

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00203 vom 12. Dezember 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2017.00203](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00203)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00203 du 12 décembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00203 del 12 dicembre 2018

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 19 65, war ab Anfang

Oktober 20 07

als Chauffeur bei der A.\_\_\_\_

GmbH angestellt und dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 17. Mai 2014 rutschte er bei der Vorbereitung zur Beladung seines Lastwagens auf der Ladefläche aus und versuchte sich mit dem linken Unterarm abzustützen.

Ein e Erstuntersuchung

der linken Schulterbeschwerden beim Hausarzt fand erst Ende 2014 statt (Urk. 8/8 S. 1, vgl. Urk. 3/6 S. 1, Urk. 9/9), eine Arbeitsunfähigkeit trat nicht ein.

Das Ereignis wurde der Suva via Bagatellunfallmeldung am 12. Januar 2015 angezeigt (vgl. Urk. 9/1). Der Hausarzt überwies den Versicherten an das Kantonsspital B.\_\_\_\_

zur Abklärung der geklagten linken Schulterbeschwerden. Dieses fertigte im Januar 2015 Bilder der Schulter an und diagnostizierte am 10. Februar 2015 eine hochgradige, teils transmurale Ruptur der Supraspinatussehne mit begleitender Tendinitis der langen Bizepssehne und eine AC-Gelelenarthrose der linken Schulter. Der Empfehlung zur operativen Versorgung mochte der Versicherte vorläufig nicht nachzukommen und man verblieb, die Sache zu beobachten und eine Operation im Sommer neu zu evaluieren (Urk. 8/1).

Dies geschah am 18. August 2015, und es wurde dabei eine Operation der linken Schulter (Rekonstruktion der Supraspinatussehne) auf den 19. Oktober 2015 festgelegt (Urk. 8/11).

Mit Formular vom 27. August 2015 meldete der Versicherte der Suva einen „Rückfall“ vom 30. Januar 2015 zum Unfall vom 17. Mai 2014

mit einer in Aussicht stehenden Arbeitsunfähigkeit ab 19. Oktober 2015 (Urk. 8/3). Es erfolgte am 28. September 2015 eine Besprechung der Suva mit dem Versicherten, anlässlich welcher der Versicherte von einem Ereignis erzählte, das im Januar 2015 geschehen sei. Er sei damals wiederum ausgerutscht und auf die linke Seite gefallen und er habe starke Schulterschmerzen verspürt (Urk. 8/8).

Das Ereignis wurde in der Folge auf den 13. Januar 2015 festgelegt und die Suva eröffnete ein Dossier hinsichtlich dieses Ereignisses. Am 19. Oktober 2015 erfolgte die Schulteroperation im Kantonsspital B.\_\_\_\_ und im Anschluss daran bestand eine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/24). Am 12. November 2015 nahm der Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie,

zur Kausalität Stellung ( Urk. 8/26). Am 18. November 2015 verneinte die Suva Verfügungsweise eine Leistungspflicht, weil kein Kausalzusammenhang zwischen den beiden Ereignissen und den Schulterbeschwerden links bestehe ( Urk. 8/28).

Auf Einsprache des Versicherten hin hob die Suva ihre Verfügung wieder erwägungsweise auf ( Urk. 8/44) und übernahm die gesetzlichen Versicherungsleistungen bis zum Erreichen des Status quo sine. Dieser Zeitpunkt wurde gestützt auf die Angaben des Kreisarztes in seiner Ergänzung vom 15. August 2016 (vgl. Urk. 8/60)

auf den

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2017 sind die 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 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 Übergangsbestimmungen).

Vorliegend handelt es sich um einen Sachverhalt der sich vor 2017 ereignet hat, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültigen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

### **E. 1.3**

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**

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 Unfalles 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. 3**

1. Juli 2015 festgelegt

(Urk. 2 S. 2-3 ). Mit Verfügung vom 6. September 2016 stellte die Suva die Leistungen unter Hinweis auf nicht mehr unfallbedingte Beschwerden per Ende Juli 2015 ein (Urk. 8/61). Dagegen erhob einerseits die CSS Kranken-Versicherung AG, bei welcher der Versicherte im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) gegen die Folgen von Krankheit versichert ist, am 26. September 2016 Einsprache (Urk. 8/64 ). Andererseits liess der Versicherte

dagegen am 26. September 2016 Einsprache (Urk. 8/ 65 ) und am 17. Oktober sowie am 14. November 2016 Einspracheergänzungen (Urk. 8/ 67, Urk. 8/69 ) einreichen . Beide Einsprachen wies die Suva am 14. Juli 2017 ab (Urk.

#### **E. 3.1**

Nach eigenen Angaben rutschte der Beschwerdeführer am 17. Mai 2014 bei der Vorbereitung zur Beladung seines Lastwagens auf der Ladefläche aus und stürzte auf den linken Unterarm, mit dem er sich abzustützen versuchte. Er berichtete, die anfänglich verspürten Schulterbeschwerden seien allmählich zurückgegangen, jedoch seien Einschränkungen bei Überkopfbewegungen und bei Bewegungen seitlich vom Körper geblieben. Ausserdem sei es zu Nachtschmerzen gekommen, wenn er sich beispielsweise auf die linke Schulter gelegt habe. Im November oder Dezember 2014

( richtig wohl am 4 . Dezember

2014 [vgl. Urk.

9/9/2 ] habe dann wegen den persistierenden Bewegungseinschränkungen eine Konsultation beim Hausarzt stattgefunden (Urk. 8/8 S. 1) . Echtzeitliche ärztliche Akten dazu liegen nicht vor (vgl. Urk. 8/26 S. 1).

#### **E. 3.2**

Anlässlich der Erstvorstellung in der Schultersprechstunde des B.\_\_\_\_ am 13. Januar 2015 brachten die Röntgenbilder ein zentriertes Gelenk ohne Hinweise auf knöcherne Verletzungen, aber eine leichtgradige AC-Gelenkarthrose hervor. Zusammen mit den gezeigten schmerzhaften Beweglichkeitseinschränkungen an der linken Schulter wurde aufgrund des Verdachts auf eine partielle Verletzung der Rotatorenmanschette mit begleitender Tendinitis der langen Bizepssehne ein Arthro-MRI veranlasst (Urk. 8/2). Dieses wurde am 30. Januar 2015 vorgenommen. Dabei

stellten die Ärzte eine ausgedehnte bursale

Partialruptur der Insertion der Supraspinatussehne und eine deutliche gelenkseitige Irregularität mit mehreren Einrissen der Supraspinatussehne und der vorderen Infrapinatussehne fest. Es habe sich keine vollständige Ruptur gezeigt. Es wurden keine Atrophien, aber eine leichte fettige Degeneration der Rotatorenmanschette

festgestellt (Urk. 8/10 S. 2).

Am 10. Februar 2015 erklärten die Ärzte des B.\_\_\_\_ (Urk. 8/1), die Bildgebung bestätige eine hochgradige Läsion im Bereich der ansatznahen Supraspinatussehne im Sinne einer hauptsächlich

höhergradigen Partialläsion mit jedoch teils transmuraler Komponente. Die restliche Rotatorenmanschette inserierte im Wesentlichen unauffällig. Dabei bestanden eine leicht gradige Tendinopathie im kranialen Bereich des Subscapularis mit hier fraglich beginnender Subluxation und sicherlich einer

Tendosynovitis im Bereich der Bizepssehne. Die Ärzte empfahlen ein operatives Vorgehen im Sinne einer Rotatorenmanschettenrekonstruktion, mit allenfalls begleitender Bizepsplastik sowie einem Coplaning oder gar einer Resektion des AC-Gelenkes. Der Beschwerdeführer wollte jedoch vor allem aus beruflichen Gründen eine Operation nicht sofort durchführen und eine solche je nach Verlauf im Herbst in Erwägung ziehen (Urk. 8/1 S. 1). 3. 3

In der Verlaufskontrolle am 18. August 2015 führten die Ärzte aus, es liege eine subacromiale

Impingement Grad II links bei dokumentierter Partialruptur der Supraspinatussehne vor. Der Beschwerdeführer zeige weiterhin eine symptomatische linke Schulter bei dokumentierter Supraspinatus-Läsion. Aufgrund des Alters sowie des persistierenden Leidensdrucks werde nun eine Operation im Sinne der im Frühjahr diskutierten Rekonstruktion der Supraspinatussehne durchgeführt (Urk. 8/11). 3. 4

Am 19. Oktober 2015 wurde der Beschwerdeführer im B. \_\_\_ operiert. Es wurden eine diagnostische Arthroskopie des Schultergelenks links, eine arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette links sowie eine Akromioplastik, ein Coplaning der AC-Gelenks links und eine ausgedehnte Bursotomie durchgeführt (Urk. 8/25). Hinsichtlich des Schultergelenks stellten die Ärzte altersentsprechend im Wesentlichen unauffällige Knorpelverhältnisse fest und konstatierten allenfalls inferior am Humeruskopf eine diskrete Ausdünnung. Es konnten deutliche Residuen einer Kapsulitis bzw. einer zottigen Synovialitis festgehalten werden.

Es war eine leichte Auffaserung des ventralen Labrums ohne klar abgrenzbare Läsion (Superiores Labrum von Anterior nach Posterior [SLAP] Grad I) ersichtlich. Die lange Bizepssehne war intakt und erschien im Wesentlichen reizlos. Es habe ferner

während der Operation eine gut abgrenzbare mittlerweile transmurale Läsion der Supraspinatussehne über fast die gesamte Breite festgestellt werden können, wobei ventral noch einzelne Zügel bestanden hätten. Es habe sich auch eine Oberrandläsion im Bereich des Subscapularis, welche aber nicht transmural gewesen sei, gezeigt.

Subacromial sei eine ausgedehnte, aktuell ausgebrannte Bursitis vorhanden gewesen, weshalb eine Bursotomie erfolgt sei. Die Manschettenläsion zur Bursa hin sei typisch omega-förmig gewesen. (Urk. 8/25 S. 2). Im Austrittsbericht vom 21. Oktober 2015 (Urk. 8/24 S. 1) wurde erläutert, dass die Hospitalisation des Beschwerdeführers noch bis am 22. Oktober 2015 geplant sei. Es bestehe ein komplikationsloser peri- und postoperativer Verlauf. 3. 5

Der Kreisarzt Dr. C. \_\_\_ hielt in seiner Aktenbeurteilung vom 12. November 2015 (Urk. 8/26) im Wesentlichen fest,

aufgrund des Ereignisses vom 17. Mai 2014 sei keine Arbeitsunfähigkeit eingetreten. Im Januar 2015 sei der Beschwerdeführer erneut auf die linke Körperseite

gestürzt. Am 13. Januar 2015 habe dann eine fachärztliche Konsultation im B.\_\_\_\_ stattgefunden, in welcher der Beschwerdeführer den neuerlichen Sturz nicht erwähnt, sondern nur vom Schadenereignis im Sommer des vergangenen Jahres berichtet habe. Die Ärztin des B.\_\_\_\_ habe in der Untersuchung eine regelrechte Elevation von 180°, jedoch eine eingeschränkte Abduktion von 90° mit typischerweise schmerzhaften Boden

festgestellt. Auch nach dem zweiten Schadenereignis sei keine Arbeitsunfähigkeit eingetreten.

Es gebe vier Gründe, die gegen den kausalen Zusammenhang zwischen der Läsionen an der linken Schulter und den beiden Sturzereignissen sprechen würden: Erstens würden die in der Magnetresonanztomographie (MRI) vom 30. Januar 2015 dokumentierten und die intraoperativ erhobenen Befunde für eine degenerative Schädigung an der Supraspinatussehne sprechen. Zweitens sei der Unfallmechanismus gestützt auf den aktuellen Kenntnisstand über die Schädigung der Rotatorenmanschette nicht geeignet gewesen, eine Supraspinatussehnenläsion zu verursachen (vgl. Schönenberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage 2003). Drittens sei eine Arbeitsniederlegung nach beiden Ereignissen nicht erforderlich gewesen. Viertens habe sich der Beschwerdeführer nach beiden Ereignissen im 50. Altersjahr, das heisse in einem Prädilektionsalter, in welchem häufig degenerative Rotatorenmanschetten schädigen zu beobachten seien, befunden (Urk. 8/26 S. 3-4). Für einen kausalen Zusammenhang spreche die Tatsache, dass der Beschwerdeführer nach dem ersten Ereignis Einschränkungen bei Überkopfbewegungen und seitlichen Bewegungen in der Zusammenfassung der Besprechung in Brüttisellen am 28. September 2015 (vgl. Urk. 8/8 S. 1) geltend gemacht habe (Urk. 8/26 S. 4).

Insgesamt sprächen mehr Gründe gegen einen kausalen Zusammenhang als für einen kausalen Zusammenhang. Daher stünden die aktuell geklagten Beschwerden an der linken Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in keinem kausalen Zusammenhang sowohl zum Ereignis vom 17. Mai 2014 als auch zu jenem vom 13. Januar 2015. Folglich stehe auch die Operation vom 19. Oktober 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in einem kausalen Zusammenhang mit diesen Ereignissen (Urk. 8/26 S. 4).

### 3.6

Am 4. Dezember 2015 hielten die Ärzte des

B.\_\_\_\_ fest, dass beim Beschwerdeführer anamnestisch bisher ein problemloser Verlauf stattgefunden habe. Es finde nun eine Physiotherapie mit Verbesserung des Bewegungsumfanges und dosiertem Kraftaufbau statt, wobei der Beschwerdeführer noch zu 100% arbeitsunfähig sei (Urk. 8/48). Am 25. Januar 2016 berichteten die Ärzte des B.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer sei mit dem Verlauf seit der Operation vom 19. Oktober 2015 zufrieden. Er habe eine progrediente Verbesserung sowohl von Funktionen als auch der Beweglichkeit im Rahmen der Physiotherapie angegeben. Die Schmerzmedikation habe er bereits sistiert. Die Ärzte meinten, das Rehabilitationsergebnis sei schön. Die Arbeitsunfähigkeit werde bis zum nächsten Kontrolltermin in 12 Wochen nochmals zu 100% bescheinigt (Urk. 8/46). In der Schulter-Sprechstunde vom 15. April 2016 erklärte der Beschwerdeführer den Ärzten des

B.\_\_\_\_, dass die Schulter nun im Grunde beschwerdefrei sei. Die Physiotherapie werde daher demnächst abgeschlossen. Die Arbeitsfähigkeit werde auf Wunsch des Beschwerdeführers

führers (vom 18. April, [vgl. Urk. 3 / 5]) bis Juni 2016 nun zunächst auf 50 % angesetzt, wobei eine Arbeitstätigkeit unter Vermeidung von anhaltenden Überkopparbeiten und Heben bzw. Manövrieren schwerer Lasten stattfinden müsse (Urk. 8/49). Im Bericht vom 21. Juni 2016 erklärten die Ärzte des B.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer sei am 17. Juni 2016 zur abschliessenden Verlaufskontrolle erschienen. Die Schulter könne bereits wieder uneingeschränkt belastet werden. Er könne wieder zu 100 % einer Arbeit nachgehen (Urk. 8/47). 3. 7

In seiner Ergänzung zur ärztlichen Beurteilung vom 12. November 2015 hielt der Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_ am 15. August 2016 fest, es sei davon auszugehen, dass zirka nach einem halben Jahr, d.h. allerspätestens am 31. Juli 2015 der Status quo sine vel ante erreicht gewesen sei. Dabei handle es sich um eine grosszügige und dem Beschwerdeführer entgegenkommende Einschätzung (Urk. 8/60). 3. 8

Im vom Beschwerdeführer eingeholten Bericht des B.\_\_\_\_ vom 27. Juli 2017, geschrieben von Dr. D.\_\_\_\_, Oberarzt, führte dieser aus, dass er

stellvertretend, ohne den Beschwerdeführer zu kennen, die Anfrage des Letzteren beantwortete. Er erklärte, dass zum Zeitpunkt der MRI-Untersuchung vom 30. Januar 2015 und im Verlauf bis zum Zeitpunkt der Operation vom 19. Oktober 2015 eine transmurale Supraspinatussehnenläsion vorgelegen habe. Intraoperativ habe sich eine gut abgrenzbare transmurale (vollständige) Läsion der Supraspinatussehne über fast die gesamte Breite mit ventral noch einzelnen in Kontinuität stehenden Zügeln gezeigt. Die vom Beschwerdeführer geschilderte Anamnese wie auch die klinischen Befunde würden sich mit dieser Diagnose decken. Dem B.\_\_\_\_ sei nur ein einziges Unfallereignis bekannt, nämlich jenes vom 17. Mai 2014. Dieses Unfallereignis mit Ausrutschen und Fallen auf den Vorderarm sei die schmerzhafteste Auslösung der oben erwähnten Verletzung gewesen. Vorgängige Schulterbeschwerden seien (ausser auf der Gegenseite) nicht sonderlich erwähnt worden. In dem Sinne wer te das

B.\_\_\_\_ das Unfallereignis als Auslöser der Beschwerden des Beschwerdeführers. Ob die Sehne allenfalls chronisch vorgeschädigt gewesen sei, lasse sich im Nachhinein leider weder beweisen noch verneinen. Tatsache sei jedoch, dass die Beschwerden zeitgleich mit dem Unfallereignis aufgetreten seien. Auch wenn es sich um eine Traumatisierung einer bereits degenerativ vorgeschädigten Sehne handle, bestehe aus Sicht des B.\_\_\_\_ ein Zusammenhang zu beiden Ereignissen. Daher seien die Ereignisse als Unfall taxiert worden (Urk. 8/79 = Urk. 3/6). 4. 4.1

Es ist soweit unbestritten und aufgrund der gezeigten Aktenlage hinreichend erstellt, dass der Versicherte am 17. Mai 2014 einen Unfall erlitten hat, der die linke Schulter betroffen hat. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch ihre Leistungspflicht für die Behandlungen, die aktenmässig beim Hausarzt am 4. Dezember 2014 begannen (Urk. 9/9) und im B.\_\_\_\_ ihre Fortsetzung fanden, vorab übernommen.

Dass es daneben einen weiteren Unfall am 13. Januar 2015 gegeben hat (Urk.

1 S. 5), ist aufgrund der gesamten Aktenlage nicht bewiesen. Zum einen fällt auf, dass das genaue Datum des Ereignisses durch den Versicherten in den Akten nie genannt wurde, weder in der nachträglichen Unfallmeldung noch gegenüber irgendwelchen Ärzten. Mit dem in der Unfallmeldung fälschlicherweise erwähnten „Rückfallsdatum“, dem 30. Januar 2015, ist wohl das Datum des Arthro-MRI gemeint, auf ein Unfalldatum lässt es auf

alle Fälle nicht schliessen. Im Gegenteil verdeutlichte Dr. D.\_\_\_\_ ausdrücklich, dass in den Unterlagen des

B.\_\_\_\_ nur das Unfalldatum vom 17. Mai 2014 erwähnt war. Weshalb dieses fragliche zweite Ereignis auf den 13. Januar 2015 gelegt wurde, ist unklar und geht aus den Akten nicht hervor. Die Tatsache allerdings, dass der Versicherte gerade an diesem Tag im B.\_\_\_\_ seine erste Untersuchung in der Schultersprechstunde hatte und dabei unbestrittenermassen dieses fragliche zweite Ereignis, das sich am gleichen Tag ereignet und zu erheblichen Schmerzen geführt haben soll ( Urk. 8/8), nicht erwähnt hat, lässt das Ereignis als fraglich erscheinen. Zudem wurde im Protokoll der Besprechung als Aussage des Versicherten festgehalten, er sei nach dem 2. Ereignis wieder zum Hausarzt gegangen ( Urk. 8/8), wovon in den Akten sonst nicht die Rede ist. Da die Beschwerdegegnerin jedoch in Bezug auf den Unfall vom 17. Mai 2014 die Leistungen übernommen und somit einen natürlichen Kausalzusammenhang anerkannt hat, bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin per 31. Juli 2015 (Zeitpunkt der Einstellung der Leistungen) das Erreichen des Status quo sine mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen verm ag . Fraglich ist demnach, ob der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 17. Mai 2014 bis Ende Juli 2015 dahingefallen ist, weil der Gesundheitsschaden an der linken Schulter ab dann überwiegend wahrscheinlich nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhte.

#### 4.2

Der Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_ erstellte seine ärztliche Beurteilung vom 12. November 2015 (Urk. 8/26) gestützt auf Berichte der B.\_\_\_\_ , welche auf der Grundlage von Röntgenuntersuchungen vom 13. Januar 2015 (Urk. 8/9) , einer

MRI-Arthrographie vom 30. Januar 2015 (Urk. 8/10 S. 2) und intraoperativer Befunde vom 19. Oktober 2015 (Urk. 8/25) erstattet wurden. Aus dem Bericht der B.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2015 geht hervor, dass die Röntgenaufnahmen keine Anhaltspunkte

für ossäre Läsionen zeigten und ein zentriertes Gelenk festgehalten wurde (vgl. Urk. 8/2 S. 1). Hingegen wurde von sklerotischen Veränderungen an der Supraspinatussehne , einer Verplumpung des inferoposterioren

Glenoidrands und einer Akromioklavikulararthrose im Sinne von kaudal gerichteten Osteophyten , das heisst Knochenneubildungen, am lateralen Klavikularrand berichtet (vgl. Urk. 8/9) . Dem Arthro-MRI

vom 30. Januar 2015 und dem Folgebericht vom 10. Februar 2015 (Urk. 8/1) lässt sich entnehmen, dass einerseits bei der Supraspinatussehne eine höhergradige Partiaalläsion mit teils transmuraler Komponente festgestellt werden konnte. Andererseits ergibt sich aus dem Bericht vom 30. Januar 2015, dass eine leichtgradig fettige Degeneration der Rotatorenmanschette ersichtlich war (vgl. Urk. 8/10 S. 2). Vor diesem Hintergrund überzeugt es, wenn der Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_ sich bei diesen Befunden auf den Standpunkt stellt, die bildgebend erhobenen und intraoperativ angetroffenen Befunde würden für eine degenerative Schädigung der Supraspinatussehne sprechen , und nicht für eine durch den Sturz auf die Schulter und den Arm unfallbedingte Ursache. Die gegenteilige, von Dr. D.\_\_\_\_ am 27. Juli 2017 geäusserte Ansicht ( Urk. 3/6) beruht teilweise auf einer nicht korrekten Darstellung der medizinischen Grundlagen. Denn aus dem originalen MRI-Bericht geht hervor, dass die Supraspinatussehne bereits fettige Degenerationen

aufwies ( Urk. 8/10), was Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht gegenteilig darstellte, indem er erwähnte, die Läsion sei ohne Atrophie und ohne fettige Degeneration des Muskelbauches gewesen. Auch mit der Darstellung des Unfallmechanismus, der nach der ärztlichen Fachliteratur gegen die eigentliche Rupturverursachung spricht, wie dies Dr. C.\_\_\_\_ darlegte, befasste sich Dr. D.\_\_\_\_ nicht ( Urk. 8/26 S. 3). Dr. D.\_\_\_\_ betonte weiter, dass vor dem Ereignis keine Schulterbeschwerden geltend gemacht worden seien, und das Unfallereignis sei als schmerzhafter Auslöser der Beschwerden angesehen worden ( Urk. 3/6). Darin einen Beweis für die eigentliche Verursachung des Sehnenrisses durch den Sturz zu sehen, ist jedoch nicht statthaft, käme es doch einem « post hoc ergo propter hoc » gleich. Es kann darin einzig die Bestätigung der Suva gesehen werden, dass anfängliche Schmerzhaftwerden der linken Schulter – das keine Arbeitsunfähigkeit in der doch strapaziösen Tätigkeit als Chauffeur (vgl. Urk. 8/8 S. 2) bewirkte - durch den Sturz als unfallkausal anzusehen. Wenn die Beschwerdegegnerin gestützt auf die ärztliche Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_, die Operation des Sehnenrisses und die im Anschluss an die Operation erstmals aufgetretene Arbeitsunfähigkeit mangels Kausalität zum Ereignis vom 17. Mai 2014 nicht mehr übernahm, mithin die Leistungen per Ende Juli 2015 einstellte, ist dies zu schützen. 4. 3

An diesem Ergebnis vermögen sämtliche weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Insbesondere kann er aus der Behauptung, die Beschwerdegegnerin habe die Frist zum voraussetzungslosen Zurückkommen auf die Zusicherung zur Weitergewährung der Leistungen verpasst, nichts zu seinen Gunsten ableiten, zumal dieser Standpunkt nicht zutrifft. Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 15-16) sicherte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht mit Schreiben vom 16. Juni 2016 (vgl. Urk. 8/44 S. 2) nicht formlos für die Zukunft zu, sondern lediglich für die Phase bis zum Erreichen des Status quo sine, wobei der Zeitpunkt des Status quo sine noch bestimmt werden musste. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers interpretierte damals das Schreiben vom 16. Juni 2016 selbst nicht als Übernahme der Leistungspflicht, weil er in seinem Schreiben vom 29. Juli 2016 (vgl. Urk. 8/57) die Beschwerdegegnerin darauf hinwies, dass diese die Leistungspflicht noch nicht anerkannt habe und deshalb darum ersucht werde, über die Übernahme der Leistungspflicht zu entscheiden. Ausserdem wurde das Schreiben vom 16. Juni 2016 erst am 13. Juli 2016 fristauslösend mitgeteilt (vgl. Urk. 8/44). Vor diesem Hintergrund überzeugen die Darlegungen des Beschwerdeführers in der Beschwerdeschrift, eine voraussetzungslose Rückkommensfrist sei mit dem Verfügungserlass am 6. September 2016 verpasst gewesen (vgl. Urk. 1 S. 15), nicht. 4. 4

Von neuen Beweismassnahmen sind keine weiteren relevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung davon abgesehen werden kann (vgl. BGE 136 V I 229 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_607/2011 vom 16. März 2012 E. 7.2).

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Juli 2017 (Urk. 2) ist nach dem Gesagten rechtsens und die Beschwerde ist abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - Rechtsanwalt Reto Bachmann - 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber GrünigStuedler

## **E. 8**

/ 74 = Urk. 2 , Urk. 8/75 ). 2.

Gegen den Einspracheentscheid vom 14. Juli 2017 (Urk. 2) liess der Versicherte am 11. September 2017 Beschwerde erheben mit den Rechtsbegehren , der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlich en Leistungen nach UVG (insbesondere Taggelder und Heilungskosten) auch nach dem 31. Juli 2015 bis zur Erreichung des medizinischen Endzustandes am 5. Juni 2016 zu erbringen. Eventualiter sei ein neutrales orthopädisches Gutachten im Sinne von Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) anzuordnen (Urk. 1 S. 2). Zusammen mit der Beschwerde liess er ärztliche Zeugnisse des B. \_\_\_\_

vom 22. November 2015, 15. Januar und 15. April 2016 (Urk. 3/3-5) sowie einen orthopädischen Verlaufsbericht dieses Spitals vom 27. Juli 2017 (Urk. 3/6) einreichen. In der Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2017 liess die Suva

auf Abweisung der Beschwerde schliessen (Urk. 7) , was dem

Versicherten am 20. Oktober 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 1 1 ).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 10**

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

## **E. 13**

vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 1. 5

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst 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). 1. 6

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner 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 ). 2.

## 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid gestützt auf die Beurteilungen ihres Kreisarztes vom 12. November 2015 sowie vom 15. August 2016 im Wesentlichen auf den Standpunkt, allerspätestens per Ende Juli 2015 sei der Status quo sine vel ante erreicht, weshalb sie danach nicht mehr leistungspflichtig sei. Ein Kausalzusammenhang zwischen den danach geklagten Beschwerden und den Unfallereignissen vom 17. Mai 2014 und 13. Januar 2015 sei nicht mehr überwiegend wahrscheinlich.

Weitere medizinische Abklärungen seien entbehrlich. Rechtlich relevante Fehler bei der Schadensabwicklung würden nicht vorliegen (Urk. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer liess dagegen einwenden, es könne nicht auf die Ausführungen des Kreisarztes der Beschwerdegegnerin abgestellt werden, weil dieser keine eigene Untersuchung durchgeführt habe. Gestützt auf den Arztbericht des B.\_\_\_\_ vom 27. Juli 2017, in welchem im Gegensatz zum Bericht des Kreisarztes

eine umfassende Anamnese und radiologische Abklärungen festgehalten worden seien, sei von einem Unfalleiden auszugehen, so dass sich die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bis zur Erreichung des medizinischen Endzustandes zu erstrecken habe (Urk. 1 S. 11). Die Leistungspflicht der Beschwerdeführerin bestehe auch aus dem Grund bis am 5. Juni 2016, dass die Beschwerdegegnerin am 16. Juni 2016 die Übernahme der Versicherungsleistungen zugesichert habe und sie demzufolge den Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhangs mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beweisen müsse, was ihr gestützt auf die Ergänzung des Kreisarztes vom 15. August 2016 zu dessen Beurteilung vom 12. November 2015 nicht gelinge (Urk. 1 S. 14-15).

## 2.3

In der Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2017 liess die Beschwerdegegnerin zahlreiche Sachverhaltshinweise machen und im Wesentlichen den Standpunkt vertreten, dass bei richtiger Betrachtung gar nie ein versichertes Ereignis habe bewiesen werden können (Urk. 7 S. 7-8). Ausserdem handle es sich beim eingereichten Arztbericht von Dr. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Oberarzt des

B.\_\_\_\_, vom 27. Juli 2017 um eine Parteistellungnahme, welche sich auf die Angaben des Beschwerdeführers stütze und keine einlässliche Diskussion mit den vorhandenen medizinischen Beurteilungen – insbesondere jenen vom Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie

enthalte, weshalb sie den höchstzulässigen Anforderungen an eine schlüssige medizinische Beurteilung nicht zu genügen vermöge (Urk. 7). 3.

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