

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00200

vom 10. Juli 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00200

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00200 du 10 juillet 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00200 del 10 luglio 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1975 geborene X.____ war ab dem 18. August 2014 als Mechaniker bei der Y.____ vollzeitlich angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Gemäss Schadenmeldung der Arbeitgeberin vom 14. Juli 2015 stürzte der Versicherte am 5. Juli 2015 mit seinem Motorrad in einer Kurve und zog sich dabei Prellungen am linken Knie und der linken Schulter sowie einen Riss an der rechten Schulter zu (Urk. 10/1). Die Suva kam für die Heilkosten auf (Urk. 10/2) und erbrachte Taggeldleistungen (Urk. 10/6 f. und Urk. 10/14). Ab dem 16. Juli 2015 war der Versicherte wieder zu 100 % arbeitsfähig, jedoch noch in ärztlicher Behandlung (Urk. 10/8 S. 3-4, Urk. 10/9 und Urk. 10/16). In der Folge wurde der Versicherte neurologisch untersucht und zahnärztlich behandelt. Am 1. Oktober 2015 nahm Kreisarzt med. pract. Z.____, Facharzt FMH für Chirurgie, zum Sachverhalt Stellung und führte aus, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit lägen keine somatischen Unfallfolgen mehr vor, zahnmedizinisch könne keine Beurteilung vorgenommen werden. Es sei von einem Fallabschluss Mitte Oktober 2015 aus zugehen (Urk. 10/27). Die Schulterbeschwerden persistierten jedoch weiterhin (vgl. Urk. 10/48 f.). Kreisarzt med. pract. Z.____ nahm am 25. und 26. Januar 2016 unter Berücksichtigung der neu eingereichten medizinischen Unterlagen erneut Stellung und hielt an seiner Beurteilung fest (Urk. 10/51 und Urk. 10/57). Nachdem Dr. med. A.____, Facharzt FMH für innere Medizin, am 23. Februar 2016 von einer Frozen Shoulder und einer Kapsulitis berichtet hatte (Urk. 10/69), nahm Kreisarzt med. pract. Z.____ am 24. Februar 2016 wiederum Stellung und hielt an seiner Beurteilung fest (Urk. 10/71). Am 25. Februar 2016 informierte die Suva den Versicherten darüber, dass der Fall per 11. Februar 2016 abgeschlossen werde (Urk. 10/75), woraufhin der Versicherte eine ein sprachefähige Verfügung verlangte (Urk. 10/76). Am 11. März 2016 nahm Kreisarzt Prof. Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, eine Aktenbeurteilung vor und schloss sich der bisherigen kreisärztlichen Beurteilung an (Urk. 10/82). Mit Verfügung vom 22. März 2016 stellte die Suva die Versicherungsleistungen per 11. Februar 2016 ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen (Urk. 10/86). Am 7. April 2016 erfolgte eine weitere kreisärztliche Stellungnahme von Prof. B.____ (Urk. 10/87). Mit Eingabe vom 8. April 2016 (persönlich überbracht) erhob der Versicherte Einsprache gegen die Verfügung vom 22. März 2016 (Urk. 10/91), welche mit Entscheid vom 5. August 2016 abgewiesen wurde (Urk. 2 [= Urk. 10/94]).

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 bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 5. Juli 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

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). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 1.3.1

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. 1.3.2

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 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. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 1.4

Die Beweislastregel, wonach der Unfallversicherer und nicht der Versicherte die Beweislast für das überwiegend wahrscheinliche Dahinfallen der natürlichen Unfallkausalität trägt, greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des

Sozialversicherungsrechts [ATSG]) und der Beweis wür digung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahr scheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b in fine S. 264 mit Hinweisen).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anam nese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammen hänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerun gen des Experten begründet und nachvollziehbar sind. Ausschlaggebend für den Beweis wert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Den Berichten versiche rungs in terner Ärztinnen und Ärzten kommt rechtsprechungsgemäss zwar nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gut achten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als keine Zweifel an der Richtig keit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7).

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 13. September 2016 Beschwerde und bean tragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien ihm die Leistun gen der Unfallversicherung (Taggeld, Heilungs- und Reisekosten) ü ber den 11. Februar 2016 hinaus auszurichten (Urk. 1) . Mit Beschwerdeantwort vom 20. Dezember 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9) und reichte eine Aktenbeurteilung von PD Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Abteilung Versicherungsmedi zin, vom 16. November 2016 zu den Akten (Urk. 10/108) . Replicando beantragte der Beschwerdeführer in prozessualer Hinsicht die Veranlassung eines Gerichts gutachtens (Urk. 14). Mit Duplik vom 24. Mai 2017 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest (Urk. 18), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 29. Mai 2017 angezeigt wurde (Urk. 19). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. August 2016 im Wesentlichen , es könne auf die Beurteilungen der Kreisärzte abgestellt werden. Auch die Dres. A.____ und D.____ hätten bloss von einer fraglichen beziehungsweise möglichen Partialruptur der Rotatorenman schette gesprochen, weshalb keine widersprüchlichen ärztlichen Ansichten vorlä gen. Nachdem die bildgebenden Abklärungen keine strukturellen traumatischen Läsionen gezeigt hätten, sei es beim Unfall vom 14. Juli 2015 (richtig: 5. Juli 2015; beim 14. Juli 2015 handelt es sich um das Datum der Schadenmeldung) höchstens zu einer Kontusion gekommen, welche nach spätestens vier Monaten abheile. Anlässlich der Erstuntersuchung zehn Tage nach dem Unfall sei nicht von Schulterbeschwerden berichtet worden, sondern erstmals fünf Monate nach dem Unfallereignis, was ebenfalls gegen einen Kausalzusammenhang spreche. Es sei deshalb vom Erreichen des status quo sine spätestens vier Monate nach dem Unfallereignis auszugehen, weshalb eine Leistungseinstellung per 11. Februar 2016 nicht zu beanstanden sei (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer in der Beschwerde vom 13. September 2016 vor, gemäss der fachmedizinischen Literatur könne auch eine Prellung Auslöser einer Frozen Shoulder sein. Die Beschwerden könnten auch erst Wochen nach dem Unfall auftreten. Die Unfallkausalität sei daher nicht bloss deshalb ausgeschlossen, weil in der Zeit nach dem Unfall noch keine Schulterbeschwerden festgestellt worden seien. Die Kreisärzte hätten keine Stellung genommen zur Frozen Shoulder. Dr. E. ___ habe die Unfallkausalität aber klar bejaht (Urk. 2).

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort vom 20. Dezember 2016 verwies die Beschwerdegegnerin auf die von ihr nach der Beschwerdeerhebung veranlasste orthopädisch-chirurgische Beurteilung von Dr. C. ___, welche nachvollziehbar und schlüssig sei (Urk. 9).

E. 2.4

In der Replik vom 6. März 2017 brachte der Beschwerdeführer vor, es sei eine gerichtliche Begutachtung zu veranlassen. Es bestünden erhebliche Zweifel an den Aktenbeurteilungen der Kreisärzte Z. ___ und B. ___. Im Übrigen sei auch eine indirekte Unfallfolge durch eine Schonhaltung kausal. Der Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt worden, weshalb die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt habe (Urk. 14).

E. 3.1

Im Bericht vom 17. August 2015 über die Erstbehandlung vom 9. Juli 2015 hielt med. pract. F. ___, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, die Diagnosen 1) Motorradunfall mit diversen schmerzhaften Prellungen und 2) Anpassungsstörung fest. Er verneinte ossäre Läsionen unter Hinweis auf den Röntgenbefund (Urk. 10/13, vgl. auch Urk. 10/33 S. 2: „Über Schulter links Schürfwunde oberflächlich“).

E. 3.2

In der Stellungnahme vom 1. Oktober 2015 hielt Kreisarzt med. pract. Z. ___ einen Fallabschluss vier Monate nach dem Unfallereignis für angebracht, somit sei beim Vorliegen der Diagnose „Prellungen“ nicht mehr von behandlungsbedürftigen Unfallfolgen auszugehen (Urk. 10/27).

E. 3.3

Im Zwischenbericht vom 24. November 2015 hielt med. pract. F. ___ fest, der Beschwerdeführer klage über zunehmende Schulterbeschwerden (Urk. 10/34).

E. 3.4

Im radiologischen Bericht vom 26. November 2015 wurde als Hauptbefund an der linken Schulter eine Partialruptur der Infraspinatussehne am muskulotendinösen Übergang mit Ödemzonen und diskreten Flüssigkeitskolektionen auf dieser Höhe genannt. Es bestehe keine Atrophie der Muskulatur. Im Übrigen sei die Rotatorenmanschette intakt. Es sei eine mässige ACG-Arthrose festgestellt worden (Urk. 10/38 S. 2).

E. 3.5

Dr. med. G. ___, Leitender Oberarzt Orthopädie an der H. ___, verwies in seinem Bericht vom 23. Dezember 2015 auf den soeben genannten Radiologiebericht (E. 3.4) und hielt fest, ein halbes Jahr nach dem Unfall persistiere eine deutliche Funktionseinbusse und Schmerzhaftigkeit der linken Schulter (dominante Seite). MR-tomographisch seien die

Befunde jedoch weitgehend unauffällig. Eine relevante Läsion der Rotatorenmanschette sei nicht erkennbar, und auch die Bizepssehne stelle sich in den Bildern vom 26. November 2015 unauffällig dar. Er empfehle vorerst eine physiotherapeutische Betreuung zwecks Haltungskorrektur und Kräftigung der Rotatorenmanschette (Urk. 10/48).

E. 3.6

Im Bericht vom 14. Januar 2016 führte Dr. G.____ aus, es sei zu einer Schmerzzunahme bei fraglicher, beginnender retrakter Kapsulitis gekommen. Aufgrund der heutigen Untersuchung erscheine eine beginnende Kapsulitis wahrscheinlich. Die Einschränkung der aktiven und endgradig auch passiven Beweglichkeit gebe Hinweise dazu. MR-tomographisch seien die Befunde vom 26. November 2015 weiterhin weitgehend unauffällig. Die Signalalteration in der Infraspinatusmuskelsehneneinheit sei erkennbar, jedoch nicht als ursächlich für die jetzt bestehende Schmerzsymptomatik zu betrachten. In der klinischen Untersuchung seien gewisse Bizepsstests ebenfalls schmerzhaft ausgefallen, so dass anhand der Skizze der Konsultation vom Dezember auch Hinweise für eine möglicherweise begleitende, instabilitätsbedingte Bizepsproblematik bestünden (Urk. 10/49).

E. 3.7

Kreisarzt med. pract. Z.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 25. Januar 2016 an seiner Beurteilung fest. Es seien nach wie vor keine unfallkausalen Veränderungen in allen bildgebenden Verfahren zu sehen (Urk. 10/51). In der Ergänzung vom 26. Januar 2016 führte er aus, die postulierte Partialruptur der Infraspinatussehne könne weder von Dr. G.____ noch von ihm im MRI nachgewiesen werden. Die Funktionseinbussen im Bereich der Schulter und die Rückenschmerzen seien somit nur möglicherweise, aber nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 5. Juli 2015 zurückzuführen. Dabei sei es demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit lediglich zu Kontusionen gekommen, welche nach allgemeiner Lehrauffassung nach circa vier Monaten abheilen würden (Urk. 10/57).

E. 3.8

Dr. A.____ stellte in seinem Bericht vom 23. Februar 2016 die Diagnose Status nach Schulterprellung links, jetzt Frozen Shoulder und Kapsulitis. Er führte sodann aus, im November habe man eine MR-Untersuchung durchgeführt und es zeige sich eine mögliche Partialruptur der Infraspinatussehne. Er habe den Beschwerdeführer am 17. und 23. Februar 2016 in seiner Sprechstunde gesehen. Es zeige sich eine massiv eingeschränkte Schulterbeweglichkeit links, einer Frozen Shoulder und einer Kapsulitis entsprechend. Er habe den Beschwerdeführer an Dr. E.____ überwiesen (Urk. 10/69).

E. 3.9

Kreisarzt med. pract. Z.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 24. Februar 2016 fest, die Aussage von Dr. A.____ ändere nichts, sei nicht zielführend und bringe keine Neuigkeiten (Urk. 10/71).

E. 3.10

Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, führte in seinem Bericht vom 3. März 2016 die folgende Diagnose auf (Urk. 10/78 S. 2): - Status nach Schulterkontusion links im Rahmen eines Motorradunfalles 5.7.2015 sowie Zweitereignis mit erneuter Schulterdistorsion 12/2015 mit - fraglicher Partialruptur muskulotendinöser Übergang

infraspinatus, reaktive Kapsulitis - Status nach Clavicula-Osteosynthese vor Jahren inkl. OSME - Status nach wahrscheinlich glenohumeraler Steroidinfiltration durch Kollege E.____ 24.2.2016 Dr. D.____ hielt sodann fest, die von Dr. E.____ durchgeführte Infiltration habe die Beschwerdesymptomatik verbessert, jedoch die Beweglichkeit nur unwesentlich, sodass heute nochmals das Problem der Kapsulitis definiert werde. Es werde eine physiotherapeutische Betreuung unter Durchführung von Heimübungen zur Verbesserung der eingeschränkten Schulterfunktionalität empfohlen (Urk. 10/78).

E. 3.11

Kreisarzt Dr. B.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 11. März 2016 fest, die anfänglich beschriebene Läsion der Infraspinatussehne könne nicht bestätigt werden. Die Ausführungen von Dr. A.____, wonach eine mögliche Partiaruptur vorliege, vermöchten nicht zu überzeugen. Der status quo sine sei Mitte Oktober 2015 erreicht gewesen (Urk. 10/82).

E. 4

Zunächst ist in Erinnerung zu rufen, dass die blosser Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfallereignis und den in der Folge auftretenden Beschwerden für die Bejahung der Leistungspflicht eines Unfallversicherers nicht genügt. Es gilt das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. In diesem Sinne kam die Beschwerdegegnerin in Würdigung der vorhandenen Akten (E. 3) zu Recht zum Schluss, dass spätestens vier Monate nach dem Unfall vom Erreichen des status quo sine auszugehen sei, zumal sich der Beschwerdeführer beim Unfall lediglich Prellungen zugezogen habe; es kann auf die entsprechende Begründung (vgl. E. 2.1 vorne) verwiesen werden. Die Berichte der behandelnden Ärzte enthalten jedenfalls keine Aussagen über einen möglichen Kausalzusammenhang, weshalb aus diesen nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers abzuleiten ist (vgl. E. 3.1, E. 3.3-3.6, E. 3.8 und E. 3.10). Insbesondere lässt auch die Diagnose „Status nach“ keine Rückschlüsse auf das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zu. Die Argumentation nach der Formel „post hoc ergo propter hoc“, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Beweis natürlicher Kausalzusammenhänge nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb., Urteil des Bundesgerichts 8 C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass sich am 23. Dezember 2015 ein weiterer Unfall ereignet haben soll. Der Beschwerdeführer sei auf öligem Boden ausgerutscht und auf den Rücken gefallen. Die Beschwerdegegnerin schloss diesen Fall (Schaden-Nr. 23.11493.16.0) allerdings mit Schreiben vom 23. Februar 2016 ab, da bezüglich Lumbago keine Behandlungen mehr notwendig gewesen seien (Urk. 2 S. 2). Im vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. August 2016 führte die Beschwerdegegnerin diesbezüglich aus, dem Vorbringen des Beschwerdeführers, die Schulterbeschwerden könnten auch durch den Unfall vom 23. Dezember 2015 verstärkt worden sein, sei entgegen zuhalten, dass in sämtlichen Berichten diesen Unfall betreffend von lumbalen Beschwerden die Rede gewesen sei. Zudem sei seltsam, dass der Unfall vom 23. Dezember 2015 anlässlich des Arztbesuches vom gleichen Tag bei Dr. G.____ nicht erwähnt beziehungsweise im entsprechenden Bericht nicht aufgeführt worden sei (Urk. 2 S. 8). Da der Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht mehr behauptete, durch den Unfall vom 23. Dezember 2015 sei es zu einer Verschlimmerung gekommen, erübrigt es sich, die entsprechenden Akten beizuziehen.

E. 5.1.1

Der Beschwerdeführer reichte im Beschwerdeverfahren neue Berichte ein. Dabei handelt es sich um einen Bericht von Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 24. Februar 2016 (Urk. 3/4) und einen Bericht der I.____ vom 11. Juli 2016 (Urk. 3/3).

E. 5.1.2

Dr. E.____ hielt in seinem Bericht fest (Urk. 3/4), an der Diagnose einer Frozen Shoulder bestehe aufgrund der klinischen Untersuchung kein Zweifel. Der Befund sei schwer, denn im betroffenen Glenohumeralgelenk seien passiv nur noch kleinamplitudige Bewegungen möglich mit endgradig aufkommenden massiven Kapselschmerzen. Zweifellos sei die Schulterankylose auf die im Juli 2015 erlittene Schulterprellung zurückzuführen. Für eine intrinsische Ursache, beispielsweise eine intratendinöse Verkalkung oder für Rupturen der Sehnen ergäben sich heute so nicht grafisch keine Hinweise. Die im Bericht (von Dr. A.____) erwähnte

Partialruptur der Infraspinatussehne könne nicht bestätigt werden. Es sei eine intraartikuläre Steroid-Infiltration durchgeführt worden, welche bei guter Wirkung wiederholt werden könne. Die Physiotherapie sollte im Sinne einer Unterstützung ebenfalls weitergeführt werden, insbesondere um allfällige Kollateralschäden der Schulterankylose, die sich vor allem aus einer Überlastung der periscapulären Muskulatur ergebe, abzufangen.

E. 5.1.3

Im Bericht der I.____ vom 11. Juli 2016 (Urk. 3/3) wurde ausgeführt, klinisch imponiere ein subacromiales Impingement bei Verdacht auf eine traumatische Bursitis subacromialis. Zudem bestehe eine leichte Frozen Shoulder nach der Verletzung vom 5. Juli 2015. Im MRI vom 26. November 2015 sei eine leichte Infraspinatussehnen-Läsion erkennbar.

E. 5.2.1

Die Beschwerdegegnerin legte die Akten im Beschwerdeverfahren Dr. C.____ vor. Dieser erstattete seine Beurteilung am 16. November 2016 (Urk. 10/108).

E. 5.2.2

Zunächst ging Dr. C.____ darin auf die Begriffe einer Kapsulitis, einer Frozen Shoulder, eines subacromialen Impingement und einer Bursitis subacromialis ein. Da diese Ausführungen dem besseren Verständnis im vorliegenden Fall dienen, werden sie hier wiedergegeben (Urk. 10/108 S. 2 f.): Die Entität der Frozen Shoulder, welche auch als adhäsive Kapsulitis bezeichnet werde, gelte als eine der am häufigsten auftretenden und gleichzeitig am wenigsten verstandenen Pathologien des Schultergelenkes. Grundlage des physiologisch sehr grossen Bewegungsumfanges dieses Gelenkes sei die hauptsächlich durch Weichteile, wie Sehnen und Bänder, gewährleistete Führung - im Gegensatz beispielsweise zu dem hauptsächlich knöchern geführten Hüftgelenk. Die normale Funktion des Schultergelenkes ergebe sich daher aus der Balance zwischen zu starker Beweglichkeit (Instabilität) und dessen Gegenteil, also einer Minderbeweglichkeit. Eine adhäsive Kapsulitis, bildhaft

auch als eingefrorene Schulter bezeichnet, sei der häufigste Grund für eine schmerzhaft bewegungseinschränkende Bewegungseinschränkung. Diese sei charakterisiert durch eine entzündlich bedingte Schrumpfung der Kapsel und weiterer Weichteile, welche das verfügbare intraartikuläre Volumen verringere. In den meisten Fällen einer Frozen Shoulder sei ein zugrunde

liegender Auslöser nicht erkennbar und damit die Diagnose "primär". Eine Häufung einer primären Frozen Shoulder finde sich bei Personen zwischen 40 und 60 Lebensjahren. Betroffen sei meist die nicht dominante Seite, und die in der Literatur beschriebenen Fälle würden sich gehäuft links abspielen. Davon würden Fälle abgegrenzt, welche als Folge einer bekannten intrinsischen, extrinsischen oder systemischen Pathologie - und damit als sekundär bezeichnet - betrachtet würden. Hierunter würden auch Traumata fallen, insbesondere, wenn diese eine Ruhigstellung folge. Nach Cyffka (R. Cyffka, Die adhäsive Kapsulitis des Schultergelenkes – Eine gutachterliche Herausforderung?, in: Der medizinische Sachverständige 4: S. 188-191, Gentner 2015)

gehe der posttraumatischen Schultersteife immer ein auslösendes Ereignis in zeitlich fassbarem Zusammenhang voraus. Die posttraumatische sekundäre adhäsive Kapsulitis komme nach Frakturen im Schulterbereich, Weichteilverletzungen, Schädelhirntraumen und nach Intensivtherapie mit Langzeitbeatmung vor. In jedem Fall müsse ein Störfaktor in zeitlich fassbarem Zusammenhang vorliegen. Im Weiteren präzisiere

Cyffka, bei der sekundären adhäsiven Kapsulitis liege immer eine unphysiologische äussere Einwirkung zeitnah zum Eintritt der Schultersteife vor. Eine Brückensymptomatik mit entsprechenden ärztlichen Behandlungsberichten über das äussere Ereignis bis zum Eintritt der sekundären adhäsiven Kapsulitis sei zu fordern. Ein Impingement beschreibe eine Einengung des subacromialen Raumes

und könne diesen

zum Beispiel durch vom Schulterdach ausgehende Behinderungen betreffen, wie knöcherne Vorsprünge (Osteophyten) an der Unterfläche des Schulterdaches oder am seitlichen Schlüsselbeinende. Letztere könnten in Folge verschleissbedingter Veränderungen des Schultergelenkes sein. Symptomatisch werde das Engpasssyndrom durch mechanische Faktoren verursacht, also durch eine die Enge bedingte Entzündung eines hier gelegenen Schleimbeutels (Bursitis subacromialis) und Behinderung der hindurch gleitenden Sehne des M. supraspinatus. Ursache sei somit eine Verengung eines anatomisch vorgegebenen Raumes, die nicht plötzlich durch eine Gewalteinwirkung entstehe, sondern die sich über einen längeren Zeitraum entwickle.

E. 5.2.3

Dr. C. ging schliesslich auf den vorliegend zu beurteilenden Fall ein und hielt fest, es seien durch verschiedene Ärzte verschiedene Diagnosen gestellt worden: Kernspintomographisch nach Untersuchung vom 26. November 2015 eine teilweise Zerreissung der Rotatorenmanschette ("Partialruptur der Infraspinatussehne"), klinisch nach Untersuchung durch Dr. G. vom 14. Januar 2016 eine Frozen Shoulder ("beginnende Kapsulitis"), klinisch nach Untersuchung im I. vom 11. Juli 2016 ein Engpasssyndrom ("subacromiales Impingement bei Verdacht auf eine traumatische Bursitis subacromialis"). Beschwerden im Bereich der linken Schulter seien erstmalig in einem ärztlichen Zeugnis vom 24. November 2015, also 4 1/2 Monate nach dem Unfallereignis vom 5. Juli 2015, genannt worden. Zeitnah zu dem Geschehen, also vier, respektive fünf Tage nach dem Unfall, sei eine "Schürfung" der linken Schulter bei freier Gelenkbeweglichkeit dokumentiert worden (vgl. Urk. 10/33). Wäre es durch das Geschehen vom 5. Juli 2015 zu einer strukturellen Verletzung des linken Schultergelenkes, speziell der Infraspinatussehne als Teil der Rotatorenmanschette gekommen, hätte dies zu einer sofortigen erheblichen Schmerzhaftigkeit und einem Funktionsverlust geführt. Das

Kernspintogramm vom 26. November 2015 werde von dem Schulter spezialisten Dr. G.____ mit Bericht vom 23. Dezember 2015 sorgfältig befundet: "Intakte Rotatorenmanschette. Unauffällige Muskelqualität und Quantität. Eine relevante Partia lläsion im Infra- aber auch im Supraspinatussehnenbereich erkenne ich nicht". Am 14. Januar 2016 werde die Bildgebung ebenso als "weit gehend unauffällig" bewertet. Auch nach persönlicher Einsichtnahme in die vorliegenden Dokumente sei diese Interpretation zu stützen und die in dem radiologischen Befundbericht beschriebene "Partialruptur der Infraspinatus sehne" nicht nachzuvollziehen. Bestätigt werde dies durch die sonographische Untersuchung am 24. Februar 2016 von Dr. E.____, der die Rotatorenmanschette als normal befundet und eine pathologische Auffälligkeit im Bereich der Infraspinatussehne ausdrücklich verneint habe. Eine Verletzung der Rotatorenmanschette durch das Ereignis vom 5. Juli 2015 sei somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen (Urk. 10/108 S. 4). Weiter führte Dr. C.____ aus, die erste Konsultation bei Dr. G.____ am 23. Dezember 2015 ergebe ausdrücklich keinen Befund einer Kapselsteifigkeit. Erst nach Untersuchung am 14. Januar 2016, also nach inzwischen einem halben Jahr erscheine "eine beginnende Kapsulitis wahrscheinlich". Die Entwicklung einer sekundären Frozen Shoulder habe primär eine unphysiologische äussere Einwirkung als Ursache zur Voraussetzung; und dies zeitnah zum Eintritt der Schultersteife. In dem vorliegenden Fall werde zwar eine oberflächliche Schürfung im Bereich der linken Schulter angegeben, Hinweise auf eine Beschwerdebhaftigkeit oder auf pathologische Untersuchungsbefunde zeitnah zu dem zur Diskussion stehenden Ereignis seien

jedoch nicht dokumentiert. Eine in der Literatur geforderte Brückensymptomatik mit entsprechenden ärztlichen Behandlungsberichten über das äussere Ereignis bis zum Eintritt der sekundären adhäsiven Kapsulitis sei somit nicht gegeben. Eine sekundäre Frozen Shoulder als Folge des Ereignisses vom 5. Juli 2015 sei daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht eingetreten (Urk. 10/108 S. 4 f.). Schliesslich führte Dr. C.____ aus, ein Jahr nach dem zur Diskussion stehenden Unfallgeschehen werde durch die Ärzte des I.____ nach Untersuchung vom 11. Juli 2016 die Diagnose eines subacromialen Impingements links gestellt. Wie oben dargelegt, sei hierunter ein Engpasssyndrom zu verstehen, welches zu schmerzhaften Veränderungen von im subacromialen Raum gelegenen anatomischen Strukturen führen könne. Selbst unter der Annahme, dass die mit ärztlichem Zeugnis vom 24. November 2015 erstmalig über vier Monate nach dem Ereignis dokumentierten Schulterbeschwerden Ausdruck eines symptomatischen subacromialen Impingements gewesen wären, sei nach dieser zeitlichen Latenz ein kausaler Zusammenhang unwahrscheinlich (Urk. 10/108 S. 5). Dr. C.____ kam in der Folge zum Schluss, zusammenfassend sei es durch das Unfallereignis vom 5. Juli 2015 bis auf eine oberflächliche Hautschürfung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen primären Verletzungen oder sekundären Folgen im Bereich der linken Schulter gekommen. Die anatomischen Begebenheiten, wie sie ein Jahr später zu der Diagnose eines subacromialen Impingements geführt hätten, hätten bereits zuvor bestanden. Da es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keiner unfallbedingten Verschlimmerung dieses Vorzustandes gekommen sei, sei auch die Frage eines Status quo sine oder ante nicht zu beantworten. Folgen des Unfallereignisses vom 5. Juli 2015 im Bereich der linken Schulter im Sinne der oberflächlichen Hautschürfung hätten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens nach vier Monaten nicht mehr vor gelegen (Urk. 10/108 S. 5).

E. 5.3

Dr. C.____, welcher sich mit den vorliegenden Akten eingehend auseinandersetzt, schilderte anschaulich und nachvollziehbar, weshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 5. Juli 2015 und den Schulterbeschwerden links auszugehen ist. Auf seine ausführliche und umfassende Beurteilung, welche sich mit den übrigen kreisärztlichen Einschätzungen deckt, ist deshalb abzustellen. Er legte sodann auch einleuchtend dar, weshalb die Annahme von Dr. E.____, die Schulter symptomatisch sei auf den Unfall vom 5. Juli 2015 zurückzuführen, nicht überzeuge. Weitere Aufschlüsse sind von der Einholung eines Gerichtsgutachtens nicht zu erwarten.

E. 6

Nach dem Gesagten

erweist sich die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 11. Februar 2016 als rechtmässig, weshalb ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf Taggeldleistungen oder Heilungs- und Reisekosten über diesen Zeitpunkt hinaus zu verneinen ist. Mangels Kausalzusammenhangs beziehungsweise unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit besteht sodann auch kein Anspruch auf weitere Leistungen der Unfallversicherung. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Loher - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diese Entscheidung 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 Muraro

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