

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00098

vom 13. September 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-09-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00098

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00098 du 13 septembre 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00098 del 13 settembre 2023

Erwägungen

E. 1

6. Mai 2022 erfolgte ein MRI BWS und HWS (Urk. 8/60). Nach versicherungsmedizinischer Aktenbeurteilung vom 14. Juni 2022 (Urk. 8/68) verfügte die Suva am 16. Juni 2022 die Leistungseinstellung per 31. Mai 2022 (Urk. 8/72).

Nach einspracheweise vom Versicherten eingereichten medizinischer Unterlagen (Urk. 8/88, 8/90-91) holte die Suva eine

fachärztliche radiologische Beurteilung ein (Urk. 8/111) und es erfolgte eine weitere Vorlage an die Versicherungsmedizin (Urk. 8/114). Mit Einspracheentscheid vom 10. Mai 2023 (Urk. 2) wies die Suva die am 16. August 2022 erhobene Einsprache des Versicherten (Urk. 8/88) ab.

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 zweck mässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teil weise 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 weg gedacht 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 leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher 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).

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 versicherungsinerner 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 versicherungsinernen 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 versicherungsinernen 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).

E. 2

Der Versicherte erhob am 12. Juni 2023 Beschwerde (Urk. 1) gegen den Einspracheentscheid vom 10. Mai 2023 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufgehoben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen; insbesondere für die Zeit vom 1. Juni 2022 bis 12. September 2022 seien ihm Taggeldleistungen auszurichten und es seien die während dieser Zeit angefallenen Kosten für die Heilbehandlung zu übernehmen. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Sachverhaltsabklärung zurückzuweisen, wobei diese anzuhalten sei, ein externes Gutachten in Auftrag zu geben (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 28. Juni 2023 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer mit Gerichtsverfügung vom 30. Juni 2023 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungseinstellung per 31. Mai 2022 damit (Urk. 2), dass die versicherungsmedizinische Beurteilung Dr. med. C.____s, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die rechtsprechungsgemässen Kriterien, welche an beweistaugliche medizinische Berichte gestellt werden, erfülle. Demnach könne davon ausgegangen werden, dass die im Arthro-MR-Befundbericht der linken Schulter vom 2. Dezember 2021 beurteilte, kleine interstitielle longitudinale Rissbildung der Supraspinatussehne auf Höhe der Fussplatte nicht beweisend vorliege und somit die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. med. D.____,

Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, bestätigt werden könne. Die Gesundheit des Beschwerdeführers bei der vom aktuellen Unfallereignis betroffenen linken Schulter sei aufgrund einer verschleissbedingten, ansatznahen Sehnenveränderung der Supraspinatussehne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen und der Unfall habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen zusätzlichen, strukturell objektivierbaren Läsionen an der linken Schulter geführt (S. 7). Das Unfallereignis sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die kausale Ursache für die nach dem Datum der Leistungseinstellung (31. Mai 2022) weiter bestehenden Beschwerden (S. 8).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend (Urk. 1), dass Dr. D.____ festgehalten habe , die Gesundheit des Beschwerdeführers an der linken Schulter sei vor dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht beeinträchtigt gewesen (S. 7). Auf diese Einschätzung sei die Beschwerdegegnerin zu behaften. Auch an der Universitätsklinik B.____ hätten bildgebend keine degenerativen Veränderungen des linken Schultergelenks objektiviert werden können. Die später von Dr. D.____ und Prof. Dr. med. E.____ , Facharzt für Radiologie , sowie Dr. C.____ geäußerten Meinungen, wonach die Beschwerden auf eine m degene rativen, krankhaften und/oder verschleissbedingten Zustand basieren würden, seien demnach aktenwidrig. Dr. D.____

habe als mögliche Ursache der Beschwerden eine Überlastung erwähnt, nachdem sie am 8. April 2022 noch keinen Vorzustand an der linken Schulter bescheinigt habe.

Es sei daher nicht nachvollziehbar, inwiefern der Beschwerdeführer, der ab dem Unfall zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei, seine linke Schulter überbeansprucht haben soll. Auch Prof.

Dr.

E.____ habe sich in Spekulationen zu mögliche n Gründe n für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden verstiegen (S. 8). Alters- oder verschleissbedingte Veränderungen von Gewebe bzw. Sehnen hätten bildgebend nicht dargestellt werden können (S. 8-9). Dass ein Magic-Angle-Artefakt vorliege ,

sei nicht erstellt. Dr. C.____ spreche von einer verschleissbedingten Zusammen hangstrennung der Supraspinatussehne, ohne aber nachvollziehbar darzulegen, weshalb bei diesem sei t dem Unfalltag nicht arbeitenden jungen Beschwerde führer entgegen der Bildgebung Verschleisserscheinungen vorliegen sollten. Zudem sei auf der Höhe der BWS ein linksseitiges Knochenmarködem i m Bereich der dorsalen fünften bis siebten Rippe festgestellt worden, worauf weder der beratende Arzt noch die beiden Kreisärzte der Beschwerdegegnerin

eingegangen seien. Die sechste und siebte Rippe hätten sodann eine leichte, kortikale Irregu larität gezeigt, passend zu einem Status nach dislozierten Rippenfrakturen. Dies beweise, dass der vom Beschwerdeführer erlittene Sturz auf die linke Seite heftiger ausgefallen sei als ursprünglich vermutet. Der Unfallhergang spreche somit ebenfalls für ein traumatisches Unfallgeschehen. Es beständen somit erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungs - internen ärztlichen Feststellungen und es sei von einer unfallkausalen Schä - digung auszu gehen (S. 9).

E. 3

.

E. 3.1

Dr. med. A.____ , Facharzt für A llgemeine I nnere Medizin, hielt in seinem Bericht zur Erstbehandlung vom 23. November 2021 fest (Urk. 8/101 /2-3), dass der Beschwerdeführer am 21. November 2021 während der Arbeit eine Schulter z errung sowie Kontusion erlitten habe. Es hätten Schulterschmerzen mit einge schränkter Beweglichkeit vorgelegen (S. 1). Befundet wurde eine eingeschränkte Beweglichkeit (Armheben bis 45 Grad möglich , Urk.

8/102). Er habe auch das linke Knie angeschlagen (Urk. 8/102) .

E. 3.2

PD Dr. med. F.____ , Facharzt für Radiologie ,

vom Institut G.____ beurteilte die MR Arthrographie Schulter links vom 2. Dezember 2021 dahingehend, dass eine kleine interstitielle longitudinale Rissbildung der Supraspinatussehne auf Höhe der Fussplatte vorliege . Ansonsten liege eine unauffällige MR- Tomographie der Schulter vor (Urk. 8/18).

E. 3.3

PD Dr. med. H.____ , Leitender Arzt Schulterchirurgie , und med. pract . I.____ , Assistenzarzt Orthopädie , von der Universitätsklinik B.____ diagnostizierten im Bericht vom 21. April 2022 (Urk. 8/42) ein posttraumatisches costovertebrales Syndrom mit ausgeprägter Myogelose des Musculus trapezius mit begleitender Bursitis subacromialis Schulter links (dominant) mit/bei Status nach Sturz am 22.

November 2021. Die Schmerzen seien seit dem Unfall konstant, mit Exazerbation bei Belastung (S. 1) .

E. 3.4

Im Bericht vom 29. April 2022 von Dr. J.____ , Fachchiropraktor /Oberarzt Chiropraktische Medizin , und Cand. chiro . med. K.____ , Unterassistentenarzt , von der Universitätsklinik B.____ (Urk. 8/57 /2-4) wurden folgende Diagnosen aufgeführt (S. 1): - unfallbedingte chronische Thorakobrachialgie , DD: C8 Radikulopathie links - Chronische Zervikalgie - Posttraumatische Bursitis subacromialis Schulter links (dominant) - Migräne (ED als Kind)

Der Beschwerdeführer leide an einer unfallbedingten chronischen Thorakobrachialgie links bei segmentaler Dysfunktion der Rippen 3 bis

E. 3.5

Dr. med. L.____ , Facharzt für Radiologie , von der Universitätsklinik B.____

führte am 16. Mai 2022 ein MRI der BWS und der HWS durch (Urk. 8/60 /2). Demnach lägen in Bezug auf die HWS keine degenerativen oder posttraumatischen Veränderungen vor. Bei der BWS bestehe ein Knochenmarködem in der dorsalen Costa

E. 3.6

Dr. D.____ führte in ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 14. Juni

2022 aus (Urk. 8/68), dass beim Beschwerdeführer zwei Diagnosen vorlägen, einerseits das genannte Costovertebralsyndrom mit Myogelose, andererseits eine primäre Bursitis subacromialis im Sinne einer Impingementproblematik . Die Begründung hierfür liefere die sehr zeitnah durchgeführte Kernspintomographie der Schulter, welche die Bursitis bereits ausgewiesen habe. Korrelierend hierzu habe sich die Intrasubstanzsignalalteration der Sehne des Musculus supraspinatus gefunden .

Diese Strukturen würden im Rahmen eines Engpasssyndroms subakromial eingeeengt und dadurch gereizt. Sie (gemeint: die Intrasubstanzsignalalteration) stelle an sich eine krankheitsbedingte Diagnose dar und nicht eine traumatische (S. 1). Die vorliegende Signalalteration entspreche einer Texturstörung. Die Diagnose des Costovertebral

-Syndroms mit Myogelose entspringe keiner objektivierbaren Strukturschädigung, sie sei durch eine muskuläre Kontraktion bedingt. Die weiterführende n Abklärungen via Kernspintomografie BWS/HWS wiesen keine Strukturschädigung aus. Das Knochenmark ödem, passend zu einem Status nach undislozierten Rippenfrakturen, sei differentialdiagnostisch möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich, da diesbezüglich erst- und echtzeitlich keine dorsalen Rippenbeschwerden links vorgelegen hätten. Eine stattgehabte frische traumatische Rippenserienfraktur hätte unweigerlich heftigste Schmerzen über der betroffenen dorsalen Thoraxregion inklusiv Atembeschwerden bei Inspiration auslösen müssen. Beides sei gemäss Erstzeugnis nicht vermerkt.

Überdies sei der Beschwerdeführer den Chiropraktikern aus der Universitätsklinik B._____

hinlänglich wegen einer chronifizierten Zervikalgie bereits vor Ereigniszug bekannt. Die genannten Diskopathien seien degenerativen Ursprungs und hätten keinen unfallkausalen Zusammenhang, hierzu fehlten die kernspintomografischen indirekten Zeichen für eine Traumatisierung (Bone

bruise, Signalalteration an Bandstrukturen, Weichteil-/Muskelödem). Überwiegend wahrscheinlich habe das Ereignis vom 22. November 2021 nicht zu einer objektivierbaren Strukturverletzung weder an der linken Schulter noch am linksseitigen Hemithorax geführt. Die Ausbildung eines costovertebralen Syndroms nach Kontusionsereignis könne versicherungsmedizinisch als möglich erachtet werden, sei aber immer vorübergehender Natur. Ein Anhalt der Symptomatik über den Zeitraum von sechs Monaten sei medizinisch nicht mehr nachvollziehbar. Für die costovertebrale Symptomatik gebe es gemäss allgemeiner Lehrmeinung weitere mannigfaltige Ursachen wie beispielsweise Überbelastung, Fehlhaltungen, Dekonditionierung der Muskulatur oder Erkrankungen aus dem rheumatologischen Formenkreis etc. (S. 2).

E. 3.7

Dr. H._____ führte im Bericht vom 19. Juli 2022 aus, dass er den Beschwerdeführer gut fünf Monate nach dem Trauma in seiner Sprechstunde gesehen habe. Aus dem MRI-Bericht vom 2. Dezember 2021- also nur wenige Tage nach dem besagten Trauma - lasse sich herauslesen, dass im Bereich der Supraspinatussehne eine Signalalteration zu sehen sei. Dies sei für einen 24-jährigen Beschwerdeführer nicht mit einer degenerativen Läsion zu vereinbaren, weshalb aufgrund der Nähe von Trauma und Erstabklärung inklusive Bildgebung von einer traumatischen Genese auszugehen sei (Urk. 8/90).

E. 3.8

Dr. J._____ und Unterassistentarzt K._____ hielten im Bericht vom 29. Juli 2022 fest, dass sie den Beschwerdeführer am 29. April 2022 erstmals in ihrer Sprechstunde gesehen hätten.

Die persönliche Anamnese des Beschwerdeführers bezüglich Schulter- oder Wirbelsäulenbeschwerden sei bland. Das Unfallereignis vom 22. November 2021 stelle eine richtungsweisende Veränderung dar und sei der Auslöser der Beschwerden. Da diese durch besagtes Unfallereignis ausgelöst worden seien und seither ohne ein schmerzfreies Intervall

persistierten, sei davon auszugehen, dass die Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis bedingt seien (Urk. 8/91).

E. 3.9

Die Beschwerdegegerin holte bei Prof. Dr. med. E.____

vom M.____

ein radiologisches Konsil ein (vgl. Urk. 8/107). Dieser beurteilte die MR- Arthrographie vom 2. Dezember 2021 im Bericht vom 11. Januar 2023 (Urk. 8/111) dahingehend, dass in der koronaren PDw Sequenz ödem-ähnliche Signalerhebungen von 12mm der ansatznahen Supraspinatussehne

ohne Korrelat in der sagittalen PDw Sequenz vorlägen. Es sei nachvollziehbar, dass dies vom Erstbefunder als interstitielle Partialruptur gewertet worden sei (S. 1); aufgrund des fehlenden Korrelats in der sagittalen Sequenz sei die Bildgebung jedoch nicht beweisend für eine interstitielle Partialruptur (S. 1-2). Differentialdiagnostisch komme trotz des jungen Alters des Beschwerdeführers eine mukoiden Transformation im Sinne einer Tendinose oder ein Magic-Angle Artefakt in Betracht. Ebenso denkbar sei eine Normvariante wie er sie auch schon bei asymptomatischen Probanden (unpublizierte Daten) beobachtet habe (S. 2).

E. 3.10

Der Suva- Arzt Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 1. März 2023 fest (Urk. 8/114), dass man medizinisch unter der von Prof.

Dr. E.____ differentialdiagnostisch notierten Tendinose der ansatznahen Supraspinatussehne eine chronische Erkrankung der Sehne verstehe, bei der es durch entsprechende Überlastung auch zu einer Reizung der Sehne des Muskels mit entsprechenden Schmerzen bei der Armbewegung und im schlimmsten Fall zu einer Ruptur der Supraspinatussehne kommen könne. In der MR-Bildgebung charakterisiere sie sich durch eine Signalintensitätserhöhung auf Sequenzen mit kurzen Echozeiten (T1-Protonendichtegewichtet) wie im vorliegenden Fall. Das sogenannte «Magic-Angle-Artefakt» sei der wichtigste «Pitfall» in der Diagnostik einer Tendinopathie. Er entstehe dadurch, dass geordnete anatomische Strukturen wie Sehnen und Bänder (Kollagenfasern) ein erhöhtes Signal aufgrund minimaler Dipol-Interaktionen aufwiesen, wenn ihre Ausrichtung einen Winkel von 55 Grad gegenüber dem statischen Magnetfeld einnehme. Den «Magic-Angle-Artefakt» finde man am häufigsten im Bereich der Supraspinatussehne kurz vor dem Ansatz zum Tuberculum majus, wie im vorliegenden Fall (S. 8). Dieses Magic-Angle-Phänomen täusche unter Einfluss der Echozeit auf die Signalanhebung der Supraspinatussehne auf anguliert-koronaren Aufnahmen, wie hier in Serie 8 koronar dargestellt, eine Signalanhebung der Sehne vor (S. 8-9).

Zusammenfassend könne somit aufgrund der fachradiologischen Stellungnahme von Prof. Dr. E.____ davon ausgegangen werden, dass die im Arthro-MR-Befundbericht der linken Schulter vom 2. Dezember 2021 beurteilte, kleine interstitielle longitudinale Rissbildung der Supraspinatussehne auf Höhe der Fussplatte nicht beweisend vorliege und somit die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. D.____ vom 14. Juni 2022

bestätigt werden könne, wonach die Gesundheit des Beschwerdeführers bei der vom aktuellen Unfallereignis betroffenen linken Schulter aufgrund einer verschleissbedingten, ansatznahen Sehnenveränderung der Supraspinatussehne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen sei und der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen zusätzlichen, strukturellen Läsionen an der linken Schulter, welche objektivierbar seien, geführt habe (S. 9).

Weiter führte er hinsichtlich der Bursitis subacromialis aus, dass bildmorphologisch im vorliegenden Arthro-MRI der linken Schulter vom 2.

Dezember 2021 die explizit intakt beurteilte Struktur des Ligamentum coracoacromiale, des Musculus deltoideus und des Acromion im Bereich des AC-Gelenks keine erkennbaren Zeichen einer Schädigung der Gelenkkapsel oder Hinweise auf eine übermässige äussere Gewalteinwirkung auf das Acromion (Weichteilschwellung) zeigten. Somit sei zusammenfassend die Aussage des Rechtsanwaltes des Beschwerdeführers nicht zutreffend, dass hier eine akute Schlag- und/oder Stossverletzung vorliege (S. 9-10).

Zur Frage, ob sich der Beschwerdeführer anlässlich des streitgegenständlichen Unfallereignisses auch Verletzungen der erwähnten Rippen zugezogen habe, habe sich Dr. D.____ bereits eingehend geäussert. Demnach hätten auch die weiterführenden Abklärungen via Kernspintomographie BWS/HWS keine Strukturschädigungen ausgewiesen.

Das erwähnte Knochenmarködem in der dorsalen Costa 6 und geringer in 5 und 7 links mit Konturirregularität Costae

E. 6

und 7, passend zu einem Status nach undislozierten Rippenfrakturen, sei differentialdiagnostisch zwar möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich. Diesbezüglich hätten

gemäss Hausarztbericht erst- und echtzeitlich keine dorsalen Rippenbeschwerden links vorgelegen. Eine stattgehabte frische, traumatische Rippenserienfrakturbildung müsste unweigerlich heftigste Schmerzen über der betroffenen dorsalen Thoraxregion inklusive Atembeschwerden bei Inspiration

ausgelöst haben. Beides sei gemäss Erstzeugnis nicht vermerkt. Auch bei den Fachspezialisten habe die umfassende klinische Untersuchung Schmerzen auf Höhe der Costovertebralgelenke thorakal 2/3 - also deutlich höher gelegen als die radiologisch vermuteten undislozierten dorsalen Rippenfrakturen - gezeigt. Zusammenfassend ergäben sich aufgrund der mit der Einsprache neu eingereichten medizinischen Berichte keine Änderungen an der bisherigen medizinischen Beurteilung der Suva (S. 10). 4. 4.1

Es ist unbestritten, dass das Ereignis vom 22. November 2021 einen Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) darstellt. Strittig und zu prüfen ist dagegen, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht unter Hinweis auf das Erreichen des Status quo sine vel ante per 31. Mai 2022 eingestellt hat, beziehungsweise, ob die danach weiterhin bestehenden Beschwerden in der linken Schulter noch

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 22. November 2021 zurückzuführen sind. 4.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich für ihre Leistungseinstellung hauptsächlich auf die Aktenbeurteilungen von

Dr. D.____ und Dr. C.____, wonach beim Beschwerdeführer die Supraspinatussehne bereits vor dem Unfallereignis vom 22. November 2021 degenerativ geschädigt gewesen sei und der Unfall zu keiner zusätzlichen strukturellen Läsion an der linken Schulter geführt habe (vgl. E. 3.6; 3.

E. 10

).

Demgegenüber macht e der Beschwerdeführer mit Verweis auf die radiologischen Berichte vom 20. und 29. April 2022 (Urk. 8/58/2 und 8/59/2) geltend, dass an der Universitätsklinik B.____ keine degenerativen Veränderungen des linken Schultergelenks hätten objektiviert werden können und er somit vor dem Unfall an keinen degenerativen Veränderungen gelitten habe (Urk. 1 S. 8). 4.3

Ein medizinischer Aktenbericht als Entscheidungsgrundlage ist zulässig, 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 8 C _281/2021 vom 19. Januar 2022 E. 3.2),

was vorliegend der Fall ist. Die medizinischen Akten im Dossier der Beschwerde gegnerin, welche dem Suva-Arzt Dr. C.____ für seine Beurteilung zur Verfügung standen (vgl. Urk. 8/114/1-5), geben den medizinischen Sachverhalt zu den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Schulterbeschwerden umfassend wieder. Zusätzlich lag ihr eine überzeugende radiologische Beurteilung

der Arthro -MRI-Befunde der linken Schulter vom 2. Dezember 2021 durch Prof. Dr. E.____ zugrunde (Urk. 8/111), eines ausgewiesenen Facharztes für Radiologie, welcher gemäss der Ärzteliste Versicherungsmedizin der Suva in keinem Anstellungsverhältnis zu derselben steht. 4.4

Das Argument des Beschwerdeführers, wonach vor dem Unfallereignis keine krankheitswertigen Veränderungen vorgelegen hätten

(Urk. 1 S. 8), trifft nicht zu. Dr. D.____ führte in der Beurteilung vom 18. Mai 2022 (Urk. 8/48)

zur Frage, ob die Gesundheit des Beschwerdeführers vor dem Ereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen sei, die Bursitis subacromialis und subdeltoidea

an (Urk. 8/48) und begründete dies damit, dass bereits im MRI der linken Schulter vom 2. Dezember 2021 (Urk. 8/18) als Befund « wenig Flüssigkeit in der Bursa subdeltoidea /subacromialis » festgehalten worden sei. Wie Dr. D.____

denn auch nachvollziehbar folgerte (Urk. 8/68),

war die Bursitis subacromialis im Sinne einer Impingementproblematik in der zeitnah durchgeführten Kernspintomographie bereits ausgewiesen. Überzeugend folgerte sie weiter, dass sich

korrelierend hierzu die Intrasubstanzsignalalteration der Sehne des Musculus supraspinatus finde und dass diese Strukturen im Rahmen eines Engpasssyndroms subakromial eingeeengt und dadurch gereizt würden, was an sich eine krankheitsbedingte Diagnose darstelle (S. 1).

Dieselbe Meinung vertrat

Dr. C.____, wobei er präzisiert, dass es sich bei der Bursitis subacromialis um eine entzündliche Veränderung der Bursa subacromialis handelt. Medizinisch werde durch den

Schleimbeutel (Bursa) die unmittelbar durch die Einwirkung von Muskeln und Muskelsehnen auf die Gelenkkapsel vermindert. Die Bursa subacromialis liegt unter dem Acromion scapulae (knöchern), dem Ligamentum coracoacromiale, der Gelenkkapsel und dem Musculus deltoideus. Somit sei die Bursa subacromialis durch diese Strukturen geschützt. Im MRI der linken Schulter würden die entsprechenden Strukturen jedoch explizit intakt beschrieben (S. 9), womit keine erkennbaren Zeichen einer Schädigung der Gelenkkapsel oder Hinweise auf eine übermässige äussere Gewalteinwirkung vorgelegen hätten und daher überwiegend wahrscheinlich keine Schlag- oder Stossverletzung zu der festgestellten Schleimbeutelentzündung geführt habe (S. 10). Zudem ist auch darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfallereignis bei der Universitätsklinik B. auf Grund von Zervikalgie in chiropraktischer Behandlung war (vgl.

Urk. 8/57).

Dass in den vom Beschwerdeführer aufgeführten radiologischen Berichten

(Urk.

8/58 /2, 8/ 59 /2) «keine wesentlichen degenerativen Veränderungen» festgehalten wurde, ändert daran nichts.

Bei besagten Berichten handelt es sich lediglich um Befunde zu Röntgenaufnahmen, wobei letztere nicht die gleichen Strukturen wie ein MRI abbilden können. Darüber hinaus lagen die radiologischen Aufnahmen sowohl Dr. D. (Urk. 8/68) als auch Dr. C. (Urk. 8/114) vor und stellen diese die schlüssigen versicherungsärztlichen Beurteilungen nicht in Zweifel. 4.5

In Bezug auf

die im MRI vom 2. Dezember 2021 festgestellten leichten interstitiellen Signalalterationen der Supraspinatussehne, welche PD Dr. F. als kleine interstitielle longitudinale Rissbildung der Supraspinatussehne auf Höhe der Fussplatte interpretierte (Urk. 8/18 /2),

holte die Beschwerdegegnerin eine radiologische Beurteilung bei Prof. Dr. E. ein zur Frage,

ob Hinweise auf eine frische Traumatisierung der ansatznahen Supraspinatussehne im erwähnten MRI bestehen. Wie dieser schlüssig darlegte, ist die ödemähnliche Signalanhebung von 12mm der ansatznahen Supraspinatussehne (Serie 8 - Bild 11) ohne Korrelat in der sagittalen PDw Sequenz (Serie 12). Aufgrund dieses fehlenden Korrelats sei die ursprünglich befundene interstitielle Partialruptur nicht bewiesen (Urk. 8/111). Dr.

C. legte

unter Bezugnahme auf die medizinische Literatur zum «Magic-Angle-Artefakt» nachvollziehbar dar, dass vorliegend keine Rissbildung der Supraspinatussehne vorliege, wie das ursprünglich vom Erstbefunder angenommen worden sei (S. 9), sondern aufgrund der Bildgebung eine Tendinose, bei der es durch entsprechende Überbelastung zu einer Reizung der Sehne des Muskels mit Schmerzen bei der Armbewegung komme, wie im vorliegenden Fall (S. 8). Dies deckt sich auch mit der Einschätzung von Dr. D., welche die im

Arthro-MRT festgestellten

Intrasubstanzsignalalterationen der Sehne des Musculus supraspinatus als krankheitswertige Texturstörung interpretierte (Urk. 8/68/1). Angesichts der im Ergebnis übereinstimmenden und schlüssigen Beurteilungen von Dr. D.____, Dr. C.____ und Dr. E.____

lässt die nicht begründete und entsprechend nicht nachvollziehbare Beurteilung des Arthro-MRT-Befundes von PD Dr. F.____ vom 2. Dezember 2021 (Urk. 8/18/2) alleine keine auch nur geringen Zweifel an den versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen aufkommen (E. 1.4). Eine durch das versicherte Ereignis verursachte strukturelle Verletzung der Supraspinatussehne ist dementsprechend nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. 4.6

Was schliesslich die möglichen Rippenfrakturen betrifft, gilt es vorweg zu berücksichtigen, dass bei der Erstkonsultation vom 23. November 2021 bei Dr.

A.____ keine Befunde in Bezug auf die Rippen dokumentiert wurden (Urk. 8/101/2-3). Befundet wurden nur die Schulterschmerzen mit eingeschränkter Beweglichkeit (S. 1). Von Beschwerden in der Rippenregion war jedoch keine Rede.

Die fehlenden Erstbefunde wurden auch von Dr. D.____

in ihrer Beurteilung berücksichtigt: Wie sie ausführte, konnte das

in der weiterführenden Abklärung via Kernspintomographie BWS/HWS

vom 16. Mai 2022 erwähnte Knochenmarködem in der dorsalen Costa 6 und geringer in den Costae

5 und 7 links mit Konturirregularität Costae 6 und 7,

welche als passend zu einem Status nach undislozierter Rippenfraktur beurteilt wurde (vgl. Urk. 8/60/2), nicht mit überwiegend er

Wahrscheinlichkeit bestätigt werden, da diesbezüglich keine erst- und echtzeitlich

dorsalen Rippenbeschwerden vorgelegen hätten. Wie sie weiter nachvollziehbar ausführte, müsste eine stattgehabte frische traumatische Rippenfrakturserienbildung unweigerlich heftigste Schmerzen über der betroffenen dorsalen Thoraxregion

inklusive Atembeschwerden bei Inspiration ausgelöst haben. Beides wurde im Erstzeugnis nicht vermerkt (vgl. Urk. 8/101/2-3). Auch

zeigten die klinischen Untersuchungen bei den Fachspezialisten am 20. April

2022 Schmerzen auf der Höhe der Costovertebralgelenke thorakal 2/3 (Urk. 8/42/2), also deutlich höher gelegen als die radiologisch vermuteten

undislozierten dorsalen Rippenfrakturen (Urk. 8/68/2). Nach dem Gesagten ist somit nicht überwiegend wahrscheinlich, dass es beim Unfallereignis zu Rippenfrakturen gekommen ist.

Insgesamt kommt Dr. C.____ somit nachvollziehbar zum Schluss, dass die Beurteilung von Dr. D.____ (Urk. 8/68) bestätigt werden kann, wonach die Gesundheit des Beschwerdeführers bei der vom Unfallereignis betroffenen linken Schulter aufgrund einer verschleissbedingten, ansatznahen Sehnenveränderung der Supraspinatussehne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt war, und der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen

zusätzlichen, strukturellen Läsionen an

der linken Schulter geführt hat (Urk. 8/114). Die Unfallfolgen spielten entsprechend der Suva-ärztlichen Beurteilung überwiegend wahrscheinlich drei

Monate nach dem Unfall, spätestens aber im Zeitpunkt der Sprechstunde vom 20.

April 2022 (Urk. 8/ 42/2-3) keine Rolle mehr (Urk. 8/68 /3). 4.7

Daran vermögen die Berichte der Behandler Dr. H.____ (Urk.

8/90) sowie Dr. J.____ (Urk. 8/91) nichts zu ändern.

So geht Dr. H.____ aufgrund der Signaliteration der Supraspinatussehne und der Nähe von Trauma und Erstabklärung von einer traumatischen Genese aus. Bezüglich Ersterer wurde bereits von Dr. E.____ eingehend erläutert, weshalb es sich nicht um eine Partialruptur der Supraspinatussehne gehandelt hat (vgl. E.

3.9, E. 4.5). Zudem ist in Bezug auf den zeitlichen Zusammenhang zu erwähnen, dass die Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc», nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich in diesem Kontext nicht zulässig ist und zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen vermag (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb , Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). Ärztliche Auskünfte, die allein auf dieser Argumentation beruhen, sind beweis rechtlich nicht zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts 8C_241/2020 vom 29. Mai

2020 E. 3).

Dasselbe gilt für den Bericht von Dr. J.____ , wonach die persönliche Anamnese des Beschwerdeführers bezüglich Schulter- und Wirbelsäulenbeschwerden bland gewesen sei und die Beschwerden erst durch das Unfallereignis ausgelöst worden seien und seither persistierten (Urk. 8/91). Darüber hinaus ist fraglich, ob die Anamnese in Bezug auf Schulterbeschwerden tatsächlich bland war , stand der Beschwerdeführer doch aktenkundig bereits vor dem Unfallereignis aufgrund einer chronischen Zervikalgie in Behandlung (vgl.

Urk. 8/57/2). 4.8

Nach dem Gesagten ist somit erstellt, dass der Status quo sine vel ante nach einer vorübergehenden Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes in der linken Schulter spätestens am 20. April 2022 erreicht war (vgl. E. 4.6) . Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin den natürlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 22. November 2021 und den über den 31. Mai 2022 hinaus geklagten Beschwerden zu Recht verneint.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. Mai 2023 (Urk. 2) ist somit nicht zu beanstanden. Das führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - 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 Bundes

gesetzes 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
Gräub Langone

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