

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00265 vom 26. Oktober 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-10-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00265

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00265 du 26 octobre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00265 del 26 ottobre 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1960, war seit dem 1. September 2012 beim Y.____

Gip sergeschäft als Gipser angestellt (Urk. 6/2, Urk. 6/150) und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) versichert, als er sich am 5. November 2012 bei einem Sturz von der Leiter an der linken Schulter verletzte (Urk. 6/2).

Nach getätigten Abklärungen verneinte die SUVA mit Verfügung vom 28. März 2014 (Urk. 6/124) ihre Leistungspflicht für die Rückenbeschwerden mangels Kausalzusammenhangs.

Die vom Versicherten am 9. Mai 2014 erhobene Einsprache (Urk. 6/131) wies die SUVA am

E. 1.1

Nach Art.

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst 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 Verwaltungsbeziehungsweise 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 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

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. 1.4

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt 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 publiziertes 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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, 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 status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer 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.

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

E. 1.6

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). 2.

E. 2

9. Oktober 2014 (Urk. 2) und beantragte, dieser und die dem Entscheid zugrundeliegende Verfügung vom 28. März 2014 seien aufgehoben (S. 2 Ziff. 1) und er sei einer interdisziplinären Begutachtung in den Fachbereichen Neurologie und Wirbelsäulenchirurgie zu unterziehen und über den Leistungsanspruch sei neu zu entscheiden (S. 2 Ziff. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Januar 2015 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, dass der Beschwerdeführer erst Monate nach dem Unfall vom 5. November 2012 erstmals über Rückenbeschwerden geklagt habe. Unbestritten ermassen habe sich der Beschwerdeführer beim Unfall Schulterbeschwerden links zugezogen. Es sei nun nicht verständlich, wenn er anlässlich der Schultergesprächen nicht je weils auch auf die Rückenbeschwerden hingewiesen habe. Dies lege den Schluss nahe, dass die Rückenbeschwerden – sofern sie überhaupt bestanden hätten – nicht intensiv gewesen sein konnten. Zusammenfassend sei aufgrund der Stellungnahmen von Dr. med. Z. ___ vom 10. Oktober 2013 und vom 5. März 2014 davon auszugehen, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Rückenbeschwerden nur möglicherweise und nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als kausal zum Unfall vom 5. November 2012 zu qualifizieren seien (S. 5 unten).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) auf den Standpunkt, dass die Frage des Kausalzusammenhangs zwischen den diagnostizierten Diskushernien und dem Unfallereignis nicht ohne weitere fachmedizinische Abklärung in den Gebieten Neurologie und Wirbelsäulenchirurgie beurteilt werden könne (S. 8).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist die Unfallkausalität der geltend gemachten Rückenbeziehungsweise Halswirbelsäulen (HWS)-Beschwerden und somit die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin aus dem Ereignis vom 5. November 2012 auch über den 23. März 2014 hinaus. 3.3.1

Gemäss Akten ist der Beschwerdeführer bei Gipsarbeiten an der Decke von einem Drei-Tritt gestürzt (Urk. 6/2, Urk. 6/55 S. 1).

Der Beschwerdeführer machte geltend, sich dabei die linke Schulter verletzt zu haben (Urk. 6/2 Ziff. 9).

Betreffend seinen Gesundheitszustand im Verlauf finden sich im Wesentlichen die nachfolgenden medizinischen Berichte in den Akten: 3.2

Nach seinem Sturz vom Drei-Tritt am 5. November 2012 wurde der Beschwerdeführer noch am gleichen Tag von seiner Hausärztin Dr. med. A.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, untersucht (Urk. 6/11). Sie nannte folgende Diagnosen: - undislozierte

Tuberculum

majus -Fraktur im Bereich des Ansatzes des Musculus

Supraspinatus und Läsion der langen Bizepssehne links - Thoraxkontusion links - posttraumatische Epicondylopathia

humeri

radialis links

Sie führte aus, dass eine massive Bewegungseinschränkung mit Schmerzen und diffusen Druckdolenz im Bereich der linken Schulter zervikal sowie thorakal bestünden. Der Röntgenbefund sei ohne ossäre Läsion und die Magnetresonanztomographie (MRI) der linken Schulter zeige eine komplexe Schulterinnenläsion mit

komplettem Riss der Supraspinatussehne, labralem Abriss der langen Bizepssehne sowie eine Pulley-Läsion

(Ziff. 4).

3.3

Die Ärzte der Uniklinik B.____ berichteten am 13. November 2012 (Urk. 6/4) über die Notfallkonsultation des Beschwerdeführers vom 8. November 2012 und nannten folgende Diagnose: - undislozierte

Tuberculum

majus -Fraktur im Bereich des Ansatzes des Musculus

Supraspinatus und Läsion der langen Bizepssehne links Sie führten aus, es bestehe eine lokale Druckdolenz im Bereich des Tuberculum

majus der linken Schulter und im Bereich des Musculus

supraspinatus, hingegen keine Dolenz oder Druckdolenz im Bereich des Ellbogens oder des Handgelenks. 3.4

Mittels am 20. November 2012 gemachten Röntgenaufnahmen und durchgeführten MRI (Urk. 6/5) des Thorax und der linken Schulter hätten ein trans tendinöser Riss-subtotaler Abriss der Supraspinatussehne am Tuberculum

majus

humeri und eine Retraktion der Sehne um 1-1.5 cm festgestellt werden können. Einige wenige fadenförmige bursaseitige Sehnenkompartimente im äussersten ventralen Sehnenkompartiment würden die weitere Retraktion des Muskels verhindern. Es liege keine lipomatöse Muskelbauchatrophie vor. 3.5

Die Ärzte der Uniklinik B.____, Orthopädie, berichteten am 4. Dezember 2012 (Urk. 6/16) über die ambulante Schulterprechstunde vom 26. November 2012 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - posttraumatische Frozen

Shoulder links bei - Rotatorenmanschetten -Ruptur (Supraspinatus) und ausgeprägter Bizeps tendinopathie Schulter links nach - Sturz von der Leiter am 5. November 2012

Sie führten aus, dass nochmals eine genaue Durchsicht der Arthro -MRI-Bilder von extern vom 6. November 2012 erfolgt sei, wobei doch erhebliche degenerative Vorveränderungen bestünden, ebenso wie eine Rotatorenmanschetten -Ruptur des Supraspinatus . Es zeige sich eine eutrophe Muskulatur ohne fettige Infiltration, ebenso zeige sich die Sehne kaum retrahiert , was für eine frische Ruptur spreche. Es bestehe jedoch eine deutliche subacromiale Enge mit grossem Acromionsporn . Des Weiteren zeige sich auch eine ausgeprägte Tendinopathie der Bizepssehne , welche auch klinisch symptomatisch imponiere. Zusätzlich zeige sich heute eine adhäsive Kapsulitis posttraumatisch. Konventionell radiologisch zeige sich keine Fraktur des Tuberculum majus , im MRI lediglich eine Traumatisierung (S. 2).

Am 16. Januar 2013 berichteten die Ärzte der Uniklinik B.____ über die Verlaufskontrolle (Urk. 6/24) und führten aus, dass sich die Beweglichkeit, insbesondere die passive Beweglichkeit , gebessert habe. Der Beschwerdeführer klagte weiterhin vor allem über Schwäche. Nachts würde eine Schmerzsymptomatik im Vordergrund stehen. Aktuell seien die Eigenschaften der Rotatorenmanschettenruptur (Supraspinatus) sehr günstig für eine operative Rekonstruktion.

Am 25. Februar 2013 berichteten die Ärzte der Uniklinik B.____ über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 21. bis 24. Februar 2013 bei geplanter Schulteroperation links am 21. Februar 2013 (Urk. 6/34). Sie führten aus, es bestehe ein regelrechter Verlauf nach der Schulterarthroskopie , dem intraartikulären Débridement , der antero-inferioren Capsulotomie , dem subacromialen

Débridement , der Acromioplastik , der Rotatorenmanschettenrekonstruktion und der AC-Resektion der linken Schulter . Bei Austritt hätten reizlose Wundverhältnisse bestanden und die Durchblutung, Motorik und Sensibilität seien intakt gewesen.

Am 30. Mai 2013 berichteten die Ärzte der Uniklinik B.____ über die klinische Verlaufskontrolle drei Monate postoperativ (Urk. 6/50) und führten aus, dass der Beschwerdeführer intensiv Physiotherapie mache und der Bewegungsumfang etwas besser geworden sei. Es zeige sich noch deutlich ein protrahierter Verlauf und es sei von einer Kapsulitis auszugehen, weshalb eine glenohumerale und acromioclaviculäre Infiltration durchzuführen sei (S. 2) . 3.6

Mittels einer am 18. Juni 2013 durchgeführten

Magnetresonanztomographie (MRI; Urk. 6/59 = Urk. 6/72) hätten beim Beschwerdeführer eine breitbasige , rechts neuroforaminal und medial betonte Diskushernie C4/5 mit mindestens mittelgradiger Spinalkanalstenose und Kompression der Nervenwurzel C5 neuroforaminal , eine mögliche kleine fokale zentral linksseitige Myelopathie auf Höhe HWK 5 , eine mediane bis linksparamediane Diskushernie C5/6 mit mittelgradiger Spinalkanalstenose und geringer osteodiskoligamentärer Einengung des Neuroforamens beidseits ohne Neurokompression, eine Uncovertebralarthrose C3/4 bis C5/6 sowie geringe Bandscheibenassoziierte Endplattenveränderungen vom ödematösen Typ C4/5 und C5/6 festgestellt werden können.

3.7

Die Ärzte der Uniklinik B.____ berichteten am 2. Juli 2013 (Urk. 6/77) über die Wirbelsäulensprechstunde vom 18. Juni 2013 und nannten folgende Diagnose (S. 1): - Diskushernie C4/5 und C5/6 mit Myelonverlagerung

Als Nebendiagnosen nannten sie die Folgenden: - anteriore adhäsive Kapsulitis links mit/bei: - Status nach Schulterarthroskopie , intraartikulärem Débridement , antero-inferiorer Capsulotomie , subacromialem

Débridement , Acromioplastik , Rotatorenmanschettenrekonstruktion , AC-Resektion Schulter links am 21. Februar 2013 bei - Rotatorenmanschetten -Ruptur, AC- Arthropathie Schulter links nach - Sturz von der Leiter am 5. November 2012

Sie führten aus, dass bei den im MRI ersichtlichen, grossen Diskushernien C4/5 und C5/6 eine neurophysiologische Untersuchung zum Ausschluss einer Myelopathie und zur Klärung der linksseitigen Handschwäche zu veranlassen sei (S.

2). 3.8

Die Ärzte der Uniklinik B.____ , Zentrum für Paraplegie, berichteten am 22. Juli 2013 (Urk. 6/83) über die neurologische und neurophysiologische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 12. Juli 2013. Sie nannten folgende neurologischen Diagnosen (S. 1): - keine sicheren Anhaltspunkte für eine relevante zervikale Impulsleitungsstörung oder Radikulopathie bei Diskushernie C4/5 und C5/6 mit Myelonverlagerung

Sie führten aus , der Beschwerdeführer klagt über persistierende Zervikobrachialgie ausstrahlend in den linken Arm. Hierdurch werde eine Minderbeweglichkeit des gesamten linken Armes berichtet . Es bestünde eine Minderinnervation des gesamten linken Armes sowie eine deutliche Einschränkung der Armabduktion und Aussenrotation links, sowohl passiv wie auch aktiv (S. 1). Weiter bestehe eine diffuse Sensibilitätsstörung des gesamten linken Armes unter Einschluss aller Finger. Die Koordination sei unauffällig (S.

2 oben). Zusammenfassend zeige die klinische Untersuchung ein diffuses Ausfallsyndrom mit einer Hypästhesie des gesamten linken Armes, welches keinem Dermatome sicher zuordbar sei. Zudem würden alle Funktionen minderinnerviert. Die Schulterfunktion sei sicherlich durch die Kapsulitis passiv wie aktiv etwas eingeschränkt. Auch hier gehe der Beschwerdeführer aber nicht an seine Grenzen. Die neurophysiologische Untersuchung könne kein Kompressionssyndrom eines Armnerven , keine Radikulopathie oder spinale Leitungsstörung als Korrelat einer Myelopathie objektivieren. MR-tomographisch sei der Befund noch nicht operationswürdig (S. 2 unten). 3.9

Die Ärzte der Uniklinik B.____ , Orthopädie, berichteten am 20. September 2013 (Urk. 6/87) über die ambulante Schultersprechstunde sechs Monate postoperativ vom 4. September 2013 und führten aus, dass aufgrund der starken Schmerzhaftigkeit der Schulter weitere Tests nicht konklusiv erhebbare seien. Die Sensibilität des linken Arms sei heute im Vergleich zur Gegenseite nicht eingeschränkt (S. 2). 3.10

Dr. med. Z.____ , Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, SUVA- Kreisarzt, nahm am 10. Oktober 2013 Stellung (Urk. 6/90) und führte aus, dass die dargestellten Schäden der Schulter und auch der zugehörige postoperative Verlauf unfallkausal zum Ereignis vom 5. November 2012 seien . Der Aspekt der Kernspintomographie der HWS vom 18. Juni 2013 lege den Verdacht älterer Bandscheibenvorfälle nahe, so dass die Unfallkausalität der sekundären spinalen Stenose bezweifelt werden müsse. Hier liege nur eine mögliche, aber keine überwiegend

wahrscheinliche Unfallkausalität vor. Deshalb sei hier nochmals der Radiologe entsprechend zu befragen. 3.11

Die Ärzte der Uniklinik B.____, Radiologie, berichteten am 5. November 2013 (Urk. 6/94) und führten aus, dass bei zunehmend auf das MRI vom 18. Juni 2013 zwar degenerative Veränderungen der HWS vorlägen, ohne dass jedoch die Kausalität dieser Veränderung beurteilt werden könne. Letztlich könne die Frage der Unfallkausalität der Bandscheibenvorfälle mit der MRI-Untersuchung vom 18. Juni 2013 oder auch mit einer zusätzlichen MRI-Untersuchung nicht beantwortet werden. 3.12

SUVA-Kreisarzt Dr. Z.____ nahm am 5. März 2014 erneut Stellung (Urk. 6/112) und führte aus, dass bei fehlenden sofortigen richtunggebenden Beschwerden in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Unfallereignis und der fehlenden Möglichkeit, kernspintomographisch eine ungefähre zeitliche Einengung des Auftretens der nachgewiesenen Diskushernien anzugeben, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der nachgefragte Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 5. November 2012 und den nachgewiesenen Diskushernien hergestellt werden könne. Selbst der Begriff des möglichen Kausalzusammenhangs sei hier nicht anzuwenden, da die gleichzeitig mit dargestellten degenerativen Veränderungen der HWS eine schon lange bestehende Diskopathie nahelegen würden und zudem eine sekundäre spinale Stenose mit degenerativen Veränderungen über lange Zeiträume entstehe, sofern kein Bandscheibenmassenvorfall vorliege. 3.13

Am 27. März 2014 beurteilte SUVA-Kreisarzt Dr. Z.____

den Integritätsschaden des Beschwerdeführers und führte aus, dass eine 20%ige Integritätsentschädigung gerechtfertigt sei (Urk. 6/122) . 3.14

SUVA-Kreisarzt Dr. Z.____ berichtete am 27. März 2014 sodann über die kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 6/123) und führte aus, dass die klinisch neurologische Untersuchung der oberen Extremitäten keine Auffälligkeiten ergebe. Inkonsistenzen liessen sich bei der wiederholten Bewegungsprüfung des linken Schultergelenkes dadurch vermuten, dass jeweils beim zweiten Bewegungsversuch eines Freiheitsgrades das Ausmass der Beweglichkeit durch muskuläre Selbstlimitierung geringer sei als das Bewegungsausmass bei erster Prüfung. Ferner sei auffällig, dass bei der klinisch-neurologischen Untersuchung die Widerstandstests links verzögert und mit deutlich weniger Kraft als rechts ausgeführt würden, beim Wiederholungsversuch dann aber doch mehr Kraft entwickelt werde. Die Fingerspreizung werde links ganz vermieden, obwohl hier kein Bezug zur Schulterverletzung vorliege und die übrigen neurologischen Befunde normal seien (S. 4 Mitte). Die Ergebnisse des klinischen Untersuchungsganges seien beeinträchtigt durch verschiedentliche Selbstlimitierungen, die bei der Wiederholung einzelner Abschnitte des gesamten Untersuchungsganges erkennbar würden. Der medizinische Endzustand sei erreicht. Der Beschwerdeführer sei aus kreisärztlicher Sicht nicht mehr in der Lage, die Arbeiten in seiner angestammten Tätigkeit als Gipser auszuführen. Der Beschwerdeführer sei jedoch vollschichtig arbeitsfähig für leichte bis mittelschwere Arbeiten. Lasten bis 15 kg dürften gelegentlich bis Brusthöhe angehoben werden. Arbeiten, die eine Abspreizung des linken Oberarmes im Schultergelenk über 70° Abduktion erfordern würden, seien zu meiden. Ebenso seien Arbeiten mit Rotationsbewegungen im Schultergelenk aus 70° Abspreizhaltung nicht zumutbar. Der Umgang mit Maschinen, die Stösse und Schläge in den Arm vermitteln würden, sei

auszuschliessen. Alle anderen auf die Unfallfolge angepassten Tätigkeiten könnten ganztags ausgeführt werden (S.

5). 3.15

Die Ärzte der Uniklinik B.____, Orthopädie, berichteten am 27. Juni 2014 (Urk. 6/146) über die Verlaufskontrolle nach intraartikulärer Steroidinfiltration und führten aus, dass die bestehende retraktile

Kapsulitis im Verlauf keine Besserung zeige. Verglichen mit den Untersuchungsbefunden der letzten Verlaufskontrolle im März 2014 sei die Beweglichkeit tendenziell schlechter. Da die letzte Bildgebung von Seiten der Rotatorenmanschette 2012 erfolgt sei, bestehe die Indikation zur Durchführung eines neuen MR-Arthrogramms, um eine zugrunde liegende pathomorphologische Veränderung der Schulter ausschliessen zu können.

Am 14. Juli 2014 berichteten die Ärzte der Uniklinik B.____

(Urk. 6/148) über das Arthro-MRI der linken Schulter, welches am 14. Juli 2014 durchgeführt wurde (Urk. 6/153). Es zeige sich keine Änderung zum Vorbefund vom letzten Sprechstundenbericht. Im MRI zeigten sich keine Hinweise für eine Ruptur der Rotatorenmanschette.

Am 11. September 2014 berichteten die Ärzte der Uniklinik B.____ (Urk. 6/170) und führten aus, von Seiten der Schulter bestehe eine leichte Besserung der Symptomatik mit etwas mehr Beweglichkeit und geringeren Schmerzen aufgrund der neuen Medikation. Es bestünden jedoch anhaltende Schmerzen im Nackenbereich. Der Beschwerdeführer habe sich entschieden, sich an der HWS operieren zu lassen.

Am 20. Oktober 2014 berichteten die Ärzte der Uniklinik B.____

(Urk. 6/173) und führten aus, dass die neurologische und neurophysiologische Untersuchung keine Hinweise für eine spinale Leitungsstörung zeige. Elektromyographisch zeige sich eine sehr diskrete chronifizierende Veränderung der C6-Muskulatur links. Bezüglich des Vorbefundes bestehe ein stationärer Verlauf. 4.4.1

Unmittelbar nach seinem Unfall am 5. November 2012 standen beim Beschwerdeführer eine

undislozierte

Tuberculum

majus -Fraktur im Bereich des Ansatzes des Musculus

Supraspinatus sowie eine Läsion der langen Bizepssehne links im Vordergrund (vgl. vorstehend E. 3.1 – E. 3.3). Die erstbehandelnde Hausärztin Dr. A.____ hielt fest, es bestehe eine massive Bewegungseinschränkung mit Schmerzen und Druckdolenzen im Bereich der linken Schulter zervikal sowie thorakal, wobei der Röntgenbefund ohne ossäre Läsion sei. Mittels eines in der Folge angefertigten MRI der linken Schulter konnte jedoch eine komplexe Schulterinnenläsion mit komplettem Riss der Supraspinatussehne und labralem Abriss der langen Bizepssehne sowie eine Pullex-Läsion festgestellt werden (vgl. vorstehend E. 3.2, E. 3.4).

Aus den vorliegenden ärztlichen Berichten geht klar hervor, dass der Beschwerdeführer erstmals im Juni 2013 Beschwerden an der HWS beklagte (vgl. vorstehend E. 3.6-3.8). A

nlässlich der am 18. Juni 2013 durchgeführten MRI-Untersuchung konnten sodann eine breitbasige, rechts neuroforaminal und medial betonte Diskushernie C4/5, eine mediane bis linksparamediane Diskushernie C5/6, eine Uncovertebralarthrose C3/4 bis C5/6 sowie geringe Bandscheibenassoziierte Endplattenveränderungen C4/5 und C5/6 festgestellt werden (vgl. vorstehend E. 3.6). Die Ärzte der Uniklinik B.____ bestätigten diese Befunde und nannten als Diagnose eine Diskushernie C4/5 und C5/6 mit Myelonverlagerung (vgl. vorstehend E. 3.7).

Gemäss dem Bericht von SUVA-Kreisarzt Dr. Z.____

legt der Aspekt des MRI vom 18. Juni 2013 den Verdacht älterer Bandscheibenvorfälle nahe (E.

3.10). Bei fehlenden richtunggebenden Beschwerden in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Unfallereignis könne der nachgefragte Kausalzusammenhang nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hergestellt werden. Die im MRI gleichzeitig mit dargestellten Veränderungen der HWS würden eine schon lange bestehende Diskopathie nahelegen. Ausserdem entstehe eine sekundäre spinale Stenose mit degenerativen Veränderungen über lange Zeiträume (E. 3.12).

Die Ärzte der Uniklinik B.____, Radiologie, führten hingegen aus, dass bezugnehmend auf das MRI vom 18. Juni 2013 zwar degenerative Veränderungen der HWS vorlägen, die Unfallkausalität dieser Veränderung jedoch nicht beurteilt werden könne (E. 3.11). 4.2

Bei einer Diskushernie (Bandscheibenvorfall, Bandscheibenprolaps) handelt es sich um eine Verlagerung oder um einen Austritt von Gewebe des Nucleus pulposus der Bandscheibe durch Risse im Anulus

fibrosus (Psychrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, S. 174).

Zur Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 5. November 2012 und der Diskushernie ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann ein Bandscheibenvorfall betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1 E. 2.3 [8C_677/2007]; Urteil des Bundesgerichts 8C_209/2014 vom 3. September 2014, E. 5.2).

Wird die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall lediglich aktiviert, nicht aber (weitgehend) verursacht, hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss. Eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der

Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1 E. 2.3.1 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2013 vom 4. Juni 2014 E. 2.3). 4.3

In Übereinstimmung mit der Einschätzung der Beschwerdegegnerin ist gestützt auf die Beurteilung von SUVA-Kreisarzt Dr. Z.____

davon auszugehen, dass die geltend gemachte Diskushernie C4/5 und C5/6 mit Myelonverlagerung nicht unfallkausal ist. So sind nebst den erwähnten überzeugenden medizinischen Einschätzungen von Dr. Z.____ die von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung für die Berücksichtigung einer Diskushernie geforderten Voraussetzungen nicht erfüllt. Den Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach das Unfallereignis geeignet gewesen sei, eine Diskushernie hervorzurufen (Urk. 1 S. 6 unten), ist entgegen zu halten, dass er nach dem Sturz vom Drei-Tritt unbestrittenermassen in der Lage war, seine Hausärztin selbständig aufzusuchen, was gegen eine ausgesprochene Schwere des Unfalles spricht. Ferner wurde er nach erfolgter Erstuntersuchung bei seiner Hausärztin auch nicht sofort, sondern erst einen Tag später in die Uniklinik B.____ zu weiteren MRI-Untersuchungen überwiesen (vgl. Urk. 6/55). Anlässlich der Erstuntersuchung gab der Beschwerdeführer sodann keine Beschwerden im Nackenbereich an, es wurden von ihm lediglich die Beschwerden in der linken Schulter erwähnt und weiter abgeklärt. Aus diesem Grund und bei Beachtung der Rechtsprechung, wonach als Beispiele für Unfallereignisse von besonderer Schwere etwa der freie Sturz aus erheblicher Höhe, ein Sprung aus 10 m Höhe, ein Sturz beim Tragen von Lasten oder ein Zusammenstoss bei grosser Geschwindigkeit genannt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_811/2012 vom 3. März 2013), kann die Präsenz eines adäquaten Traumas in Zweifel gezogen werden. Von einer solchen massivsten Gewalteinwirkung auf den Körper kann im vorliegenden Fall nicht gesprochen werden.

Die Hauptdiagnosen lauteten wie bereits erwähnt auf eine undislozierte

Tuberculum

majoris -Fraktur im Bereich des Ansatzes des Musculus

Supraspinatus sowie eine Läsion der langen Bizepssehne links. Zwar wurde vom Beschwerdeführer bei der Schilderung des Unfallhergangs erwähnt, nach dem Sturz auf den Rücken und die linke Schulter gefallen zu sein und sich dabei den Kopf angesessen zu haben (vgl. Urk. 6/55). Weder die Hausärztin Dr. A.____ noch die Ärzte der Uniklinik B.____ erwähnten jedoch in den zahlreichen Berichten

vom Beschwerdeführer geklagte Nackenbeschwerden. Es ist deshalb davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in den Schultersprechstunden nie Rücken- oder Nackenbeschwerden erwähnte. Auch liegen in den Berichten keine Hinweise auf eine Diskushernien-Symptomatik - ein unverzügliches vertebrales oder radikuläres Syndrom - vor. Vielmehr wurden erstmals im Bericht der Ärzte der Uniklinik

B.____ vom 2. Juli 2013

ausdrücklich Nackenbeschwerden ausstrahlend Richtung Fossa

supraspinata bis zum Akromion links erwähnt und sodann mitteilt am 18. Juni 2013 durchgeführte MRI der HWS eine Diskushernie C4/5 und C5/6 mit Myelonverlagerung

festgestellt (E. 3. 6 und E. 3.7). Hinzuweisen ist schliesslich auf den Umstand, dass auf den Bildern der MRI-Untersuchung neben der Diskushernie C4/5 und C5/6 auf gleicher Höhe bandscheibenassoziierte Endplattenveränderungen vom ödematösen Typ festgestellt werden konnten. Diese Knochendeformitäten würden den Verdacht älterer Bandscheibenvorfälle nahelegen, so dass der Bandscheibenraum bereits vor dem Unfall pathologisch gewesen sei (vgl. vorstehend E. 3. 10, E. 3.12). Somit existierte im Bereich der Halswirbelsäule ein Vorzustand mit einer Bandscheibenanomalie, der insgesamt auf eine degenerative Problematik hinweist und das Beschwerdebild mitbestimmt. 4.4

Insgesamt ist nach dem Gesagten höchstens möglich, kann aber nicht als erwiesen gelten, dass sich der Beschwerdeführer beim Ereignis vom 5. November 2012 eine Diskushernie zugezogen hat. Es gibt

denn auch keine Hinweise für eine strukturelle Verschlimmerung der Diskushernie durch den Unfall und ebenso wenig Hinweise, dass diese Diskushernie aufgrund des Unfalls symptomatisch geworden ist. Einerseits war der Unfall nicht dermassen schwer, dass – im Lichte der Rechtsprechung – von einer derartigen Einwirkung auf die Halswirbelsäule ausgegangen werden kann, welche eine Diskushernie hervorzurufen geeignet wäre. Dies umso mehr, als sich an der Halswirbelsäule keine sonstigen (äusserlichen) Verletzungen fanden, welche eine entsprechende Einwirkung naheliegend erscheinen liessen.

Sodann ist nicht ausgewiesen, dass die Symptome der Diskushernie unverzüglich nach dem Unfall aufgetreten sind und eine sofortige Arbeitsunfähigkeit hervorgerufen haben. Im Gegenteil sind den echtzeitlichen Arztberichten keine solchen Umstände zu entnehmen.

Schliesslich bleibt festzuhalten, dass die Figur „post hoc ergo propter hoc“, bei der eine Schädigung bereits deshalb als durch einen Unfall verursacht erachtet wird, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Auflage Bern 1989, S. 460, Anm. 1205), für die Annahme eines Kausalzusammenhangs rechtsprechungsgemäss nicht genügt (BGE 119 V 341 f. E. 2b/ bb). Diese diesbezüglichen Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen die Kausalität demgemäss nicht zu begründen. 5.

Die Diskushernie C3/4 und C5/6 beziehungsweise die geltend gemachten Rücken- und HWS-Beschwerden stehen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gestützt auf die eindeutige medizinische Lage weder unmittelbar noch aufgrund einer Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens in einem Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 5. November 2012.

Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, da die organischen Befunde feststehen und die Rechtsprechung die Frage der Verursachung einer Diskushernie durch einen Unfall - bei Verhältnissen wie den vorliegenden - beantwortet hat. Angesichts dieser klaren und in medizinischer Hinsicht widerspruchsfreien Aktenlage sind keine weiteren medizinischen Abklärungen und somit auch kein Gutachten anzuordnen (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 122 V 157 E. 1d).

Damit hat die Beschwerdegegnerin ihre diesbezügliche Leistungspflicht zu Recht verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Yves Blöchlinger - Rechtsanwalt Beat Frischkopf - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Schüpbach

E. 5

) beantragte die SUVA die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 13. April 2015 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 8

). Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 10

UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/20

E. 13

vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

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