

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00023

vom 22. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00023

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00023 du 22 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00023 del 22 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1956 geborene X.____ war ab dem 1. November 1982 bei der Stadtverwaltung Y.____, als Gartenarbeiter vollzeitlich angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 13. Juni 2016 meldete die Stadtverwaltung, der Versicherte habe sich am 13. Mai 2016 in Tunesien in einem Ferienhotel beim Wasserballspielen an der rechten Schulter verletzt; ein junger Mitspieler sei ihm auf die rechte Schulter gefallen (Bagatellunfallmeldung, Urk. 7/1). Ab dem 13. Juni 2016 wurde ihm aufgrund von zunehmenden Schmerzen in der rechten Schulter, welche sich in der Folge auf eine ausgedehnte Rotatorenmanschettenläsion zurückführen liessen (vgl. Arthro-MRI vom 16. Juni 2016; Urk. 7/11), eine 50%ige (Urk. 7/8 und Urk. 7/3) und ab dem 30. Juni 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 7/15). Die Suva kam für die Heilbehandlungskosten auf

und erbrachte Taggeldleistungen. Kreisarzt Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Chirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 8. September 2016 fest, der Unfallhergang sei nicht geeignet, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen; das MRI zeige auch ausschliesslich degenerative Veränderungen. Es sei vom Erreichen eines status quo sine am 16. Juni 2016 auszugehen (Urk. 7/17). Mit Schreiben vom 20. September 2016 teilte die Suva dem Versicherten mit, zufolge Erreichens des status quo sine per 16. Juni 2016 würden die Versicherungsleistungen auf diesen Zeitpunkt hin eingestellt (Urk. 7/22). Damit erklärte sich der Versicherte nicht einverstanden (Urk. 7/24). Am 27. September 2016 nahm der Kreisarzt Dr. Z.____ eine Aktenbeurteilung vor (Urk. 7/28) und mit Verfügung vom 25. Oktober 2016 stellte die Suva ihre Versicherungsleistungen per 18. Juli 2016 ein (Urk. 7/37; vgl. auch Urk. 7/30 sowie Urk. 7/34 f.). Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 18. November 2016 Einsprache (Urk. 7/41), welche die Suva mit Entscheid vom 22. Dezember 2016 abwies (Urk. 2 [= Urk. 7/49]).

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). Dem entsprechend 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 13. Mai 2016 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). 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 un mittelbare 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. 1.3.2

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 blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hier bei 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. 1.3.3

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 Beweispflichtung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b in fine S. 264 mit Hinweisen).

E. 1.4.1

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 (Anamnese) abgegeben worden ist,

in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet und nachvollziehbar sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert 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 versicherter Ärztinnen und Ärzten kommt rechtsprechungsgemäss zwar nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als keine Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7).

E. 1.4.2

Die Rechtsprechung geht in Bezug auf die Würdigung von ärztlichen Berichten, welche die Suva im Administrativverfahren einholt, seit je davon aus, dass die Anstalt, solange sie in einem konkreten Fall noch nicht Prozesspartei ist, als Verwaltungsorgan dem Gesetzesvollzug dient. Wenn die von der Suva beauftragten Ärzte und Ärztinnen zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, darf das Gericht in seiner Beweiswürdigung auch solchen Gutachten folgen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 104 V 209 E. c; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312).

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 27. Januar 2017 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Sache sei an die Beschwerdegegnerin zur Klärung des medizinischen Sachverhalts und zur Fällung eines neuen Entscheids

zurückzuweisen; eventuell sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen über den 18. Juli 2016 hinaus zu erbringen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 16. Februar 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 20. Februar 2017 angezeigt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, gemäss schlüssiger Beurteilung des Kreisarztes sei eine Schulterprellung nicht geeignet, eine Rotatorenmanschette zu zerreißen. Eine Leistungspflicht bestehe lediglich für die Schulterprellung selbst, welche spätestens am 18. Juli 2016 wieder abgeheilt gewesen sein müsse. Die danach bestehenden Schulterbeschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativer Natur (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, Dr. A.____ habe nicht bloss eine Ruptur der Supraspinatussehne diagnostiziert, wie dies die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid behauptete, sondern eine vollständigere Ruptur der Supraspinatussehne. Die vom Kreisarzt verneinte Eignung des Unfalles zur Verursachung einer Rotatorenmanschetten - Ruptur sowie die Beurteilung, das MRI zeige ausschliesslich degenerative Veränderungen, sei völlig unbegründet geblieben und damit für den Rechtsanwender nicht im geringsten nachvollziehbar; dieser Beurteilung (vom 8. September 2016) komme daher von vornherein keine beweisbildende Bedeutung zu.

Gleiches gelte auch für die gleichzeitig erfolgte kreisärztliche Behandlung, der status quo sine sei am 16.

Juni 2016 erreicht worden. Es sei doch interessant zu erfahren, weshalb nach Meinung des im Solde der Beschwerdegegnerin stehenden – und damit nicht unabhängigen – Kreisarztes gerade am 16.

Juni 2016 derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf des – vom Beschwerdeführer bestrittenen – krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall vom 13. Mai 2016 früher oder später eingestellt hätte, hätte erreicht werden sollen. Weshalb die Beschwerdegegnerin gleichwohl auf diese nicht beweisbildende Arztmeinung vom 8. September 2016 abgestellt und die Leistungen am 20. September 2016 formlos eingestellt habe, sei im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht von Interesse, zeige

„, aber die feindliche Haltung der Suva gegenüber ihren Versicherten mit erschreckender Deutlichkeit“ (Urk. 1 S. 3). Sodann brachte der Beschwerdeführer vor, die Beschwerdegegnerin habe sich nie über den genauen Unfallhergang erkundigt und der Kreisarzt habe es auch nicht für notwendig erachtet, den Beschwerdeführer persönlich zu untersuchen und zu befragen. Auch eine eingehende Anamneseerhebung finde sich im gesamten medizinischen Dossier nicht. Umso mehr wäre die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen, den Beschwerdeführer eingehend untersuchen zu lassen. Insbesondere sei bezüglich des Zusammenpralls vom 13. Mai 2016 offen, ob es allenfalls zu einer starken Zugbelastung bei gewaltsamer Rotation des rechten Armes gekommen sei. Es sei sodann nicht schlüssig, dass der Kreisarzt auch die vollständige Ruptur auf den degenerativen Vorzustand zurückführe, ohne Überlegungen dazu anzustellen, weshalb die rechte Schulter des Beschwerdeführers vor dem 13. Mai 2016 gleichwohl voll einsatzfähig gewesen sei und er nicht über Schulterschmerzen geklagt habe. Es bestünden daher erhebliche Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung (Urk. 1 S. 3-5).

E. 2.3

Den nachstehenden Erwägungen ist vorzuschicken, dass – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – in der Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin keine versichertenfeindliche Haltung zu erkennen ist. Sie vertraute zunächst auf die knappe Einschätzung des Kreisarztes vom 8. September 2016 (Urk. 7/22), holte dann aber nach Mitteilung des Beschwerdeführers, er sei mit einer Leistungseinstellung nicht einverstanden (Urk. 7/24), eine ausführlichere Stellungnahme des Kreisarztes ein (Urk. 7/27).

E. 3.1

Im Bericht vom 21. Juli 2016 von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, über die Erstbehandlung vom 30. Mai 2016 sowie den weiteren Verlauf (Untersuchungen vom 13., 15. und 20. Juni sowie vom 11. Juli 2016) wurde Folgendes festgehalten (Urk. 7/8 S. 2 f.): Der Beschwerdeführer habe anlässlich der Behandlung vom 30. Mai 2016 geschildert, er habe in den Ferien Ball gespielt und ein Gegner sei ihm gegen die rechte Schulter geprallt. Das sei Mitte Mai geschehen. Seither habe er immer Schmerzen. Bei der Untersuchung habe sich eine sehr gute Globalfunktion gezeigt bei maximaler Abduktion. Beim Schürzengriff bestünden etwas Schmerzen im rechten Schultergelenk. Über der anterioren Schultergelenksregion bestünden minime Druckdolenzen. Sämtliche Muskelprüfungsteste seien praktisch ohne Probleme möglich. Dr. B.____ stellte schliesslich die Diagnose „Status nach Kontusion der rechten Schulter am 13. Mai 2016“. Am 13. Juni

2016 hielt Dr. B.____ fest, der Beschwerdeführer klagte über zunehmende Schmerzen in der rechten Schulter seit dem Unfall vor einem Monat. Röntgenologisch liessen sich keine ossären Läsionen feststellen. Es sei von einer Rotatorenmanschetten -Zerrung rechts am 13. Mai 2016 auszugehen. Ab sofort sei dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren, und es sei eine Sonographie der rechten Schulter durchzuführen. Am 14. Juni 2016 notierte Dr. B.____, die Sonographie habe eine beachtliche Rotatorenmanschetten -Ruptur gezeigt, dazu eine Bursitis. Mit dem Beschwerdeführer wurde dieses Ergebnis am 15. Juni 2016 besprochen und vereinbart, es werde zusätzlich ein Arthro -MRI angefertigt. Anlässlich der Sprechstunde vom 20. Juni 2016 hielt Dr. B.____ fest, das Arthro -MRI (vgl. auch Urk. 7/11) habe folgendes ergeben: - Rotatorenmanschetten -Ruptur rechts - Ruptur der Supraspinatussehne und ausgeprägte Partialruptur der anterioren Infraspinatussehne (Arthro -MR 16.6.2016) - Ausgeprägte Bursitis subacromialis - Verdacht auf Impingement Zur Sprechstunde vom 11. Juli 2016 führte Dr. B.____ aus, die Schulter werde am 12. September 2016 (und nicht am 12. Juli 2016) operiert, man gehe vorerst noch in die Ferien.

E. 3.2

Im Bericht des Spitals O.____ (O.____) vom 30. Juni 2016 (Urk. 7/8 S. 4-5) wurde festgehalten, es bestehe eine ausgedehnte Rotatorenmanschettenläsion mit Komplettruptur der Supraspinatussehne und Übergang der Läsion auf die kraniale Infraspinatussehne , begleitet von einer Tendinopathie der Bizepssehne. Der Beschwerdeführer habe berichtet, Mitte Mai im Rahmen eines Wasserballspiels kräftig mit einem Kollegen zusammengeprallt zu sein. Seither würden belastungsabhängige Schulterschmerzen persistieren, vor allem oberhalb der Horizontalen, zum Teil auch Nachtschmerzen. In der klinischen Untersuchung zeige sich ein muskelkräftiger Patient, die Beweglichkeit sei weitgehend symmetrisch erhalten.

E. 3.3

In der Stellungnahme vom 8. September 2016 hielt Kreisarzt Dr. Z.____ fest, der Unfallhergang sei nicht geeignet, eine Rotatorenmanschetten -Ruptur zu verursachen und das MRI zeige ausschliesslich degenerative Veränderungen. Der status quo sine sei am 16. Juni 2016 erreicht (Urk. 7/17).

E. 3.4

In der Aktenbeurteilung vom 27. September 2016 führte Kreisarzt Dr. Z.____ sodann aus, ein direktes Trauma sei nicht geeignet, eine Rotatorenmanschette zu zerreißen. Den isolierten, ausschliesslich traumatischen Supraspinatussehnenriss gebe es nicht. In Frage komme allein ein Verletzungsmechanismus im Sinne der wesentlichen Teilursache bei bestehender Degeneration. Eine isolierte Verletzung der Rotatorenmanschette sei die Ausnahme; werde hingegen das Schultergelenk in seiner Gesamtheit geschädigt, könne es zur Mitverletzung der Rotatorenmanschette kommen. Als ungeeignete Hergänge würden die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) sowie aktive Tätigkeiten, die zu einer abrupten, aber planmässigen Muskelkontraktion führten und plötzliche Muskelanspannungen in den Muskeln der Rotatorenmanschette angehen. Nur Bewegungen im Schultergelenk mit Zugbelastung der Rotatorenmanschette könnten diese zerreißen, in erster Linie Rotationsbewegungen oder auch Abspreizbewegungen . Als geeigneter Unfallmechanismus werde zum Beispiel das massive plötzliche Rückwärtsreißen oder Heranführen des Arms (zum Beispiel bei einem Absturz beim

Fensterputzen mit noch Festhalten der Hand und/oder eine starke Zugbelastung bei gewaltsamer Rotation des Armes) gesehen. Im MRT vom 16. Juni 2016 hätten sich ausschliesslich degenerative Veränderungen gezeigt, eine SLAP I-Läsion sei definitionsgemäss degenerativer Natur (Urk. 7/28).

E. 4.1

Was den Unfallhergang anbelangt, ist – angesichts der einheitlichen Schilderung des Beschwerdeführers gegenüber seiner Arbeitgeberin und seinen behandelnden Ärzten (vgl. die Bagatellunfallmeldung vom 13. Juni 2016 [Urk. 7/1] sowie E. 3.1 und E. 3.2) – nicht ersichtlich, weshalb weitere Abklärungen zum genauen Ablauf des Zusammenstosses hätten vorgenommen werden sollen (vgl. das Vorbringen in Urk. 1 S. 3). Es wurde von einem Zusammenstoss mit einem Kollegen beim Wasserballspiel beziehungsweise von einem Schulteranprall berichtet. Praxisgemäss stellen die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die „Aussagen der ersten Stunde“ ab, denen in beweis mässiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis). Selbst wenn der Beschwerdeführer also neu angeben würde, es sei zu einer starken Zugbelastung gekommen, wäre bloss von einem Schulteranprall auszugehen. Doch nicht einmal in seiner Beschwerde vom 27. Januar 2017 berichtete der Beschwerdeführer von einer starken Zugbelastung. Vor diesem Hintergrund ist ein derartiger Bewegungsablauf somit nicht erstellt.

E. 4.2

Gemäss der S2e-Leitlinie „Rotatorenmanschette“ (Registernummer: 033–041, Version März 2017) der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in Deutschland (zu finden auf www.awmf.org) können unfallbedingte Rupturen der Rotatorenmanschette durch potenziell geeignete Verletzungsmechanismen entstehen. Dabei handelt es sich um exzentrische Belastungen kontrahierter Anteile der Rotatorenmanschette (z.B. bei passiv forcierter Aussen- oder Innenrotation beim Festhalten im Rahmen eines Sturzes), passive Traktionen nach kaudal (z.B. beim Auffangen eines schweren Gegenstandes) oder axiale Stauchungen nach kranioventral oder ventromedial (z.B. bei einem Sturz auf den nach hinten gestreckten Arm). Alternativ kommt es bei älteren Patienten im Rahmen traumatischer Schultergelenkluxationen typischerweise zu Rupturen der Supraspinatus- und/oder Subscapularissehne (S. 7 der Leitlinie). Vorliegend liegt weder einer der oben beschriebenen Verletzungsmechanismen noch eine Schulterluxation vor, sondern ein simpler Anprall der Schulter. Ein solcher ist nach einhelliger fachärztlicher Ansicht aber nicht geeignet, eine Verletzung der Rotatorenmanschette zu bewirken (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_100/2016 vom 17. Mai 2016 E. 5 mit Hinweisen), erst recht keine Komplettruptur der Supraspinatussehne. Kommt hinzu, dass beim im Jahr 2016 60-jährigen Beschwerdeführer, welcher langjährig als Gartenarbeiter tätig war (Urk. 7/1) und der gemäss eigenen Angaben regelmässig Sport trieb (Urk. 7/26) – offensichtlich auch Wasserball –, ausschliesslich degenerative Veränderungen festgestellt werden konnten (E. 3.3 f.). Eine denkbare Ursache für einen Rotatorenschaden ist unter anderem der Überlastungsschaden „overuse“ beim Sportler. Hier steht die Werferschulter wegen eines internen Impingements im Vordergrund (vgl. Harald Hempfling /

Veit Krenn, Schadenbeurteilung am Bewegungssystem, Band 2 : Meniskus, Diskus, Bandscheiben, Labrum, Ligamente, Sehnen , Berlin/Boston 2017, S. 657 f.). Sogar bei jungen Überkopfsportlern können strukturelle Schäden an der Rotatorenmanschette (Partialläsionen) im Sinne eines repetitiven Überlastungsschadens (durch repetitive Mikrotraumen) bei sogenannten internen Impingementformen („Posteriores Impingement“, „Anteriores

Impingement“) auftreten (S2e-Leitlinie „Rotatorenmanschette“, a.a.O., S. 6). Umso wahrscheinlicher ist ein Überlastungsschaden beim 60-jährigen Beschwerdeführer, was auch die MR-Arthrographie der rechten Schulter vom 16. Juni 2016 vermuten lässt; bei einer ausgeprägten Bursitis subacromialis und deltoidea liegt gemäss Beurteilung von Dr. A.____ wahrscheinlich ein chronisches subakromiales

Impingement vor (Urk. 7/11). Das Alter des Beschwerdeführers ist somit auch eine Erklärung für die vollständige und nicht bloss partielle Ruptur der Supraspinatussehne. Es erhellt deshalb nicht, worauf der Beschwerdeführer hinaus

will, wenn er argumentiert, es sei aus der medizinischen Literatur zwar bekannt, dass Partialrupturen in der Rotatorenmanschette schwerwiegend auf degenerative Vorgänge zurückzuführen seien, vorliegend sei es jedoch zu einer ausgedehnten transmuralen Läsion der Supraspinatussehne mit Übergang der Läsion auf die kraniale Infrapinatussehne gekommen (Urk. 1 S. 4).

E. 4.3

Dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall beschwerdefrei und voll einsatzfähig gewesen sein soll, ist denkbar. Damit vermag er allerdings aufgrund der Unzulässigkeit der Formel „post hoc ergo propter hoc“ nichts zu seinen Gunsten darzutun. Die Argumentation, eine gesundheitliche Schädigung gelte bereits des halb als durch den Unfall verursacht, weil sie nach diesem aufgetreten sei, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Beweis natürlicher Kausalzusammenhänge nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb., Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). Ausserdem sind 75 % aller Rotatorendefekte gemäss der medizinischen Literatur symptomlos (vgl. Harald Hempfling /Veit Krenn, Schadenbeurteilung am Bewegungssystem, Band 1: Grundlagen, Gelenkflächen, Osteonekrosen, Epiphysen, Impingement, Synovialis, Berlin/Boston 2016, S. 428). Unabhängig von der Entstehung eines Rotatorendefektes, sei es durch ein Unfallereignis oder auf dem Boden einer Texturstörung, schreiten Defekte in aller Regel voran und führen zu glenohumeralen Instabilitäten, da der Musculus deltoideus die Rotatorenmanschette in der Funktion nicht kompensieren kann. Die Instabilität als Folge tritt aber nur dann ein, wenn die Enden des Rotatorenkabelsystems mitbetroffen sind. Isolierte Defekte, die aber auch nicht unfallbedingt erklärbar sind, im Halbmondgebiet der Rotatorenmanschette, beeinträchtigen die Stabilität des Glenohumeralgelenkes nicht (Harald Hempfling /Veit Krenn, a.a.O., Band 2, S. 674 f.). Eine bereits bestehende Vorschädigung der Supraspinatussehne muss also nicht unbedingt mit Schmerzen einhergegangen sein. Ausserdem war der Beschwerdeführer selbst mit kompletter Ruptur der Supraspinatussehne zunächst noch in der Lage, zu 50 % zu arbeiten (Urk. 7/8 S. 2). Sodann stellte sich zumindest bis am 30. Juni 2016 bei ihm (noch) keine Einschränkung der Beweglichkeit ein (Urk. 7/8 S. 4: „Die Beweglichkeit ist weitgehend symmetrisch erhalten“).

E. 4.4

Aus juristischer Sicht ist weiter darauf hinzuweisen, dass das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darüber zu befinden hat, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung gegeben ist. Die blossige 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). Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die beim Beschwerdeführer festgestellte Schulterproblematik im Rahmen eines degenerativen Geschehens

aufgrund der langjährigen Beanspruchung durch Arbeit und Sport entstanden ist.

E. 4.5

Zuletzt ist auf die Festlegung des massgeblichen Zeitpunkts für die Annahme des Erreichens des status quo sine vel ante einzugehen. Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, der status quo sine sei am 18.

Juli 2016 und damit rund zwei Monate beziehungsweise neun Wochen nach der Schulterkontusion erreicht gewesen. Dies erscheint nachvollziehbar. Aufgrund des Umstands, dass die Schulterkontusion durch einen Anprall eines Mitspielers beim Wasserball erfolgt ist, ist nicht von einer allzu grossen Heftigkeit des Anpralls auszugehen; der Widerstand des Wassers dämpft die Geschwindigkeit beim seitlichen Aufprall. In diesem Sinne könnte mit dem Kreisarzt bereits von einem Erreichen des status quo sine am 16. Juni 2016 ausgegangen werden, zumal im MRI vom 16. Juni 2016 ausschliesslich degenerative Veränderungen sichtbar wurden und beim davor durchgeführten Röntgen keine ossären Verletzungen festgestellt werden konnten (Urk. 7/8 S. 2). Es liegen sodann keine Arztberichte vor, welche der kreisärztlichen Einschätzung widersprechen würden. In diesem Sinne ist ein Fallabschluss per 18. Juli 2016 nicht zu beanstanden.

E. 5

Nach dem Gesagten 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 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstMuraro

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