

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00209 vom 1. Dezember 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-12-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00209

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00209 du 1 décembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00209 del 1 dicembre 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1960, war seit dem 22. Juli 2013 bei der Y.____ AG als Elektromonteur angestellt (Urk. 11/1 Ziff. 1 und 3) und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er sich am 30. Juli 2013 bei einem Sturz von einer Leiter Verletzungen am rechten Fussgelenk sowie an der rechten Schulter zuzog (Urk. 11/1 Ziff. 6 und 9).

Mit Verfügung vom 27. März 2014 (Urk. 11/53) stellte die Suva ihre Leistungen per 31. März 2014 ein mit der Begründung, die bestehenden Beschwerden seien nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur (S. 2 oben).

Am 24. April 2014 zog die Helsana als zuständige Krankenversicherung ihre Einsprache vom 1. April 2014 (Urk. 11/57) zurück (Urk. 11/68), wohingegen die vom Versicherten am 22. April 2014 erhobene Einsprache (Urk. 11/65) von der Suva mit Einspracheentscheid vom 16. Juli 2014 abgewiesen wurde (Urk. 11/77 = Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach

dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungs – anspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder über haupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der 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 (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publizierte Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hiebei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die ent sprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Per son, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des S tatus quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der S tatus quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfa llversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts

8C_637/20 13 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 1.4

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.5

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 einleuchtend und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c).

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 16. Juli 2014 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 11. September 2014 Beschwerde und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien die gesetzlichen Leistungen über den Zeitraum vom 31. März 2014 hin aus zu erbringen; eventuell seien ein unabhängiges gerichtliches Gutachten zur Frage der Unfallkausalität einzuholen und, bis ein neuer Leistungsentscheid vorliege, die gesetzlichen Leistungen weiterhin zu erbringen (Urk. 1 S. 2).

Die Suva beantragte mit Beschwerdeantwort vom 3. November 2014 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was dem Beschwerdeführer am 9. Januar 2015 zur Kenntnis gebracht

, wobei gleichzeitig antragsgemäss die unentgeltliche Rechtsvertretung bewilligt wurde (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) gestützt auf die Beurteilung durch Dr. Z.____ davon aus, dass der Beschwerdeführer am 30. Juli 2013 keine strukturellen Verletzungen erlitten habe und spätestens sechs Monate nach dem Unfall

keine auf diesen zurückzuführende Beschwerden mehr vorgelegen hätten (S. 6 Ziff. 3).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, die medizinischen Befunde seien nicht ausreichend, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen zu können, dass sich ein Status quo sine eingestellt habe und damit die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin entfalle. Die Berichte von Dr. A.____ und Dr. B.____ liessen ernsthafte Zweifel an der Einschätzung durch den Kreisarzt sowie Dr. Z.____ aufkommen (S. 8 Ziff. 2 . 2).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist demnach die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Folgen des Unfalles vom 30. Juli 2013 auch über den 31. März 2014 hinaus, und dabei insbesondere die Frage, ob und wenn ja wann der Status quo sine vel ante (vgl. vorstehen d E. 1.3) eingetreten ist.

E. 3.1

Die Erstkonsultation nach dem Unfall am 30. Juli 2013 fand gleichentags im Ambulatorium des Spitals C.____ statt. Die verantwortlichen Ärzte diagnostizierten in ihrem Bericht vom 31. Juli 2013 (Urk. 11/8) multiple Kontusionen am Oberen Sprunggelenk (OSG) rechts, am rechten Ellenbogen sowie an der rechten Schulter. Der Patient berichtete, er sei kurz vor Mittag von einer Leiter aus zirka zwei Metern Höhe auf den Betonboden gestürzt, sei dabei auf die rechte Seite gefallen und habe sich obige Kontusionen zugezogen. Es sei weder zu einem Kopfanprall noch zu einer Bewusstlosigkeit oder Amnesie gekommen. Röntgenologisch konnten keine Hinweise auf frische ossäre Läsionen festgestellt werden (S. 1).

E. 3.2

Der Hausarzt Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte am 22. August 2013 (Urk. 11/9) unter Hinweis auf multiple Kontusionen an OSG, Schulter und Ellbogen rechts (Ziff. 1) aus, die Beschwerden seien regredient, aber noch zu ausgeprägt, als dass der Beschwerdeführer seine Arbeit als Elektromonteur wieder aufnehmen könne. Geplant gewesen sei eine Arbeitsaufnahme am 19. August 2013, allerdings habe der Beschwerdeführer am 13. August 2013 einen inferioren STEMI-Infarkt erlitten und sei seither aus internistischen Gründen arbeitsunfähig. Bei der Kontrolle am 21. August 2013 habe der Patient sehr geringfügige Restbeschwerden im Schultergürtel gezeigt und sei im Übrigen beschwerdefrei gewesen (Ziff. 2). Die Behandlung sei am 21. August 2013 abgeschlossen worden (Ziff. 3). Vom 30. Juli bis 13. August 2013 sei der Beschwerdeführer unfallbedingt zu 100% arbeitsunfähig gewesen, die Wiederaufnahme der Arbeit sei aus kardiologischen Gründen frühestens ab 23. September 2013 geplant (Ziff. 4).

E. 3.3

Vom 13. bis 20. August 2013 war der Beschwerdeführer im Spital

D.____ hospitalisiert. In ihrem Bericht vom 22. August 2013 (Urk. 11/15/12-16) nannten die Ärzte im Wesentlichen folgende Diagnosen (S. 1): - koronare Eingefässerkrankung - inferiorer STEMI am 13. August 2013 - erfolgreiche Rekanalisation der mittleren RCA (Orsiro -Stent, beschichtet) am 13. August 2013 - passagere unklare Halluzinationen am 15. August 2013 - metabolisches Syndrom

Als Nebendiagnosen nannten sie sodann folgende: - chronisches thorakospondylogenes und lumbovertebrales

Schmerzsyndrom - schwerer Knick-Senk-Spreizfuss beidseits - Polyarthrose - Hidradenitis suppurativa von Talgdrüsen ausgehend

Der Beschwerdeführer sei für vier Wochen vollständig arbeitsunfähig und werde für die ambulante kardiale Rehabilitation angemeldet. Es werde dringend ein Rauchstopp empfohlen (S. 2).

E. 3.4

Dr. med. E.____, F.____, hielt im Sonographie-Protokoll vom 3. Dezember 2013 fest, es liege eine bereits etwas ältere Partialruptur der rechten Supraspinatussehne, wahrscheinlich perforierend, verbunden mit einer leicht synovitisch aktiven Bursitis subacromialis und etwas Gelenkerguss vor. Eine kleine Verkalkung in der lateralen rechten Subscapularissehne dürfte als Zufallsbefund gewertet werden. Im Übrigen sei das Zustandsbild altersentsprechend mit leichten degenerativen Veränderungen im übrigen Gewebe beidseits sowie auch beginnender AC-Gelenkarthrose beidseits (Urk. 11/23 S. 1).

E. 3.6

Am 14. Dezember 2013 nannte Dr. A.____ folgende Diagnosen (Urk. 11/25 S. 1): - Status nach Schultertrauma rechts am 30. Juli 2013 mit - transmuraler Läsion der Supraspinatussehne - ausgeprägter inflammatorischer Reizreaktion und Bursitis subdeltoidea

anterior - Tendovaginitis der langen Bizepssehne sowie am superioren Ansatz der Subscapularissehne einschliesslich der anterioren Kapsel - Tendinopathie am superioren Ansatz der Infrapinatussehne

- aktivierte AC-Arthrose mit subakromialen

Impingement vom Muskelbauch des M. supraspinatus

supraspinatus

- koronare Einasterkrankung - schwere Anpassungsstörung mit schwerer Angstsymptomatik, phasenweise depressive Personalisationserscheinungen, Orientierungsstörungen und Realitätsverlust - differentialdiagnostisch psychotische Störung / dissoziative Störung?

Die Schulterschmerzen seien in der Situation mit kardiologischen und psychischen Beschwerden zwar präsent gewesen, aber die psychische Symptomatik sei so im Vordergrund gestanden, dass er, Dr. A.____, der Schulter möglicherweise zu wenig Beachtung geschenkt habe (S. 2). Diesbezüglich scheine es nach primär nur scheinbar unkompliziertem Verlauf sekundär zu einer Verschlechterung mit entzündlichen Begleitprozessen gekommen zu sein. Durch die dramatische Überlagerung mit der psychiatrischen Symptomatik könne er nicht genau rekonstruieren, ab wann die Schmerzen so stark gewesen seien, dass sie eine Arbeit nicht mehr zugelassen hätten. Laut seinen Akten habe er bereits am 12. September 2013 erstmals Ecofenac verschrieben. Retrospektiv hätte er wahrscheinlich bereits ab diesem Zeitpunkt erneut eine unfallbedingte 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren müssen, parallel zur krankheitsbedingt weiterhin geltenden Arbeitsunfähigkeit (S. 3).

E. 3.7

Bei unveränderten Diagnosen wies Dr. A.____ am 12. Februar 2014 darauf hin, die Schmerzen in der Schulter stünden so sehr im Vordergrund, dass trotz ungünstiger Begleitumstände (Status nach Myokardinfarkt mit Plättchenhemmung, psychische Instabilität) eine Intervention wahrscheinlich nicht zu umgehen sei (Urk. 11/34).

E. 3.8

Eine Untersuchung am 24. Februar 2014 im Institut für Medizinische Radiologie und Nuklearmedizin des Spitals D.____ ergab regelrechte Stellungenverhältnisse im rechten Schultergelenk sowie eine diskrete Verkalkung in Projektion auf die ansatznahe Supraspinatussehne. Ein Frakturachweis sei nicht erfolgt, es bestehe eine leichte bis mässige AC-Gelenksarthrose (Urk. 11/43).

E. 3.9

In ihrem Bericht vom 25. Februar 2014 (Urk. 11/44) führten die Ärzte der Chirurgischen Klinik des Spitals D.____ bei unveränderten Diagnosen (S. 1) aus, nach ausführlicher Sichtung aller radiologischen und klinischen Befunde sowie entsprechender Rücksprache mit dem Schulter spezialisten Dr. med. B.____ bestehe derzeit aus chirurgischer Sicht keine Indikation für eine operative Sanierung der vorliegenden Befunde, insbesondere mit Hinblick auf die stattgehabte Stentimplantation kardial im August 2013 (S. 2). Sie hätten dem Patienten die Durchführung einer vorwiegend analgetisch orientierten Physiotherapie empfohlen zwecks Gelenkmobilisierung mit freier erlaubter ROM und freier erlaubter Belastung (S. 3).

E. 3.10

Am 12. März 2014 nahm Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Suva-Kreisarzt, Stellung (Urk. 11/48) und nannte folgende Diagnosen (S. 3 Ziff. 5): - Tendinose der Supraspinatussehne mit begleitender Bursitis subdeltoidea bei Impingement mit Einengung des Muskelbauches des Musculus supraspinatus - Tendinopathie der langen Bicepssehne und auch der Infraspinatussehne

Der Versicherte habe im Bereich der rechten Schulter eine Kontusion erlitten, wobei man später eine Impingementkonstellation gefunden habe, welche wahrscheinlich traumatisiert worden sei. Eindeutige posttraumatische strukturelle Läsionen seien nicht gefunden worden. Die Situation sei sehr unklar. Der Versicherte stöhne immer wieder heftig auf, weine sogar, spreche über Ängste wegen des Sterbens und gehe auch immer wieder herum und bitte um Hilfe mit Medikamenten (S. 3 Ziff. 5).

Die Schulter könne kaum betastet werden, jedenfalls nicht oberhalb. Unterhalb, schon im Bereich des Gelenks selbst, gebe der Beschwerdeführer keine Druckschmerzen an, wenn man den Arm etwas berühre. Schon kleinere Bewegungen lösten heftigste Schmerzen mit heftigstem Ein- und Zusammenknicken aus. Aufgrund einer Impingementsymptomatik sei dieses Krankheitsbild nicht erklärbar. Acht oder neun Monate nach einer Prellung der Schulter ohne wesentliche Verletzungen könne eigentlich nicht mehr davon ausgegangen werden, dass der Unfall eine solche Rolle spiele. Zu erwarten wäre hier eine normale Beweglichkeit allenfalls mit eben Impingementsymptomen. Die Schulter lasse sich aber überhaupt nicht untersuchen, auch nicht anlässlich der Beurteilung im Spital D.____ am 24. Februar 2014. In einer solchen Situation sei auch eine Operation sicher nicht erfolgsversprechend (S. 4).

E. 3.11

Am 20. März 2014 verneinte Dr. I.____ das Vorliegen zusätzlicher, auf den Unfall zurückzuführender struktureller Läsionen an der rechten Schulter, welche bildgebend nachweisbar seien. Es handle sich ausschliesslich um Tendinosen. Acht Monate nach dem Unfall spielten im Beschwerdebild des Versicherten mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Unfallfolgen keine Rolle mehr (Urk. 11/51).

E. 3.12

In ihrem Bericht vom 11. April 2014 nannten die Ärzte des Spitals D.____ folgende Diagnosen (Urk. 11/71 S. 1, vgl. auch Urk. 11/70): - Rotatorenmanschettenläsion rechts mit/bei - Subscapulari III-Läsion - subluxierte lange Bicepssehne - subtotale Supraspinatusläsion - subacromiales

Impingement, AC- Arthro aktuell wahrscheinlich asymptomatisch - generalisierte Atrophie der Rotatorenmanschette

Goutallier -Stadium I - Status nach inferiorem STEMI bei koronarer Eingefässerkrankung August 2013 mit/bei - erfolgreicher Rekanalisation der mittleren RCA - Diabetes mellitus Typ 2, Dyslipidämie, arterielle Hypertonie, Nikotinaabus - ausgeprägte Anpassungsstörung - COPD - chronisches thorakospondylogenes und lumbovertebrales Schmerzsyndrom - Polyarthrose der Hände und Füsse - Hidradenitis suppurativa

Da aktuell noch eine sehr schlechte und sehr schmerzhaft funktionierende Schulterfunktion vorliegt, hätten sie sich vorläufig auf ein konservatives Vorgehen mit Physiotherapie zur Verbesserung der Schmerzsituation und zur Verbesserung der klinischen Funktion geeinigt (S. 2).

Am 6. Juni 2014 führte Dr. med. B.____, Leitender Arzt Traumatologie, bei unveränderten Diagnosen aus, erstaunlicherweise bestehe im Vergleich zum letzten Mal eine fast vollständige Beweglichkeit, jedoch mit Schmerzen. Der Patient werde zur Schulterarthroskopie rechts und Rotatorenmanschettenrekonstruktion aufgeboten, die Operation sei für den 25. Juni 2014 geplant. Es handle sich seiner Meinung nach eindeutig um einen Unfall, insbesondere bei einem Leitersturz von grösserer Höhe und vorher beschwerdefreier Schulter. Grössere Subscapularisläsionen wie vorliegend seien häufig traumatisch. Er bitte die Suva, dies noch einmal zu evaluieren (Urk. 11/73 S. 2).

E. 3.13

Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, verfasste am 3. Juli 2014 eine orthopädische Beurteilung (Urk. 11/76) und hielt dabei fest, anlässlich der Erstuntersuchung am Unfalltag habe der Beschwerdeführer zwar über eine erhebliche Druckdolenz und Bewegungsschmerzhaftigkeit geklagt, Anzeichen für eine relevante Gewalteinwirkung wie Blutergussbildung, Schürfwunden oder Schwellung des rechten Schultergelenkes seien jedoch nicht festgestellt worden. Daraus lasse sich schliessen, dass es zu keiner relevanten Gewalteinwirkung auf das Schultergelenk gekommen sei. Röntgenologisch sei eine knöcherner Verletzung sowohl des Thorax als auch des rechten Schulter-, Ellbogen-, Knie- und Sprunggelenkes rechtsseitig ausgeschlossen worden (S. 11).

Viereinhalb Monate nach dem inkriminierten Schadenereignis zeigten die bildgebenden Dokumente verschleissbedingte Veränderungen der Rotatorenmanschette, der Bizepssehne und des AC-Gelenkes bei anlagebedingter subacromialer Engpass-Konstellation ohne Hinweise auf traumatisch bedingte strukturelle Veränderungen. Infolge des Sturzes von der Leiter sei es, basierend auf den persönlichen Angaben des Versicherten hinsichtlich des Unfallherganges, zu einem Anprall des rechten Schultergelenkes gekommen. In der Fachliteratur bestehe Einigkeit, dass ein Anprall des Schultergelenkes nicht geeignet sei, eine Verletzung der Rotatorenmanschette zu bewirken. Insgesamt sei der vom Beschwerdeführer geschilderte Unfallhergang nicht geeignet gewesen, die im Kernspintomogramm festgestellten krankhaften Befunde des rechten Schultergelenkes hervorzurufen.

Veränderungen mit Rissbildung der Rotatorenmanschette seien mit zunehmendem Alter häufig Folge von Abnutzungserscheinungen und könnten ohne ursächliches Unfallereignis vorkommen (S. 12). Auch eine Einengung des Subacromialraumes könne zur Schädigung der Rotatorenmanschette führen. Die ständige mechanische Beeinträchtigung beim Gleitvorgang durch den Subacromialraum bei Abspreizung des Armes führe altersabhängig zur Störung der Gewebestruktur bis hin zu Nekrosen und Rissbildung der Sehnenmanschette. Diese Voraussetzungen seien vorliegend gegeben (S. 13). Zusammenfassend sei festzuhalten, dass es sich bei den Veränderungen im ansatznahen Bereich der Supraspinatussehne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht um eine traumatisch bedingte Rissbildung, sondern verschleissbedingte, flächenhafte Gewebeatdünnung im Sinne einer Enthesiopathie handle (S. 13).

Die vorliegenden krankhaften Befunde des rechten Schultergelenkes seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht ursächlich auf das angegebene Schadenereignis vom 30. Juli 2013 zurückzuführen, sondern seien nur noch und ausschliesslich Folge der unfallunabhängigen verschleissbedingten Erkrankungen der Rotatorenmanschette, der Bizepssehne und der AC-Gelenksarthrose beziehungsweise des anlagenbedingten, unfallunabhängigen Engpasssyndroms unter dem Schulterdach. Die nach dem Schadenereignis vom 30. Juli 2013 beklagten akuten Beschwerden und die Einschränkung der Funktionsfähigkeit des rechten Schultergelenkes seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch die erlittene Kontusion des rechten Schultergelenkes verursacht. Die schmerzhaften Folgen einer Kontusion ohne strukturelle Verletzung infolge Sturzes aus zwei Metern Höhe seien gemäss der Literaturangaben und persönlicher klinischer Erfahrung spätestens nach sechs Monaten abgeheilt (S. 13). 4. 4.1

In seiner Beschwerde stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, die Berichte von Dr. A.____ und Dr. B.____ liessen ernsthafte Zweifel an der Einschätzung durch den Kreisarzt Dr. I.____ und Dr. Z.____ aufkommen. Die medizinischen Befunde seien nicht ausreichend, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem Status quo sine und damit entfallender Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auszugehen (E. 2.2).

Unmittelbar nach dem Unfall am 30. Juli 2013 stellten die erstbehandelnden Ärzte des Spitals C.____ multiple Kontusionen am OSG rechts, am rechten Ellenbogen sowie an der rechten Schulter fest, fanden röntgenologisch jedoch keine Hinweise auf frische ossäre Läsionen (E. 3.1). Knapp ein Jahr später, am 3. Juli 2014, verneinte Dr. Z.____ aufgrund der Ergebnisse der Erstuntersuchung eine relevante Gewalteinwirkung auf das Schultergelenk, knocherner Verletzungen seien röntgenologisch ausgeschlossen worden. Im Weiteren führte Dr. Z.____ die bestehende Schädigung der Rotatorenmanschette in

nachvollziehbarer und plausibler Weise auf die beim Beschwerdeführer konkret vorliegende Einengung des Subacromialraumes zurück und begründete so seine Einschätzung, wonach die krankhaften Befunde des rechten Schultergelenkes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf den Unfall vom 30. Juli 2013 zurückzuführen sind (E. 3.13).

Damit übereinstimmend sind im Weiteren die Beurteilungen durch Dr. I.____ vom 12. sowie 20. März 2014, wonach keine eindeutig posttraumatischen strukturellen Läsionen gefunden worden seien (E. 3.10) und auf den Unfall zurückzuführenden strukturellen Läsionen an der rechten Schulter bildgebend nicht nachgewiesen werden könnten (E. 3.11). Ebenso sahen die Ärzte des Spitals D.____, darunter der Schulter spezialist Dr. B.____, im Februar 2014 keine Indikation für eine operative Sanierung der vorliegenden Befunde (E. 3.9).

4.2 Dementsprechend ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu betrachten, dass die vorliegenden krankhaften Befunde des rechten Schultergelenkes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht ursächlich auf den Unfall vom 30. Juli 2013 zurückzuführen sind, sondern nur noch und ausschliesslich Folge der unfallunabhängigen verschleissbedingten Erkrankungen der Rotator mannschette, der Bizepssehne und der AC-Gelenksarthrose beziehungsweise des anlagenbedingten, unfallunabhängigen Engpasssyndroms unter dem Schulterdach sind. Weiter ist davon auszugehen, dass die nach dem Unfall beklagten akuten Beschwerden und die Einschränkung der Funktionsfähigkeit des rechten Schultergelenkes spätestens nach sechs Monaten abgeheilt waren. 4.3

An dieser überzeugenden Beurteilung vermag entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers weder die Einschätzung durch Dr. A.____ noch diejenige durch Dr. B.____ ernsthafte Zweifel zu wecken.

Am 22. August 2013 beschrieb der Hausarzt Dr. A.____ sehr geringfügige Restbeschwerden im Schultergürtel, im Übrigen sei der Beschwerdeführer beschwerdefrei (E. 3.2).

Selbst wenn Dr. A.____

dabei den Schulterbeschwerden aufgrund der kardiologischen und psychischen Symptomatik zu wenig Beachtung geschenkt haben sollte (vgl. E. 3.6), fällt auf, dass sich Dr. A.____

bei seinen Beurteilungen insbesondere auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers stützt und diese nicht mit nachvollziehbaren und plausiblen Befunden und Untersuchungsergebnissen begründet (vgl. E. 3.7). Was sodann die Einschätzung durch Dr. B.____ betrifft, führte dieser in seinem Bericht vom 6. Juni 2014 die Beschwerden eindeutig auf den Unfall vom 30. Juli 2013 zurück. Zur Begründung machte er jedoch lediglich geltend, der Leitersturz sei von grösserer Höhe erfolgt und die Schulter vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen. Zudem seien grössere Subscapularisläsionen wie vorliegend häufig traumatisch (E. 3.12). Aus dem Umstand allein, dass Subscapularisläsionen häufig einen traumatischen Hintergrund hätten, lässt sich aber für den konkreten Einzelfall nichts beweisrechtlich Relevantes ableiten. Die Argumentation, vor dem Unfall sei die Schulter beschwerdefrei gewesen, läuft auf einen unzulässigen "post hoc, ergo propter hoc"-Schluss hinaus (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb S. 341 f.; Urteil 8C_744/2008 vom 26. November 2008

E. 4). 4.4

Soweit der Beschwerdeführer auf Fachliteratur verweist (Urk. 1 S. 6, Urk. 3/3, Urk. 3/4), ist anzumerken, dass übereinstimmende, aufgrund konkreter Befunde und Untersuchungsergebnisse fallbezogen begründete Beurteilungen stärker zu gewichten sind und im Einzelfall mehr zu überzeugen vermögen als allgemein medizinische Fachartikel. Gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist es Verwaltung und Gericht denn auch unter der Geltung des Grundsatzes der freien Beweiswürdigung verwehrt, aufgrund von allgemein zugänglichen, populär medizinischen Abhandlungen oder auch aufgrund eigener Erfahrungen von den begründeten ärztlichen Schlussfolgerungen abzuweichen (8C_837/2008 E. 8.2; 8C_682/2010, E. 3.2) . 4.

E. 5

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 1. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 1. 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Kübler-Zillig

E. 5.1

In formeller Hinsicht beantragte der Beschwerdeführer die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2), worauf mit Verfügung vom 9. Januar 2015 die unentgeltliche Rechtsvertretung bewilligt wurde (Urk. 12).

Da das Beschwerdeverfahren in unfallversicherungsrechtlichen Streitigkeiten kostenlos ist, erübrigt sich die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung.

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