

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00268**

## **vom 7. Februar 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2015.00268](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00268)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00268 du 7 février 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00268 del 7 febbraio 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Der 1956 geborene X.\_\_\_\_ war seit dem 1. Januar 2014 bei der Y.\_\_\_\_ als Ingenieur tätig und bei der Vaudoise Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Vaudoise ) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 29. Juni 2014 beim Ausstieg aus der Dusche stürzte und dabei Prellungen erlitt (Urk. 6/1 ).

Die Vaudoise kam für die Heilbehandlung auf und richtete Taggelder aus. In der Folge holte sie Stellungnahme n ihres beratenden Arztes Dr. med. Z.\_\_\_\_ , Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation , ein (Urk. 6/ 9 , Urk. 6/14 und 6/22 ) und stellte gestützt darauf die Leistungen mit Verfügung vom 9. Oktober 2015

per 29. September 2014 ein (Urk. 6/ 19 ). Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 16. Oktober 2015 Einsprache (Urk. 6/ 20 ) . Mit Entscheid vom 18. November 2015 wies die Vaudoise die Einsprache des Versicherten ab (Urk. 6/ 24 = Urk. 2).

#### **E. 1.1**

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 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. 1.2**

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 blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hiebei 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 Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes ( Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit . c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b in fine , Urteil des Bundesgerichts 8C\_126/2008 vom 11. November 2008 E. 2.3, je mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet 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).

### **E. 1.4**

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 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 15. Dezember 2015 Beschwerde und beantragte sinngemäss, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, weiterhin Leistungen zu erbringen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 26. Januar 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Das Doppel der Beschwerdeantwort wurde dem Beschwerdeführer am 28. Januar 2016 zugestellt (Urk. 7). Mit Eingaben vom 2. und 10. Februar 2016 reichte der Beschwerdeführer Stellungnahmen ein

(8/1-2), welche der Beschwerdegegnerin am 18. Februar 2016

zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 9). Am 7. Juni 2016 reichte er weitere Arztberichte ein (Urk. 11/1-2). Diese wurden der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 5. Dezember 2016 zur Stellungnahme zugestellt (Urk. 12). Mit Eingabe vom 20. Dezember 2016 reichte die Beschwerdegegnerin ihre Stellungnahme sowie eine Beurteilung ihres Vertrauensarztes ein (Urk. 14-15), welche dem Beschwerdeführer am 13. Januar 2017 zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 16).

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, gemäss den Ausführungen von Dr. Z.\_\_\_\_

seien die Schulterbeschwerden nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf die Kontusion vom 29. Juni 2014 zurückzuführen. Er begründete überzeugend, dass es sich um eine unfallfremde degenerative Sehnenveränderung handle (Urk. 2 S. 5).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte dagegen sinngemäss im Wesentlichen geltend, seine über den 29. September 2014 hinaus

bestehenden Schulterbeschwerden seien unfallkausal (Urk. 1).

## **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Streitig und zu prüfen ist, ob zwischen dem Unfallereignis vom 29. Juni 2014 und den vom Beschwerdeführer nach dem 29. September 2014 geklagten Schulterbeschwerden ein Kausalzusammenhang besteht.

### **E. 3.2**

Im Radiologiebefund des A.\_\_\_\_ vom 15. Juli 2014 betreffend Clavicula links, Schultergelenk links, Ellbogen links wurde festgehalten, dass insgesamt keine Frakturen objektivierbar seien (Urk. 6/2).

### **E. 3.3**

Am 25. September 2014 wurde im A.\_\_\_\_ ein MRI der linken Schulter nach Arthrographie durchgeführt. Dies ergab eine höhergradige

Tendinopathie der

Supraspinatussehne im subacromialen Verlauf mit Verdacht auf mittelgradige gelenkseitige Partialruptur der Unterfläche sowie Zeichen des Impingements

bursaseitig durch ein hyperplastisches Ligamentum coracoacromiale sowie Acromion-Form Typ II mit Verschmälerung des Subacromialraumes auf minimal 3,8 mm als Hinweis auf ein subacromiales

Impingement. Darüber hinaus war das

Arthro-MRI der linken Schulter annähernd unauffällig bei leicht gradiger AC-Gelenksdegeneration ohne relevante hyperplastische Osteophytenbildung (Urk. 6/4).

### **E. 3.4**

Im Bericht der B.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2014 betreffend die Konsultation vom 23. Oktober 2014 wurden die folgenden Diagnosen gestellt:

1. Posttraumatische intervallnahe Rotatorenmanschettenruptur Schulter links - St. n. Sturz am 29.06.2014 - Gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne (PASTA-Läsion) - Kraniale Partialruptur der Subscapularissehne - Bizepssehneninstabilität
2. Bursitis olecrani links

Als Befund wurde Folgendes genannt: Rechts konvexe Thorakalskoliose mit Knickbildung am zervikothorakalen Übergang. Die Wirbelsäule steht ca. 4 cm nach links aus dem Lot. Keine Nackenbeschwerden. Freie Beweglichkeit der linken Schulter, schmerzhaft bei Rotationen. Schmerzhaftes Bizepssehnenprovokationsmanöver. Schmerzhafter Bear-Hug-Test. Gute Kraftentwicklung beim Jobe-Test. Impingement-Test negativ (Urk. 6/5).

### **E. 3.5**

Im Bericht derselben Klinik vom 31. Oktober 2014 wurde als weitere Diagnose eine Ansatzdendinose

Musculus  
pectoralis

major mittleres Claviculadrittel links genannt. Der Befund wurde mit einer Druckdolenz über dem mittleren Claviculadrittel ventral ergänzt (Urk. 6/6).

### **E. 3.6**

Am 21. November 2014 wurde ein ergänzendes MRI der linken Clavicula bei vormals unvollständiger Abbildung der Randregion des Punctum

maximum der Symptomatik im A.\_\_\_\_ durchgeführt. Im Bericht vom 24. November 2014 wurde Folgendes festgehalten:

Sehr diskrete Signalanhebung im Knochenmark an der medialen Drittelgrenze der linksseitigen Clavicula ohne Strukturalteration der Compacta und ohne eindeutig umgebende Weichteilreaktion des Periosts bzw. der Ursprünge und Ansätze der Muskulatur, dd

Stressreaktion ohne Nachweis einer vollendeten Stressfraktur, dd Artefakt. Kein Hinweis auf eine Weichteilläsion. Vorbeschriebene Zeichen unspezifischer Reaktionen am linksseitigen AC-Gelenk, dd Überlastungsreaktion und allenfalls initiale degenerative Veränderungen; kein Hinweis auf eine Kapselruptur oder relevante Arthrose im linksseitigen AC-Gelenk bei anatomischer Stellung (Urk. 6/7).

### **E. 3.7**

Der beratende Arzt der Beschwerdegegerin, Dr. Z.\_\_\_\_, führte in seiner Stellungnahme vom 16. Juni 2015 aus, die Beschwerden seien für maximal drei Monate nach dem Unfallereignis wahrscheinlich unfallkausal, denn der Beschwerdeführer habe beim Sturz aus der Badewanne eine Prellung erlitten. Im Bericht der Duke Orthopaedics (Urk. 6/8) werde eine rasche und deutliche Besserung beschrieben und erst eine erneute Beschwerdezunahme, als der Beschwerdeführer wieder sportliche Übungen gemacht habe. Bei einer weiteren Kontrolle am 3. Dezember 2014 beschreibe MD GE Garrigues, dass er die Veränderungen an der Rotatorenmanschette als einen normalen Alterungsprozess und nicht ursächlich für die Beschwerden ansehe. Er führe die Beschwerden, welche hauptsächlich an der Claviculamitte empfunden würden, auf Veränderungen/Vernarbungen an der Pectoralis Major Sehne zurück. Insgesamt gebe es keine Hinweise auf eine klare unfallbedingte Veränderung als Auslöser von Schulterproblemen. Die PASTA-Läsion an der Supraspinatussehne sei typischerweise ein degenerativer Zustand bei einer nachgewiesenen Tendinopathie. Der Beschwerdeführer habe beim Unfallereignis einen direkten Schulteranprall erlitten. Auch dies spreche gegen eine unfallbedingte Supraspinatussehnenpathologie, da hierzu ein anderer Unfallmechanismus notwendig sei. Ein Anprall im Bereich des Ellbogens werde beim Unfallereignis ebenfalls nicht beschrieben, so dass auch eine Ellengelenkspathologie nicht kausal dem Unfallereignis zugeordnet werden könne (Urk. 6/9).

### **E. 3.8**

Im Bericht der C.\_\_\_\_, Schulter/Ellbogen, vom 1. Juli 2015 betreffend die Konsultation vom 29. Juni 2015 wurden die folgenden Diagnosen genannt: - Posttraumatische gelenksseitige Partialruptur der Supraspinatussehne (PASTA-Läsion), craniale Partialruptur der Subscapularissehne, Bicepssehnen-Instabilität links bei - St. n. Sturz am 29.06.14 - Ansatzentzündung M. pectoralis

major mittlere s

Claviculadrittel links

Es wurde ausgeführt, dass die Beschwerden einerseits für eine Ansatzentzündung des M. pectoralis

major sprächen , jedoch auch Beschwerden bestünden , welche zur radiologisch nachgewiesenen PASTA-Läsion und Partialruptur der Subscapularissehne mit Bicepsinstabilität passen würden. Die Beschwerden seien klar posttraumatisch aufgetreten, so dass von einer traumatisch bedingten Ursache auszugehen sei (Urk. 6/11).

### **E. 3.9**

Dr. Z.\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 13. August 2015 nach Einsichtnahme in das MRT vom 25. September 2014 aus, die Unterflächenläsion des Supraspinatus sei wenig ausgeprägt und der 59-jährige Beschwerdeführer tue gut dran, diesen Befund nicht operieren zu lassen. Eine PASTA-Läsion sei in der Regel keine typische unfallbedingte Läsion, sondern eine Folge degenerativer Prozesse. Auch das Unfallereignis (Kontusion) sei nicht geeignet, eine Rotatorenmanschettenruptur auszulösen. Im Weiteren verweist Dr. Z.\_\_\_\_ auf seine Stellungnahme vom 18. Juni 2015 (Urk. 6/14).

### **E. 3.10**

Im Bericht der C.\_\_\_\_ , Schulter/Ellbogen, vom 9. September 2015 betreffend die Konsultation vom 31. August 2015 wurden die bereits genannten Diagnosen aufgeführt und es wurde festgehalten , die Beschwerden passten unverändert gut zu einer Ansatz- Tendinose des M. pectoralis

major . Dass der Beschwerdeführer auf die diagnostische Infiltration glenohumeral nicht angesprochen habe, sei ein deutlicher Hinweis dafür, dass die Beschwerden nicht durch die PASTA-Läsion und Partialruptur der Subscapularissehne mit Biceps -Instabilität verursacht würden. Diese sei radiologisch klar nachweisbar, aber nicht für die Beschwerden verantwortlich. Im MRT Clavicula vom 21. November 2014 seien zwar keine grossen Pathologien erkennbar, jedoch sei das für eine Ansatz- Tendinose des M. pectoralis

major durchaus üblich. Die Beschwerden seien klar posttraumatisch aufgetreten und daher als Unfallfolge zu werten (Urk. 6/18).

### **E. 3.11**

Im Bericht der

C.\_\_\_\_ , Sportmedizin, vom 8. Oktober 2015 betreffend die Konsultation vom 2. Oktober 2015 wurden die folgenden Diagnosen genannt (Urk. 6/20c) : - Vd . a. Ansatz- tendinose M. pectoralis

major mittleres Claviculadrittel links - Röntgen Clavicula ap / tang . Links 29.06.2015: Leichte Degeneration im SC-Gelenk. Sonst unauffällige Darstellung der Clavicula. - St. n. Sturz im Kindesalter mit Schulterverletzung und Scapula

alata links - Posttraumatische gelenksnahe Partialruptur der Supraspinatussehne (PASTA-Läsion), kraniale Partialruptur der Subscapularissehne , Bizepssehneninstabilität links - bei St. n. Sturz am 29.06.201

### **E. 3.12**

In seiner Stellungnahme vom 3. November 2015 führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, neu sei, dass selbst Prof. Meyer von der C.\_\_\_\_ nicht mehr die PASTA-Läsion und die Veränderungen am Subscapularis und der Bizepssehne als ursächlich für die Beschwerden sehe, sondern eine Ansatz- Tendinose des Musculus

pectoralis

major . Es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass eine Ansatzsehnenriss des Pectoralis major unfallbedingt sei. Es handle sich um eine unfallfremde degenerative Veränderung (Urk. 6/22).

### **E. 3.13**

In den vom Beschwerdeführer nach Abschluss des Schriftenwechsels eingereichten Berichten betreffend seine Behandlungen in den D. \_\_\_ vom 28. Dezember 2015 und vom 12. Januar 2016 wurde die Diagnose einer

Akromioklavikulärluxation

( AC joint

separation ) gestellt (Urk. 11/1-2).

### **E. 3.14**

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. E. \_\_\_ , FMH orthopädische Chirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 20. Dezember 2016 fest, die vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte vom 28. Dezember 2015 und vom 12. Januar 2016 bestätigen, dass keine Rotatorenmanschettenläsion vorliege, so dass von einer Schulterkontusion auszugehen sei, was einen Status quo nach drei Monaten rechtfertige. Die neue Diagnose einer AC-Distorsion bringe bezüglich Beschwerden nichts Neues vor. Zudem werde sie durch die Arthrographie vom 25. September 2014, welche drei Monate nach dem Unfall durchgeführt worden sei , nicht bestätigt (Urk. 15).

### **E. 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 Hurst Leicht

### **E. 4.1**

Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei der Leistungseinstellung im Wesentlichen auf die versicherungsinterne Stellungnahme von Dr. Z. \_\_\_ . Ein medizinischer Aktenbericht als Entscheidungsgrundlage ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1 mit Hinweisen), was vorliegend der Fall ist. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kann Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie

in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. oben E. 1.3 und E. 1.4). Die Berichte von Dr. Z.\_\_\_\_ erfüllen die Anforderungen an beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlagen, weshalb darauf abgestellt werden kann.

#### **E. 4.2**

Aus den medizinischen Akten geht übereinstimmend hervor, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nicht durch die PASTA-Läsion und Partialruptur der Subscapularissehne mit Biceps -Instabilität verursacht worden sind. Dr. Z.\_\_\_\_ weist darauf hin, dass eine Ansatz- Tendinose des Musculus

pectoralis

major Grund für die Beschwerden sei. Diese sei nicht überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt. Es handle sich um eine unfallfremde degenerative Veränderung (Urk. 6/22).

Die Argumentation in den Berichten der C.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2015 und vom 9. September 2015, wonach die Beschwerden klar posttraumatisch aufgetreten

und daher als Unfallfolge zu werten

seien (Urk. 6/11 und Urk. 6/18), entspricht letztlich der unzulässigen Beweisregel "post hoc ergo propter hoc", welche zum Beweis eines natürlichen Kausalzusammenhanges nicht genügt (BGE 119 V 335 E. 2b/bb; Urteil des Bundesgerichts 8 C\_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, eine AC-Gelenksdistorsion

habe seine Beschwerden verursacht (Urk. 8/1), ist darauf hinzuweisen, dass eine solche durch die Arthrographie vom 25. September 2014 nicht ausgewiesen ist (vgl. Urk. 15).

Selbst wenn eine Akromioklavikulargelenksluxation

Grad II vorgelegen hätte, ist davon auszugehen, dass die dadurch verursachten Beschwerden nach spätestens drei Monaten abgeklungen wären.

Somit ist ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 29. Juni 2014 und den über September 2014 hinaus anhaltenden Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

#### **E. 4.3**

Im Übrigen ist festzuhalten, dass selbst unter der Annahme, der Vorzustand sei durch das Unfallereignis symptomatisch geworden, mithin der Unfall sei als beschwerdeauslösend zu betrachten, keine Unfallkausalität der ausgelösten Beschwerden ohne zeitliche Beschränkung bejaht werden könnte. Vielmehr genügt es für die Beendigung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, dass der Status quo ante vel sine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetreten ist. Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhanges muss dabei nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_79/2011 vom 9. März 2011 E. 2.2, 8C\_901/2009 vom 14. Juni 2010 E. 3.2 und 8C\_847/2008 vom 29. Januar 2009 E. 2, je mit Hinweisen), was

vorliegend gestützt auf die medizinische Aktenlage im Zeit punkt der Leistungseinstellung der Fall war, zumal davon auszugehen ist, dass die durch die Schulterkontusion verursachten Beschwerden nach drei Monaten abgeklungen waren (vgl. Urk. 6/9) .

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