

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00190 vom 15. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00190

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00190 du 15 août 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00190 del 15 agosto 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1949, war seit dem 15. Juli 2003 als Gipser bei der Y. AG, Z., beschäftigt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 7. Mai 2009 von einer Leiter stürzte und sich an der rechten Schulter verletzte (Unfallmeldung vom 8. Dezember 2009, Urk. 9/2 Ziff. 1-6, Ziff. 9).

1.2. Mit Verfügung vom 16. Februar 2010 verneinte die SUVA ihre Leistungspflicht mit der Begründung, es bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 7. Mai 2009 und den gemeldeten Schulterbeschwerden rechts. Zudem seien die Voraussetzungen für eine Übernahme als Berufskrankheit nicht erfüllt (Urk. 9/24). Die Krankenkasse des Versicherten zog ihre dagegen am 22. Februar 2010 erhobene vorsorgliche Einsprache (Urk. 9/26) am 25. März 2010 zurück (Urk. 9/33).

Die vom Versicherten am 10. März 2010 erhobene Einsprache (Urk. 9/31), welche er am 27. April 2010 ergänzend begründete (Urk. 9/36), wies die SUVA mit Entscheid vom 12. Mai 2010 ab (Urk. 9/41 = Urk. 2).

E. 2

2.1. Gegen den Einspracheentscheid vom 12. Mai 2010 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 14. Juni 2010 Beschwerde und beantragte, die SUVA sei in Aufhebung des Einspracheentscheids zu verpflichten, ihm für die anlässlich des Unfalls vom 7. Mai 2009 erlittenen Schulterverletzungen rechts die gesetzlichen Leistungen auszurichten (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Oktober 2010 schloss die SUVA auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8 S. 2).

2.2. Nachdem das Gericht mit Verfügung vom 19. Oktober 2010 die beschwerdeweise beantragte Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (vgl. Urk. 1 S. 2) angeordnet hatte (Urk. 11), verzichtete der Versicherte mit Schreiben vom 7. Februar 2011 auf die Erstattung einer Replik (Urk. 15), was der SUVA am 22. Februar 2011 mitgeteilt wurde (Urk. 16).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

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).

Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Art. 6 Abs. 2 UVG). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3). Gemäss Art.

E. 6

Abs.

2 UVG kann der Bundesrat Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen. Von dieser Kompetenz hat der Bundesrat in Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht und folgende , abschliessend aufgeführte Körperschädigungen, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung (zum Unfallbegriff: vgl. Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) den Unfällen gleichgestellt:

a. Knochenbrüche; b. Verrenkungen von Gelenken; c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse; e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen; h. Trommelfellverletzungen.

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem schädigenden Ereignis 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 entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 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 blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

1.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

2.

2.1 Strittig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht verneint hat, was davon abhängt, ob zwischen den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden an der rechten Schulter und dem Ereignis vom 7. Mai 2009 ein rechtsgenau gleicher Zusammenhang besteht.

2.2 Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid davon aus, dass sich ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den Schulterbeschwerden rechts und dem Ereignis vom 7. Mai 2009 nicht nachweisen lasse, jedenfalls nicht mit der geforderten überwiegenden Wahrscheinlichkeit (Urk. 2 S. 3 Ziff. 3).

In ihrer Beschwerdeantwort vom 15. Oktober 2010 ergäuzte sie, dass sich aus den Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit entnehmen lasse, dass die rechte Schulter beim Ereignis vom 7. Mai 2009 überhaupt betroffen gewesen sei (Urk. 8 S. 3 f. Ziff. 9).

2.3 Der Beschwerdeführer machte demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, er habe sich anlässlich des Unfalls vom 7. Mai 2009 eine Ruptur der Supra- und Infrapinatussehne sowie eine komplette Ruptur der langen Bizepssehne zugezogen. Diese Verletzungen seien unfallbedingt und hätten nicht vorbestanden (S. 3 f.). Sodann gehe es nicht an, die Unfallkausalität unter Hinweis auf die vorbestehende Acromioclaviculargelenksarthrose (AC-Gelenksarthrose) zu verneinen, da er wegen Schulterproblemen noch nie arbeitsunfähig gewesen sei und daher die Versicherungsleistungen nicht gekürzt werden dürften (S. 4 Mitte). Auch sei davon auszugehen, dass das Unfallereignis vom 7. Mai 2009 zu einer richtungsweisenden Verschlimmerung seines Gesundheitszustands geführt habe (S. 4 unten, S. 5 oben). Schliesslich stellte er sich auf den Standpunkt, die erlittenen Verletzungen seien als unfallähnliche Körpererschädigungen zu qualifizieren (S. 5 Mitte).

3.

3.1 Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

Der nach dem Unfallereignis vom 7. Mai 2009 erstbehandelnde Arzt, Dr. med. A. ____, Allgemeine Medizin FMH, welchen der Beschwerdeführer am 22. Juni 2009 aufgesucht hatte, berichtete am 16. Dezember 2009 (Urk. 9/4). Dr. A. ____ führte aus, der Beschwerdeführer habe im Rahmen der Behandlung wegen eines Sturzes auf das linke Knie über chronisch zunehmende Schulterbeschwerden nach multiplen kleinen Traumata als Gips berichtet. Unter Verweis auf die mittels Magnetresonanz-Arthrographie (MR-Arthrographie) vom 1. September 2009 erhobenen Befunde (vgl. Urk. 9/3 sowie E. 3.2 nachstehend) nannte Dr. A. ____ als Diagnosen eine Ruptur der Supra- und Infrapinatussehne, eine komplette Ruptur der langen Bizepssehne sowie eine AC-Gelenksarthrose (Ziff. 5). Er führte aus, es lägen ausschliesslich Unfallfolgen vor (Ziff. 6). Seit dem 18. November 2009 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 8).

Am 23. Juni 2009 überwies Dr. A. ____ den Beschwerdeführer an Dr. med. B. ____, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Rheumatologie FMH, zur

Beurteilung und Behandlung der seiner Ansicht nach erheblichen, vor allem rechtsseitigen Schulterproblematik. Seinem Überweisungsschreiben legte er ein Röntgenbild der rechten Schulter vom 17. Januar 2009 bei und führte aus, der Beschwerdeführer leide an einer massiven Periarthritis humero-scapularis (PHS) der rechten Schulter bei klinischem und radiologischem Engpasssyndrom und erheblichen degenerativen Veränderungen (Urk. 9/5).

3.2 In seinem Sonografieprotokoll vom 8. August 2009 (Urk. 9/11 S. 2-3) führte Dr. B. aus, die klinisch führende rechte Rotatorenmanschette zeige eine Massenruptur. Betroffen sei die gesamte Supraspinatussehne. Von hier greife die Läsion auf den Infrapinatus über. Zusätzlich seien Avulsionen im Ansatzgebiet des Subscapularis sowie eine Totalruptur der Bizepssehne zu erkennen. Die linke Schulter zeige eine perforierende Ruptur der ventralen/anterolateralen Supraspinatussehne mit Tendinopathie der langen Bizepssehne. Sodann bestehe auf beiden Seiten ein degenerativ verändertes AC-Gelenk (S. 2).

Die in der Folge durchgeführte MR-Arthrographie vom 1. September 2009 brachte eine subtotale Ruptur der Supraspinatus- und Infrapinatussehne mit nur noch einzelnen durchgängigen Fasern und Atrophie / Verfettung dieser beiden Muskeln, eine komplette Ruptur der langen Bizepssehne im intraartikulären Abschnitt, eine Tendinopathie der Subscapularissehne, eine leichte Omarthrose, ein Ganglion des Labrums dorsal-inferior sowie eine AC-Gelenksarthrose mit grossen inferioren Osteophyten zum Vorschein (Urk. 9/10 S. 1). Daraufhin überwies Dr. B. den Beschwerdeführer an die Universitätsklinik C. (Urk. 9/10 S. 2).

3.3 In ihrem Austrittsbericht vom 17. Dezember 2009 (Urk. 9/7) nannten die Ärzte der Universitätsklinik C., Orthopädie, wo der Beschwerdeführer vom 18. bis 22. November 2009 zur Operation der rechten Schulter hospitalisiert war, als Austrittsdiagnosen eine Rotatorenmanschettenläsion (transmural Supraspinatus- und Infrapinatussehne) rechts, eine symptomatische AC-Gelenksarthrose sowie ein subacromiales Impingement (S. 1 Mitte). Sie führten aus, am 19. November 2009 seien eine Schulterarthroskopie, eine Rekonstruktion der Infrapinatussehne, eine laterale öffnende Akromioplastik und eine AC-Gelenksresektion an der rechten Schulter durchgeführt worden. Der postoperative Verlauf sei regelrecht gewesen (S. 1 unten). Bis zum Kontrolltermin am 30. Dezember 2009 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (S. 2).

3.4 Am 27. Januar 2010 erstattete Dr. A. einen weiteren Bericht (Urk. 9/17/1 S. 1-2). Er führte aus, der Beschwerdeführer sei seit 1993 immer wieder wegen Schulterschmerzen in seiner hausärztlichen Behandlung gewesen, letztmals im Januar 2009. Damals hätten eine erhebliche Bewegungseinschränkung sowie eine Impingementsymptomatik an der rechten Schulter bestanden, sodass er dem Beschwerdeführer zwei Serien Physiotherapie verschrieben habe, die wenig Erfolg gebracht hätten (S. 1 Mitte; vgl. auch Abschlussbericht der Physiotherapie, Urk. 9/17/3). Der seit 40 Jahren als Gipser tätige Beschwerdeführer weise eine erhebliche beidseitige, rechtsbetonte komplexe Schulterproblematik auf, welche sich mit bildgebenden Methoden als massive Rupturen mehrerer Sehnen dargestellt habe. Als letzten kleinen Unfall habe er einen Sturz vom Gerüst im Mai 2009 erwähnt, der wahrscheinlich zur letzten Exazerbation der Schmerzsymptomatik geführt habe. Daneben sei auch eine Berufskrankheit in Erwägung zu ziehen (S. 2).

3.5. SUVA-Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, berichtete am 2. Februar 2010 (Urk. 9/19). Er führte aus, der Beschwerdeführer leide bereits seit 1993 an behandlungsresistenten Schulterbeschwerden rechts mit Bewegungseinschränkung. Nach dem Unfall vom 7. Mai 2009 habe er erst sechs Wochen später seinen Hausarzt aufgesucht (S. 1 oben). In der MR-Arthrographie vom 1. September 2009 (vgl. Urk. 9/3) werde bei der betroffenen Supra- und Infraspinatussehnenmuskulatur eine Verfettung Goutallier Grad II beschrieben. Bis sich eine solche bilde, müsse sicherlich während mehr als einem Jahr eine Inaktivität der Muskulatur bestanden haben, so dass anzunehmen sei, dass diese Rupturen vorbestehend gewesen seien. Bei einer derart vorgeschädigten Schulter sei anzunehmen, dass auch die Bizepssehnenruptur vor dem Unfallereignis bereits bestanden habe. Die übrigen in der MR-Arthrographie erhobenen Befunde seien sodann ohnehin einem älteren Status zuzuordnen (S. 1 Mitte).

Der Umstand, dass die Schulterbeschwerden bereits vier Monate vor dem Unfallereignis exazerbiert und therapieresistent gewesen seien, sowie der Umstand, dass nach dem Unfall keine sofortige medizinische Betreuung erfolgt sei, bedeuteten, dass ein degenerativer Befund vorliege, welcher durch das Unfallereignis, das nach wie vor nicht näher beschreiben sei, keine richtunggebende Veränderung erfahren habe. Es handle sich um einen degenerativen Zustand. Auch eine Berufskrankheit im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVG liege nicht vor (S. 1 unten, S. 2).

3.6. Am 1. Juni 2010 erstatteten die Ärzte der Universitätsklinik C.____ einen weiteren Bericht (Urk. 9/43). Sie führten aus, rechts sei es zu einer Re-Ruptur der posterosuperioren Rotatorenmanschette mit Dislokation der Anker gekommen. Es sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall vom Mai 2009 Beschwerden in der Schulter gehabt habe und sich diese durch den Unfall verschlimmert hätten. Deshalb sei eher nicht von einer unfallbedingten Ursache, sondern von einer Krankheit auszugehen (S. 2 Mitte).

4.

4.1. Aus den medizinischen Akten geht unstrittig hervor, dass der seit 40 Jahren als Gipser tätige Beschwerdeführer bereits seit 1993 an beidseitigen, rechtsbetonten Schulterbeschwerden leidet, welche bis zur Operation der rechten Schulter im November 2009 vornehmlich durch seinen Hausarzt, Dr. A.____, behandelt worden waren. Radiologisch konnte Dr. A.____ im Januar 2009 an der rechten Schulter ein Engpasssyndrom sowie erhebliche degenerative Veränderungen objektivieren. In der Folge wurde am 1. September 2009 erstmals eine MR-Arthrographie der rechten Schulter durchgeführt, die im Wesentlichen eine Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne, eine komplette Ruptur der langen Bizepssehne sowie eine AC-Gelenksarthrose zu Tage förderte (E. 3.1-2, E. 3.4).

Unstrittig ist, dass die AC-Gelenksarthrose bereits vor dem Unfall vom 7. Mai 2009 bestanden hatte (Urk. 1 S. 4 Mitte). Fraglich ist aber, ob auch die anderen objektivierten Verletzungen an der rechten Schulter vorbestehend waren und/oder ob die degenerativen Veränderungen durch das Unfallereignis richtunggebend verschlimmert wurden.

4.2. In seinem Bericht vom Februar 2010 (E. 3.5) gelangte SUVA-Kreisarzt Dr. D.____ zum Schluss, es sei anzunehmen, dass sowohl die Rupturen der Supra- und

Infraspinatussehnen als auch die Bizepssehnenruptur bereits vor dem Unfallereignis vom 7. Mai 2009 bestanden hätten und dass ein degenerativer Befund vorliege, welcher durch das Unfallereignis keine richtunggebende Veränderung erfahren habe.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Festzuhalten ist, dass der Bericht von Dr. D. ___ die praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (E. 1.3) erfüllt. So ist er für die streitigen Belange umfassend, wurde er in Kenntnis sämtlicher medizinischer Vorakten, insbesondere auch der bildgebenden, abgegeben (vgl. Urk. 9/13, Urk. 9/78, Urk. 9/79) und erläutert die medizinischen Zusammenhänge. Auch leuchtet er in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen sind in nachvollziehbarer Weise begründet. Auf die Beurteilung durch Dr. D. ___ kann deshalb abgestellt werden. Dies umso mehr, als dass sie auch durch die Einschätzung der Ärzte der Universitätsklinik C. ___ gestützt wird, welche in ihrem Bericht vom Juni 2010 (E. 3.6) dafür hielten, dass die Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers eher krankheits- und nicht unfallbedingt seien. Eine Unfallkausalität der in Frage stehenden Rupturen ist deshalb nicht überwiegend wahrscheinlich.

4.3 Ä Ä Ä Ä Soweit der Beschwerdeführer die Auffassung vertrat, es könne in Anbetracht seiner ununterbrochenen beruflichen Aktivität nicht sein, dass seine Muskulatur über einen längeren Zeitraum inaktiv gewesen und es deshalb zu den objektivierten Verfettungen gekommen sei (Urk. 1 S. 4 oben), ist festzuhalten, dass es keinen Grund gibt, an der überzeugenden medizinischen Beurteilung durch den Spezialisten Dr. D. ___ zu zweifeln. Immerhin steht fest, dass der Beschwerdeführer schon seit Jahren unter erheblichen Schulterbeschwerden leidet und sein Hausarzt, Dr. A. ___, festhielt, dass schon im Januar 2009 eine erhebliche Bewegungseinschränkung sowie eine Impingementsymptomatik bestanden habe. Somit dürfte die Einsatzfähigkeit und die Belastbarkeit der rechten Schulter des Beschwerdeführers bereits seit geraumer Zeit vermindert gewesen sein, auch wenn er dennoch gearbeitet hat. Darauf deutet auch der Abschlussbericht von Physiotherapeut E. ___ vom 10. Juli 2009 hin, welcher festhielt, mit der in der Zeit vom 27. Januar bis 17. Juni 2009 durchgeführten Therapie habe keine Verbesserung der aktiven Abduktion im rechten Schultergelenk erreicht werden können (Urk. 9/17/3). Vor dem Hintergrund des schlüssigen Berichts von Dr. D. ___ sind jedenfalls keine weiteren Abklärungen betreffend die Supra- und Infraspinatussehnenruptur sowie die Bizepssehnenruptur, wie sie beschwerdeweise beantragt wurden (Urk. 1 S. 4 oben), angezeigt.

4.4 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ebenfalls nicht gefolgt werden kann der Auffassung des Beschwerdeführers, wonach das Unfallereignis vom 7. Mai 2009 zu einer richtunggebenden Verschlimmerung seines Gesundheitszustands geführt haben soll. Wie Dr. D. ___ nachvollziehbar darlegte, spricht insbesondere der Umstand, dass der Beschwerdeführer erst rund sechs Wochen nach dem Unfallereignis - und dies gar lediglich im Rahmen der Behandlung einer Knieverletzung - seinem Hausarzt von den chronisch zunehmenden Schulterbeschwerden berichtet hat, gegen eine richtunggebende Verschlimmerung durch das Unfallereignis. Die medizinischen Akten, insbesondere der Bericht von Dr. A. ___ vom Januar 2010 (E. 3.4), dokumentieren in Bezug auf die rechte Schulter vielmehr eine langjährige, sich stetig verschlechternde und therapieresistente Schmerzproblematik, die bei einer feststellbaren erheblichen Bewegungseinschränkung sowie Impingementsymptomatik bereits im Januar 2009, mithin vor dem fraglichen Unfallereignis, ein erhebliches Ausmass erreicht hatte und die, wie Dr. A. ___ festhielt,

anlässlich des letzten kleinen Unfalls vom Mai 2009 wahrscheinlich letztmals exazerbierte. Vor diesem Hintergrund ist eine richtunggebende Verschlimmerung durch das Unfallereignis vom 7. Mai 2009 nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Daran nichts zu ändern vermag auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer wegen seinen Schulterproblemen bis zur Operation im November 2009 noch nie arbeitsunfähig war, ist doch zur Beurteilung der Kausalität auf die gestützt auf die erhobenen Befunde gezogenen nachvollziehbaren medizinischen Schlussfolgerungen abzustellen. Soweit sich der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang auf Art. 36 UVG beruft, ist festzuhalten, dass dieser nicht von Relevanz ist, geht es doch vorliegend darum, zu beurteilen, ob eine leistungsbegrenzende Kausalität vorliegt, und nicht um die Frage der Kausalität einer (für kausale Unfallfolgen) zugesprochenen Leistung.

4.5 Ä Ä Ä Ä Wie die Beschwerdegegnerin schliesslich zutreffend festhielt (Urk. 8 S. 6 f. Ziff. 12), sind die Verletzungen des Beschwerdeführers auch nicht als unfallähnliche Körpererschütterungen im Sinne von Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) zu qualifizieren, setzt doch eine unfallähnliche Schädigung mit Ausnahme des ungewöhnlichen äusseren Faktors sämtliche anderen Merkmale des Unfallbegriffs, insbesondere auch eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung, welche die Verletzung verursacht, voraus (BGE 129 V 466 E. 4.2.2). Der Auslösfaktor kann alltäglich und diskret sein. Wesentlich ist, dass ein plötzliches Ereignis, beispielsweise eine heftige Bewegung oder das plötzliche Aufstehen aus der Hocke, die in Art. 9 Abs. 2 UVV erwähnten Verletzungstatbestände hervorruft. Fehlt es an einem solchen unmittelbaren Geschehen und ist die Läsion vielmehr wiederholten, im täglichen Leben erfolgten Mikrotraumata zuzuschreiben, die eine allmähliche Abnutzung bewirken, welche schliesslich das Ausmass der eine Behandlung erfordernden Schädigung erreicht, liegt kein Unfall, sondern eine Krankheit vor (BGE 116 V 147 Erw. 2c mit Hinweisen; vgl. BGE 123 V 43; Urteil des Bundesgerichts 8C_696/2009 E. 61).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend kann nicht davon ausgegangen werden, dass ein plötzliches, unmittelbares, einmaliges Ereignis die Sehnenrisse verursacht hat. Die an der rechten Schulter des seit 40 Jahren als Gipser tätigen Beschwerdeführers erhobenen Befunde sind gemäss nachvollziehbarer Einschätzung durch Dr. D. ___ degenerativer Natur (E. 3.5). Auch die Ärzte der Universitätsklinik C. ___ erachteten die Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers als krankheitsbedingt (E. 3.6). Die Schmerzproblematik besteht bereits seit Jahren. Sie trat nicht erst anlässlich des Unfallereignisses vom 7. Mai 2009 auf, sondern ist mit Blick auf die überzeugenden Einschätzungen durch Dr. D. ___ und die Ärzte der Universitätsklinik C. ___ vielmehr auf die jahrelange Gipsertätigkeit und die dabei wiederholt erlittenen Mikrotraumata zurückzuführen. Im Übrigen hielt auch Dr. A. ___ in seinem Bericht vom Mai 2009 fest, der Beschwerdeführer habe über chronisch zunehmende Schulterbeschwerden nach multiplen kleinen Traumata als Gipser berichtet (E. 3.1). Das Ereignis vom 7. Mai 2009 fällt sodann aufgrund der vorstehenden Erwägungen (E. 4.2-4.4) als die Verletzung hervorrufendes Geschehen ausser Betracht. Eine unfallähnliche Körpererschütterung ist deshalb zu verneinen.

4.6 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Schulterbeschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich

in einem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 7. Mai 2009 stehen und sie auch nicht als unfallähnliche Körpererschädigung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVV zu qualifizieren sind, weshalb die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht verneint hat.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. Mai 2010 erweist sich als rechtsens. Die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christina Ammann

- Rechtsanwalt Reto Bachmann

- Bundesamt für Gesundheit

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

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

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

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