

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00241 vom 16. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00241

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00241 du 16 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00241 del 16 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1

2. Juni 2014 eine Verletzung an der linken Schulter zuzog (Urk. 8/1 Ziff. 1-6).

Mit Verfügung vom 7. Oktober

2014 widerrief die Suva die von ihr früher ab ge ge bene Übernahmezusicherung und verneinte ihre Leistungspflicht (Urk. 8/23). Dagegen erhob der Versicherte am 17. November 2014 Einsprache (Urk. 8/24), mit ergänzender Begründung am 4. Mai 2015 (Urk. 8/34). Die Suva hies s die Einsprache mit Entscheid vom 20. Oktober 2015 (Urk. 8/43 = Urk. 2) insofern teilweise gut, als sie dem Versicherten Versicherungsleistungen bis zum 19. Juni 2014 zusprach

(S. 7 Ziff. 1) .

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 ist das revidierte Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) in Kraft getreten. Da in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 130 V 445 E. 1.2.1 S. 447), werden die nachfolgenden unfallversicherungsgesetzlichen Bestimmung in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung zitiert.

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). 1. 3

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 Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 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 blosse Möglichkeit nunmehr gänzlicher 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 leistungs begründender 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. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 1. 5

Nach Art.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 20. Oktober

2015 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 23. November

2015 Beschwerde und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien ihm über den 19. Juni

2014 hinaus die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen; eventuell sei die Sache zu medizinischer Abklärung zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 oben Ziff. 1).

Die Suva beantragte mit Beschwerdeantwort vom 23. Dezember 2015 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, der Beschwerdeführer habe sich am 12. Juni 2014 eine Schulterkontusion zugezogen und

spätestens eine Woche danach sei ein status quo sine erreicht gewesen (S. 5 f. Ziff. 3). Medizinische Nachweise für eine berufliche Verursachung im Sinne einer Berufskrankheit gebe es keine (S. 5 Ziff. 2d).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, auf die kreisärztlichen Beurteilungen könne aus näher dargelegten Gründen nicht abgestellt werden (S. 3 ff. Ziff. 2). Es sei in medizinischer Hinsicht nicht geklärt worden, ob unfallkausale oder degenerative Schädigungen an der linken Schulter vorlägen; dies sei nachzuholen (S. 5 f. Ziff. 3).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist hauptsächlich, ob über den 19. Juni 2014 hinaus Gesundheitsbeeinträchtigungen in rechtsgenügendem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 12. Juni 2014 bestanden. 3. 3.1

Gemäss Unfallmeldung vom 9. Juli 2014 (Urk. 8/1) zog sich der Beschwerdeführer am 12. Juni

2014 beim Abhängen und Stapeln von Geländern eine Zerrung an der linken Schulter zu. Der erste Arztbesuch erfolgte am 18. Juni 2014, worauf er versuchsweise vom 19. bis 25. Juni 2014 weiterarbeitete und sodann wegen stark zugenommenen Schmerzen wieder den Arzt aufsuchte; am 3. Juli 2014 wurde ein MRI erstellt (Ziff. 6).

Am 16. Juli 2014 präzisierte der Beschwerdeführer, beim Abhängen und Stapeln von Geländern sei ein Geländer abgerutscht und habe ihn an der Schulter getroffen. Als Unfalldatum gab er an „ca. 12.6.14“ (Urk. 8/9 Ziff. 1). Dies erklärte er auf Nachfrage damit, dass er nicht mehr genau wisse, an welchem Tag es passiert sei; unmittelbar nach dem geschilderten Ereignis habe er keinerlei Beschwerden verspürt, erst ein paar Tage später hätten die Schmerzen begonnen (Urk. 8/14) 3.2

Am 3. Juli 2014 wurde ein MRI erstellt, dies mit folgender Indikation: „Klagt seit zirka vier Wochen über Schmerzen in der linken Schulter/Oberarm; Analgesie und Physiotherapie bisher ohne Wirkung; Rotatorenmanschettenläsion?“

Die Beurteilung lautete wie folgt: Beginnende degenerative Veränderungen humero-glenoidal, primär den Gelenkknorpel betreffend. Diskrete Ansatzentendinopathie der Supraspinatussehne ganz dorsal sowie der kranialsten Portion der Subskapularsehne ansatznah. Leichtgradige Kapselsynovialitis im AC-Gelenk, DD posttraumatisch bedingt. 3.3

Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte mit Bericht vom 21. Juli 2014 (Urk. 8/12 = Urk. 8/15) aus, die Erstbehandlung habe am 18. Juni 2014 stattgefunden (Ziff. 1). Er verwies unter anderem auf den MRI-Befund vom 3. Juli 2014 (Ziff. 4) und nannte als Diagnose eine Kapselsynovialitis im AC-Gelenk, differentialdiagnostisch (DD) posttraumatisch bedingt (Ziff. 5). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ab 26. Juni 2014 (Ziff. 8). 3.4

Am 13. August 2014 beantwortete Kreisarzt Prof. Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die ihm unterbreiteten Fragen (Urk. 8/17 S. 2). Er führte aus, es sei aus medizinischer Sicht

unmöglich, dass durch den Schlag vom 12. Juni 2014 die diagnostizierten strukturellen Veränderungen an Oberarm/Schulter entstanden seien, da im MRI traumatisch bedingte Läsionen nicht hätten belegt werden können (Ziff. 1). Beim dokumentierten Unfallhergang im Sinne einer Kontusion sei ein mehrtägiger beschwerdefreier Zustand zwar möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich (Ziff. 2). 3.5

Am 23. Oktober

2014 berichtete Dr. med. B.____, Oberarzt Orthopädie, Universitätsklinik C.____, über die am 20. Oktober

2014 erfolgte Untersuchung (Urk. 8/39). Dabei nannte er folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):
- beginnende Omarthrose links - AC- Gelenksarthropathie links

Als Befund führte er unter anderem eine freie Schultergelenksbeweglichkeit und gute Kraft der Rotatorenmanschette sowie eine Druckdolenz über dem AC-Gelenk an. Im MRI vom 3. Juli 2014 zeige sich eine regelrechte Rotatorenmanschette, eine gute Trochik der Muskulatur und eine beginnende Omarthrose zentral, glenoidal (S. 1). Eine beginnende Omarthrose bei sehr jungem Alter bezeichnete er als überraschend (S. 1 unten). 3.6

Am 18. Dezember

2014 berichteten die Ärzte der Schultersprechstunde der Universitätsklinik C.____ über ihre am Vortag erfolgte Untersuchung (Urk. 8/40). Sie nannten folgende Diagnose (S. 1 Mitte):
- subacromiales

Impingement mit subacromialer Begleitbursitis Schulter links (dominant)

Sie führten unter anderem aus, nach Befundbesprechung mit dem Radiologen gebe es im MRI vom 3. Juli 2014 keine Anzeichen für eine Omarthrose, es sei ein Enhancement der subacromialen Bursa erkennbar, vereinbar mit einer Bursitis (S. 1 unten). Nach einer erneuten Infiltration sei der Patient komplett beschwerdefrei gewesen. Er sollte vorübergehend Überkopfarbeiten unterlassen, damit sich die Bursitis beruhigen könne (S. 2 oben). 3.7

Am 22. Januar

2015 erstattete Prof. A.____ eine ärztliche Beurteilung (Urk. 8/28) und führte aus, das MRI vom 3. Juli

2014 spreche ohne vernünftige Zweifel gegen eine traumatische Verursachung der beklagten Schulter schmerzen links. Es könne von einer Kontusion des linken Schultergelenkes ohne strukturell traumatische Läsion ausgegangen werden. Nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung sei der Status quo sine eine Woche nach dem Unfallereignis erreicht (S. 1). 3.8

Am 24. September

2015 führte Prof. A.____ unter anderem aus, gemäss den Berichten der Ärzte der Universitätsklinik C.____, wonach ein subacromiales

Impingement mit subacromialer Begleitbursitis vorliege, bestehe kein kausaler Zusammenhang zwischen den aktuell geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 12. Juni

2014. Für eine allfällige berufliche Verursachung lägen keine medizinischen Nachweise vor; bezüglich der genannten Berufsgruppe lägen keine wissenschaftlichen Studien vor, die einen Zusammenhang rechtfertigen könnten (Urk. 8/42). 3.9

Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 1. Oktober

2015 über seine gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 3). Er nannte als Diagnose ein posttraumatisches subacromiales

Impingement mit Bursitis links (S. 1 Mitte). Er führte unter anderem aus, der Beschwerdeführer habe bei ihm eine Zweitmeinung eingeholt; auch er denke, dass die Ursache der Beschwerden nicht in einer Omarthrose oder AC-Arthropathie zu suchen sei, zumal der Patient diesbezüglich heute absolut beschwerdefrei gewesen sei. Bildgebend und auch klinisch bestünden Hinweise auf eine Bursitis, so dass er als nächsten therapeutischen Schritt eine subacromiale Infiltration empfohlen und durchgeführt habe (S. 2 oben).

Weiter führte er aus (S. 2 Mitte): Hinsichtlich der Kausalität nach Unfallereignis, kann die gegenwärtige Symptomatik, auch in Anbetracht der MRT-Veränderungen mit Traumatisierung der ansatznahen Supraspinatus- und Subscapularissehne und des AC-Gelenkes davon ausgegangen werden, dass dies mit dem Unfall in Zusammenhang steht. Leider sind natürlich Veränderungen dieser Art auch degenerativ möglich, allerdings nicht im Alter des Patienten zu erwarten. Insofern ist die Wahrscheinlichkeit der Anerkennung der Unfallkausalität wahrscheinlich nicht gegeben, zumal eine überwiegende Wahrscheinlichkeit mit 51 % vorliegen müsste, was wahrscheinlich beim Patienten nicht der Fall wäre. 4. 4.1

Gemäss seinen eigenen Angaben erhielt der Beschwerdeführer ungefähr am 12. Juni 2014 einen Schlag gegen seine linke Schulter; unmittelbar danach verspürte er keine Beschwerden, Schmerzen traten erst einige Tage später auf (vorstehend E. 3.1). Der (zirka) sechs Tage danach konsultierte erstbehandelnde Arzt nannte als Diagnose eine Kapselsynovialitis im AC-Gelenk, differenzialdiagnostisch posttraumatisch bedingt (vorstehend E. 3.3), dies in Übernahme des am 3. Juli 2014 erhobenen MRI-Befundes (vorstehend E. 3.2).

Von behandelnder Seite wurden zuerst eine beginnende Omarthrose und eine AC-Gelenksarthropathie (vorstehend E. 3.5) und sodann - davon abweichend - ein subacromiales

Impingement mit subacromialer Begleitbursitis (vorstehend E. 3.6) diagnostiziert. Letzterem schloss sich auch der vom Beschwerdeführer für eine Zweitmeinung konsultierte Dr. D.____ an (vorstehend E. 3.9). 4.2

Eine über den 19. Juni

2014 hinaus dauernde Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin setzt voraus, dass zwischen noch vorhandenen Beschwerden und dem gemeldeten Ereignis ein natürlicher Kausalzusammenhang nach ärztlicher Einschätzung überwiegend wahrscheinlich ist (vorstehend E. 1.3). Ist ein entsprechender Kausalzusammenhang infolge Zeitablaufs dahingefallen, so dass der Gesundheitszustand demjenigen vor dem Unfall (Status quo ante) entspricht oder demjenigen, der auch ohne Unfall eingetreten wäre (Status quo sine), endet die Leistungspflicht ebenfalls (vorstehend E. 1.4).

In keiner ärztlichen Beurteilung wurde ein Kausalzusammenhang zwischen den anhaltenden Schulterbeschwerden und dem Ereignis vom 12. Juni

2014 als überwiegend wahrscheinlich bezeichnet. Mit dem Zusatz „DD posttraumatisch bedingt“ im MRI-Befund vom 3. Juli 2014 wird eine traumatische Verursachung der dort festgestellten Kapselsynovialitis lediglich als möglich eingestuft, dies zudem ohne ein solches allfälliges Trauma zeitlich näher zu bestimmen. Auch der vom Beschwerdeführer konsultierte Dr. D.____, dem die Bedeutung einer solchen Feststellung offensichtlich geläufig war, konnte die erforderliche überwiegende Wahrscheinlichkeit nicht bestätigen, wobei er überdies nicht näher begründete, weshalb er die im

MRI festgestellten Ansatz tendinosen nunmehr als „Traumatisierung“ der betreffenden Sehnen bezeichnete (vorstehend E. 3.9). 4.3

In der Gesamtschau der erstatteten Berichte und Beurteilungen ergibt sich, dass diese für die streitigen Belange - die Kausalitätsfrage

- umfassend sind, auf den dafür erforderlichen, mithin allseitigen Untersuchungen beruhen, sowie die geklagten Beschwerden und, soweit relevant, die Vorakten berücksichtigen. Die sich daraus ergebende Schlussfolgerung, nämlich das Bestehen eines Kausalzusammenhangs zum Unfallereignis jedenfalls nach dem 19. Juni

2014 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, erweist sich dementsprechend als fundiert und nachvollziehbar (vgl. vorstehend E. 1.6).

Die Leistungseinstellung per 19. Juni

2014 erweist sich somit als begründet. 4.4

Die Beschwerdegegnerin hat sodann das - im Einspracheverfahren erstmals postulierte - Vorliegen einer Berufskrankheit (vorstehend E. 1.5) verneint. Sie stützte sich dabei auf die kreisärztliche Feststellung, dass keine medizinische Evidenz für einen berufsbedingten Zusammenhang zwischen Schulterproblemen der vorliegenden Art und der Tätigkeit als Autolackierer existiere (vgl. vorstehend E. 3.8).

Dem wurde beschwerdeweise lediglich entgegengehalten, der Formulierung in der kreisärztlichen Beurteilung lasse sich nicht entnehmen, auf welche Berufsgruppe sich die Feststellung beziehe (Urk. 1 S. 5 oben).

Materiell wurde der genannten Feststellung nichts entgegengehalten. Namentlich lässt sich auch der vom Beschwerdeführer eingeholten Zweitmeinung nichts entnehmen, dass anzunehmen liesse, es gebe abklärungswürdige Hinweise auf eine berufsbedingte Verursachung, welche den Anforderungen der Rechtsprechung für die Anerkennung als Berufskrankheit (vorstehend E. 1.6) genügen würde.

Somit hat es mit der Feststellung sein Bewenden, dass keine Berufskrankheit anzunehmen ist. 4.5

Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als in jeder Hinsicht zutreffend, womit er zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Kübler - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des 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 MosimannTiefenbacher

E. 7

) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 1. Februar 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 9

Abs. 2 UVG auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind. Diese Generalklausel bezweckt, allfällige Lücken zu schliessen, die dadurch entstehen könnten, dass die bundesrätliche Liste gemäss Anhang I zur UVV entweder einen schädigenden Stoff, der eine Krankheit verursachte, oder eine Krankheit nicht aufführt, die durch die Arbeit verursacht wurde (BGE 119 V 200 E. 2b mit Hinweis). Nach der Rechtsprechung ist die Voraussetzung des „ausschliesslichen oder stark überwiegenden“ Zusammenhangs gemäss Art. 9 Abs. 2 UVG erfüllt, wenn die Berufskrankheit mindestens zu 75 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden ist (BGE 126 V 183 E. 2b, 119 V 200 E. 2b mit Hinweis; RKUV 2000 Nr. U 408 S. 407). 1. 6

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

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