

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00162 vom 13. November 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2017.00162](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00162)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00162 du 13 novembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00162 del 13 novembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1960 geborene X.\_\_\_\_

war seit dem 4. Januar 2016 als Chauffeur bei der A.\_\_\_\_ GmbH in einem 100%-Pensum angestellt und bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 8. April 2016 mit einem schweren Paket ausrutschte und auf die rechte Schulter stürzte (Urk. 12/1 und Urk. 12/11 ). Gemäss seinen Angaben fiel ihm gleichentags zudem ein Paket auf die rechte Schulter (Urk. 12/2).

Am 12.

Mai 2016 wurde eine MRT Arthrographie des rechten Schultergelenkes durchgeführt. Diese ergab eine Partialläsion der Supraspinatussehne rechts mit aktivierter AC-Gelenksarthrose (Urk. 12/10). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen . Das Arbeitsverhältnis des Versicherten wurde von Seiten der Arbeitgeberin per 30. Juni 2016 aufgelöst (Urk. 12/79). Mit Verfügung vom 8. Juni 2016 stellte die Suva die Leistungen per 23. Mai 2016 ein (Urk. 12/19). Die dagegen erhobene Einsprache wies sie mit Entscheid vom 7.

Juni 2017 ab (Urk .

12/83 = Urk. 2).

### **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 8. April 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

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 entfiel (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

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 leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76).

#### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinerner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). Das

Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4 ). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

#### **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 5. Juli 2017 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien ihm auch nach dem 23. Mai 2016 die gesetzlichen Leistungen für den am 8. April 2016 erlittenen Unfall auszurichten. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Abklärung des Sachverhaltes zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 11. September 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 11), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 13. September 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 13).

#### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, die Veränderungen der Rotatorenmanschette und des Schultergelenks stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in kausalem Zusammenhang mit den Ereignissen vom 8. April 2016, sondern seien ausschliesslich überlastungs- beziehungsweise verschleissbedingten Veränderungen zuzuschreiben. Mit der leichten Schulterprellung sei es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativ bedingten Vorzustandes gekommen, eine richtunggebende strukturelle Veränderung resultiere im Zusammenhang mit den Unfallereignissen nicht. Der status quo sine sei spätestens zum Zeitpunkt der Erstellung der Kernspintomographie des rechten Schultergelenkes am 12. Mai 2016 und damit fünf Wochen nach den Unfallereignissen erreicht gewesen. Die Einschätzung der Operateurin Dr. B.\_\_\_\_, wonach eine frische Läsion der Supraspinatussehne vorliege,

ver möge die ausführliche und schlüssige Beurteilung des Kreisarztes nicht in Frage zu stellen (Urk. 2 S. 6 ff. ).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, die behandelnde Oberärztin am Kantonsspital C.\_\_\_\_, Dr. B.\_\_\_\_, habe überzeugend dargelegt, dass es sich um eine unfallbedingte Läsion handeln müsse. So beschreibe sie, dass es sich um eine vollständig erhaltene Muskelqualität ohne Zeichen fettiger Degeneration und mit sehr gut erhaltenem Volumen handle, was für eine frische Läsion spreche. An der Stellungnahme des Suva-Arztes bestünden erhebliche Zweifel. Darauf könne nicht abgestellt werden. Die Frage des natürlichen Kausalzusammenhanges müsse mittels Gutachten geklärt werden (Urk. 1 S.

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob über den 23. Mai 2016 hinaus Leistungen zu erbringen sind, insbesondere ob die nach diesem Zeitpunkt geklagten Beschwerden in einem Kausalzusammenhang zu den Unfallereignissen vom 8. April 2016 stehen. 3.

### **E. 3**

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

#### **E. 3.1**

Die erstbehandelnde Ärztin Dr. D.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, führte in ihrem Verlaufseintrag vom 8. April 2016 aus, gemäss subjektiven Angaben sei der Beschwerdeführer auf einem Bus-Tritt ausgerutscht und auf die rechte Schulter gefallen, seither habe er Beschwerden bei Bewegung. In objektiver Hinsicht hielt sie fest, dass an der rechten Schulter keine Hämatoeme und keine Prellmarken vorhanden gewesen seien. Die Druckdolenz habe sich über den gesamten Gelenkspalt erstreckt, es habe ein schmerzhafter Bogen in allen Ebenen bestanden und der Hinterkopfgriff sei stark eingeschränkt gewesen (Urk. 8).

#### **E. 3.2**

Die MRT Arthrographie des rechten Schultergelenkes vom 12. Mai 2016 ergab eine Tendinose

calcarea der Supraspinatussehne mit zusätzlich grösstenteils gelenkseitigem Riss mit feiner durchgehender Komponente, keine Muskelatrophie, Akromion Typ II und eine aktivierte AC-Gelenkarthrose (Urk. 12/10).

#### **E. 3.3**

Dr. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, führte in seinem Bericht vom 13. April 2016 betreffend die Untersuchung vom 11. April 2016 aus, die Untersuchung habe eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes in Elevation und Abduktion auch unter der Schulter horizontalen und verstärkt darüber gezeigt. Aktuell sei eher von einer traumatisierten Omarthrose als von einer frischen Fraktur auszugehen. Der

Beschwerdeführer scheine schon längere Zeit wegen eines thoraco -vertebralen Schmerzsyndroms in Behandlung zu stehen (Urk. 12/13 S. 2 ).

Im

Nachtrag vom 12. Mai 2016 zum Bericht vom 10. Mai 2016 hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, das MRT des rechten Schultergelenkes zeige eine relativ grosse Rotatoren man schetten-Läsion ansatznahe an der Supraspinatussehne

wohl nicht ganz frischen Datums , jedenfalls sei die benachbarte Verkalkung vorbestehend (Urk. 12/13 S. 4 ).

### **E. 3.4**

Dr. B.\_\_\_\_ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , Oberärztin an der Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Kantonsspitals

C.\_\_\_\_ , nannte in ihrem Bericht vom 30. Mai 2016 betreffend die Konsultation vom 27. Mai 2016 die Diagnose einer hochgradigen Partialläsion der Supraspinatussehne rechts mit begleitend aktiver vierter AC-Gelenkarthrose sowie Os acromiale infolge eines Sturzes am 8. April 2016. Der Beschwerdeführer habe berichtet, er sei im Rahmen seiner Arbeit in der Paketzustellung gestürzt und habe eine direkte Kontusion der rechten Schulter erlitten. Er habe anfangs noch weitergearbeitet. Infolge einer erneuten Traumatisierung beim Heben einer schweren Last habe er quasi invalidisierende Schmerzen verspürt. Im MRI der rechten Schulter bestätige sich eine hochgradige Partialläsion der Supraspinatussehne von der Gelenkseite ausgehend. Begleitend bestehe eine leichtgradige Tendinitis calcarea , eine leichte Einengung des subacromialen Raumes mit diskretem subacromialen Sporn, eine deutliche AC-Gelenksarthrose und ein kleines Os acromiale . Die restliche Rotatorenmanschette inseriere weit gehend unauffällig bis auf eine leichte Tendinopathie der ansatznahen Subscapularissehne . Die Bizepssehne

sei in der Kontinuität erhalten, mit leichter Ergussbildung im Sulcus . Diskret degenerative Veränderungen zeigten sich auch im Bereich des Labrums, im Grunde zirkumferentiell , es bestünden jedoch keine Zeichen einer relevanten Arthrose . Es zeige sich eine vollständig erhaltene Muskelqualität ohne Zeichen jeglicher fettiger Degeneration und mit sehr gut erhaltenem Volumen, was für eine frische Läsion spreche (Urk. 12/17).

### **E. 3.5**

Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seiner Stellungnahme vom 7. Juni 2016 fest, im Echtzeitbefund würden keine äusseren Verletzungszeichen wie Prellmarken, Schürfwunden, Hämatome etc. genannt. Es handle sich um eine Prellung mit vorübergehender Verschlimmerung ohne Richtungsgebung . Bei AC Arthrose sei mit einer maximalen Behandlungsdauer von sechs Wochen zu rechnen. Der Status quo sine sei erreicht (Urk. 12/16).

### **E. 3.6**

In ihrem Schreiben vom 21. Juni 2016 an die Suva führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, sie könne mit der Beurteilung des Kreisarztes nicht konform

gehen und werde dem Beschwerdeführer entsprechend empfehlen, Einsprache zu erheben. Anhand der etablierten Kriterien müsse bei dem vorliegenden MRI-Befund von einer zumindest grösstenteils frischen Verletzung im Bereich der Rotatorenmanschette, insbesondere der Supraspinatussehne ausgegangen werden. Das lasse sich daraus schliessen, dass sich eine vollständig erhaltende Muskelqualität ohne Zeichen einer fettigen Degeneration oder Atrophie zeige, was klar gegen eine degenerative Ursache der Läsion bzw. eine mehr als zwölf Wochen alte Verletzung spreche. Auch dagegen spreche, dass sich die Partialläsion gelenkseitig und nicht bursa seitig manifestiert habe, so dass eine Ätiologie durch ein allfällig begleitendes subacromiales

Impingement nicht gegeben sei. Es müsse davon ausgegangen werden, dass sich die Läsion durch den Unfall erst manifestiert habe bzw. ein allenfalls diskret vorbestehender unfallfremder Zustand sich durch das Ereignis klar verschlechtert habe

und so auch nicht von einem Status quo sine oder Status quo ante ausgegangen werden könne (Urk. 12/30).

### **E. 3.7**

In seiner Stellungnahme vom 11. August 2016 führte Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ aus, in den Erstbehandlungsberichten von Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ würden keine spezifischen Unfallzeichen wie Prellmarken, Flüssigkeitskolektionen, Hämatombildungen oder Schürfwunden dokumentiert, die für eine relevante Gewalteinwirkung auf das rechte Schultergelenk sprechen würden. Auch auf den kernspintomographischen Bildern vom 12. Mai 2016

### **E. 3.8**

Am 6. Juli 2016 wurde am Kantonsspital C.\_\_\_\_ eine diagnostische Arthroskopie der rechten Schulter sowie eine arthroskopische

Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion und Resektion des AC-Gelenkes und des Os acromiale rechts durchgeführt (Operationsbericht vom 7. Juli 2016, Urk. 12/48).

### **E. 3.9**

In seiner Stellungnahme vom 1. Dezember 2016 zum Operationsbericht vom 7. Juli 2016 hielt Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ fest, Dr. B.\_\_\_\_ beschreibe eine geflochten anmutende Struktur im Schultergelenk, welche auch für sie nicht nachvollziehbar sei. Weiter beschreibe sie ein 5 mal 5 mm grosses „Ossikel“, welches sie als knöchernen Ausriss und nicht wie der Radiologe als verkalkte Struktur des Sehnen gewebes interpretiere. Unter Bezug auf die kernspintomographischen Bilder vom 12. Mai 2016 stelle sich die von Dr. B.\_\_\_\_ beschriebene knöchernen Struktur als abgerundet dar. Frische knöchernen Ausrisse beziehungsweise Avulsionsfrakturen zeigten eine eher spitz oder scharfkantige Morphologie, abgerundete Konturen sprächen eher für eine deutlich ältere Genese.

Auch lasse ein fehlendes Ödem im Bereich des knöchernen Footprints fünf Wochen nach dem Ereignis überwiegend wahrscheinlich auf eine ältere Genese der Verkalkungsstruktur beziehungsweise des Ossikels schliessen. Auch die Beschreibung der Qualität der Sehnenmanschette mit Ausschluss einer transmuralen,

das heisst die gesamte Sehnenbreite durchgreifenden Schädigung, und damit Bestätigung einer gelenkseitigen und bursa seitigen flächigen Ausdünnung des Rotatorenmanschettenansatzes spreche überwiegend wahrscheinlich für eine degenerative

und nicht traumatisch bedingte Schädigung der Rotatorenmanschette . Auch in Kenntnis des Operationsberichtes vom 7. Juli 2016 sei von einer degenerativen Genese der sich darstellenden Veränderungen der Rotatorenmanschette bei intraoperativ bestätigtem subacromialem

Impingement , acromialem Sporn und AC-Gelenksarthrose auszu gehen (Urk. 12/54). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Leistungseinstellung im Wesentlichen auf die versicherungsinternen Stellungnahmen von Dr. F.\_\_\_\_ vom 12. August 2016 und 1. Dezember 2016. Ein medizinischer Aktenbericht als Entscheidungsgrundlage ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1 mit Hinweisen), was vorliegend der Fall ist. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kann Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. oben E. 1.3 und E. 1.4). Der Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ erfüllt die genannten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage , weshalb darauf abgestellt werden kann. In Bezug auf die Aussagen von Dr. B.\_\_\_\_ ist festzuhalten, dass diese gemäss ihren eigenen Angaben dem Beschwerdeführer empfohlen hat , Einsprache gegen die Verfügung der Beschwerdegegnerin zu erheben (vgl. Urk. 12/30 ). Damit sind ihre Aussagen als jene einer Interessenvertreterin und nicht als solche eines objektiven medizinischen Experten zu qualifizieren, so dass deren Beweiswert erheblich geschmälert ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_725/2016 vom 9. Februar 2017 E. 5.2.1 mit Hinweisen). Wie nachfolgend gezeigt wird, hat sich Dr. F.\_\_\_\_

mit den Berichten von Dr. B.\_\_\_\_ detailliert auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und überzeugend begründet .

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

kommt zum Schluss , in den Erstbehandlungsberichten von Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ seien keine spezifischen Unfallzeichen wie Prellmarken, Flüssigkeitskolektionen, Hämatome oder Schürfwunden dokumentiert worden, die für eine relevante Gewalteinwirkung auf das rechte Schultergelenk sprechen würden. Auch auf den kernspintomographischen Bildern vom 12. Mai 201

**E. 5**

f.).

**E. 6**

seien gut vier Wochen nach dem Unfallereignis keine Signalerhöhungen der das Schultergelenk bedeckenden Weichteilstrukturen oder der korrespondierenden Gelenkpartner des AC- oder Glenohumeralgelenkes sichtbar gewesen, die eine relevante Gewalteinwirkung auf das rechte Schultergelenk belegen würden . Den bildgebenden Dokumenten

seien Hinweise für degenerative Vorgänge im Bereich des Ansatzes der Rotatorenmanschette zu entnehmen. Weiter bestehe ein grenzwertig enger Subacromialraum aufgrund einer unfallunabhängigen vorbestehenden Arthrose des AC-Gelenkes mit kaudaler osteophytärer Anlagerung. Es fanden sich weder Signalerhöhungen im Bereich der korrespondierenden Gelenkpartner noch des Kapselbandapparates des AC-Gelenkes, die für eine unfallbedingte Aktivierung eines verschleissbedingten Vorzustandes im Sinne einer traumatisch bedingten Synovialitis des AC-Gelenkes oder ein Knochenödem der lateralen Clavicula oder des Acromions sprechen würden. Die sich bildgebend darstellenden Veränderungen im Schultergelenk seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf eine

Traumatisierung sondern auf einem verschleiss- oder überlastungsbedingten Zustand zurückzuführen (Urk. 12/45). Auch Dr. E.\_\_\_\_ ging in seinem Bericht vom 13. April 2016 nicht von einer frischen Fraktur aus (Urk. 12/13).

Demgegenüber stellt sich Dr. B.\_\_\_\_ auf den Standpunkt, bei dem vorliegenden MRI-Befund sei von einer zumindest grösstenteils frischen Verletzung im Bereich der Rotatorenmanschette, insbesondere der Supraspinatussehne,

auszugehen, da sich eine vollständig erhaltene Muskelqualität ohne Zeichen einer fettigen Degeneration oder Atrophie zeige. Gegen eine degenerative Ursache der Läsion spreche auch, dass sich die Partiaalläsion gelenkseitig und nicht bursaseitig manifestiert habe, so dass eine Ätiologie durch ein allfällig begleitendes subacromiales

Impingement nicht gegeben sei (Urk. 12/30). Diese Argumentation entkräftet Dr. F.\_\_\_\_, indem er darauf hinweist, dass eine Verfettung sowie eine Atrophie Zeichen dafür seien, dass der entsprechende Rotatorenmanschettenmuskel nicht funktionell beansprucht werde, was in der Regel bei grossflächigen transmuralen Läsionen der Rotatorenmanschette und nicht

- wie hier - bei partiellen gelenkseitigen Gewebeausdünnungen zu finden sei. Selbst wenn jedoch infolge eines Funktionsausfalls eine Atrophie oder lipomatöse Umformung des Muskels bestehen würde, könnte daraus nicht auf die Entstehung der Läsion geschlossen werden. Auch lediglich aufgrund der Tatsache, dass sich die partielle Ausdünnung der Supraspinatussehne eher gelenkseitig und nicht bursaseitig manifestiere, könne nicht von einer traumatischen Genese der Läsion ausgegangen werden (Urk.12/45).

Damit vermag die Argumentation von Dr. B.\_\_\_\_ die überzeugenden Ausführungen von Dr. F.\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen. Dr. B.\_\_\_\_

berücksichtigt in ihrer Beurteilung denn auch weder die bildgebend dokumentierten degenerativen Veränderungen noch

äussert sie sich dazu, dass äussere Verletzungszeichen fehlten und dementsprechend lediglich von einer leichten Gewalteinwirkung auf das rechte Schultergelenk auszugehen ist. Dr. F.\_\_\_\_ weist überdies darauf hin, dass beide geschilderten Unfallereignisse mit Anprall des Schultergelenkes laut gängiger Literaturmeinung nicht geeignet seien, eine strukturelle Schädigung der Rotatorenmanschette zu bewirken. Somit sprechen sowohl der Verletzungsmechanismus wie auch die zu geringe Gewalteinwirkung gegen eine traumatisch bedingte Schädigung. Aus dem Operationsbericht von Dr. B.\_\_\_\_

vom 7. Juli 2016 geht zudem hervor, dass der Beschwerdeführer vermutlich bereits vorgängig am rechten Schultergelenk operiert worden ist, ohne dass er dies jedoch

gegenüber der behandelnden Ärztin erwähnt hätte (vgl. Urk. 12/48). Dies ist ein weiterer Hinweis dafür, dass nicht

die Unfallereignisse vom 8. April 2016 die Schädigung verursacht haben. Im Operationsbericht vom 7. Juli 2016 beschreibt Dr. B. \_\_\_ ein Ossikel, welches sie als knöchernen Ausriss und nicht wie der Radiologe als verkalkte Struktur des Sehngewebes interpretiert. Dr. F. \_\_\_

hält diesbezüglich unter Bezugnahme auf die kernspintomographischen Bilder vom 12. Mai 2016 fest, dass sich die von Dr.

B. \_\_\_ beschriebene knöcherne Struktur als abgerundet darstelle, was eher für eine deutlich ältere Genese spreche. Frische knöcherne Ausrisse beziehungsweise Avulsionsfrakturen zeigten eine eher spitz- oder scharfkantige Morphologie.

Auch die Beschreibung der Qualität der Sehnenmanschette mit Ausschluss einer transmuralen Schädigung spreche für eine degenerativ bedingte Schädigung der Rotatorenmanschette. Somit sei auch unter Berücksichtigung des Operationsberichtes vom 7. Juli 2016 bei intraoperativ bestätigtem subacromialem

Impingement, acromialem Sporn und AC-Gelenksarthrose von einer degenerativen Genese auszugehen (Urk. 12/54).

Dr. F. \_\_\_ hält auch nach Einsicht in den Operationsbericht an seiner Beurteilung fest, wonach es infolge der Unfallereignisse vom 8. April 2016 lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativ bedingten Vorzustandes gekommen sei und bis zum Erreichen des Status quo sine von einer Behandlungsdauer von maximal fünf Wochen auszugehen sei (Urk. 12/45). Der medizinische Sachverhalt ist damit hinreichend abgeklärt. Von ergänzenden Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. 4.2

Nach dem Gesagten ist gestützt auf die schlüssigen und überzeugenden Ausführungen von Dr. F. \_\_\_

von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes und dem Eintreten des Status quo sine spätestens fünf Wochen nach den Unfallereignissen auszugehen.

Somit ist ein Kausalzusammenhang zwischen den vom Beschwerdeführer nach dem 23. Mai 2016 geklagten Beschwerden und den Unfallereignissen vom 8. April 2016 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

Demzufolge hat die Beschwerde gegen einen Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Leistungen zu Recht verneint. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Bischoff - 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 Bundesge

setzes 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstLeicht

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