

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00058

vom 16. November 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-11-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00058

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00058 du 16 novembre 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00058 del 16 novembre 2023

Erwägungen

E. 1

Der 1962 geborene X.____ war seit dem 1.

Juli 2016 als Taxichauffeur bei der Y.____ AG in einem 100%-Pensum angestellt und bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Schaden meldung vom 17. März 2021 teilte die Arbeitgeberin des Versicherten der Suva mit, der Versicherte sei am 15. März 2021 im Treppenhaus ausgerutscht und habe dabei eine Prellung der linken Schulter erlitten (Urk. 7/2). Im Notfallbericht der chirurgischen Klinik des Spitals Z.____ vom 16. März 2021 wurde die Diagnose einer Schulterkontusion links gestellt (Urk. 7/1). Die Suva kam für die Heilbehandlung auf und richtete Taggelder aus. Die MR-Arthrographie der linken Schulter vom 28. April 2021 ergab eine vollständig rupturierte Subscapularissehne mit Luxation der langen Bizepssehne (Urk. 7/10 und Urk. 7/13). Am 14. Juni 2021 erfolgte eine operative Behandlung der linken Schulter (Schulterarthroskopie mit Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion, Bizepsstenotomie und anterolaterale Acromioplastik, Urk. 7/22). Die Suva holte eine versicherungsmedizinische Stellungnahme ein (Urk. 7/29) und teilte dem Versicherten mit Schreiben vom 17. September 2021 mit, für die Kosten der Operation vom 14. Juni 2021 komme sie nicht auf, der Fall werde per 15. Juni 2021 abgeschlossen und die Leistungen (Taggeld und Heilkosten) würden eingestellt (Urk. 7/33). Zur Klärung des Sachverhalts stellte die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 19. Oktober 2021 den Fragebogen zum Unfallhergang zu, welcher dieser am 25. Oktober 2021 retournierte (Urk. 7/51-52). In der Folge holte die Suva eine medizinische Beurteilung ihres Kreisarztes ein (Urk. 7/54). Mit Verfügung vom 10. März 2022 schloss sie den Fall per 13. Juni 2021 ab und stellte die Leistungen ein (Urk. 7/62). Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 29. März 2022 und ergänzender Begründung vom 15. Juni 2022 Einsprache (Urk. 7/66 und Urk. 7/71). Im Rahmen des Einspracheverfahrens holte die Suva eine weitere kreisärztliche Beurteilung ein (Urk. 7/77). Mit Entscheid vom 28. Februar 2023 wies sie die Einsprache des Versicherten ab (Urk. 7/79 = Urk. 2).

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).

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

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 142 V 435 E. 1, 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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (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. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

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).

Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 8C_750/2020 vom 23. April 2021 E. 4 mit Hinweisen). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 12. April 2023 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Streitsache sei zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 25. Mai 2023 mitgeteilt wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, auf die überzeugen den und ausführlichen Beurteilungen des erfahrenen Versicherungsmediziners Dr. med. A. ___ vom 8. November 2021 und vom 17. Oktober 2022 könne abgestellt werden. Gestützt darauf sei davon auszugehen, dass es beim Unfallereignis vom 15. März 2021 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen strukturellen Läsionen an der linken Schulter gekommen sei. Der Beschwerdeführer habe beim Unfall lediglich eine Prellung und damit eine

vorübergehende Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes an der linken Schulter erlitten, welche spätestens sechs Wochen nach dem Unfallereignis als folgenlos abgeheilt zu gelten habe. Damit hätten spätestens ab dem Zeitpunkt der verfügten Einstellung der Versicherungsleistungen Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Beschwerdebild keine Rolle mehr gespielt. Zum Schreiben von PD Dr. B.____ habe Dr. A.____ ausführlich Stellung genommen und dargelegt, weshalb dessen Ausführungen nicht gefolgt werden könne. Die Versicherungsleistungen seien somit zu Recht per 13. Juni 2021 eingestellt worden (Urk. 2 S. 7 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, aufgrund der Beurteilung von PD Dr. B.____ bestünden gewichtige Zweifel an der kreis ärztlichen Beurteilung. Die Beschwerdegegnerin habe den Untersuchungsgrundsatz gemäss Art. 43 ATSG verletzt, indem sie den medizinischen Sachverhalt nicht umfassend abgeklärt habe. Die Beschwerdegegnerin müsse verpflichtet werden, eine neutrale orthopädische Begutachtung (inklusive radiologischer Beurteilung) in Auftrag zu geben, weshalb die vorliegende Streitsache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei (Urk. 1 S. 6 f.).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2023 führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, die Ärzte der Universitätsklinik C.____, PD Dr. B.____ und med. pract. D.____, hätten im Antwortschreiben auf die Fragen der Rechtsanwältin des Beschwerdeführers vom 25. April 2022 die Ausführungen von Dr. A.____ in der Beurteilung vom 8. November 2022 (richtig: 2021) als korrekt und nachvollziehbar erachtet. Daran vermöge der Umstand, dass PD Dr. B.____ im Schreiben vom 17. Mai 2022 auf Verlangen der Rechtsanwältin des Beschwerdeführers hin seine Antwort relativiert habe, nichts zu ändern. Habe doch Dr. A.____ in der ärztlichen Beurteilung vom 17. Oktober 2022 zu den Ausführungen von PD Dr. B.____ ausführlich und gestützt auf die erhobenen Befunde und die einschlägige Literatur dargelegt, weshalb an seiner Beurteilung vom 8. November 2022 (richtig: 2021) festzuhalten sei. Die Berichte von PD Dr. B.____ vom 25. April und vom 17. Mai 2022 seien nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an den Beurteilungen des erfahrenen Versicherungsmediziners Dr. A.____ zu erwecken (Urk. 6 S. 3 f.).

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Im Eintrag in der Krankengeschichte des Beschwerdeführers der E.____ Praxis vom 16. März 2021 hielt Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, der Beschwerdeführer sei bei einer Auseinandersetzung durch Stoss oder Griff zu Boden auf die linke Seite gestürzt. Dr. F.____ stellte die Diagnose einer Schulterkontusion links mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung (Urk. 7/28 S. 6).

E. 3.2

Im Bericht der chirurgischen Klinik des Spitals Z.____ vom 16. März 2021 wurde die Diagnose einer Schulterkontusion links vom 15. März 2021 gestellt. Nach einer

Auseinandersetzung mit Bekannten sei bei linksseitigen Schulter schmerzen eine hausärztliche Zuweisung erfolgt. Der Beschwerdeführer könne sich nicht mehr genau erinnern, ob er geschlagen worden oder auf den Boden gefallen sei. Das Röntgen der linken Schulter und des Oberarms habe keine Hinweise für frische Frakturen gezeigt (Urk. 7/1).

E. 3.3

Die MR- Arthrographie der linken Schulter vom 28. April 2021 ergab die folgenden Befunde (Urk. 7/13): - Vollständiger ansatznaher Abriss der Subscapularissehne mit Sehnen retraktion (ca. 2,5 cm). Fettige Atrophie des Oberrands des Subscapularis (Goutallier 2) - assoziierte Pulley -Läsion mit medialer Luxation der Bizepssehne - Tendinopathie der Supraspinatussehne mit artikularseitiger und inter stitieller Rissbildung - Tendinopathie des Infrapinatus mit Verdacht auf kleine, artikularseitige Oberrandläsion

E. 3.4

Im Bericht der Universitätsklinik C.____ vom 18. Mai 2021 betreffend die Konsultation vom 14. Mai 2021 wurde die Diagnose einer traumatischen Subscapularissehnen -Ruptur (total) mit Luxation der langen Bizepssehne genannt. Der Beschwerdeführer sei Mitte Mai (gemeint vermutlich März) in eine Auseinandersetzung geraten und ihm sei hierbei eine Distorsion des linken Schultergelenkes zugefügt worden. Die anschliessende Abklärung im Z.____ spital habe keinen Verdacht auf eine Manschettenläsion ergeben, weswegen konservativ behandelt worden sei (Urk. 7/10).

E. 3.5

Am 14. Juni 2021 erfolgte die operative Versorgung (Schulterarthroskopie mit Rotatorenmanschetten -Rekonstruktion, Bizepsstenotomie und anterolateraler Acromioplastik links) durch PD Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , leitender Arzt Schulterchirurgie in der Universitätsklinik C.____ (Urk. 7/22).

E. 3.6

Die Hausärztin des Beschwerdeführers von der E.____ Praxis, Dr. med. G.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt in ihrem Schreiben vom 3. Oktober 2021 an die Beschwerdegegnerin fest, sie sei seit Anfang 2019 seine Hausärztin und er habe in keiner einzigen Konsultation über Schulterschmerzen geklagt, weshalb dies nicht als chronisches Problem hingestellt werden könne. Das MRI sei erst sehr spät nach dem Ereignis gemacht worden, das könne auch die vielen Veränderungen erklären (Urk. 7/44).

E. 3.7

Im Fragebogen betreffend den Unfallhergang vom 25. Oktober 2021 führte der Beschwerdeführer aus, er sei von einer fremden Person angegriffen worden. Diese habe ihn am Handgelenk der linken Seite gegriffen und ihn mit dem Fuss die Treppe runtergestossen. Er sei gestürzt und geschlagen worden (Urk. 7/52).

E. 3.8

Kreisarzt Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seiner Aktenbeurteilung vom 8. November 2021 aus, bildgebend hätten am 28. April 2021 keine strukturellen Läsionen, welche nach derzeitigem Wissensstand überwiegend wahrscheinlich kausal zu einem beliebigen Ereignis am 15. März 2021 wären, dargestellt werden können. Es handle sich mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit um vorbestehende pathologische Veränderungen, welche vorübergehend verschlimmert worden seien. Die dargestellte Hypotrophie des Subscapularismuskels diene als Leithinweis dafür, dass die Sehnenablösung mehr als sechs Monate zurückliegen müsse. Der intraoperative Befund erlaube keine anderslautende Beurteilung. Es hätten sich krankhafte Veränderungen an der Prädilektionslokalisation für Verschleiss, dem vorderen oberen Anteil der Rotatorenmanschette mit Hinweisen für entzündliche Veränderungen an den Begleitstrukturen, gefunden. Als Risikofaktoren für eine entzündliche Bindegewebserkrankung seien Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung und Gefässerkrankung dokumentiert und der Beschwerdeführer habe das Prädilektionsalter für Verschleiss erreicht. Ein für einen plötzlichen Sehnenriss typischen Funktionsverlust der Schulterfunktion habe rechtzeitig nicht objektiviert werden können. Der Gesundheitszustand, wie er auch ohne das Ereignis vorliegen würde, jener Zustand nach der Prellung, dem Sturz auf die linke Schultergelenksregion während dem Handgemenge, welcher auch ohne den Sturz vorgelegen wäre, sei nach vier bis sechs Wochen erreicht gewesen. Hiernach seien die Folgen der Prellung im Rahmen des natürlichen Reparationsvorgangs folgenlos verheilt (Urk. 7/55).

E. 3.9

Im Bericht der Universitätsklinik C.____ vom 25. April 2022 zuhanden der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers bestätigten PD Dr. B.____ und med. pract. D.____ die Ausführungen von Dr. A.____ als korrekt und nachvollziehbar. Sie führten aus, es sei in der Tat schwierig nachzuweisen, dass die Subscapularissehnenruptur mit Luxation der langen Bizepssehne mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 15. März 2021 zurückzuführen sei. Für eine traumatische Genese der Totalruptur würde einerseits das akute Auftreten der Beschwerden im Zusammenhang mit dem Unfallereignis sprechen, andererseits zeigten sich jedoch auch die übrigen Sehnen der Rotatorenmanschette bereits tendinopathisch. Eine gewisse Vorschädigung sei deshalb anzunehmen. Sie glaubten allerdings, dass die Totalruptur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen sei. Da der Beschwerdeführer vor dem Unfallereignis keinerlei Schulterproblematik verspürt habe, sei zwar eine gewisse Tendinopathie der Rotatorenmanschette vorbestehend möglich, die akute Ruptur und die damit einhergehenden Schmerzen und Bewegungseinschränkungen sähen sie jedoch im Zusammenhang mit dem Unfall (Urk. 7/73).

E. 3.10

PD Dr. B.____ führte in seinem Schreiben vom 17. Mai 2022 an die Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers ergänzend aus, nach nochmaliger Durchsicht der gesamten Dokumentation und der Bildgebung falle auf, dass im Bereich des Subscapularis sehr wohl ein Ödem sichtbar sei, was als Zeichen für ein Unfallgeschehen zu werten sei. Entsprechend sei die Antwort auf die Frage, ob die Ausführungen von Dr. A.____ korrekt und nachvollziehbar seien, zu relativieren. Die Behauptung, die dargestellte Hypotrophie des Subscapularis-Muskels diene als Leithinweis dafür, dass die Sehnenablösung mehr als sechs Monate zurückliegen müsse, sei dem von Dr. A.____ zitierten Artikel nicht zu entnehmen. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache und unter erneuter Beleuchtung der initialen MRI-Bilder mit Ödem im Muskelbauch des Subscapularis scheine wohl eine Reevaluation der Zuständigkeit des Versicherungsträgers angezeigt (Urk. 7/74).

E. 3.11

Kreisarzt Dr. A.____führte in seiner Aktenbeurteilung vom 17. Oktober 2022 aus, das Ereignis sei nach echtzeitlichen Angaben des Beschwerdeführers eine Auseinandersetzung mit einem Bekannten gewesen. Medizinische Hilfe sei am Folgetag in Anspruch genommen worden. Es habe eine schmerzreflektorische Bewegungseinschränkung in allen Ebenen vorgelegen. Eine isolierte Innenrotationshemmung oder -Schmerzhaftigkeit sei nicht dokumentiert. Dies spreche überwiegend wahrscheinlich gegen eine plötzliche Schädigung der Sehne des Subscapularismuskels, welcher für die Oberarminnenrotation verantwortlich sei. Die Indikation für die knapp fünf Wochen später durchgeführte MRI-Untersuchung seien Beschwerden im Funktionsbereich der Supraspinatussehne, Elevationsschmerzen und im Funktionsbereich von Teilen der Infraspinatussehne Retroversionsschmerzen gewesen. Weiterhin seien keine Beschwerden bei Innenrotation angegeben worden. Eine Muskelhypotrophie/Atrophie Grad II nach Goutallier trete nach derzeitigem medizinischem Wissensstand frühestens nach sechs Monaten bei einer Komplettruptur auf. Melis et al. seien in ihrer Studie davon ausgegangen, dass für Grad II-Veränderungen durchschnittlich vier Jahre vergangen sein müssten. Es sei davon auszugehen, dass die chronische Ablösung der Subscapularissehne den Beschwerdeführer im Alltag nicht beeinträchtigt habe. Biomechanisch werde die Innenrotation des Oberarms hauptsächlich durch die Kraftentfaltung des grossen Brustmuskels gewährt und so bleibe die chronische Subscapularissehnen-Ruptur langjährig asymptomatisch im Gegensatz zur plötzlichen Rissbildung beispielsweise bei einem Sturz bei sportlichen Aktivitäten, wo dem Untersucher der Funktionsausfall und die Schmerzangabe bei der Testung ins Auge springe. Allein aus dem zeitlichen Verlauf lasse sich keine natürliche Kausalität begründen. Das Symptomatischwerden und die Erstmanifestation eines Gesundheitsschadens seien nicht automatisch immer zeitgleich mit der Entstehung eines Gesundheitsschadens. Nach erneuter eigener Durchsicht der MRI seien keine für eine plötzliche Sehnenablösung der Subscapularissehne typischen Ödeme dargestellt. Unspezifische Aufhellungen fänden sich im Muskelbauch. Die in der Serie 3 dargestellten «Ödeme» seien unspezifisch und in der Zusammenschau mit der Hypotrophie/Atrophie überwiegend wahrscheinlich Bestandteil dieser Veränderungen. Es handle sich um typische Veränderungen in der Muskulatur nach chronischen Sehnenablösungen. Die Prellung habe überwiegend wahrscheinlich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt. Drei Monate nach dem Ereignis hätten sich intraoperativ krankhafte Veränderungen gezeigt. Diese Veränderungen seien überwiegend wahrscheinlich über mindestens sechs Monate entstanden. Der Gesundheitszustand, wie er auch ohne das Ereignis vorgelegen hätte, sei nach vier bis sechs Wochen erreicht gewesen. Bereits am 28. April 2021 hätten keine üblichen Folgen einer Prellung dargestellt werden können. Es hätten keine Blutergüsse oder Knochen- oder Muskelprellungen objektiviert werden können (Urk. 7/77).

E. 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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
Hurst Leicht

E. 4.1

Unbestritten ist, dass ein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG vorliegt. Aufgrund der Akten ist der Beschwerdeführer anlässlich der Auseinandersetzung vom 15. März 2021 durch Stoss oder Griff zu Boden auf die linke Seite gestürzt (vgl. vorne E. 3.1). Offenbar konnte er sich zunächst nicht mehr erinnern, ob er geschlagen worden oder auf den Boden gefallen sei (vgl. vorne E. 3.2). Im Fragebogen betreffend den Unfallhergang vom 25. Oktober 2021 gab er an, er sei am Handgelenk der linken Seite gegriffen und mit dem Fuss die Treppe runtergestossen worden. Er sei gestürzt und geschlagen worden (vgl. vorne E. 3.7). Die abweichende Darstellung im Bericht der Universitätsklinik C.____ vom 18. Mai 2021 (PD Dr. B.____ und Dr. H.____), wonach dem Beschwerdeführer bei der Auseinandersetzung eine Distorsion des linken Schultergelenkes zugefügt worden sei (vgl. vorne E. 3.4), stimmt weder mit den Angaben des Beschwerdeführers noch mit den übrigen Akten überein. Es ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer beim Unfallereignis vom 15. März 2021 durch einen Sturz bzw. Schlag auf die linke Schulter eine Kontusion (Prellung) erlitten hat.

E. 4.2

Streitig und zu prüfen ist, ob die nach dem 13. Juni 2021 bestehenden Schulterbeschwerden noch überwiegend wahrscheinlich in einem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 15. März 2021 standen.

E. 4.2.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Leistungseinstellung in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilungen ihres Kreisarztes Dr. A.____. Die Aktenbeurteilungen von Dr. A.____ erfüllen die Anforderungen an beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlagen. Sie wurden in einlässlicher Auseinandersetzung mit den relevanten Vorakten erstattet. Die Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Der Umstand, dass der versicherungsinterne Arzt keine eigene Untersuchung durchgeführt hat, vermag den Beweiswert seiner Beurteilungen nicht zu schmälern, zumal es mit der Frage nach der Unfallkausalität einen feststehenden medizinischen Sachverhalt zu erörtern galt, ohne dass zusätzliche Untersuchungen notwendig gewesen wären. Praxisgemäss können unter diesen Voraussetzungen auch reine Aktengutachten vollbeweiswertig sein (vgl. vorne E. 1.4).

E. 4.2.2

Dr. A.____ gelangte in seinen sorgfältig begründeten Beurteilungen nachvollziehbar zum Schluss, dass es im Rahmen des Unfallereignisses zu einer Prellung/Kontusion der linken Schulter im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen gekommen sei. Im intraoperativen Befund hätten sich krankhafte Veränderungen an der Prädilektionslokalisation für Verschleiss, dem vorderen oberen Anteil der Rotatorenmanschette mit Hinweisen für entzündliche Veränderungen an

den Begleitstrukturen, gefunden. Unfallkausale strukturelle Läsionen seien nicht dokumentiert und ein für einen plötzlichen Sehnenriss typischer Funktionsverlust der Schulterfunktion habe echtzeitlich nicht objektiviert werden können. Der Gesundheitszustand, wie er auch ohne das Ereignis vorliegen würde, sei nach vier bis sechs Wochen erreicht gewesen (vgl. vorne E. 3.8).

PD Dr. B.____ und med. pract. D.____ bestätigten in ihrem Bericht vom 25. April 2022 die Ausführungen von Dr. A.____ als korrekt und nachvollziehbar und wiesen darauf hin, es sei in der Tat schwierig nachzuweisen, dass die Subscapularissehnenruptur mit Luxation der langen Bizepssehne mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 15. März 2021 zurückzuführen sei. Ihre Argumentation, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfallereignis keinerlei Schulterproblematik verspürt habe, weshalb die

Ruptur und die damit einhergehenden Schmerzen und Bewegungseinschränkungen dennoch im Zusammenhang mit dem Unfall zu sehen seien (vgl. vorne E. 3.9), entspricht letztlich der unzulässigen Beweisregel « post hoc ergo propter hoc », welche zum Beweis eines natürlichen Kausalzusammenhanges nicht genügt (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/ bb). Ausserdem stimmt dies nicht mit den eigenen Angaben des Beschwerdeführers überein. So gab dieser am 2. August 2021 gegenüber einer Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin an, er habe die linke Schulter zwar vor dem Unfallereignis vom 15. März 2021 nie wirklich verletzt, habe aber immer wieder Schmerzen gehabt und deswegen in der Nacht nicht schlafen können

(vgl. Urk. 7/24). Im Übrigen weist Kreisarzt Dr. A.____ darauf hin, dass das Symptomatischwerden und die Erstmanifestation eines Gesundheitsschadens nicht automatisch immer zeitgleich mit dessen Entstehung seien (vgl. oben E. 3.11).

In seinem Schreiben vom 17. Mai 2022 relativiert PD Dr. B.____ seine vorgängige Aussage, wonach die Ausführungen von Dr. A.____ korrekt und nachvollziehbar seien, und begründet dies damit, dass nach nochmaliger Durchsicht der gesamten Dokumentation und der Bildgebung auffalle, dass im Bereich des Subscapularis sehr wohl ein Ödem sichtbar sei, was als Zeichen für ein Unfallgeschehen zu werten sei (vgl. vorne E. 3.10). Kreisarzt Dr. A.____ führte diesbezüglich in seiner Stellungnahme vom 17. Oktober 2022 aus, nach erneuter eigener Durchsicht der MRI-Bilder seien keine für eine plötzliche Sehnenablösung der Subscapularissehne typischen Ödeme dargestellt. Es fänden sich lediglich unspezifische Aufhellungen im Muskelbauch. Dabei handle es sich um typische Veränderungen in der Muskulatur nach chronischen Sehnenablösungen (vgl. vorne E. 3.11). Im Übrigen wurden auch in der ursprünglichen Beurteilung der MRI-Bildgebung durch die Radiologin keine Ödeme beschrieben (Urk. 7/13). PD Dr. B.____ setzte sich in seiner neuerlichen Beurteilung nicht mit dem degenerativen Vorzustand auseinander, obwohl er in seinem Vorbericht noch tendinopathische Veränderungen beschrieben hatte, aufgrund welcher eine gewisse Vorschädigung anzunehmen sei (vgl. vorne E. 3.9). Insgesamt vermag seine nachträgliche Kritik an der versicherungsinternen Beurteilung sowie die Relativierung seiner eigenen ursprünglichen Einschätzung nicht zu überzeugen und es gelingt ihm damit nicht, auch nur geringe Zweifel an den ausführlich begründeten und nachvollziehbaren Schlussfolgerungen von Dr. A.____ zu erwecken. Es entsteht vielmehr der Eindruck, dass PD. Dr. B.____ als behandelnder Spezialarzt aufgrund seiner auftragsrechtlichen Stellung zugunsten seines Patienten aussagt (vgl. BGE 125 V 353 E.

3b/cc mit Hinweisen) .

Kreisarzt Dr. A. ___ legt sodann unter Verweis auf die medizinische Literatur dar, dass die dargestellte Hypotrophie des Subscapularismuskels als Leithinweis dafür diene, dass die Sehnenablösung mehr als sechs Monate zurückliegen müsse. Eine Muskelhypotrophie / Atrophie Grad II nach Goutallier trete nach derzeitigem medizinischen

Wissenstand bei einer Komplettruptur frühestens nach sechs Monaten auf. Es sei davon auszugehen, dass die chronische Ablösung der Subscapularissehne den Beschwerdeführer im Alltag nicht beeinträchtigt habe. Biomechanisch werde die Innenrotation des Oberarms hauptsächlich durch die Kraftentfaltung des grossen Brustmuskels gewährt und so bleibe die chronische Subscapularissehnen-Ruptur langjährig asymptomatisch . Eine isolierte Innenrotationshemmung oder -Schmerzhaftigkeit sei nicht dokumentiert , was gegen eine plötzliche Schädigung der Sehne des Subscapularismuskels , welcher für die Oberarminnenrotation verantwortlich sei, spreche.

Nach dem Gesagten ist die Subscapularissehnenruptur mit Luxation der langen Bizepssehne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal auf das Ereignis vom 15. März 2021 zurückzuführen, sondern vielmehr Folge eines krankhaften Vorzustandes beziehungsweise eines degenerativen Prozesses an der Rotatorenmanschette .

E. 4.2.3

Der Beschwerdeführer macht geltend, die Beschwerdegegnerin hätte zur Beurteilung der MRI-Bildgebung einen Radiologen beiziehen müssen (Urk. 1 S. 2 und S. 6). Inwiefern ein Radiologe durch seinen Facharztstitel zur Beurteilung der hier strittigen Kausalitätsfrage per se kompetenter sein soll, lässt sich jedoch nicht erkennen . Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Kreisärzte der Suva nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin sind und über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen verfügen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.2 mit Hinweisen).

Der Beschwerdeführer bringt vor, PD Dr. B. ___ habe aufgezeigt, dass die vom Kreisarzt zitierte Stelle nicht korrekt sei (Urk. 1 S. 5). Inhaltlich hat sich PD Dr. B. ___ nicht zu den entsprechenden Ausführungen von Kreisarzt Dr. A. ___ geäußert und diese auch nicht in Abrede gestellt. Dr. A. ___ hat in seiner Beurteilung vom 17. Oktober 2022 die zitierte Studie aufgeführt und seine Ausführungen zur Muskelhypotrophie/Atrophie Grad II nach Goutallier und deren Auftreten näher erläutert. Was der Beschwerdeführer daraus zu seinen Gunsten ableiten will, ist nicht ersichtlich.

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