

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00098

vom 1. Juni 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-06-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00098

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00098 du 1 juin 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00098 del 1 giugno 2022

Erwägungen

E. 1

5. April 2014 (Urk. 15 /4 S. 1). Am 1 5. April 2019 unterzog sich der Versicherte einer offenen Schulterstabilisation nach Latarjet (Urk. 15/9). Auf Stellungnahmen der beratenden Ärztin vom 2 9. April 2019 (Urk. 15/11 S. 2) und vom 1 6. Oktober 2019 (Urk. 15/39 S. 2) hin wurden die medizinischen Akten unter anderem durch eine vertrauensärztliche Aktenbeurteilung von Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Zertifizierter Medizinischer Gutachter SIM, Vertrauensarzt SGV, vom 2 7. Mai 2020 (Urk. 15/55) ergänzt. Mit Verfügung vom 1 0. Dezember 2020 teilte die Unfallversicherung dem Versicherten mit, dass die medizinischen Unterlagen dem beratenden Arzt vorgelegt worden seien und gemäss dessen Beurteilung der Status quo sine beziehungsweise ante am 2 5. März 2019 erreicht worden sei, weshalb die Versicherungsleistungen per 2 6. März 2019 ein gestellt würden (Urk. 15/66). Die Einsprache des Versicherten (undatiert, Eingangdatum 5. Januar 2021, Urk. 15/67) wies sie mit Entscheid vom 2 9. März 2021 unter Beilage der versicherungsmedizinischen Stellungnahme von Dr. B.____ ab (Urk. 2, zur beigelegten Stellungnahme: vgl. S. 9).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. 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. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

E. 1.2.1

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 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. 1.2.2

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 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 blosse 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 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 (Urteile des Bundesgerichts 8C_600/2021 vom 3. März 2022 E. 3.2 und 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2, je 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. 1.3

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 Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die 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).

Beratende Ärzte sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_608/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 3.3.3 mit Hinweis). Auf Aktenberichte kann abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. SVR 2010 UV Nr. 17 S. 63; Urteil des Bundesgerichts 8C_183/2020 vom 22. April 2020 E. 4.1 mit Hinweisen).

E. 2

5. März 2019 ein gestellt hat.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Leistungseinstellung per 26. März 2019 zufolge Erreichens des Status quo sine vel ante im angefochtenen Entscheid gestützt auf die Stellungnahme von Dr. B.____ vom 27. Mai 2020, wonach sich der Knochenverlust im Bereich des Glenoids der vorgeschädigten linken Schulter überwiegend wahrscheinlich durch das Ereignis vom 1. Februar 2016 eingestellt habe und gemäss Operationsbericht vom 15. April 2019 das Ereignis vom 15. März 2019 keine strukturelle Verschlimmerung verursacht habe. Letzteres habe lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung verursacht. Grund für die Operation vom 15. April 2019 sei die richtunggebende Schädigung infolge des Ereignisses vom 1. Februar 2016 nach traumatischer Erstluxation am 24. Januar 2014 mit folgender Instabilität und operativer Sanierung am 15. April 2014 sowie Reluxation infolge Snowboardsturzes am 1. Februar 2016 mit konservativer Therapie und fortwährend ungenügender Stabilität. Der Terminierungszeitpunkt und damit der Status quo sine

vel

ante sei mit der Konsultation vom 25. März 2019 erreicht worden, da der Einsprecher an diesem Tag gegenüber der Klinik A.____ berichtet habe, dass er in der Schlinge keine Schmerzen mehr habe und keine Analgetika mehr einnehmen müsse (Urk).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer macht demgegenüber im Wesentlichen geltend, es gehe nicht an, dass

die Beschwerdegegnerin ihre Leistungseinstellung lediglich zehn Tage nach dem Unfall angesichts der Komplexität des Falles auf eine Beurteilung ihres beratenden Arztes stütze, welche r

zwar zertifizierter Gutachter, aber kein Facharzt für Orthopädie sei. Bestritten werde insbesondere, dass aus dem Operationsbericht vom 15. März 2019 ersichtlich sei, dass das Ereignis vom 15. März 2019 keine erneute strukturelle Verschlimmerung verursacht habe. Es werde verkannt, dass der Unfall vom 15. März 2019 zur Operation geführt habe und es gelinge der Beschwerdegegnerin nicht, das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung des Unfallereignisses vom 15. März 2019 zu beweisen, nachdem sie zuerst den Leistungsanspruch anerkannt habe. Im Weiteren stelle der Umstand, dass in der Schlinge keine Beschwerden mehr bestanden hätten, jedenfalls keinen Terminierungszeitpunkt dar. Sodann sei sein rechtliches Gehör verletzt worden, seien ihm doch mit der Verfügung nicht alle medizinischen Unterlagen zugestellt, sondern der Bericht von Dr. B.____ erst dem Einspracheentscheid beigelegt worden. Ihm sei damit das Recht, zur Verfügung substantiiert Stellung zu nehmen, verwehrt worden (Urk. 1). Mit Stellungnahme vom 27. Juli 2021 fügte er an, bei seiner beruflichen Tätigkeit handle es sich um Extremsportreisen, für welche man extrem fit sein müsse und komplett beschwerdefrei, was er beim Antritt derselben auch stets gewesen sei (Urk. 17).

E. 2.3

Materiell streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zufolge Erreichens des Status quo sine vel ante zu Recht per

E. 3.1

Was die vorab zu prüfende Rüge formeller Natur anbelangt, ergibt sich aus dem Anspruch auf

rechtliches Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) unter anderem der Anspruch, Stellung zu beziehen zu einem durch den Verwaltungsträger eingeholten Gutachten, wobei die Missachtung des diesbezüglichen Gehörsanspruchs jedenfalls dann einen schwerwiegenden und deshalb nicht heilbaren Mangel darstellt, wenn in der Folge wesentlich auf das entsprechende Gutachten abgestellt wird (SVR 1999 UV Nr. 25). Was

den Zeitpunkt der Gehörsgewährung anbelangt, ist der Gehörsanspruch im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren prinzipiell vor dem Entscheid zu gewähren, wobei die Parteien gemäss Art. 42 Satz 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)

vor Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind, nicht angehört werden müssen.

E. 3.2

Die Beschwerdegegnerin stellte die Aktenbeurteilung ihres beratenden Arztes Dr. B.____, auf welche sie in der Entscheidfindung wesentlich abstellte, dem Beschwerdeführer unbestritten erst mit dem Einspracheentscheid vom 29. März 2021 zu (vgl. Urk. 2 S. 9). Jedoch wies sie den Beschwerdeführer bereits in der Verfügung vom 10. Dezember 2020 erwägungsweise auf ihre Vorlage der medizinischen Unterlagen an den beratenden Arzt hin sowie auf dessen Beurteilung, wonach der Status quo sine vel ante spätestens am 25. März 2019 erreicht worden sei, und folgte dieser Einschätzung auch im Dispositiv der Verfügung mit der Einstellung der Leistungen per 26. März 2019 (Urk. 15/66). Der Beschwerdeführer hatte mithin Kenntnis sowohl von der Existenz als auch der

Massgeblichkeit der Beurteilung des beratenden Arztes für die Anspruchsbeurteilung der Beschwerdegegnerin, reichte aber in der Folge seine Einsprache (Urk. 15/67) ein, ohne Akteneinsicht gemäss Art. 47 ATSG

zu verlangen, welche ihm bei entsprechen dem Begehren am Sitz der Beschwerdegegnerin zur gewähren gewesen wäre (Art. 8b Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSV). Eine Gehörsverletzung, zumindest eine derart schwer wiegende, welche einer Heilung in diesem Verfahren nicht zugänglich wäre, liegt damit nicht vor. Nachdem sich der Beschwerdeführer mit seiner Beschwerde vom 8. Mai 2021 inhaltlich umfassend zur Beurteilung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin geäußert hat, wäre sodann bei Annahme einer Gehörsverletzung jedenfalls von einer Heilung derselben auszugehen (BGE 142 II 218 E. 2.8.1, 137 I 195 E. 2.3.2, je mit Hinweisen).

E. 4.1

Gemäss Bericht von Dr. med. C.____, stellvertretender Oberarzt, Orthopädie Obere Extremitäten

der Klinik A.____, vom 28. Februar 2014 zog sich der Beschwerdeführer am 24. Januar 2014 im Rahmen eines Snowboardsturzes eine traumatische Schulter-Ersluxation links mit Hill-Sachs-Defekt an typischer Lokalisation, ausgedehntem Labrum-Abriss ventral mit freien Gelenkkörpern im Sinne von Knochen-Knorpel-Fragmenten ventral und dorsal im Recessus zu. Das MRI zeige ein klares und ausgeprägtes Verletzungsmuster nach Luxation. In Anbetracht der Anamnese (gemeint wohl: Sportanamnese, vgl. Urk. 15/26 S. 3 ff.) und des Alters des Beschwerdeführers bestehe sicherlich eine Hochrisiko-Situation für eine Rezidiv-Luxation, weshalb ein operatives Vorgehen empfohlen werde (Urk. 15/26 S. 8). Am 15. April 2014 unterzog sich der Beschwerdeführer bei anhaltendem Instabilitätsgefühl einer arthroskopischen

ventro-kaudalen Schulter-Stabilisierung links mit Bankart- Repair und dosierter Kapselraffung (Urk. 15/25). Gemäss Austrittsbericht der Klinik A.____ vom 17. April 2014 zeigte sich der postoperative Verlauf komplikationslos (Urk. 15/26 S. 1). Am 7. Juli 2014 erfolgte der Behandlungsabschluss, wobei die Vollbelastung sechs Monate nach dem Eingriff als wieder gegeben beurteilt wurde (Urk. 15/26 S. 12).

E. 4.2

Nach einem weiteren Snowboardsturz vom 18. Januar 2015 konsultierte der Beschwerdeführer wegen funktionseinschränkender schmerzhafter Schulterbeschwerden links erneut die Orthopädie Obere Extremitäten der Klinik A.____. Die klinischen und radiologischen Befunde liessen gemäss Bericht vom 22. Januar 2015 am ehesten auf eine schmerzhafte Kontusion schliessen. Bildgebend zeigte sich ein kleines Ossikel kaudomedial des inferioren Glenoidrandes von ca.

E. 4.3

Am 1. Februar 2016 zog sich der Beschwerdeführer bei einem Snowboardsturz in Japan gemäss Bericht von Dr. C.____

vom 11. Mai 2016 eine Reluxation der linken Schulter zu. Unter intensiver Physiotherapie habe sich die Situation völlig normalisiert, der Beschwerdeführer sei zwischenzeitlich schmerzfrei und verspüre im Alltag keine Instabilitäten. Aktuell sei keine operative

Massnahme indiziert (Urk. 15/26 S. 17).

E. 4.4

Sechs Tage nach dem Snowboardsturz vom 15. März 2019 in Russland suchte der Beschwerdeführer wiederum die Klinik A.____ auf. Anamnestisch führten die zuständigen Fachärzte aus, die Schulter habe sich gefühlt wieder nach anterior luxiert. Von einem Pistenguide sei die Schulter wieder reponiert worden. Der Beschwerdeführer habe nach der konservativ therapierten Schulter-Reluxation im Mai 2016 mit einer zufriedenstellenden Stabilität gelebt. Bei Überkopparbeiten oder Wurfbewegungen des linken Armes habe jedoch stets eine Instabilität bestanden. Der Beschwerdeführer sei beruflich nach wie vor im Bereich der Organisation und dem Filmen von Heli- Skiing angestellt und übe zusätzlich andere Risikosportarten aus. Im klinischen Befund imponiere ein asymmetrisches Schulterrelief mit abstehender Scapula links. Die Röntgenaufnahmen der linken Schulter ap axial vom 21. März 2019 zeigten im Vergleich zu den Vorbildern einen hochgradigen Verdacht auf einen anterioren

Glenoiddefekt. Bei vorliegen dem radiologischen Befund sei zunächst eine weiterführende Diagnostik zur Bilanzierung von ossären Defekten/Läsionen indiziert, weshalb eine CT-Aufnahme veranlasst werde. Die Diagnose lautete auf eine traumatische Re-Reluxation Schulter links mit anteriorer

Glenoidfraktur infolge Snowboardsturzes vom 15. März 2019 (Urk. 15/4 S. 1).

E. 4.5

Die am 25. März 2019 durchgeführte CT in der Universitätsklinik D.____ führte zum Schluss auf einen Status nach ossärer Bankart-Läsion mit mittelgradigem antero-inferiorem Knochenverlust am Glenoid, hier mehrere kleinere Ossifikationen in Angrenzung an den antero-inferioren Gelenkrand, drei randsklerosierte Bohrkanäle im Glenoid nach Bankart- Repair 2014, Hill-Sachs-Defekt postero kranial mit breiter Konfiguration und angrenzenden sperarierten

Ossikeln, minimal ventral dezentriertem

Humeruskopf, der Subacromialraum messe 8 mm, es liege eine leichte glenoidale Retroversion von 2° vor, das AC-Gelenk sei unauffällig (Urk. 15/6 S. 1). Die zuständigen Fachärzte der Klinik A.____ schlossen in ihrem Bericht vom selben Tag in Kenntnis des CT-Befundes auf eine unveränderte Diagnose und eine Operationsindikation zur Stabilisierung der Schulter. Dem Beschwerdeführer, welcher anlässlich der Konsultation vom 25. März 2019 in der Schlinge (Medarmfix) keine Beschwerden mehr habe, keine Analgesie mehr einnehme und bezüglich Therapie eine möglichst gute Stabilität wünsche, könne eine offene Rekonstruktion der Glenoid-Randfraktur angeboten werden. Das Re-Luxationsrisiko sei ohne Operation auch mit Physiotherapie so hoch, dass von einem konservativen Vorgehen abgeraten werde (Urk. 15/6 S. 1).

E. 4.6

Die Indikation zur Operation vom 15. April 2019 lautete sodann auf eine rezidivierende vordere Schulterluxation mit fehlgeschlagenem Bankart- Repair. Gemäss Operationsbericht zeigte sich anteroferior ein tiefer Knorpeldefekt mit fraglichem Status nach Glenoidfraktur, das ehemalige Fragment sei jedoch stabil und verheilt (Urk. 15/9 S. 1 f.).

E. 4.7

Dr. B.____ schloss in seiner Aktenbeurteilung vom 27. Mai 2020, der Beschwerdeführer habe 2014 im Rahmen eines Snowboardsturzes eine erstmalige traumatische Schulterluxation erlitten. Wegen der hohen sportlichen Ansprüche insbesondere in Bezug auf Ski-, Snowboardfahren und Kraftsport sei am 15. April 2014 bei mangelnder Stabilität eine arthroskopische Schulterstabilisierung mit Bankart-Repair und dosierter Kapselraffung durchgeführt worden. Anlässlich der am 18. Januar 2015 erlittenen Skapulakontusion sei es zu keiner zusätzlichen Schädigung gekommen. Am 1. Februar 2016 habe eine erste vollständige Relaxation der linken Schulter in Japan stattgefunden, die erst nach drei Stunden reponiert worden sei. Diesbezüglich sei davon auszugehen, dass entweder die Stabilisierungsoperation mit Bankart-Repair nicht nachhaltig erfolgreich gewesen sei oder aber dass das Ereignis von 2016 einen neuen strukturellen Schaden gesetzt habe. Notabene habe der Beschwerdeführer nach dem Ereignis vom 15. März 2019 gegenüber der Klinik A.____ angegeben, nach der Relaxation vom Februar 2016 bei Überkopf- und Wurfbewegungen mit dem linken Arm stets eine Instabilität verspürt zu haben. Anlässlich der nur einen Monat nach dem letzten Ereignis durchgeführten Operation sei antero-inferior ein tiefer Knorpeldefekt mit fraglichem Status nach Glenoidfraktur beschrieben worden, das ehemalige Fragment sei jedoch stabil und verheilt, was freilich nicht innerhalb eines Monats geschehen sein könne. Entsprechend sei davon auszugehen, dass es sich um ein nach dem Ereignis von 2016 stabil verheiltes Fragment handle. Das Ereignis von 2016 habe folglich nach der wie auch immer geglückten Bankart-Repair-Operation vom 15. April 2014 die massgebende richtunggebende Verschlimmerung dargestellt. Das Ereignis vom 15. April 2019 habe dagegen keine erneute strukturelle Verschlimmerung, sondern überwiegend wahrscheinlich lediglich eine teilkausale vorübergehende Verschlimmerung verursacht und sei nicht Grund für die Operation vom 15. April 2019 gewesen. Der Status quo sine vel ante sei mit der Konsultation in der Klinik A.____ vom 25. März 2019 erreicht gewesen (Urk. 15/55 S. 7 ff.).

E. 5

x 3 mm Größe, welches in den Röntgenaufnahmen vom 24. Januar 2014 so nicht ersichtlich gewesen sei (Urk. 15/26 S. 14 f.).

E. 5.1

Unbestritten und im Lichte der medizinischen Aktenlage erstellt ist, dass sich der Beschwerdeführer beim Snowboardunfall vom 15. März 2019 eine umgehend reponierte Re-Relaxation der linken Schulter bei komplexem Vorzustand (mit ausgeprägtem Verletzungsmuster nach Erstluxation und operativer Sanierung im Jahr 2014 mittels Bankart-Repair und dosierter Kapselraffung,

Kontusion 2015 und Relaxation 2016) zugezogen hat. Weiter rechtfertigen sich angesichts der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers vom 21. März 2019 (E. 4.4) keine Zweifel daran, dass seit der konservativ therapierten Schulter-Relaxation vom 1. Februar 2016 entgegen der im Bericht von Dr. C.____ vom 11. Mai 2016 notierten völligen Normalisierung der Situation ohne Instabilitäten im Alltag (E. 4.3) und der nachträglichen Angaben des Beschwerdeführers in seiner Eingabe vom 27. Juli 2021 (Urk. 17) zumindest bei Überkopfarbeiten und Wurfbewegungen des linken Armes stets eine Instabilität bestanden hat. Auch bezeichnete der Beschwerdeführer die vortraumatische Stabilität anlässlich seiner Konsultation in der Klinik A.____ vom 21. März 2019 insgesamt als

lediglich zufriedenstellend (E. 4.4), was mit seinem im Bericht der Klinik A.____ vom 25. März 2019 angeführten Therapiewunsch nach einer möglichst guten Stabilität (E. 4.5) korrespondiert.

E. 5.2

Zur Beurteilung der zwischen den Parteien insbesondere strittigen Frage, ob auf den bei der Beschwerdegegnerin einzig versicherten Unfall vom 15. März 2019 eine strukturell objektivierbare Verletzung in Form einer ossären Läsion im Bereich des anterioren

Glenoids zurückgeführt werden kann, stellte die Beschwerdegegnerin auf die Aktenbeurteilung von

Dr. B.____ ab. Dieser ist als beratender Arzt für die Beschwerdegegnerin tätig, weshalb seine Beurteilung beweisrechtlich grundsätzlich derjenigen eines versicherungsinternen Arztes entspricht (E. 1.3).

Wie die Beschwerdegegnerin vernehmlassungsweise

ausführte (Urk. 14 S. 15 f.), kann Dr. B.____

sodann die fachliche Qualifikation für die Kausalitätsbeurteilung nicht allein aufgrund des Umstandes, dass er über keinen Facharztstitel in Orthopädie verfügt, abgesprochen werden. Als zertifizierter medizinischer Gutachter SIM mit Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt SGV ist er zwar einem Kreisarzt der Suva, welcher ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilt und therapeutisch begleitet, nicht gleichzustellen (vgl. zur Qualifikation derselben unabhängig vom ursprünglich erworbenen Facharztstitel: SVR 2009 UV Nr. 9 S. 35; Urteil des Bundesgerichts 8C_316/2019 vom 24. Oktober 2019 E. 5.4). Aufgrund seiner Zusatzausbildungen und seiner Gutachtertätigkeit verfügt er aber ebenso wie ein Kreisarzt oder beratender Arzt der Suva über besondere versicherungsmedizinische Kenntnisse, welche ihm gerade auch bei der Beurteilung von Kausalitätsfragen zur Verfügung stehen.

Unabhängig hiervon deckt sich die Beurteilung von Dr. B.____, wonach der Unfall vom 15. März 2019 keinen strukturell objektivierbaren Schaden nach sich gezogen hat (E. 4.7), mit dem intraoperativen Befund der Fachärzte für Schulter-/Ellbogenchirurgie der Universitätsklinik D.____ vom 15. April 2019, welche den Status nach Glenoidfraktur

bei tiefen Knorpeldefekten nur als fraglich und das ehemalige Fragment als stabil und verheilt beurteilten (E. 4.6), was nachvollziehbar gegen eine frische strukturelle Verletzung im Bereich des Glenoids spricht. Die Beurteilung von Dr. B.____, wonach Grund der Stabilisierungsoperation vom 15. April 2019 nicht der Unfall vom 15. März 2019 gewesen sei, korrespondiert

im Weiteren mit der im Operationsbericht vom 15. April 2019 angeführten Operationsindikation, welche auf eine rezidivierende vordere Schulterluxation mit fehlgeschlagenem Bankart -

Repair – der operativen Versorgung im Jahr 2014 (E. 4.1) –

lautete (E. 4.6). Auch der im Bericht der Klinik A.____ vom 25. März 2019 wiedergegebene Befund zur CT vom selben Tag ordnete den mittelgradigen antero-inferioren Knochenverlust am Glenoid

dem Status nach ossärer Bankart- Läsion zu, welche letztere unbestritten und aktenmässig erstellt auf das Ereignis vom 24. Januar 2014 und nicht dasjenige vom 15. März 2019 zurückzuführen ist (vgl. E. 4.1). Im Übrigen zeigte sich bereits im radiologischen Befund vom 21. Januar 2015 ein kleines Ossikel

kaudomedial des inferioren Glenoidrandes von ca. 5

x

3 mm, welches in den Voraufnahmen vom 24. Januar 2014 noch nicht ersichtlich war (E. 4.2), und damit eine Zunahme der ossären Schäden in diesem Bereich. Damit aber deckt sich die Kausalitätsbeurteilung von Dr. B.____

mit den fachärztlichen intraoperativen wie auch den

bildgebenden Befunden. Eine hier von abweichende ärztliche Beurteilung findet sich nicht in den Akten. Dass die zuständigen Fachärzte der Klinik A.____ in ihrem Bericht vom 25. März 2019 (E. 4.5) in Kenntnis des CT-Befundes der Klinik D.____ vom selben Tag keine neue Beurteilung vornahm und die Glenoidfraktur diagnostisch unverändert (wie im Bericht vom 22. März 2019, E. 4.4) der traumatischen Re-Reluxation der Schulter infolge Snowboardsturzes vom 15. März 2019 zuordnete, basiert jedenfalls auf keiner neuen, dem CT-Befund Rechnung tragenden Kausalitätsbeurteilung und deckt sich auch nicht mit einer späteren Operationsindikation (E. 4.6).

Damit aber drängen sich keine auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung von Dr. B.____, wonach der versicherte Unfall vom 15. März 2019 keine strukturellen objektivierbaren Schäden nach sich gezogen und zu einer lediglich vorübergehenden Verschlechterung des erheblichen Vorzustandes geführt hat, auf. Nach dem seine Aktenbeurteilung auf einem lückenlosen Überblick insbesondere der bildgebenden und intraoperativen Befunde basiert (E. 1.3) und ein gegenwärtiger Status angesichts der zwischenzeitlich erfolgten Stabilisierungsoperation keine weiterführenden Erkenntnisse verspricht, stellte die Beschwerdeführerin zu Recht auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes ab. Entsprechend ist erstellt, dass es beim Snowboardunfall vom 15. März 2019 zwar zu einer weiteren Luxation der linken Schulter gekommen ist, jedoch ohne strukturell objektivierbare Begleitverletzung. Das versicherte Ereignis führte entsprechend der Beurteilung von Dr. B.____

lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes, welcher vor dem Unfall zumindest insoweit symptomatisch war, als bei Überkopf- und Wurfbewegungen eine Instabilität vorlag. Dass die Luxation der Schulter, wenn auch umgehend reponiert (E. 4.4), zu vorübergehenden Schmerzen führte, ist dabei nicht in Frage zu stellen.

E. 5.3

Was den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 26. März 2019, mithin zehn Tage nach dem Unfall anbelangt, spricht der Umstand, dass der Beschwerdeführer am 25. März 2019 keine Analgetika mehr einnahm und

die einzig diskutierte Behandlungsmassnahme die auf Mitte April 2019 geplante, nicht durch die Unfallfolgen verursachte Operation war (E. 4.5), trotz Weitertragens der Schlinge für den Wegfall der Kausalität, weshalb auch der Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht in Frage zu stellen ist.

Die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Rechtsanwalt Martin Bürkle - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin Gräub-Fonti

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