

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00100 vom 7. Juni 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-06-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00100

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00100 du 7 juin 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00100 del 7 giugno 2022

Erwägungen

E. 1

Der 1959 geborene X.____ war seit dem 1. September 2010 bei der Y.____ AG als Kaminfegermeister tätig und in dieser Eigenschaft bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Schadenmeldung vom 24. Juni 2019 wurde der Suva gemeldet, der Versicherte sei am 15. Juni 2019 beim Überqueren einer Strasse über den Rands tein gestolpert und habe sich an der Schulter, dem Ellbogen sowie am Handgelenk links Quetschungen und Prellungen zugezogen (Urk. 9/1). Die Suva anerkannte mit Schreiben vom 28. Juni 2019 ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Urk. 9/2). Am 31. Juli 2019 erteilte die Suva Kostengutsprache für die Spitalbehandlung (Urk. 9/9)

im Zusammenhang mit der operativen Behandlung der Rotatorenmanschettenruptur (Urk. 9/5). Am 7. August 2019 wurde beim Beschwerdeführer eine Arthroskopie der Schulter links mit Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion (Supraspinatus / Infraspinatus) sowie eine Acromioplastik durchgeführt (Urk. 9/17). Am 16. September 2019 teilte die Ehefrau des Versicherten mit, er habe sich beim Sturz auf die Schulter auch den Kopf verletzt; in letzter Zeit habe er einen komischen Gang sowie ab und zu sprachliche Aussetzer gehabt . Die Untersuchung im Spital Z.____ vom 13. September 2019 habe ergeben, dass der Versicherte Blut im Hirn habe und operiert werden müsse (Urk. 9/19). Am 19. September 2019 wurde eine endoskopisch assistierte Entleerung des Hämatoms durch eine links parietale Minikraniotomie mit Anlage einer subgalealen

Redondrainage durchgeführt (Urk. 9/26). Nach Eingang der kreisärztlichen Stellungnahme vom 3. Oktober 2019 (Urk. 9/33) teilte die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 4. Oktober 2019 mit, der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 15. Juni 2019 betreffend die Schulter links eingestellt hätte, sei spätestens sechs Wochen nach dem Unfallereignis erreicht, weshalb sie den Fall per 15. Oktober 2019 abschliesse und die Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) auf diesen Zeitpunkt einstelle. Des Weiteren bestehe aufgrund der medizinischen Unterlagen kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 15. Juni 2019 und den gemeldeten Kopfbeschwerden; diesbezüglich sei sie nicht leistungspflichtig (Urk. 9/35). Der Versicherte erklärte am 14. Oktober 2019 mit der Einstellung der Leistungen nicht einverstanden zu sein und beantragte die erneute Prüfung seines Anspruchs (Urk. 9/41). Nach Einholung weiterer kreisärztlicher Beurteilungen (Urk. 9/43 , 9/56, 9/58) und Arztberichte (9/54) verfügte die Suva am 31. Januar 2020 im angekündigten Sinne und stellte die Leistungen (Taggeld und Heilkosten) betreffend die linksseitigen Schulterbeschwerden per 15. Oktober 2019 ein (Urk. 9/59). Dagegen liess der Versicherte am 18. Februar 2020 Einsprache erheben (Urk. 9/63). Am 2. Februar 2021

nahm Kreisarzt PD Dr. med.

A.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erneut eine orthopädisch-chirurgische Beurteilung vor (Urk. 9/69). Mit Entscheid vom 29. März 2021 wies die Suva die Einsprache ab (Urk. 2 [= Urk. 9/71]).

E. 1.1

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfall folgen. 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 min destens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhanden sein 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. 1.3

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 gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls

genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein 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 (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). 1.

E. 2

Dagegen liess der Versicherte am 10. Mai 2021 Beschwerde erheben und beantragen, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und ihm seien auch nach dem 15. Oktober 2019 Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung auszurichten; eventualiter sei er fachärztlich zu begutachten, und über den Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung sei neu zu entscheiden (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 1. August 2021 schloss die Beschwerdegegnerin unter Beilage einer erneuten kreisärztlichen Beurteilung vom 4. August 2021 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8, 10), worüber der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 13. August 2021 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 11). Mit Verfügung vom 26. August 2021 wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 13). Mit Replik vom 7. September 2021 (Urk. 14) sowie Duplik vom 1. Oktober 2021 (Urk. 17)

hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid fest, in der ärztlichen Beurteilung sei der Kreisarzt zum Schluss gekommen, dass der Unfall vom 15. Juni 2019 nicht überwiegend wahrscheinlich zu strukturellen Läsionen geführt habe. Der am 7. August 2019 operierte Schaden sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen; der Gesundheitszustand, wie er auch ohne Unfall vorliegen würde, sei als Status quo sine nach Prellung und Zerrung nach vier bis sechs Wochen erreicht gewesen (Urk. 2 S. 6). Gestützt auf die Beurteilung des Kreisarztes sei davon auszugehen, dass die beim Beschwerdeführer festgestellten Gesundheitsschäden im Bereich der linken Schulter nicht auf das Ereignis vom 15. Juni 2019 zurückzuführen seien und der durch dieses Ereignis ausgelöste Beschwerdeschub nach kurzer Zeit abgeklungen

sei. Solange dieser Beschwerdeschub angedauert habe, habe sie die zweckmässige Behandlung des krankhaften Vorzustandes zu übernehmen, was auch die Operation vom 7. August 2019 umfasse. Die Übernahme der Operation bedeute jedoch nicht, dass ein Kausalzusammenhang des operierten Gesundheitsschadens zum Unfall vom 15. Juni 2019 anerkannt werde. Trotz der Operation könne sie die Versicherungsleistungen einstellen, wenn der unfallbedingte Beschwerdeschub abgelaufen sei (Urk. 2 S. 7 f.). Bezüglich des aufgetretenen Subduralhämatoms erwog die Beschwerdegegnerin sodann, dass rechtzeitig nichts dokumentiert sei, das auf ein Anschlagen des Kopfes beim Ereignis vom 15. Juni 2019 hindeuten würde. Für ein anderes Unfallereignis mit Kopfbeteiligung würden sodann keine Hinweise bestehen; ein solches werde auch nicht geltend gemacht. Die Beweislast für

ein Schädeltrauma liege beim Beschwerdeführer (Urk. 2 S. 10). Gestützt auf die Beurteilung des Kreisarztes sei davon auszugehen, dass die beim Beschwerdeführer festgestellten Gesundheitsschäden im Bereich des Kopfes nicht auf das Ereignis vom 15. Juni 2019 zurückzuführen seien, weshalb eine Leistungspflicht zu verneinen sei (Urk. 2 S. 11).

E. 2.2

Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer vor, unbestritten sei, dass er am 15. Juni 2019 einen Unfall erlitten hatte, als er beim Überqueren einer Strasse über den Randstein gestolpert und gestürzt sei. Streitig sei, ob die Verletzungen an der Schulter und am Kopf im Zeitpunkt der Verfügung unfallkausal waren. Bezüglich der Kopfverletzung akzeptiere er den ablehnenden Entscheid. Er sei jedoch nicht damit einverstanden, dass – nachdem die Beschwerdegegnerin anfänglich ihre Leistungspflicht anerkannt habe – die Kausalität der heute noch persistierenden Schulterbeschwerden nunmehr verneint werde (Urk. 1 S. 3). Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin stütze sich alleine auf die Aktenurteile der Kreisärzte, die in diametralem Widerspruch zur Beurteilung des behandelnden Arztes, einem ausgewiesenen und renommierten Spezialisten, stehe. Die Behauptung, es handle sich um eine alte, degenerativ bedingte vorbestehende Läsion, sei widersprüchlich. Gemäss MRI vom 4. Juli 2019 habe keine Muskelatrophie bestanden. Der behandelnde Arzt habe beschrieben, dass sowohl das Muskelvolumen wie auch die Muskelqualität gegen eine ältere RM-Läsion spreche (Urk. 1 S. 7). Das Unfallgeschehen und die festgestellte Schulterverletzung würden sowohl sachlich wie auch zeitlich zusammen passen. Bei der Tätigkeit als Kaminfeger handle es sich zudem um eine schwere Tätigkeit mit häufigen Überkopfarbeiten, weshalb eine vorbestehende RM-Läsion kaum über einen längeren Zeitraum gänzlich asymptomatisch verlaufen wäre (Urk. 1 S. 8). Ferner sei nicht nachvollziehbar, inwiefern der Status quo sine nach einer angeblichen Aktivierung einer vorbestehenden RM-Läsion nach vier bis sechs Wochen erreicht sein sollte. Es habe auch im Zeitpunkt der Verfügung infolge der Schulterverletzung eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit bestanden. Insgesamt sei die Behauptung der Beschwerdegegnerin, wonach die RM-Läsion rein degenerativ bedingt und vorbestehend gewesen sei, unhaltbar und die RM-Läsion sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beim Stolpersturz vom 15. Juni 2019 entstanden (Urk. 1 S. 11).

E. 2.3

Mit Beschwerdeantwort vom 11. August 2021 ergänzte die Beschwerdegegnerin, wegen den neuen medizinischen Unterlagen sei nochmals eine fachärztliche Stellungnahme eingeholt worden. Die Beweislast bezüglich der Frage, ob das Ereignis vom 15. Juni 2019 zu einer Rotatorenmanschettenruptur

führte, liege beim Beschwerdeführer. Aus der Übernahme der Operation vom 7. August 2019 während des unfallbedingten Beschwerdeschubs könne nichts Gegenteiliges abgeleitet werden. Strittig sei somit einzig, ob das Ereignis vom 15. Juni 2019 lediglich eine Prellung beziehungsweise Zerrung der Schulter oder zu einer Rotatorenmanschettenruptur geführt habe (Urk. 8 S. 3). Gemäss Operationsbericht vom 7. August 2019 seien die Supraspinatus-, die Infraspinatus- sowie die lange Bizepssehne

rupturiert gewesen. Aufgrund der unterschiedlichen Aufgaben dieser Sehnen beziehungsweise der dazugehörigen Muskeln lasse sich nicht überzeugend nachvollziehen, wie ein einzelner Mechanismus diese drei Sehnen gleichzeitig geschädigt haben sollte

(Urk. 8 S. 4).

E. 2.4

Mit Replik vom 7. September 2021 brachte der Beschwerdeführer vor, das genaue Ausmass der Schulterverletzung, mithin der Befund, wonach er die Rotatoren manschette ruptiert habe, sei spätestens mit Bericht der Klinik B.____ vom 11. Juli 2019 sowie dem Arthro -MRI- und Sonograp hie-Befund des Spitals C.____ vom 4. Juli 2019 im Detail bekannt gewesen. Im Wissen um diese konkreten Befunde im linken Schultergelenk habe die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache für die am 7. August 2019 durchgeführte operative Rekon struktion der Rotatorenmanschette erteilt. Damit habe sie erneut ihre Leistungspflicht sowie die Unfallkausalität in Bezug auf die konkreten Befunde bestätigt. Der Wegfall des Kausalzusammenhangs sei alleine von der Beschwerdegegnerin zu beweisen; dieser sei nicht erbracht worden (Urk. 14 S. 2).

E. 2.5

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen betreffend die Schulterbeschwerden links zu Recht per 15. Oktober 2019 eingestellt hat. Die Ablehnung der Leistungspflicht im Zusammenhang mit der geltend gemachten Kopfverletzung wurde vom Beschwerdeführer akzeptiert.

Die Leistungsverweigerung im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 15. Juni 2019 bezüglich der Kopfbeschwerden ist daher in Rechtskraft erwachsen. 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit zur Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Der behandelnde Hausarzt Dr. med. D.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 24. Juli 2019, die Erstbehandlung habe am 24. Juni 2019 stattgefunden. Der Beschwerdeführer sei am 15. Juni 2019 gestolpert und gestürzt, dabei habe er sich mit dem linken Arm aufgefangen. Der Handrücken links sei geschwollen gewesen, der Ellbogen links etwas dolent, die Elevation und Abduktion der Schulter links sei bis 40° möglich. Er diagnostizierte eine Ruptur der Rotatorenmanschette und att estierte dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 15. Juni 2019. Zudem führte er aus, die Behandlung werde voraussichtlich in sechs bis acht Monaten abgeschlossen sein (Urk. 9/7).

E. 3.2

Mit Bericht vom 11. Juli 2019 nannten die behandelnden Ärzte der Klinik B.____ eine traumatische transmurale Ruptur der Sehne des M. supraspinatus mit Retraktionen sowie den Verdacht auf Partialruptur der kranialen Anteile der Sehne des M. infraspinatus der Schulter links (dominant) nach einem Sturz am 15. Juni 2019 als Hauptdiagnosen. Als Nebendiagnosen führten sie eine arterielle Hypertonie, eine Hypercholesterinämie, koronare Herzerkrankung mit zweifachem

Stenting im November 2018, ein Asthma bronchiale sowie ein Diabetes mellitus Typ II auf. Der Beschwerdeführer habe in der Sprechstunde über einen Sturz auf die linke Schulter im Juni 2019 berichtet. Unmittelbar danach seien Schmerzen und Bewegungseinschränkungen

aufgetreten; aktuell verspüre er noch einen Kraftverlust der linken Schulter (Urk. 9/5 S. 1) . Bisher hätten keine Therapien, Medikamenteneinnahmen oder Infiltrationen stattgefunden. Es liege eine frische, traumatische, transmurale Ruptur der Supraspinatussehne vor, eventuell mit Beteiligung der Infraspinatussehne

(Urk. 9/5 S. 2).

Im Operationsbericht vom 8. August 2019 berichteten die Behandler von der Arthroskopie der Schulter links mit Rotatorenmanschetten -Rekonstruktion (Supraspinatus / Infraspinatus) sowie der Acromioplastik . Indikation für die Operation sei der Sturz auf die linke Schulter mit einschliessendem Schmerz und sofortiger Pseudoparalyse/Pseudoparese im Juni 2019 gewesen. Die Abklärungen hätten in der Folge den Befund einer frischen transmuralen Ruptur Supraspinatus und Infraspinatus ohne muskuläre Atrophie respektive fettige Degeneration ergeben ; Status nach Ruptur lange Bizepssehne (Urk. 9/17). Im Austrittsbericht vom 26. August 2019 führten die Ärzte der Klinik B.____ aus, Komplikationen seien keine aufgetreten. Der peri - und postoperative Verlauf habe sich insgesamt regelrecht gestaltet. Die periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität habe sich im Vergleich zum präoperativen Zustand unverändert gezeigt. Nach physiotherapeutischer Anleitung habe der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden können (Urk. 9/15). Am 29. August 2019 berichteten die Ärzte der Klinik B.____ , nach drei Wochen zeige sich ein guter postoperativer Verlauf . Die nächste klinische und bildgebende Kontrolle sei in drei Wochen; bis dahin bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/23). Am 30. September 2019 ergänzten die Behandler, von Seiten der linken Schulter entwickle sich die Sache ideal. Die Abduktionsschiene könne ab sofort weggelassen werden (Urk. 9/40).

E. 3.3

Am 30. September 2019 gab Dr. med. E.____ , Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erstmals eine kreisärztliche Stellungnahme ab . In seiner Beurteilung führte Dr. E.____ aus, bildgebend hätten keine strukturellen Läsionen festgestellt werden können, die nach derzeitigem medizinischem Wissensstand überwiegend wahrscheinlich unfallkausal zum Ereignis vom 15. Juni 2019 gewesen seien (Urk. 9/52 S.4) . Am 18. Oktober 2019 ergänzte Dr. E.____ , bildgebend sei drei Wochen nach dem Ereignis eine fettige Degeneration der Muskulatur des Supraspinatus

(Goutallier Grad II) , eine Volumenminderung des M. supraspinatus mit Retraktionen und positivem Tangenzzeichen sowie eine deutlich retrahierte

Supraspinatussehne

festgestellt worden. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine bereits vor dem Ereignis vorhanden gewesene pathologische Veränderung, die vorübergehend verschlimmert worden sei. Die Bildgebung sowie die Abnahme des Muskelvolumens und die Verfettung des Muskels durch fehlende Aktivierung bei Bewegung des Arms seien pathognomonisch [kennzeichnend] für eine mindestens ein Jahr oder länger zurück liegende Kontinuitätsdurchtrennung der Rotatorenmanschette. Da der Beschwerdeführer angegeben habe , zuvor beschwerdefrei gewesen zu sein, könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass es sich um eine chronische Delaminierung der Rotatorenmanschette über Jahre handle und die bildgebend dargestellte Kontinuitätsdurchtrennung ein Befund sei, der nicht in kausalem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 15. Juni 2019 stehe. Die Erstbe

handlung sei am 24. Juni 2019 dokumentiert worden, der Beschwerdeführer habe sich zum Zeitpunkt des Unfalls in der Toskana befunden, zwischen dem Unfall und der Erstkonsultation seien neun Tage vergangen. Eine zeitnahe Arztkonsultation habe nicht stattgefunden. Der Gesundheitszustand, wie er auch ohne Unfall vorliegen würde (Status quo sine), sei vier bis sechs Wochen nach Prellung/Zerrung erreicht. Bei komplikationslosem Verlauf nach der durchgeführten Operation sei mit einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit frühestens nach einem Jahr zu rechnen, dies aufgrund des Alters des Beschwerdeführers sowie der Komorbidität (arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und Diabetes mellitus Typ 2). Es sei mit einer erheblichen Verlängerung der Rekonvaleszenzzeit zu rechnen. In Anbetracht der Unfallfolgen bestehe vier bis sechs Wochen nach dem Ereignis eine 100%ige Arbeitsfähigkeit als Kaminfegermeister. Ab diesem Zeitpunkt sei der Gesundheitszustand erreicht, wie er auch ohne Unfall vorliegen würde (Urk. 9/43 S. 5 f.).

E. 3.4

Am 17. Dezember 2019 nahm Dr. med. F.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zu Händen der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers Stellung zur Unfallkausalität. Er führte aus, der genaue Unfallmechanismus sei ihm aufgrund des Berichtes vom 11. Juli 2019 nicht mehr klar ersichtlich. Der Beschwerdeführer habe jedoch einen Sturz auf die linke Schulter im Juni 2019 mit unmittelbar aufgetretenen Schmerzen sowie eine Bewegungseinschränkung im Sinne einer Pseudoparalyse beschrieben, welche in der Folge regredient gewesen seien, anhaltend sei ein Kraftverlust bei Anheben des linken Armes gewesen. Vor dem Unfall hätten keinerlei Beschwerden bestanden. Die unmittelbar nach dem Trauma aufgetretene Pseudoparalyse spreche für eine relevante Verletzung; in diesem Fall sei dies eine Rotatorenmanschetten-Ruptur gewesen. Aufgrund des Arthro-MRI vom 4. Juli 2019 könne keine zumindest wesentliche fettige Degeneration von Supraspinatus und Infraspinatus gefunden werden (Goutallier höchstens I). Das Tangenzialzeichen sei den Supraspinatus-Muskel betreffend trotz der grossen Retraktion negativ gewesen. Das Vorhandensein einer retrahierten Ruptur lasse nicht auf ein degeneratives Geschehen schliessen. Die Operation sei direkt auf das Unfallereignis zurückzuführen. Das im Arthro-MRI vom 4. Juli 2019 vorgefundene Muskelvolumen und die praktisch erhaltene Muskelqualität würden einen länger dauernden degenerativen Schaden (respektive Rotatorenmanschetten-Ruptur) ausschliessen, weshalb er der Argumentation von Dr. E.____ nicht folgen könne (Urk. 9/54 S. 4 f.).

E. 3.5

Am 21. Januar 2020 nahm Dr. E.____ erneut eine kreisärztliche Beurteilung vor. Er hielt fest, aus der Stellungnahme von Dr. F.____ würden sich keine veränderten tatsächlichen Verhältnisse ergeben, sie enthalte keine neuen medizinischen Aspekte. Er erklärte, er habe die Bildgebung eingesehen und seiner Ansicht nach könne dem radiologischen Befund besser gefolgt werden. Es habe sich ein hochpositives Tangenzialzeichen finden lassen, der Muskelbauch sei unter dem Niveau der Fossa supraspinata.

Bei einer zeitnahen Ruptur würde der Muskelbauch die Fossa überwiegend wahrscheinlich überragen, weshalb der Beurteilung von Dr. F.____ nach dem derzeitigen medizinischen

Wissensstand nicht gefolgt werden

könne: Er halte an seiner versicherungsmedizinischen Einschätzung vom 18. Juli 2019 (richtig 18. Oktober 2019) fest (Urk. 9/56).

E. 3.6

Am 2. Februar 2020 ergänzte Dr. A. ___ in seiner kreisärztlichen Beurteilung, die Rotatorenmanschette werde von Sehnen von vier Muskeln gebildet, welche vom Schulterblatt zum Oberarmkopf ziehen und diese wie eine Haube oder Manschette umfassen würden. In der Literatur sei unbestritten und unlängst bestätigt worden, dass die meisten Läsionen der Rotatorenmanschette auf der Grundlage degenerativer Veränderungen entstehen würden, und dass diese ebenso bei beschwerdefreien Personen festzustellen seien. Eine traumatisch nach akuter Gewalteinwirkung verursachte Zerreißung der Rotatorenmanschette würde unmittelbar zu Schmerzen, Kraft- und Funktionsverlust mit einem charakteristischen zeitlichen Verlauf

führen. In der akuten Phase (etwa bis drei Tage nach dem Unfallereignis) würden heftige Schmerzen bestehen. Da bei einer Zerreißung die Kraftübertragung vom Muskel auf die Sehne

und von ihr auf Knochen und Gelenke unterbrochen sei, sei die aktive Beweglichkeit der Schulter in typischer Weise so massiv eingeschränkt, dass von einer Pseudoparalyse, einer scheinbaren Lähmung des Armes, gesprochen werde. Eine subjektiv als plötzliche Lähmung wahrgenommene Pseudoparalyse werde von Betroffenen typischerweise und nachvollziehbar als beunruhigend bedrohlich empfunden, weshalb sie kurzfristig zur Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe führe. Dass der Beschwerdeführer neun Tage habe verstreichen lassen, bevor er ärztliche Hilfe aufgesucht habe, lasse im Licht der publizierten Literatur eine akut gewaltsame Zerreißung von Sehnen unwahrscheinlich erscheinen und eine in den Akten unbelegte als deren Folge «unmittelbar nach dem Trauma aufgetretene Pseudoparalyse» anzweifeln lassen. Das sich dem behandelnden Arzt präsentierende klinische Bild habe scheinbar keinen Verdacht auf eine relevante Verletzung erregt, der eine kurzfristig weiterführende bildgebende Diagnostik begründet hätte; konventionelle Röntgenaufnahmen seien nicht angefertigt worden. Erst weitere elf Tage später sei eine Kernspintomografie erfolgt. Es seien dabei degenerative Veränderungen zur Darstellung gelangt, wie sie bei einem 60-jährigen, in seinem Beruf körperlich beanspruchten Mann durchaus zu erwarten gewesen seien. Befunde, die als Ausdruck einer stattgehabten Gewalteinwirkung zu interpretieren gewesen wären, seien nicht zu erheben gewesen. Die Einschätzung des Operateurs könne nicht gestützt werden. Von einer Läsion der Rotatorenmanschette betroffene Muskeln könnten nicht mehr ihrer physiologischen Funktion mit Kraftentwicklung durch Kontraktion entsprechen, in der Folge würden sie im Sinne einer Hypo- oder Atrophie verkümmern und eine fettige Infiltration entwickeln. Dieses Phänomen lasse sich bildgebend belegen. Zusammenfassend hielt Dr. A. ___ fest, das Geschehen vom 15. Juni 2019 sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht geeignet, Verletzungen der Supraspinatus-, der Infraspinatus- und der langen Bizepssehne zu bewirken. Sodann spreche die Latenz von neun Tagen zwischen dem Unfallereignis und der ersten ärztlichen Konsultation gegen eine akute gewaltsame Zerreißung der Sehnen. Des Weiteren seien mit dem Kernspintogramm vom 4. Juli 2019 erhebliche degenerative Vorschäden,

ohne Hinweise auf eine knapp drei Wochen zuvor erlebte Gewalteinwirkung, zur Darstellung gelangt. Die am 7. August 2019 operierten Gesundheitsschäden seien nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ganz oder teilweise auf das Ereignis vom 15. Juni 2019, sondern mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen (Urk. 9/69 S. 3-

E. 4

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). 2.

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin anerkannte hinsichtlich des Ereignisses vom 15. Juni 2019 grundsätzlich ihre Leistungspflicht in Bezug auf die Schulterbeschwerden (vgl. Urk. 9/3) . Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht mit der Begründung, die noch bestehenden linksseitigen Schulterbeschwerden seien nicht mehr unfallbedingt , per 15. Oktober 2019 eingestellt hat.

Vorab ist festzuhalten, dass es dem Unfallversicherer grundsätzlich unbenommen ist, zunächst im Rahmen einer formlosen Deckungsanerkennung Leistungen wie Heilbehandlung und Taggelder zu erbringen und diese nach einer eingehenden Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen (Unfall tatbestand, Kausalität) bei entsprechendem Untersuchungsergebnis ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision «ex nunc et pro futuro » - das heisst unter Verzicht auf eine Rückforderung der bisher gewährten Versicherungsleistungen - einzustellen (BGE 130 V 380 E. 2.3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_1019/2009 vom 26. Mai 2010 E. 4.2).

E. 4.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Entscheid vom 29. März 2021 auf die Beurteilung ihrer Kreisärzte Dr. E.____ (Urk. 9/43, 9/52, 9/56) und Dr. A.____ (Urk. 9/69). Die kreisärztlichen Beurteilungen wurden in Kenntnis der relevanten Vorakten erstellt, leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthalten jeweils eine nachvollziehbar begründete Schlussfolgerung. Mit seiner im Rahmen des Beschwerdeverfahrens erstatteten Beurteilung vom 5. August 2021 bestätigte Dr. A.____ seine bisherige Einschätzung

auch nach Kenntnisnahme (vgl. Urk. 10 S. 2 f.) des Verlaufberichts vom 6. Februar 2020 und dem Schreiben zu Handen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 20. April 2021 von Dr. F.____ (Urk. 3/3 und 3/6), der E-Mailkorrespondenz zwischen dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers sowie dem Radiologen Dr. med. G.____ (Urk. 3/4)

sowie der

Stellungnahme der H. ___ zu Händen des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2020 (Urk. 3/5). Somit liegt eine den rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien entsprechende ärztliche Entscheidunggrundlage vor (E. 1.4).

Aus der Einschätzung von Dr. E. ___ geht hervor, dass bildgebend keine strukturellen Läsionen festgestellt wurden, die nach dem derzeitigen medizinischen Wissensstand überwiegend wahrscheinlich unfallkausal zum Ereignis vom 15. Juni 2019 gewesen sind. Aufgrund der drei Wochen nach dem Unfallereignis bildgebend festgestellten fettigen Degeneration der Muskulatur des Supraspinatus (Goutallier Grad II), der Volumenminderung des Muskels und dem positiven Ta n genzeichen sowie der deutlich retrahierten Sehne kam Dr. E. ___ zum Schluss, dass es sich um eine pathologische Veränderung handeln muss, die bereits vor dem Ereignis vorhanden war, sich dadurch jedoch vorübergehend verschlimmert hat (E. 3.3). Die Einschätzung von Dr. E. ___ steht im Einklang mit den am 4. Juli 2019 erhobenen Befunden und ist nachvollziehbar und schlüssig. Soweit der behandelnde Arzt Dr. F. ___ ausführte, es sei unmittelbar nach dem Sturzereignis zu Schmerzen und einer Bewegungseinschränkung im Sinne einer Pseudoparalyse gekommen, kann ihm nicht gefolgt werden (E. 3.4). Aus der Schadenmeldung vom 24. Juni 2019 geht lediglich hervor, dass der B eschwerde führer gestür zt war und sich dabei eine Verletzung der Schulter links sowie de n Ellbogen und das Handgelenk links gequetscht beziehungsweise geprellt hatte. Auch der erstbehandelnde Hausarzt Dr. D. ___ nannte in seinem Arztzeugnis keine Bewegungseinschränkungen im Sinne einer Pseudoparalyse (Urk. 9/7). Erst mit Arztbericht der Klinik B. ___ vom 11. Juli 2019 wurde notiert, dass der Beschwerdeführer von einer Bewegungseinschränkung unmittelbar nach dem Unfallereignis berichtet habe (Urk. 9/5).

Echtzeitliche Arztberichte, welche eine Bewegungseinschränkung der linken Schulter direkt nach dem Unfallereignis vom 15. Juni 2019 belegen würden, liegen nicht vor. Übereinstimmend mit der Beschwerdegegnerin ist daher davon auszugehen, dass es nach dem Sturzereignis nicht zu einer unmittelbaren Pseudoparalyse gekommen ist, nachdem der Beschwerdeführer trotz geltend gemachten Schmerzen und Bewegungseinschränkungen bis zu seiner Rückkehr in die Schweiz zugewartet und erst am 24. Juni 2019, mithin neun Tage nach dem Sturz, einen Arzt aufgesucht hatte. Die Stellungnahme von Dr. F. ___ vom 20. April 2021 vermag hieran nichts zu ändern, zumal er insbesondere ausführte, dass die Frage letztlich nur gutachter lich beantwortet werden könne (Urk. 3/6). Im Übrigen ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Auch das Schreiben vom 1. Oktober 2020 zu Händen des Bundesgerichts lässt keinen anderen Schluss zu. Zum einen handelt es sich um eine Stellungnahme zum Urteil des Bundesgerichts 8C_446/2019 vom 22. Oktober 2019, wobei die Schlussfolgerungen des Bundesgerichts aus medizinischer Sicht in Zweifel gezogen wurden. Zum anderen wurde im Allgemeinen die Ansicht vertreten, dass die aktuelle internationale Literatur von akuten, rein traumatisch bedingten Rotatorman schetten-Rupturen berichtet hätte. Daraus lässt sich jedoch – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbrachte (Urk. 8 S. 6) – nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers ableiten.

Gestützt auf die erhobenen Befunde sowie die bildgebend festgestellten degenerativen Veränderungen ist nachvollziehbar, dass sowohl Dr. E. ___ als auch Dr. A. ___ zum Schluss

kamen, dass durch das Sturzereignis vom 15. Juni 2019 ein zuvor stummer Vorzustand aktiviert wurde. Gestützt auf die Einschätzung von Dr. A. ___ ist sodann erstellt, dass die am 7. August 2019 operierten Gesundheitsschäden nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 15. Juni 2019 zurückzuführen sind, sondern vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung (E. 3.6). Durch das Ereignis vom 15. Juni 2019 kam es lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes, wobei der Status quo sine bei Quetschungen beziehungsweise Prellungen spätestens vier bis sechs Wochen danach erreicht war (vgl. E. 3.3). Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf, ist aber davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der (aktuelle) Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen und es entfällt bei Erreichen des Status quo sine vel ante eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (Urteile des Bundes gerichts 8C_816/2009 vom 21. Mai 2010 E. 4.3, 8C_181/2009 vom 30. September 2009 E. 5.4 f., 8C_326/2008 vom 24. Juni 2008 E. 3.2 und 4 sowie U 266/99 vom 14. März 2000 E. 1). Im Lichte dieser Rechtsprechung und unter Berücksichtigung, dass Dr. E. ___ vorbrachte, aufgrund der Komorbidität sei mit einer erheblichen

Rekonvaleszenzzeit

zu rechnen (E. 3.3) , ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 31. Januar 2020 den Status quo sine am 15. Oktober 2019 als erreicht betrachtete.

Abschliessend ist festzuhalten, dass die vorliegenden medizinischen Stellungnahmen die Beantwortung der rechtserheblichen Tatfrage ausreichend zuverlässig zulassen, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 134 I 140 E. 5.3) auf weitere Abklärungen verzichtet werden kann. Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass es durch das Unfallereignis vom 15. Juni 2019 lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung kam. Gestützt auf die Einschätzungen von Dr. E. ___ und Dr. A. ___ war der Status quo sine spätestens per Oktober 2019 erreicht. Entsprechend waren keine weiteren Leistungen geschuldet. 5 .

Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungen zu Recht mit Einspracheentscheid vom 29. März 2021

nach Erreichen des Status quo sine per 15. Oktober 2019 einstellte . Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Yves Blöchliger - 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, zuzu stellen.

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

E. 7

). 4.

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