

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00054 vom 5. Mai 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-05-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2014.00054](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00054)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00054 du 5 mai 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00054 del 5 maggio 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Mit Urteil vom 10. Februar 2014 hiess das Bundesgericht die Beschwerde des Beschwerdeführers gegen den Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 29. Juli 2013 (Prozess-Nr. UV.2012.00067, Urk. 2/10), mit welchem eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den

1. Januar 2012 hin ausverneint wurde, teilweise gut und wies die Sache an das hiesige Gericht zurück, damit es im Sinne von Erwägung 7 ein Gerichtsgutachten einhole und danach

über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung ab dem 1. Januar 2012 neu entscheide (Urk. 1, Dispositiv-Ziff. 1).

### **E. 2**

Mit Beschluss vom 21. März 2014 (Urk. 3) ordnete das Gericht das Einholen einer Expertise an, formulierte die entsprechenden Fragen und schlug als Gutachter Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt

für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, A.\_\_\_\_ Klinik, vor.

Nachdem die Parteien innert Frist keine Ablehnungsgründe geltend gemacht hatten, erteilte das Gericht am 2. Juni 2014 (Urk. 9) den Auftrag zur Begutachtung des Versicherten an Dr. Z.\_\_\_\_. Dieser erstattete sein Gutachten am 27. Oktober 2014 (Urk. 12). Am 7. Januar 2015 nahm die Beschwerdegegnerin zum Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ Stellung (Urk. 17 und Urk. 18/1-2) und am 8. Januar 2015 ging die Stellungnahme des Beschwerdeführers ein (Urk. 19).

Mit Gerichtsverfügung vom 13. Januar 2015 wurde die Eingabe der Beschwerdegegnerin (Urk. 17 und Urk. 18/1-2) Dr. Z.\_\_\_\_ zur Stellungnahme zugesandt, welche er mit Eingabe vom 30. Januar 2015 (Urk. 22, Urk. 23/1-2) einreichte. Am 18. März 2015 äusserte sich die Beschwerdegegnerin erneut (Urk. 27-28).

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Im Urteil des hiesigen Gerichtes vom 29. Juli 2013 (Urk. 2/10) wurden die Bestimmungen und Grundsätze

zu dem für die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Art.

### E. 3.1

Der vom Gericht beauftragte Dr. Z.\_\_\_\_

(Sachverhalt Ziff. 2 ) stellte in seinem Gutachten vom 27. Oktober 2014 ( Urk. 12 ) folgende Diagnosen (S. 13 ): - schmerzhafte Belastungsintoleranz der rechten Schulter bei: - Status nach Schulterdistorsion am 20. Juli 2009, arthroskopischer und anschliessend offener Rotatorenmanschetten -Rekonstruktion mit Acromioplastik und Co-Planung der lateralen Clavicula rechts am 14. September 2009 - postoperativ sehr wahrscheinlich oberflächlicher Wundinfekt - Status nach direkter Schulterkontusion rechts am 8. Mai 2010 im Rahmen einer Auseinandersetzung - offene Re-Rekonstruktion der Supraspinatussehne mit Acromioplastik und Verstärkung der Sehne mit Graft Jacket am 9. Juli 2010

Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, zum Zeitpunkt der Untersuchung habe sich eine schmerzhafte Belastungsintoleranz der zweimal operierten rechten Schulter gezeigt, die sich vor allem auf und oberhalb der Horizontalen äussere. Unterhalb der Horizontalen seien der rechte Arm und die rechte Schulter gut einsetzbar. Klinisch und bildgebend habe sich eine stabile Heilung der zweifach operierten Supraspinatussehne gezeigt, solche Restbefunde, wie vom Patienten geschildert, seien jedoch durchaus üblich und im Sinne von postoperativen Vernarbungsschmerzen zu sehen. Der Beschwerdeführer könne mit dem jetzigen Zustand gut leben, so dass sich keine Indikation für eine Re-Intervention zeige. Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, solche Befunde neigten dazu, sich längerfristig vor allem auf muskulärer Basis intermittierend zu verschlechtern. Dementsprechend sei eine längerfristige Unterstützung der muskulären Situation durch ein Krafttraining, das idealerweise gelegentlich physiotherapeutisch kontrolliert und unterstützt werde, im Sinne einer

Medizinischen Trainings-Therapie ( MTT ) zu empfehlen. Damit sollte dann auch die Situation längerfristig stabil gehalten werden können (S.

13 unten). Eine langsame Verschlechterung der sichtbaren Knorpelschäden im MRI im Sinne einer langsam progressiven Arthrose sei möglich, könne aber nicht sicher prognostiziert und auch nicht durch medizinische Massnahmen verhindert werden (S. 14 oben).

Dr. Z.\_\_\_\_ führte weiter aus, aufgrund des Trauma-Mechanismus und des klinischen Verlaufes bestünden keine Hinweise darauf, dass ein relevanter krankhafter Vorzustand vorgelegen hätte. Im MRI vom 29. Juli 2009 zeige sich eine breit abgerissene Rotatorenmanschette ohne Atrophie der Supraspinatus-Muskulatur und ohne fettige Infiltration. Eine geringfügige Verfettung des Infraspinatus könne auch bei intakter Rotatorenmanschette vorliegen im Sinne einer Traktions-Problematik auf den Nervus suprascapularis bei körperlich belastenden Überkopf-Arbeiten.

Die Supraspinatussehnenruptur sei komplett.

Es bestünden keine intakten Fasern mehr, die eine Längsintegrität zwischen Tuberculum majus und der Supraspinatusmuskulatur herstellen. In dieser Situation wäre bei einer degenerativen Ruptur die über längere Zeit bestanden hätte, von einer Supraspinatusatrophie und meist auch fettigen Infiltration auszugehen. Da diese nicht vorliege, sei von einer relevanten Schädigung der Rotatorenmanschette beim Ereignis vom 20. Juli 2009

### E. 3.3

Die Beschwerdegegnerin führte in ihrer Stellungnahme vom 7. Januar 2015 ( Urk. 17) zum Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_

aus, dieser habe offensichtlich nicht Ein sicht in die gesamte ihm übergebene Röntgendokumentation gehabt. So hätten ihm die Röntgenbilder vom 1 6. Juli 2009, welche vier Tage vor dem an ge be nen Unfallereignis erstellt worden seien , und welche Dr. B.\_\_\_\_ gesehen habe, nicht vor gelegen . Auch wenn auf ihnen noch keine wesentlichen Verän derung en zu erkennen gewesen seien, belegten sie doch, dass der Versicherte bereits vor dem 2 0. Juli 2009 Beschwerden an der rechten Schulter gehabt habe. Der bereits am 1 6. Juli 2009 erhobene Röntgenbefund erkläre auch, weshalb anläss lich der Erstkonsultation vom 2 0. Juli 2009 nicht nochmals Röntgenbilder angefertigt worden seien . Das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ beruhe daher auf einer unvoll stän digen Anamnese (S. 2 Ziff. 1).

Zudem habe Dr. Z.\_\_\_\_ bei der Wiedergabe des Arthro -MRI-Befundes vom 2 9. Juli 2009 (Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Radiologie , Uniklinik E.\_\_\_\_ , ) folgende Hinweise nicht erwähnt: „...aufgrund der unscharfen Begren zung zu mindest teilweise neu“ sowie „Degeneration des restlichen Supraspi natus “. Dr. Z.\_\_\_\_ übergehe damit wesentliche Befunde aus diesem Arthro -MRI (S.

2 Ziff. 2).

Dr. B.\_\_\_\_ habe aus dem Operationsbericht vom 1 4. September 2009 auf zum Teil degenerative Veränderungen geschlossen. Im Gutachten vom 1 6. Dezember 2011 gehe er von einer Refixation eine s Teilabrisses der Supraspina tussehne aus , was sich mit dem Befund vom Operationsbericht vom 1 4. September 2009 decke , wonach ein beträchtlicher Teil der Sehne noch am Tuberculum

Majus inse rie rend sei.

Dagegen sei Dr. Z.\_\_\_\_ von einer kompletten Supraspinatussehnen -Ruptur, das heisse ohne Verbleib intakter Fasern zwischen Tuberculum

majus und Supraspi natussehnen- Muskulatur

ausgegangen. Diese Beurteilung entspreche weder dem Befund im Operationsbericht noch dem Befund im Arthro -MRI vom 2 9. Juli 2009, wo die Läsion der Supraspinatussehne lediglich als „teilweise neu“ be zei ch net werde und von einer Degeneration des restlichen Supraspinatus ge spro chen werde . Wäre die Ruptur lau t Arthro -MRI komplett gewesen, s o wäre als Befund statt einer blossen Läsion korrekterweise eine Ruptur angegeben worden (S. 3 Ziff. 3).

Weiter führte die Beschwerdegegnerin aus, es sei unklar, was Dr. Z.\_\_\_\_ meine, wenn er einen „ relevanten krankhaften Vorzustand “ verneine. Klar sei jedoch, dass aus dem Trauma-Mechanismus oder dem klinischen Verlauf nicht auf das Fehlen eines Vorzustandes geschlossen werden könne. Indem Dr. Z.\_\_\_\_ auf den Trauma-Mechanismus verweise und vom Nichtbestehen einer degenerativen Rup tur spreche, verwechsle er offenbar die Frage, ob ein degenerativer Vorstand be standen habe mit der Frage, ob die Sehne spontan (ohne sinnfällige äussere Ein wirkung beziehungsweise anlässlich einer alltäglichen Belastung) gerissen sei. Die Frage sei jedoch, ob die Sehne aufgrund des Alters des Versicherten über wiegend wahrscheinlich derart vorgeschädigt oder geschwächt gewesen sei, dass sie auch ohne den Vorfall vom 2 0. Juli 2009 jederzeit hätte reißen

können (S. 3 Ziff. 4).

Dr. Z.\_\_\_\_ widerspreche sich. So erkläre er einerseits, der Status quo sine sei zwei Jahre nach der zweiten Operation vom 9. Juli 2010, also am 9. Juli 2012 er reicht , andererseits verneine er einen krankhaften Vorzustand, was widersprüchlich sei, wenn man von der Definition des Status quo sine als Zustand nach Wiedererlangung des schicksalsmässigen Verlaufs einer vorbestehenden krankhaften degenerativen Entwicklung ausgehe (S. 3 f. Ziff. 5).

Während Dr. B.\_\_\_\_ die verbleibende Belastungsintoleranz aufgrund der ge lung e nen Wiederinstandstellung der Supraspinatussehne dem degenerativen Vorzu stand zuschreibe, erachte Dr. Z.\_\_\_\_ sie als Folge des Ereignisses vom 20. Juli 2009 .

Dr. B.\_\_\_\_ begründe seine Auffassung mit dem Hinweis auf die Vorunfallanamnese (Röntgenuntersuchung vom 16. Juli 2009, keine weitere Röntgendiagnostik anlässlich der Erskonsultation am Unfalltag), dem

Arthro -MRI-Befund vom 29. Juli 2009 und seine Schlüsse aus dem Operationsbericht vom 14. September 2009. Für seine Auffassung spreche zudem die Lehrmeinung von F.\_\_\_\_ , wonach Degenerationen mit Rissbildungen der Rotatorenmanschette vorwiegend bei Männern von etwa 50 Jahren sehr häufig, in der Regel aber symptomlos seien, während gesunde Sehnen nie rissen. Von einem degenerativen

Vorzustand sei hier umso mehr auszugehen, als der altersbedingte Zustand offenbar nicht symptomlos gewesen sei .

Demgegenüber begründe Dr. Z.\_\_\_\_ seine Auffassung, weshalb die verbleibende Belastungsintoleranz auf das Ereignis vom 20. Juli 2009 zurückzuführen sei, nicht , beziehungsweise lediglich mit dem Fehlen eines „relevanten krankhaften“ Vorzustandes und lasse offen, was er darunter verstehe. Angesichts des erwähnten

Arthro -MRI-Befundes vom 29. Juli 2009, der Schlussfolgerungen von Dr. B.\_\_\_\_ betreffend den Operationsbericht vom 14. September 2009 und der geschilderten Lehrmeinung von F.\_\_\_\_ , wäre die Einschätzung von Dr. Z.\_\_\_\_

jedenfalls unzutreffend, wenn er damit einen altersbedingt degenerativen Vorzustand meinen würde, denn aktenkundig sei in casu die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass die Supraspinatussehne durch Rissbildungen vorgeschädigt gewesen sei. Abzustellen sei daher auf das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ (S. 4 f. Ziff. 6).

### **E. 3.4**

In seiner Stellungnahme vom 30. Januar 2015 ( Urk. 22) zu der von der Beschwerdegegnerin an seinem Gutachten geäusserten Kritik (vorstehend E.

3.3 )

führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdegegnerin habe sich auf ein Röntgenbild, welches im Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ erwähnt worden sei , bezogen . Leider gebe Dr. B.\_\_\_\_ nicht an, wo dieses Röntgenbild angefertigt worden sei, sodass auch keine weitere Nachforschung über den Verbleib dieses Röntgenbildes gemacht werden könne. Dieser Beschrieb im Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ sei der einzige Hinweis darauf, dass jemals ein solches Röntgenbild angefertigt worden sei. Es fehle ein Röntgenbefund und ein entsprechender Arztbericht, wo ein solches Röntgenbild erwähnt worden sei, und auch nach mehrmaliger

diesbezüglicher Befragung des Beschwerdeführers habe dieser explizit angegeben, dass vor dem Ereignis vom 20. Juli 2009 keine ärztlichen Konsultationen stattgefunden hätten und auch kein Röntgenbild betreffend

die rechte Schulter angefertigt worden sei. Er habe angegeben, dass er vor dem Ereignis nie Schulterschmerzen gehabt habe, die ihn bei der Belastung oder bei der Arbeit gehindert hätten. Es stehe hier also letztlich Aussage gegen Aussage.

Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, die Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin, dass sein Gutachten auf einer unvollständigen Anamnese beruhe, sei nicht korrekt. Diese habe auf sämtlichen ihm zur Verfügung stehenden Unterlagen und auf den Aussagen des Patienten beruht (S. 1 Ad 1).

Sollte nun tatsächlich eine solche Konsultation stattgefunden haben und ein Röntgenbild erstellt worden sein, was wie oben erwähnt, ausser im Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_, weder aktenkundig sei noch den Aussagen des Patienten entspreche, so sei eine degenerative Problematik der Rotatorenmanschette

nur eine von sehr vielen Möglichkeiten, die zu Schulterschmerzen bei einem Patienten in diesem Alter führen könnten (S. 2 oben).

Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, die Wiedergabe der Beschwerdegegnerin betreffend seine Beurteilung des Arthro-MRI vom 29. Juli 2009 sei zutreffend. So habe er auf eine komplette Wiedergabe des Befundes verzichtet. Allerdings übergehe die Beschwerdegegnerin auch einen wichtigen Teil des Befundes beziehungsweise der Beurteilung, welche er in seinem Gutachten ebenfalls nicht aufgeführt habe. In der Beurteilung beschreibe Prof. D.\_\_\_\_ ein leichtes Denervations-Ödem des Infraspinatus. Dieses könne zum Beispiel nach einer frischen Traumatisierung auftreten. Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, er wolle die Beurteilung des MRI noch um einige Bemerkungen ergänzen. Er verweise auf die Publikation von E. Bär et al in der Schweizerischen Ärztezeitung 200/81: Nr. 49 Seite 2785 bis 2789 mit dem Titel „Defekte der Rotatorenmanschette und unfallähnliche Körperschädigungen“. Es würden dabei Röntgen- und MRT-Befunde beschrieben, die für eine degenerative Erkrankung sprächen. Keine dieser Zeichen, die unter dem Punkt 6.3.2 und dem Punkt 6.3.3 sowie 6.4.2 erwähnt seien, lägen in den Röntgenbildern nach dem Ereignis noch im MRT vom 29. Juli 2009 vor. Hingegen lägen mehrere Merkmale vor, die in der Publikation unter Punkt 7 „Merkmale für eine unfallähnliche Körperschädigung“ aufgezeichnet seien. So sei es ein Defekt an der Rotatorenmanschette der vorne liege und das Intervall zwischen Supraspinatus und Subscapularis betreffe sowie ein transmuraler Riss, das heisse ein durchgreifender Riss der Sehne ohne Atrophie. Somit bestünden gemäss der Beurteilung von Prof. D.\_\_\_\_ vom 29. Juli 2009 und seiner Beurteilung der MRT-Bilder wesentliche und deutliche Hinweise für eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette, wohingegen der Befund „Degeneration des restlichen Supraspinatus“ eher willkürlichen Charakter aufweise, der nicht weiter belegt werden könne. Somit sei es wohl auch nicht statthaft,

nur auf diesen Passus in den Befunden abzustellen, zumal er in der Beurteilung nicht aufscheine, was auch den Schluss nahelege, dass Prof. D.\_\_\_\_ diesen Befund nicht als wichtig erachtet habe (S. 2 Ad 2).

Weiter habe die Beschwerdegegnerin den Operationsbericht zitiert, wonach ein beträchtlicher Teil der Sehne noch am Tuberculum

majus inserierend gewesen sei und schliesse daraus, dass es sich nicht um eine komplette Ruptur der Supraspinatussehne handle. Zudem habe die Beschwerdegegnerin geschrieben, dass im MRI bei einer kompletten Ruptur, dies als komplette Ruptur im MRI-Befund angegeben worden wäre und nicht bloss als Läsion. Hier liege eine Missinterpretation der Befunde vor. Im MRI vom 29. Juli 2009 habe sich eine klare durchgreifende Ruptur der gesamten Supraspinatussehne gezeigt, was so auch von Prof. D. \_\_\_ im Befund beschrieben werde. Läsion und Ruptur werde in diesen Befunden häufig gleichgestellt. Die Läsion werde mit einem Transversal-Durchmesser von 2 cm beschrieben, was der Breite des Supraspinatus entspreche und bedeute, dass die Sehne in der Kontinuität komplett durchgerissen sei. Im MRI habe sich ein relativ grosser Stumpf der Supraspinatussehne, die am Tuberculum

majus fixiert sei, gezeigt. Der Riss habe im Zentrum der Sehne stattgefunden, was im Übrigen ebenfalls ein Hinweis für eine traumatische Genese sei. DeGENERATIVE Rupturen entstünden meistens direkt am Tuberculum

majus, wo sich dann die Sehne sukzessive am Tuberculum löse und nach einer kompletten Ablösung der Sehne am Knochen kein Sehngewebe mehr vorhanden sei.

Der Befund von Dr. G. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, über die initiale Arthroskopie vom 14. September 2009 beschreibe ebenfalls eine grosse transmurale Ruptur, das heisse eine durchgreifende Ruptur (Riss) im Bereich der Supraspinatussehne. Der beträchtliche Teil der Sehne, die noch am Tuberculum

majus inserierend sei, beschreibe eben diesen Stumpf, der am Knochen befestigt sei. Diesen Stumpf sehe man arthroskopisch sehr gut. Die Ruptur befinde sich dann typischerweise medial, das heisse in Richtung der Muskulatur im Zentrum der Sehne (S. 3 Ad

3).

Dr. Z. \_\_\_ führte aus, seine Beurteilung, dass kein relevanter krankhafter Vorzustand bestanden habe, verweise auf die Tatsache, dass sich aufgrund des Verlaufes und der klinischen Akten keine Hinweise dafür finden liessen, dass schon vor dem Ereignis Schulterbeschwerden bestanden hätten, die einen Krankheitswert gehabt hätten. Der Beschwerdeführer habe stets arbeiten können und gebe an, dass er keine Schmerzen an der Schulter gehabt habe (S. 3 Ad

4).

Er gebe aber der Beschwerdegegnerin Recht, dass eine Begriffsverwechslung seinerseits stattgefunden habe. Da von ihm aus gesehen kein krankhafter Vorzustand vorgelegen habe, sei der Begriff „Status quo sine“ hier nicht anzuwenden und der „Status quo ante“ sei nicht wieder erreicht worden. Seine Zeitangabe zwei Jahre nach der zweiten Operation vom 9. Juli 2010, also der 9. Juli 2012, beziehe sich auf das Erreichen eines stabilen Zustandes, welcher jedoch, wie im übrigen Gutachten beschrieben, nicht dem „Status quo ante“ entspreche (S. 3 Ad

5).

Wie die Beschwerdegegnerin richtig erwähnt habe, erachte er die verbleibende Belastungsintoleranz als Folge des Ereignisses vom 20. Juli 2009. Die Beschwerdegegnerin habe in der Folge das Buch von Herr F. \_\_\_ zitiert, dessen erste Auflage notabene auf die achtziger

Jahre zu rückgehe. Zitiert werde , dass Riss bildungen in der Rotatorenmanschette vorwiegend bei Männern von etwa 50 Jah ren sehr häufig , i n der Regel aber symptomlos sei e n , während gesunde Sehnen nie rissen (S. 3 Ad

6).

Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, dies sei weder wissenschaftlich eine sehr genaue Aussage (sehr häufig) noch liesse es sich mit der heutigen Lehrmeinung in Übereinstim mung bringen (S. 4 oben).

Z usammenfassend bestünden für ihn aufgrund der Akten und der Schilderun gen des Patienten keine Hinweise darauf, dass eine Vorschädigung der Rotato renmanschette bestanden h abe . Aufgrund seines Gutachtens und seiner oben auf geführten Ergänzungen , sei er nach wie vor klar der Meinung, dass es sich hier um ein traumatisches Geschehen handle.

Er habe vielmehr klar dargelegt, dass sowohl das traumatische Geschehen, der Verlauf, die MRI-Befunde und die intraoperativen Befunde klar für ein traumatisches Geschehen sprächen. Einzi ger Punkt der unklar bleibe , sei das besagte Röntgenbild vom 1 6. Juli 200 9 . Hier stehe klar Aussage gegen Aussage (S. 4 unten). 4. 4.1

Das orthopädische Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom Oktober 2014 (vorstehend E. 3.1 ) entspricht in sämtlichen Punkten den praxismässen Anforderungen an den Be weiswert einer Expertise. Es beruhte auf den erforderlichen allseitigen Unter suchungen des Beschwerdeführers und ist für die Beantwortung der ge stellten Fragen umfassend. So erklärte Dr. Z.\_\_\_\_

doch ausführlich und schlüssig , ergänzt durch seine Stellungnahme vom 3 0. Januar 2015 (vorstehend E. 3.4) ,

weshalb er das Bestehen eines krankhaften degenerativen Vorzustandes ver neinte und wes halb er auf eine traumatische Genese der Schulterv erletzung schloss . Das Gut achten wurde sodann in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten

erstellt.

Dr. Z.\_\_\_\_

erklärte auch nachvollziehbar, wesha lb er die Schlussfolge rungen im orthopädischen Gutachtens von Dr. B.\_\_\_\_

nicht teile. 4.2

Soweit die Beschwerdegegnerin in ihrer Stellungnahme vom Januar 2015 ( vor stehend E. 3. 3 )

kritisierte, Dr. Z.\_\_\_\_ hätten nicht sämtliche R öntgenbilder vor gelegen und auf Röntgenbild er vom 1 6. Juli 2009 verwies , ist auszuführen, dass d ie besagte n Röntgenbild er und allfällige in diesem Zusammenhang festgestellt e Befunde b is dato nicht eingereicht wurden (vgl. Urk. 27 und Urk. 28 ) und der Beschwerdeführer seinerseits bestreitet , zu diesem Zeitpunkt überhaupt gerön t gt worden zu sein.

Dr. B.\_\_\_\_

führte in seiner Stellungnahme vom 1 5. Dezember 2014 (vorstehend E. 3.2) aus, das s die nicht mehr vorliegende n Röntgenbild er der rechten Schul ter, welche wenige Tage vor

dem Unfall erstellt worden seien, Indiz dafür seien, dass schon vor dem Unfall relevante Schulterbeschwerden bestanden haben müssen, weswegen dann auch direkt nach dem Unfall nicht geröntgt worden sei. Gleichzeitig führte er jedoch aus, dass auf den Röntgenbildern keine wesentliche Veränderung zu erkennen gewesen sei, was er auch in seiner E-Mail vom 17. März 2015 erneut bestätigte (vgl. Urk. 28).

Ein vor dem Unfallereignis vom 20. Juli 2009 bestehender relevanter degenerativer Vorzustand ist demnach nicht belegt, und würde sich im Übrigen auch nicht aus einem Röntgenbild herleiten lassen, auf dem keine wesentlichen Veränderungen zu erkennen sind.

Wie Dr. Z.\_\_\_\_ zu Recht bemerkte

(vorstehend E. 3.4), hätten auch diverse andere Gründe als ein degenerativer Vorzustand, welcher dann zum Abriss der Supraspinatussehne führte, eine Röntgenaufnahme zur Folge haben können.

Lediglich der Umstand, dass sich jemand Tage vor dem Unfall - was bestritten wird - röntgen lässt, lässt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen krankhaften Vorzustand schliessen. 4.3

Aufgrund des Gesagten ist damit den Ausführungen von Dr. Z.\_\_\_\_ folgend davon auszugehen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein relevanter krankhafter Vorzustand vorgelegen hat und die Verletzung der Schulter sowie die anhaltenden Einschränkungen auf das Unfallereignis vom 20. Juli 2009 zurückzuführen sind und der Endzustand zwei Jahre nach der zweiten Operation per 9. Juli 2012 erreicht wurde. Entsprechend ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf Taggeldleistungen bis 9. Juli 2012 hat und der Rentenanspruch seitens der Beschwerdeführerin ab 9. Juli 2012 zu prüfen ist. 5.

## 5.1

Zu prüfen bleibt weiter die dem Beschwerdeführer zustehende Integritätsentschädigung.

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erlitten hat. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3). 5.2

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S.

416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ( Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet ( Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung ( Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe ( Ziff. 2).

Die Medizinische Abteilung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraaster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a). 5. 3

Dr. Z. \_\_\_ hielt in seinem Gutachten vom Oktober 2014 (vorstehend E. 3.1) fest, dass sich eine schmerzhafte Belastungsintoleranz der rechten Schulter auf und oberhalb der Horizontalen zeige.

Demnach ist gemäss SUVA- Tabelle 1.2 b bei Funktionsstörungen der Schulter bei einer Beweglichkeit bloss bis zur Horizontalen von einem Integritätsschaden von 15 % auszugehen.

Der Integritätsschaden beim Beschwerdeführer ist demnach mit 15 % festzusetzen, auf welcher Basis die Berechnung der Entschädigung durch die Beschwerdegegnerin zu erfolgen hat. 6.

Zur Festsetzung und Berechnung des Anspruchs auf Taggeldleistungen bis 9. Juli 2012 (vgl. vorstehend E.

4.3, Art. 16 Abs. 2 UVG in Verbindung mit Art. 19 Abs. 1 UVG), der Integritätsentschädigung ausgehend von einem Integritätsschaden von 15 % (vorstehend E. 5.3), sowie zur Prüfung und Festsetzung des Rentenanspruchs ab 9. Juli 2012 ist das Verfahren an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 7. 7.1

Gemäss der verbindlichen Einschätzung des Bundesgerichts wäre bereits im 2013 entschieden worden ein Gerichtsgutachten einzuholen gewesen. Die Frage der Kostentragung richtet sich demgemäss nach BGE 139 V 469 und ist so zu entscheiden, dass die Kosten von insgesamt

Fr. 6'169.50 (vgl. Urk. 31/1-3) der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. Soweit aus dem eingereichten Kon toblatt (Urk. 31/3) ersichtlich, wurden Fr. 5'521.50 bereits von der Beschwerde gegnerin direkt bei der Gutachterstelle beglichen. Die Beschwerdegegnerin ist daher aufzufordern, den ausstehenden Restbetrag von Fr. 648.-- ebenfalls an die Gutachterstelle zu überweisen. 7.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialver sicherungsgericht ( GSVGer ) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Partei kosten . Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens be messen ( § 34 Abs. 3 GSVGer ).

Demzufolge ist die Beschwe rdegegnerin zu verpflichten, dem durch eine Rechts schutzversicherung vertretenen Beschwerdeführer eine angemessen erschei nende

Prozessentschädigung (auch für das 2013 abgeschlossene Verfahren) in der Höhe von Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu be zahlen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gut heissung der Beschwerde wird der

Einspracheentscheid vom 14. Februar 2012 aufgehoben, und die Sache wird mit der Feststel lung, dass der Beschwerdeführer An spruch auf Taggelder bis 9. Juli 2012 und auf eine Integritätsentsc hädigung für eine Einbusse von 15 % hat , an die Beschwerdegegnerin zur Festlegung der betraglichen Höhe der Taggelder, der Integritätsentschädigung und zur Prüfung und Festsetzung von Rentenleistungen zurückgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessent schädigung von Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Die Kosten der Begutachtung von insgesamt Fr. 6 ' 169.50 werden der Beschwerde geg nerin auferlegt.

Die Beschwerd egegnerin wird verpflichtet, den noch nicht beglichenen Restbetrag für die Begutachtung von Fr. 648.-- an die Gutachterstelle zu überweisen.

5 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG unter Beilage des Doppels von Urk. 27 und Urk. 28 - Rechtsanwalt Adelrich Friedli - Bundesamt für Gesundheit 6 .

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 siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchucan

## **E. 6**

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall ereignis und dem eingetretenen Schaden (BGE 129 V 179 E. 3.1 S.

181), insbe son dere auch bei krankhaften Vorzuständen (SVR 2009 UV Nr.

3 S.

9, 8C\_354/2007 E. 2.2; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b S. 328; 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b), sowie zum Beweiswert von Arztberichten und medizinischen Gut achten (BGE 135 V 456 E.

4.3 S.

468 ff.; 125 V 351 E.

3 S.

352 ff.) dargelegt, worauf verwiesen wird. 2.)

Das Bundesgericht begründete die Rückweisung der Sache an das hiesige Ge richt zur Einholung eines Gerichtsgutachtens in seinem Urteil vom 1 0. Februar 2014 im Wesentlichen damit, dass sich nach den dargelegten Erwägungen an hand des Gutachtens des Vertrauensarztes Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, nicht hinreichen d schlüssig beurteilen lasse, ob die an hal tenden Schulterbeschwerden noch in einem natürlichen Kausalzusammen hang mi t den erlittenen Unfällen stünden ( Urk. 1 E. 7). 3.

## **E. 9**

auszugehen (S. 14 Ziff. 3).

Der Status quo sine sei zwei Jahre nach der zwe iten Operation vom 9. Juli 2010 per 9. Juli 2012 als erreicht zu betrachten (S. 14 Ziff. 4).

Die Folgen der beiden Unfall-Ereignisse könnten zwischenzeitlich als geheilt be trachtet werden. Es bestünden körperliche Einschränkungen im Sinne einer Bela s tungsintoleranz auf und oberhalb der Horizontalen, das bedeute, es könn ten keine Arbeiten mit einer Belastung von mehr als 5 kg auf und oberhalb der Hori zontalen durchgeführt werden. Diese Einschränkungen seien als Folge des ini tia len Ereignisses vom 2 0. Juli 2009 zu sehen . Wie oben erwähnt, fehlten Hin weise für einen relevanten krankhaften Vorzustand (S. 15 Ziff. 5) .

Dr. B.\_\_\_\_ gehe in seinem Bericht vom 1 6. Dezember 2011

davon aus, dass durch die durchgeführten Operationen in erster Linie ein degenerativer Vorzu stand der Rotatorenmanschette habe saniert werden können, wobei durch die zweit e Operation das zugrunde liegende subacromiale

Impingement im erfor der lichen Mass beseitigt worden sei. Er schliesse dies aus der Tatsache, dass die Kontinuität der Sehnen bis zu s einer Untersuchung erhalten geblieben , und dass nach zwei Jahren keine Atrophie des Supraspinatusmuskels erkennbar sei . Zu

dem beschreibe er in seinem Bericht ein Röntgenbild wenige Tage vor dem Unfall der rechten Schulter, weswegen Beschwerden bestanden haben müssten, die zu einem Arztbesuch geführt hätten.

Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, er könne sich diesen Schlussfolgerungen von Dr. B.\_\_\_\_

nicht anschliessen. So sei als Erstes ein Röntgenbild vor dem Ereignis vom 20. Juli 2009 nicht vorliegend. Es bestehe kein entsprechender Akteneintrag und ein Arztbesuch mit einer Röntgenbedürftigkeit vor dem Ereignis werde vom Patienten auch nach mehrmaliger Befragung verneint, da er vor diesem Ereignis keinerlei Schulterbeschwerden gehabt habe (S. 15 Ziff. 6).

Als Zweites sei die Argumentation von Dr. B.\_\_\_\_ für ihn gerade ein klarer Hinweis darauf, dass es sich um eine traumatische Genese der Ruptur handle.

So zeige eine Rotatorenmanschetten-Muskulatur, die nach einem Ereignis bei kompletter Ruptur der Supraspinatussehne voll erhalten sei an, dass diese Ruptur mit grosser Wahrscheinlichkeit traumatisch frisch entstanden sei, da sonst bei komplettem Abriss der Insertionszone der Supraspinatussehne von einer Atrophie und in den meisten Fällen auch von einer fettigen Infiltration auszugehen sei.

Was im ersten MRI vom 29. Juli 2009 fehle, sei ein Ödem im Tuberculum

majus, das heisse in der Ausrisszone der Supraspinatussehne. Dies sei jedoch kein Beweis einer nicht traumatischen Genese (S. 16 oben).

Dr. Z.\_\_\_\_

fürhte aus, er könne sich der Meinung von Dr. B.\_\_\_\_

dahingehend anschliessen, dass höchstwahrscheinlich keine eindeutig nachweisbare Verschlechterung durch die Traumatisierung vom 8. Mai 2010 eingetreten sei. Das Impingement, welches Dr. B.\_\_\_\_ für die Re-Operation verantwortlich mache, sei jedoch während der ersten Operation in Form einer Acromioplastik behandelt worden. Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, seines Erachtens handle es sich um ein Nichteinheilen im Sinne einer failure to

cure. Dadurch sei es zu einer starken Schmerzauslösung durch das Ereignis vom 8. Mai 2010 gekommen, welche ohne dieses Nichteinheilen wohl relativ schnell wieder abgeheilt wäre (S. 16 unten).

Weiter führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, die akute Behandlung habe abgeschlossen werden können, und es bestehe keine Möglichkeit, durch medizinische Massnahmen den jetzigen Restbefund relevant zu verbessern. Der Gesundheitszustand sei zwei Jahre nach der zweiten Operation, das bedeute per 9. Juli 2012 als stabilisiert zu betrachten (S. 17 Ziff. 9).

Als bleibende gesundheitliche Einschränkung bestehe eine schmerzhaft Belastungsintoleranz

für Belastungen auf und oberhalb der Horizontalen. Dadurch ergebe sich die Unmöglichkeit, Belastungen über 5 kg auf und oberhalb der Horizontalen zu tragen oder in diesem Bereich belastet zu arbeiten. Schlag- oder Vibrationsbelastungen würden ebenfalls schlecht toleriert. Häufig sei auch Kälteexposition ungünstig. Zudem bestehe eine erhöhte Ermüdbarkeit der Muskulatur auch für Tätigkeiten unter der Horizontalen. Aufgrund der

genannten Einschränkungen bestehe in der körperlich sehr belastenden Tätigkeit als Monteur von Kinderspielplätzen, die vor dem ersten Ereignis vom 20. Juli 2009 ausgeübt worden sei, eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 17 Ziff.

#### **E. 10**

lit. b). 3. 2

Am 15. Dezember 2014 führte Dr. B.\_\_\_\_

(vorstehend E. 2) auf Anfrage der Beschwerdeführerin aus (Urk. 18/1), das gesamte Röntgendossier sei dem Patienten schon vor der Fertigstellung des Berichtes vom 16. Dezember 2011 zuhause dem behandelnden Arzt übergeben worden, und er habe seit diesem Zeitpunkt keine Röntgenbilder mehr. Am 16. Juli 2009 seien auswärts (C.\_\_\_\_?)

Röntgenbilder der rechten Schulter angefertigt worden. Er habe diese gesehen und vermerkt, dass darauf keine wesentlichen Veränderungen zu sehen seien, was aber zum Beispiel vorbestehende Kapselbandverletzungen nicht ausschliessen lasse (S. 1 Ziff. 1-2). Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, es sei am 20. Juli 2009 zum Arbeitsunfall gefolgt von Schmerzen an der rechten Schulter gekommen. Erstaunlicherweise seien zu jenem Zeitpunkt keine Röntgenbilder gemacht worden, was dem traumatologischen Standard beispielsweise zum Ausschluss von Frakturen entsprechen würde (S.

1 Ziff. 3). Am 14. September 2009 sei am C.\_\_\_\_ eine

arthroskopische reine Weichteil-Operation gemacht worden. Die behandelten Veränderungen seien auf gewöhnlichen Röntgenbildern nicht zu sehen. Gemäss Operationsbericht habe es sich zum Teil um degenerative Veränderungen gehandelt (S. 1 Ziff. 4). Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, in seinem Bericht vom 16. Dezember 2011 habe er zum Thema „Vorzustand“ festgehalten, dass wenige Tage vor dem angegebenen Unfalldatum die rechte Schulter des Patienten geröntgt worden sei. Demzufolge habe der Beschwerdeführer wegen Beschwerden an dieser Schulter einen Arzt aufgesucht (S. 2 Ziff. 5).

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