ breite Hill-Sachs-Läsion an typischer Stelle. Die Rotatorenmanschette sei unauffällig und der Bizeps intakt gewesen mit unauffälligem Poulie und Bizepsanker (Urk. 12/3 Mitte).

In seiner Stellungnahme vom 11. März 2021 (Urk. 11/21 = Urk. 12/5 = Urk. 3) hielt Dr. H.____ fest, unter Würdigung des Operations- und des Austrittsberichts müsse weiterhin an der Beurteilung vom 16. Dezember 2020 (vorstehend E. 3.8) festgehalten werden. Das Ereignis vom 2. August 2019 sei nicht geeignet gewesen, die im Operationsbericht beschriebene «Zerstörung des anterokaudalen Labrumkomplexes mit klarem Knochendefekt» herbeizuführen, andernfalls wäre der klinische Verlauf eindrücklicher gewesen. Der Beschwerdeführer hätte über wiegend wahrscheinlich gleichentags unverzüglich medizinische Hilfe in Anspruch genommen. Anlässlich der Vorstellung im

Universitätsklinik Z.____ am Folgetag sei eine Zerstörung des anterokaudalen Labrums weder als Verdachtsdiagnose gestellt noch bildgebend objektiviert worden. Die Funktionsprüfung der Sehnenkappe sei unauffällig und der Bewegungsumfang uneingeschränkt gewesen (S. 2 oben). Gleiches gelte für das Ereignis vom 25. Juli 2020, als der Beschwerdeführer auf dem Schnee ausgerutscht und hingefallen sei. Bereits zwei Tage später sei

er wie der geklettert (S. 2 Mitte). Der intraoperative Befund habe einer länger als drei Monate zurück liegenden Luxation mit einer sogenannten Bankart-Läsion an typischer Stelle entsprochen. Retrospektiv lasse sich nicht feststellen, zu welchem Zeitpunkt die Bankart-Läsion, die Abscherverletzung des vorderen unteren Anteils der Gelenkpfanne des Schultergelenks, eingetreten sei. Anhand der Bildgebung, der Klinik und dem intraoperativen Befund sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keines der drei gemeldeten Ereignisse geeignet gewesen, die chirurgisch adressierten Pathologien herbeizuführen. 4. 4.1

Aktenkundig sind drei Bagatellunfall-Meldungen, mit welchen der Beschwerdegegnerin ein Ereignis am 2. August 2019 (Versagen der linken Schulter beim Klettern, Urk. 10/1), ein Ereignis am 27. Juli 2020 (beim Bouldern gefallen, Urk. 12/1), sowie (nachträglich) ein Ereignis am 25. Juli 2020 (auf dem Rückweg vom Klettern auf dem Schnee ausgerutscht und hingefallen, Urk. 11/1) gemeldet wurden. 4.2

Anlässlich des Ereignisses vom 27. Juli 2020 verletzte sich der Beschwerdeführer am Fuss (vgl. Urk. 12/14 S. 2). Ein Zusammenhang zwischen diesem Ereignis und den vorliegend im Streit stehenden linksseitigen Schulterbeschwerden wurde weder geltend gemacht noch ist ein solcher aus den Akten ersichtlich. Auf das Ereignis vom 27. Juli 2020 und die in diesem Zusammenhang ergangenen medizinischen Berichte ist daher nicht weiter einzugehen. 4.3

Zum Ereignis vom 2. August 2019 wurde in der Unfallmeldung vom 6. August 2019 (Urk. 10/1) ausgeführt, der Beschwerdeführer sei geklettert und irgendwann habe seine Schulter mit einem knackenden Geräusch versagt. Anlässlich der notfallmässigen Selbstvorstellung im Universitätsklinik Z.____ am 3. August 2019 (vorstehend E. 3.1) berichtete der Beschwerdeführer von einer Überlastung der Schulter im Rahmen sportlicher Betätigung. Dem Bericht von Dr. F.____ vom 25. August 2020 (vorstehend E. 3.5) ist sodann zu entnehmen, dass es gemäss Angaben des Beschwerdeführers seit August 2019 zu einer Instabilitätsproblematik mit Subluxationen gekommen, ihm aber ein klares Trauma nicht erinnerlich sei. Von der Beschwerdegegnerin um eine genaue Beschreibung des Ereignisses vom 2. August 2019 gebeten (Urk. 10/24 S. 1 Ziff. 1) führte der Beschwerdeführer in einer E-Mail vom 18. September 2020 schliesslich Folgendes aus (Urk. 10/25 S. 1 Ziff. 1): «On 02.08.2019 I had a sub-

dislocation

of

my

left

shoulder. While I was rock climbing, I pushed

hard on my

left arm and I felt

my

shoulder

getting out of

its socket and back in again.» 4.4

Die Schilderungen des Beschwerdeführers

(vorstehend E. 4.3) lassen nicht erkennen, dass es beim Klettern am 2. August 2019 zu einer Bewegung gekommen wäre, welche ausserhalb der gewöhnlichen Bandbreite der Bewegungsmuster beim Klettern liegt. Dass sich der Beschwerdeführer stark auf den linken Arm abstützte, erscheint nicht ungewöhnlich, zumal er bereits seit längerer Zeit klettert (vgl. vorstehend E. 2.2) und damit wohl auch anspruchsvollere Routen begeht. Es ist insbesondere auch nicht ersichtlich, dass der Bewegungsablauf durch etwas Programmwidriges wie etwa ein Ausrutschen gestört worden wäre. Vielmehr gab der Beschwerdeführer anlässlich der notfallmässigen Selbstvorstellung im Universitätsspital Z. ___ am 3. August 2019 selber an, die Schulter überlastet zu haben. Gegenüber Dr. F. ___ verneinte er ein eigentliches Trauma explizit. In Bezug auf das Ereignis vom 2. August 2019 fehlt es damit an einer schädigenden Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors und damit am Unfallbegriff (vgl. vorstehend E. 1.2-4).

Die erstbehandelnden Ärzte des Universitätsspitals Z. ___ diagnostizierten am 3. August 2019 eine Schulterkontusion links und sahen die Beschwerden im Rahmen einer muskuloskelettalen Schmerzsymptomatik, nachdem ossäre Begleitverletzungen konventionell-radiologisch ausgeschlossen werden konnten. Die behandelnde Dr. A. ___ diagnostizierte eine PHS links bei Status nach Distorsion am 2. August 2019 (vorstehend E. 3.2). Vor dem Hintergrund dieser medizinischen Aktenlage ist das Vorliegen einer unfallähnlichen Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG zu verneinen.

Was schliesslich die vom Beschwerdeführer verschiedentlich erwähnten, jedoch nicht gemeldeten und undokumentierten

weiteren – angeblich fünf oder sechs - Luxationen beziehungsweise Subluxationen (vgl. vorstehend E. 2.2, E. 3.4, Urk. 10/10 S. 2 Ziff. 1) angeht, können darin keine unfallversicherungsrechtlich relevanten Ereignisse erblickt werden, da selbst bei Listendiagnosen noch ein initiales erinnerliches und benennbares Ereignis nötig ist (vgl. BGE 146 V 51 E. 8.6) und ein solches fehlt. 4.5

Mit Bagatell-Unfallmeldung vom 6. Oktober 2020 (Urk. 11/1) wurde der Beschwerdeführer schliesslich ein Ereignis am 25. Juli 2020 (Ziff. 4) gemeldet. Gemäss Angaben in der Unfallmeldung sei der Beschwerdeführer auf dem Rückweg vom Klettern auf dem Schnee ausgerutscht und hingefallen (Ziff. 6) und habe sich die linke Schulter verrenkt (Ziff.

E. 5

Gemäss BGE 146

V 51 hat der Unfallversicherer nach Meldung einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht

mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (E. 9.1). Der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers ist erbracht, wenn die Listendiagnose zu mehr als 50 % auf Abnutzung oder Erkrankung beruht (E. 8.2.2.1, E. 8.6).

E. 7

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). 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 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 9

) . Als Unfallort genannt wurde

I.____ , J.____ (Ziff. 5) .

Beschwerdeweise (Urk. 1) machte der Beschwerdeführer unter anderem geltend, das infrage stehende Ereignis datiere vom 25. Juni 2020. Er habe dieses der Beschwerdegegnerin am 4. August 2020 gemeldet. Der Beschwerdeführer bezog sich dabei offensichtlich auf einen von ihm am 4. August 2020 ausgefüllten und unterzeichneten Fragebogen

(Urk. 10/10 S. 2-3) . Dieser war ihm zwar im Zusammenhang mit dem gemeldeten Ereignis vom 2. August 2019 zugestellt worden (vgl. Urk. 10/8, Urk. 10/9 S. 1-2) . Bei der Beschreibung des Sachverhalts führte er

indes Folgendes aus : «As previously

declared , I've

had a climbing

accident in August 2019, which

resulted in a subluxation

of

the

left

shoulder . Since

then , I kept

having

shoulder

subluxations (~ every 2 months, for

various

reasons) and a full

dislocation on June 25th». Zum Ort machte er folgende Angaben: « Full

dislocation : I.____, J.____ ». Bei der Frage nach dem Datum und der Zeit gab er an:
«25.06.20, 18:00».

Sodann erwähnte der Beschwerdeführer auch in einer E-Mail an die Beschwerdegegnerin vom 18. September 2020 (Urk. 10/25 S. 1 Ziff. 4) eine im letzten Juni erlittene « full

shoulder

dislocation » und führte aus, « the

shoulder

went out of

its

socket and

did not get back in by

itself ».

Übereinstimmend mit diesen Angaben wurde auch im Bericht vom 8. Juli 2020 über die MRI-Untersuchung des linken Schultergelenks vom 7. Juli 2020 (vorstehend E. 3.3) eine Luxation mit spontaner Reposition am 25. Juni 2020 erwähnt.

Vor dem Hintergrund dieser (zeitnäheren) Aktenlage ist – entgegen den Angaben zum Unfallzeitpunkt in der (späteren und von der Arbeitgeberin ausgefüllten) Unfallmeldung vom 6. Oktober 2020 – davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer

nicht am 25. Juli 2020, sondern am 25. Juni 2020 auf dem Rückweg vom Klettern ausgerutscht und hingefallen ist. Dafür spricht nicht zuletzt auch der Umstand, dass in der Unfallmeldung vom 6. Oktober 2020 als letzter Arbeitstag (vor dem Unfall) der Freitag, 19. Juni 2020, genannt wurde (Urk. 11/1 Ziff. 8). Soweit Dr. F.____

in seinem Bericht vom 25. August 2020 (vorstehend E. 3.5) von einer Luxation am 6. Juli 2020 ausging, ist dies nicht weiter dokumentiert und handelt es sich mutmasslich um eine Datumsverwechslung. 4.6

Aufgrund der dargelegten (vorstehend E. 4.5) Überlegungen sah sich das Gericht zur Referentenverfügung vom 7. September 2021 (Urk. 13) veranlasst. Es erwog, da der Kreisarzt in seiner Beurteilung (unter anderem) von einem (inexistenten) Ereignis am 25. Juli 2020 ausgegangen sei (vgl. Urk. 10/44 S. 6 f., Urk. 3 ; vgl. auch vorstehend E. 3.8 -9), dränge sich die Einholung einer ergänzenden medizinischen Stellungnahme auf. Die Beschwerdegegnerin sei aufzufordern, dem Kreisarzt folgende Fragestellung zu unterbreiten:

« Das MRI vom 7. Juli 2020 (Urk. 10/21) dokumentiert eine frisch ödematöse Hill-Sachs-Läsion und eine nicht knöcherne Bankart-Läsion. Unter Annahme eines Unfalldatums am 25. Juni 2020 (und nicht am 25. Juli 2020) wurden diese Verletzungen damit erst nach diesem Ereignis dargestellt. Auch würde die Bankart-Läsion einem intraoperativen Befund von einer länger als drei Monate zurückliegenden Luxation (vgl. Urk. 3 S. 2 unten) nicht entgegenstehen.

Fragen: - Ändert dies etwas an der Einschätzung, ob die geltend gemachten Beschwerden und die Operation mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 25. Juni 2020 (auf dem Rückweg vom Klettern auf dem Schnee ausgerutscht und hingefallen, Verrenkung der linken Schulter) zurückzuführen sind? - Bewirkte das Ereignis vom 25. Juni 2020 eine richtunggebende Verschlimmerung der

linksseitigen Schulterproblematik? - Haben Sie weitere Bemerkungen? » 4.7

Am 21. September 2021 (Urk. 16) nahm Suva-Kreisarzt Dr. H. ___ Stellung zu den Fragen gemäss Referentenverfügung vom 7. September 2021. Er führte aus, die erste Bildgebung des linken Schultergelenks sei konventionell-radiologisch am 3. August 2019 im Universitätsspital Z. ___ erfolgt, wegen Überlastungsbeschwerden. Der klinische Befund sei unauffällig gewesen. Die zweite Bildgebung sei am 7. Juli 2020 erfolgt, dies knapp zwei Wochen nach dem nun neu zu beurteilenden Ereignisdatum am 25. Juni 2020. Wenn davon ausgegangen werde, dass am 25. Juni 2020 ein Ereignis – auf dem Schnee ausrutschen und hinfallen - stattgefunden habe, könne anhand der Bildgebung davon ausgegangen werden, dass eine Luxation und Selbstreposition stattgefunden habe bei vorbestehender Bankart-Läsion. Es habe sich eine sogenannte Hill-Sachs-Delle mit Knochenmarködemen am Oberarmkopf als Hinweis auf ein kürzer als sechs Monate zurückliegendes Ereignis gezeigt. Ferner einer Bankart-Läsion, eine Schädigung der vorderen unteren Gelenkspalte der Gelenkspfanne ohne Knochenmarksödem als Hinweis dafür, dass diese Läsion älter als sechs Monate war (S. 4 Mitte).

Die dritte Bildgebung sei am 31. Juli 2020 mittels CT erfolgt. Dieses habe eine sicher älter als zwei Monate alte Bankart-Läsion mit abgerundeten Knochenrändern in der Ablösungszone und gänzlich fehlendem Knochenfragment als Hinweis für eine langjährig erfolgte Knochenresorption des abgelösten Knochenfragments der vorderen Gelenkspfanne im Rahmen der natürlichen Regeneration nach Ablösung des Knochens oder als anlagebedingte Variation der Gelenkspfannenkonfiguration gezeigt. Das Ereignis vom 25. Juni 2020 habe somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustands geführt. Zusätzliche Band-, Sehnen oder Muskelläsionen seien zeitnah nicht dargestellt worden, es sei somit nicht zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustands, dem Status nach Bankart-Läsion zu einem unbekanntem Zeitpunkt mindestens sechs Monate vor dem Ereignis 2020, gekommen. Klinisch und radiologisch könne dieser Zeitpunkt auch nicht auf das Ereignis 2019 zurückdatiert werden, da der zeitnah erhobene Befund klinisch und radiologisch unauffällig gewesen sei. Überwiegend wahrscheinlich habe es sich um Überlastungsbeschwerden ohne richtunggebende Verschlimmerung gehandelt (S. 4 unten).

Der Status quo sine nach Luxation und Selbstreposition mit bone

bruise wäre spätestens sechs Monate nach dem Ereignis vom 25. Juni 2020 erreicht worden. Jedoch sei am 8. Oktober 2020 die Operation nach Latarjet erfolgt (S. 5 oben). 4.8

Gestützt auf die medizinischen Akten kann es als ausgewiesen gelten, dass der Beschwerdeführer am 25. Juni 2020 gestürzt ist und sich dabei eine Luxation der linken Schulter zuzog, welche sich in der Folge spontan reponierte. Im zeitnah durch Dr. C.____ angefertigten MRI vom 7. Juli 2020 zeigte sich eine frisch ödematisierte Hill-Sachs-Läsion und eine nicht knöcherne Bankart-Läsion (vorstehend E. 3.3). Das durch Dr. F.____ veranlasste CT vom 31. Juli 2020 bestätigte eine - eher wenig ausgeprägte

- Hill-Sachs-Läsion und objektivierte überdies einen erheblichen glenoidalen Bone

loss von >20 % am ventrokaudalen

Glenoidrand, während sich kein Hinweis auf ein frisches knöchernes Fragment am ventralen Glenoidrand ergab. Sodann wies auch Dr. F.____ auf ein deutlich disloziertes Labrum ventrokaudal hin (vorstehend E. 3.5). Anlässlich der im Rahmen des operativen Eingriffs vom 8. Oktober 2020 durchgeführten Arthroskopie bestätigte sich die Zerstörung des anterokaudalen Labrumkomplexes mit klarem Knochendefekt (vorstehend E. 3.9).

Während Suva-Kreisarzt

Dr. H.____ in seiner Stellungnahme vom 27. Oktober 2020 (vorstehend E. 3.7) noch die Vermutung einer richtunggebenden Verschlimmerung anlässlich des (inexistenten) Unfallereignisses vom 25. Juni 2020 äusserte, dies jedoch nicht weiter begründete, nahm er am 16. Dezember 2020 (vorstehend E. 3.8), am 11. März 2021 (vorstehend E. 3.9) - nunmehr in Kenntnis des Operationsberichts vom 8. Oktober 2020 - und insbesondere am 21. September 2021 (vorstehend E. 4.7) - nunmehr richtigerweise ausgehend von einem am 25. Juni 2020 stattgehabten Ereignis - ausführlich Stellung.

Bezugnehmend auf die CT-Bildgebung vom 31. Juli 2020 stellte Dr. H.____

einen knöchernen Defekt im Sinne fehlender unterer vorderer stabilisierender knöcherner Anteile an der Gelenkspfanne fest (vorstehend E. 3.8). Dies steht im Einklang mit dem auch im Operationsbericht vom 8. Oktober 2020 beschriebenen klaren Knochendefekt (vgl. vorstehend E. 3.9). In seiner Stellungnahme vom 21. September 2021 (vorstehend E. 4.7) legte

Dr. H.____ sodann nachvollziehbar dar, dass das gänzliche Fehlen eines Knochenfragments als Hinweis für eine langjährig erfolgte Knochenresorption des abgelösten Fragments oder als anlagebedingte

Variation der Gelenkspfannenkonfiguration zu werten sei. In Bezug auf den Knochendefekt

ist damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem Vorzustand auszugehen.

Weiter bezeichnete Dr. H.____ auch die bildgebend und intraoperativ objektivierte Bankart-Läsion als im Zeitpunkt des Ereignisses vom 25. Juni 2020 vorbestehend, dies unter Hinweis darauf, dass im MRI vom 7. Juli 2020 kein Knochenmarksödem objektiviert worden sei, was für eine Läsion älter als sechs Monate spreche (vorstehend E. 4.7). Bereits in seiner Stellungnahme vom 11. März 2021 - damals allerdings noch ausgehend von einem Ereignis am 25. Juni 2020 -

gelangte

Dr. H.____

auch unter Bezugnahme auf den intraoperativen Befund vom 8. Oktober 2020 zum Schluss, dass die Abscherverletzung der vorderen unteren Gelenkspfanne älter als drei Monate sei (vgl. vorstehend E. 3.9). Zwar lag das infrage stehende Ereignis vom 25. Juni 2020 im Zeitpunkt der Operation am

8. Oktober 2020 bereits etwas mehr als drei Monate zurück. Angesichts der präzisierenden Stellungnahme von Dr. H.____ vom 21. September 2021 (vorstehend E. 4.7)

steht dies der Annahme einer bereits im Zeitpunkt des Ereignisses vom 25. Juni 2021 vorbestehenden Bankart-Läsion jedoch nicht entgegen. In Würdigung der dargelegten

Ergebnisse der Bildgebungen schlussfolgerte Dr. H.____ in nachvollziehbarer Weise, dass das Ereignis vom 25. Juni 2020 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (lediglich) zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustands geführt habe. Eine richtunggebende Verschlimmerung verneinte er unter Hinweis auf das Fehlen von zeitnah dargestellten zusätzlichen Läsionen an Bändern, Sehnen oder Muskeln. 4.10

Die Beurteilung durch Dr. H.____ erweist sich insgesamt als schlüssig und überzeugend und es bestehen keine Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit. Es sind namentlich keine anderslautenden medizinischen Berteilungen aktenkundig. Allein damit, dass Dr. D.____ eine posttraumatische Schulterinstabilität diagnostizierte (vgl. vorstehend E. 3.4, E. 3.9), ist die Unfallkausalität nicht dargetan. Die Argumentation des Beschwerdeführers, wonach er vor dem Ereignis vom 2. August 2019 - welches nach dem Gesagten (vorstehend E. 4.4) allerdings den Unfallbezug gar nicht erfüllt - keine Schulterprobleme gehabt habe, erschöpft sich schliesslich in der beweisrechtlich nicht zulässigen Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc », nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Diese vermag zum Nachweis eines natürlichen Kausalzusammenhangs nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

Bei der am 8. Oktober 2020 durchgeführte n Stabilisierungsoperation gelangte ein Verfahren mit knöcherner Augmentation in Form eines

Latarjet-repair zur Anwendung, dies aufgrund des bone

loss (vgl. vorstehend E. 3.4-5, Urk. 12/4). Die Hill-Sachs-Läsion spielte bei der Stabilisierungsoperation dagegen keine Rolle.

Da der bone

loss sowie die Bankart-Läsion nach dem Gesagten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem kausalen Zusammenhang zum Ereignis vom 25. Juni 2020 standen, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin ihre Leistungspflicht für die Operation vom 8. Oktober 2020 verneinte.

Der angefochtene Entscheid ist damit zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des 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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Barblan

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