

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00092 vom 31. Januar 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2016.00092](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00092)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00092 du 31 janvier 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00092 del 31 gennaio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1983, arbeitete für die Z.\_\_\_\_ AG als Dachdecker und war in dieser Eigenschaft bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert ( Urk. 14/1). Am 4. März 2015 stürzte er nach der Arbeit mit seinem Fahrrad als ihn beim Linksabbiegen das nachfolgende Auto seitlich am Hinterrad touchierte ( Urk. 14/1, Urk. 14/5) . Beim Sturz erlitt er eine Prellung der linken Schulter ( Urk. 14/1). Er begab sich am folgenden Tag in seine Hausarztpraxis, wo die Schulter geröntgt und eine

Weichteilverletzung der linken Schulter diagnostiziert wurde (Urk. 14/9, Urk. 14/16).

Die Suva erbrachte Heilbehandlungsleistungen und aufgrund der attestierten Arbeitsunfähigkeit Taggeldleistungen ( Urk. 14/6-7, Urk. 14/9, Urk. 14/11).

Der Versicherte absolvierte Physiotherapie, welche anfänglich eine rasche Besserung des Beschwerdebildes bewirkte (Urk. 14/15-16).

In der Folge klagte er über persistierende Beschwerden bezüglich der Schulterbeweglichkeit

(Urk. 14/16), weshalb am 7. April 2015 im B.\_\_\_\_ eine MR Arthrographie der linken Schulter durchgeführt wurde (Urk. 14/12). Am 4.

Mai und 2. Juli 2015 wurde der Versicherte in der C.\_\_\_\_ Klinik untersucht (Urk. 14/19, Urk. 14/27). In der Folge

unternahm er im August 2015 bei seinem Arbeitgeber einen Arbeitsversuch, welchen er nach zwei Tagen abbrach ( Urk. 14/30-31, Urk. 14/33). Die Suva veranlasste die MR-Arthrographie des linken Schultergelenks vom 9. September 2015 (Urk. 14/40). Am 27. Oktober 2015 untersuchte ihr Kreisarzt den Versicherten ( Urk. 14/49). Gestützt auf die Beurteilung ihres Kreisarztes stellte die Suva ihre Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen

mit Verfügung vom 3. November 2015 per 15.

November 2015 ein ( Urk. 14/50). Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 4.

Dezember 2015 Einsprache ( Urk. 14/58), welche die Suva mit Einspracheentscheid vom 25. Februar 2016 ( Urk. 2) abwies.

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bis herigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 4. März 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

## **E. 1.2**

Gemäss Art.

## **E. 1.3**

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu.

Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

### **E. 1.4.1**

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 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).

#### **E. 1.4.2**

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 blosse 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. 1.5.1**

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. 1.5.2**

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

### **E. 1.6.1**

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).

### **E. 1.6.2**

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinnterner 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**

Eventualiter sei der Einsprache-Entscheidung vom 25. Februar 2016 bzw. die Verfügung vom 3. November 2015 aufzuheben und die Sache zwecks ergänzender Abklärung des medizinischen und erwerblichen Sachverhaltes sowie der Kausalitätsfrage an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, um anschliessend neu über einen allfälligen Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen aus UVG zu entscheiden.

### **E. 2.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer auch über den 15.

November 2015 hinaus Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin hat, mithin ob die nach diesem Zeitpunkt geklagten Beschwerden noch in einem natürlichen und

adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 4. März 2015 stehen.

### **E. 2.2**

Mit angefochtenem Einspracheentscheid vom 25. Februar 2016 führte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen aus,

dass auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, vom 27.

Oktober 2015, wonach keine unfallbedingten Läsionen mehr vorhanden seien und die vermutete Impingementsymptomatik nicht auf den Unfall vom 4. März 2015 zurückzuführen sei, abgestellt werden könne. Gestützt darauf seien die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nicht mehr als unfallbedingt einzustufen. Der Fallabschluss per 15. November 2015 sei daher nicht zu beanstanden (Urk. 2 S. 5).

### **E. 2.3**

Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, dass seine über den 15. November 2015 hinaus anhaltenden Beschwerden in der linken Schulter durch die klinisch und bildgebend nachgewiesene AC-Gelenksarthrose mit subacromialen

Impingement bei nicht dislozierter Fraktur des Tuberculum

majus zu erklären seien. Dies sei durch den Sturz auf die linke Schulter am 4. März 2015 verursacht worden (Urk. 1 S. 5, Urk. 17 S. 3). Entgegen der Beurteilung des Kreisarztes werde im Sprechstundenbericht der Universitätsklinik G.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2016 bestätigt, dass die AC-Gelenksarthrose links posttraumatisch sei (Urk. 1 S. 6). Sodann sei dem Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 15.

April 2015 zu entnehmen, dass seine aktuellen Beschwerden im AC-Gelenk links unfallbedingt seien (Urk. 7 S. 2). 3.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Bei der von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH Radiologie und Kardiale Radiologie (EBCR), Medizinisch Radiologisches Institut, befundeten MR Arthrographie der linken Schulter des Beschwerdeführers vom 7. April 2015 zeigte sich eine nicht dislozierte Impressionsfraktur des

Tuberculum

majus mit ausgeprägtem Kontusionsödem in der Spongiosa im Humeruskopf angrenzend, ein Kontusionsödem differentialdiagnostisch (DD:) ödematöse Reizreaktion am AC-Gelenk mit subacromialen

Impingement vom Muskelbauch des M. supraspinatus am muskulotendinösen

Übergang sowie eine Zerrung am superioren Ansatz der Subscapularissehne. Die übrige Rotatorenmanschette sei intakt. Begleitend bestünde eine bursale Reizreaktion subacromial / subdeltoideal (Urk. 14/12).

### **E. 3.2**

Dr. med. J.\_\_\_\_ , Oberarzt Orthopädie Obere Extremitäten, C.\_\_\_\_ Klinik, erhob bei seiner Untersuchung des Beschwerdeführers am 2. Juni 2015 (Urk. 14/ 27 )

folgenden Befund an der Schulter rechts (richtig: links): „Freie Beweglichkeit, noch Schmerzangaben im Jobe -Test. Impingementzeichen negativ . Kein Druckschmerz am Sulcus . O'Brien-Test mit minimster Schmerz angabe . Cross-Body-Test negativ. Keine Druckschmerzen am AC-Gelenk. Subscapularisendfunktion kraftvoll, schmerzfrei.“

### **E. 3.3**

Bei der MR- Arthrographie vom 9. September 2015 fand sich gemäss Dr. med. K.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Radiologie,

B.\_\_\_\_ ,

ein im Vergleich zur Voruntersuchung vom 7. April 2015 deutlicher Rückgang des kontusions bedingten

akromioklavikulären

Knochen marks ödems und des Knochen marksödems des Tuberculum

majus , keine Flüssigkeit in der Bursa subdeltoidea sowie ein Rückgang der Infiltration des Rotatoren manschettens-Intervalls . Insgesamt besteht ein normentsprechender Befund mit diskreter Impression der leichtgradigen

acromioclaviculären Arthrosen auf den Muskelbauch des M .

Supraspinatus , eventuell ein Impingement auslösend (Urk.

14/40).

### **E. 3.4**

Dr. F.\_\_\_\_

stellte im Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 27.

Oktober 2015 die Diagnosen Status nach Sturz auf die linke Schulter am 4.

März 2015 mit nicht dislozierter Impressionsfraktur des Tuberculum

majus und Kontusion des leicht arthrotisch veränderten AC-Gelenkes linksseitig und bereits vorbestehende Impingementkonstellation

subacromial (Urk. 14/49 S. 4) .

Subjektiv gebe der Beschwerdeführer hauptsächlich belastungsabhängige Schmerzen und Blockadegefühle im Bereich der linken Schulter an . Objektiv bestünden unauffällige Impingementtests , eine Einschränkung der Abduktion im linken Schultergelenk, kein Anhalt für eine Rotatorenmanschettenläsion und klinische Zeichen einer AC-Gelenkssymptomatik. Wie mit der MR Arthrographie

vom 9. September 2015 nachgewiesen , seien die Knochen marks ödeme sowohl im Bereich des AC-Gelenks als auch am Tuberculum

majus deutlich rückgebildet . Sonstige unfallbedingte strukturelle Läsionen seien keine mehr vorhanden. Die Kontusion habe nicht zu einer morphologischen Veränderung des AC-Gelenks geführt, so dass die vermutete Impingement symptomatik nicht auf das Unfal

ereignis zurückzuführen, sondern bereits anlagebedingt präexistent gewesen sei. Die vom Beschwerdeführer ge klagten

Beschwerden seien somit nur noch in diesem Rahmen zu sehen. Eine weitere r ein unfallbedingte Therapie sei nicht mehr indiziert. Eine Einsch ränkung der Arbeitsunfähigkeit bestehe auch nicht mehr (Urk. 14/49 S. 4). 3. 5

Dr. med. L.\_\_\_\_ , Oberarzt i. V. Orthopädie, und PD Dr. med. M.\_\_\_\_ , Assistenzarzt Orthopädie, Universitätsklinik G.\_\_\_\_ , stellten im Bericht vom 2 0. Januar 2016 die Diagnose posttrauma tische AC-Gelenksarthrose links . Bei der Röntgenuntersuchung vom 1 8. Januar 2015 (gemeint ist: 2016) habe sich bei anamnestisch Fraktur des Tuberculum majus links eine voll ständige Konsoli dation, eine regelrechte Artikulation im linken Schulter ge lenk, eine akro mio hum erale Distanz (ACHD) von 11 mm sowie ein kritischer Schulterwinkel von 32 Grad ergeben ( Urk. 3/4 S. 1). 3. 6

Dr. D.\_\_\_\_ führte in ihrem Bericht vom 1 5. April 2016 aus, dass in der Ge samtschau sowohl die Anamnese (Schmerzen im ventralen Schulterbereich mit Zunahme bei Belastung), die klinische Untersuchung (explizite Druckdo lenz über dem lateralen Claviculaanteil und dem AC-Gelenk, positiver Cross-Body-Test ) sowie die Ultraschalluntersuchung (Gelenkspaltverschmälerung, ossäre Irregularitäten, Stufenbildung im AC-Gelenk links, positive Sonopal pation ) zu einer symptomatischen AC-Gelenksarthrose passten . Das rechte AC-Gelenk stelle sich sonografisch unauffällig und insbesondere ohne Arth rosezeichen dar. Dies spreche beim 32-jährigen, rechtshändigen Beschwer deführer, wel cher bei seiner körperlich strengen Tätigkeit während Jahren Lasten jeweils auf der rechten Schulter getragen habe, dafür, dass es sich linksseitig mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine posttraumatische Arthrose hand le. Bei einer krankhaft bedingten Arthrose wäre zu erwarten, dass die stärker mechanisch beanspruchte rechte Seite ausgeprägtere dege nerative Verände rungen aufweise als die linke adominante Seite ( Urk. 8 S. 6).

### **E. 3.7**

Med. pract . N.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, Facharz t für Chi rur gie und Unfallchirurgie sowie Viszeralchirurgie (D), Abteilung Ver si che rungsmedizin der Suva, gelangte in seiner chirurgischen Beurteilung vom 18. Juli 2016

zum Schluss, dass der Unfall vom 4. März 2015 über wiegend wahrscheinlich zu folgender Gesundheitsstörung geführt habe (Urk.

### **E. 6**

Abs. 1 UVG werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsun fällen und Berufskrankheiten gewährt.

### **E. 10**

UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/20

### **E. 13**

vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

### **E. 15**

S. 5 -1 2 ). Der Beschwerdeführer zweifelt die fachliche Eig nung von med. pract . N.\_\_\_\_ an ( Urk.

### **E. 17**

S. 5-6), kann aus diesen Vorbringen aber nichts zu seinen Gunsten ableiten.

Nach der bundes gerichtlichen Recht sprechung wird für Gutachter und versiche rungs interne Ärzte eine Fa chaus bildung verlangt, welche auch im Ausland erworben sein kann (BGE 137 V 210 E. 3.3.2 , Urteil des Bundesgerichts 8C\_606/2016 vom 1 3. Dezember 2016 E. 4.3, je mit weiteren Hinweisen). Bezüglich dieser fach lichen Anforde run gen ist d ie Beurteilung durch med. pract .

N.\_\_\_\_ , welcher unter anderem über einen Facharzt titel für Chirurgie sowie den deutschen Facharzt titel für Chi rurgie und Unfallchirurgie verfügt ( Urk. 15 S.14; vgl. Urk. 18/3) , nicht zu beanstanden. 4.2

In ihren Beurteilungen befassen sich Dr. F.\_\_\_\_ und med. pract . N.\_\_\_\_ mit der Unfallkausalität der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden. Med. pract . N.\_\_\_\_ wies insbesondere darauf hin, dass im Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 2 6. März 2015 zur Untersuchung der linken Schulter des Beschwerdeführers vom 5. März 2015 keine Schürfung oder Platzwunde, keine Prellmarken oder Hämatome und auch keine Schwellung dokumentiert worden seien ( Urk. 15 S. 5). Sodann gingen

Dr. F.\_\_\_\_ und med. pract . N.\_\_\_\_ auf die durch bildge bende Untersuchungen erhobene n Befunde ein. Diesbezüglich schrieb med. pract . N.\_\_\_\_ , dass in den Rö ntgenbilder n vom 5. März 2015 keine Zeichen einer knöcher n en Verletzung sichtbar gewesen seien ( Urk. 15 S. 5). Durch die MR Arthrographie vom 7. April 2015 seien als Verletzungsfolgen des Unfalls vom 4. März 201 5 ein Knochenödem des Tuberculum

majus , eine Schwel lung des AC-Gelenks verbunden mit einem Knochenödem der angrenzenden Abschnitte des Acromions und der Clavicula, eine Zerrung der Subscapu la rissehne und eine Bursitis su bacromialis dokumentiert worden.

In der Folge hätten d ie Unter suchungen mittels Rön tg en und MR Arthrographie vom 9. Septem ber 2015 gezeigt, dass das K no chenödem des Tuberculum

majus , die Zerrung der Sehne des M. subscapularis sowie der Reizzustand der Bursa subacro mia lis / subdeltoidea folgenlos abgeheilt seien

(Urk. 10 S. 6 , 11-12 ).

Dr. F.\_\_\_\_

führte ebenfalls

aus , dass im Befund der MR A rthrographie vom 9. Sep tember 2015 keine unfallbedingte strukturelle Läsionen mehr vorhan den gewesen seien (E. 3.4). Etwas anders wurde

im Bericht der Uni versi tätsklinik G.\_\_\_\_ vom 2 0. Januar 2016 wiedergegebenen Röntgen be fund ( Urk. 3/4) und im Befund zur Ultraschalluntersuchung durch Dr. D.\_\_\_\_ vom 1 5. April 2016 ( Urk. 8 S. 6) nicht festgehalten . 4.3

4.3.1

Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden im AC-Gelenk ist der Beurteilung von med. pract . N.\_\_\_\_ zu entnehmen, dass mit der MR Arthrographie

vom 7. April 2015 zwar ein Knochenödem gelenknah am Acromion und der lateralen Clavicula nachgewiesen worden sei. Jedoch fehle ein Knochenödem in dem Bereich, an dem die Einwirkung von der Seite her auf die linke Schulter des Beschwerdeführers stattgefunden und zu einem ausgeprägten Knochenödem am Tuberculum

major geführt habe, mithin dem seitlichen Anteil des Acromions . Da ein Knochenödem ein unspezifisches Befund sei, der zum Beispiel auch bei einer Arthrose oder einer Entzündung auftreten könne, sei das Knochenödem um das AC-Gelenk herum nicht eindeutig als Traumafolge zu werten . Während Dr. H.\_\_\_\_ am 7. April 2015 noch von einer Impression des M. supraspinatus am muskulo-tendinösen Übergang durch die Schwellung des Gelenks gesprochen habe, habe Dr.

K.\_\_\_\_ am 9. September 2015 keine posttraumatischen Veränderungen, insbesondere keine Dislokation im AC-Gelenk ( acromioclaviculär ) gesehen, habe jedoch eine leichtgradige acromioclaviculäre Arthrose beschrieben (Urk. 15 S. 7). Zu berücksichtigen sei ferner, dass im zeitlichen Bericht durch Dr. O.\_\_\_\_ bei der klinischen Untersuchung keine Zeichen einer Verletzung des AC-Gelenks beschrieben worden seien ( Urk. 15 S. 8). Sodann seien Instabilitäten und/oder Inkongruenzen der Gelenkflächen Voraussetzungen für die Entstehung einer posttraumatischen Arthrose ( Urk. 15 S. 9). Das Schultergelenk des Beschwerdeführers sei jedoch zu keiner Zeit - auch nicht von Dr. D.\_\_\_\_ ( Urk. 15 S. 8) - als instabil beschrieben worden. In Bezug auf die Gelenkflächen sei - bis auf eine Abnahme des Gelenksergusses - beim Vergleich der MR Arthrographien vom 7. April und 9. September 2015 keine entscheidenden Änderungen festzustellen ( Urk. 15 S. 9). Die Gelenkflächen seien nicht glatt und bei beiden Untersuchungen sei die leichte Auftreibung des Gelenks auffällig. Davon ausgehend, dass die mit den Untersuchungen vom 7. April und 9. September 2015 nachgewiesenen Veränderungen des AC-Gelenks einer leichtgradigen Arthrose entsprechen würden, zeige sich, dass die Veränderungen bereits am 7. April 2015 vorhanden gewesen seien. Es sei daher nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die von Dr. K.\_\_\_\_

am 9.

September 2015 beschriebene leichte Arthrose durch den Unfall vom 4.

März 2015 ausgelöst worden sei ( Urk. 15 S. 10). 4.3.2

Med. pract . N.\_\_\_\_ hielt weiter fest, dass eine allfällige Aktivierung der Arthrose durch diesen Unfall spätestens am 2.

Juli 2015 wieder abgeklungen gewesen wäre . Dr. J.\_\_\_\_ beschreibe zu diesem Zeitpunkt nämlich keinen Druckschmerz des AC-Gelenks, keine Schwellung und einen negativen Cross-Body-Test. Die im weiteren Verlauf immer wieder aufgetretenen Beschwerden im Bereich des linken AC-Gelenks seien nicht mehr überwiegend wahrscheinlich Folge des Unfalles vom 4. März 2015, sondern würden dem natürlichen Verlauf eines Verschleißleidens, bei dem sich in der Regel beschwerdefreie Phasen mit schmerzhaften Phasen abwechseln würden oder auch zum Beispiel dem Verlauf einer Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit wechselnder Symptomatik entsprechen ( Urk. 15 S.

11). Damit ist auch bezüglich

der

von den Ärzten der Universitätsklinik G.\_\_\_\_

bei der klinischen Untersuchung vom 20. Januar 2016 festgestellte n leichte n

Druckdolenz über dem AC-Gelenk und dem positive n

Cross-Body

Sign - bei ansonsten unauffälligen Untersuchungsbefunden - nicht überwiegend wahrscheinlich von einer Unfallkausalität der Beschwerden auszugehen. Deren Bericht vom selben Tag enthält dazu keine Begründung. Der in der Diagnosestellung der Ärzte der Universitätsklinik G.\_\_\_\_ verwendete Begriff „posttraumatisch“ impliziert sodann noch keinen rechts genügenden Kausalzusammenhang (Urteil des Bundesgerichts 8C\_24/2013 vom 18. Juni 2013 E. 3.2).

Auf den Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 15. April 2016 (Urk. 8) kann ebenfalls nicht abgestellt werden.

Dr. D.\_\_\_\_ schrieb, dass die Anamnese, die klinische Untersuchung sowie die Ultraschalluntersuchung vom 15. April 2016 zu einer symptomatischen AC-Gelenksarthrose passen würden (Urk. 8 S. 6). Als Befunde der Ultraschalluntersuchung vom 15. April 2016 beschrieb Dr.

D.\_\_\_\_

allerdings keine traumatischen Läsionen des AC-Gelenks. Zudem sind zuvor am 7.

April und 9. September 2015 bereits MR Arthrographien

der linken Schulter durchgeführt worden (vgl. E. 3.1, E. 3.3 sowie E. 4.3 .1 vorstehend).

Sodann wies sie bezüglich des klinischen Befunds darauf hin, dass in den medizinischen Akten wiederholt ein positives Cross-Body

Sign beschrieben worden sei (Urk. 8 S.

6). Dieser Befund konnte seit dem Unfall vom 4. März 2015 jedoch nicht durchgehend erhoben werden, wie med. pract. N.\_\_\_\_ unter Hinweis auf den Untersuchungsbericht von Dr. J.\_\_\_\_ vom

2. Juli 2015

(Urk. 14/27) ausführte.

Schliesslich genügen weder die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers noch der Umstand, dass hinsichtlich seiner beim Unfall vom 4. März 2015 nicht geprellte rechte Schulter keine Beschwerden bestanden, um eine Unfallkausalität der geltend gemachten Beschwerden an der linken Schulter zu bejahen. 4.4

Nach dem Gesagten sind die Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2015 (Urk. 14/49) und von med. pract. N.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2016 (Urk. 15) schlüssig und überzeugend. Die vom Beschwerdeführer angeführten Berichte der Universitätsklinik G.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2016 (Urk. 3/4) und von Dr.

D.\_\_\_\_ vom 15. April 2016 (Urk. 8) sowie auch die übrigen medizinischen Akten vermögen keinen Zweifel an diesen Beurteilungen zu begründen. Weitere medizinische

Abklärungen sind nicht angezeigt. Die Beschwerde gegen die Leistungen somit zu Recht per 15.

No vember 2015 eingestellt, da gestützt auf die Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ und med. pract . N.\_\_\_\_ da von auszu gehen ist, dass die geltend gemachten Beschwerden - spätestens - in diesem Zeitpunkt nicht mehr unfallbedingt waren . Ein Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung ist daher ebenfalls nicht gegeben. 5.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic . iur . Y.\_\_\_\_ - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Der Gerichtsschreiber HurstHübscher

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