

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00053

vom 2. Juni 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-06-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00053

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00053 du 2 juin 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00053 del 2 giugno 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1947, war seit dem 1. Januar 2013 bei den Y.____ als Zählerableser angestellt und damit bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten

versichert, als er am 7. Januar 2017

beim Zählerablesen auf einer vereisten Treppe ausrutschte und sich gemäss Bagatellunfall-Meldung vom 3. Februar 2017 eine Zerrung an der rechten Schulter zuzog (Urk. 10 /1

Ziff.

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).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 7. Januar 2017 ereignet, weshalb die ab 1. Januar 2017 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). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Abs. 2): Knochenbrüche (lit . a), Verrenkungen von Gelenken (lit . b), Meniskusrisse (lit . c), Muskelrisse (lit . d), Muskelzerrungen (lit . e), Sehnenrisse (lit . f), Bandläsionen (lit . g) und Trommelfellverletzungen (lit . h). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.3

Seit dem Inkrafttreten der Revision des UVG und der dazugehörigen Verordnung (UVV) per 1. Januar 2017 ist das Bestehen einer vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung nicht länger vom Vorliegen eines äusseren Ereignisses abhängig. Die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 UVG genannte Körperschädigung vorliegt, führt zur Vermutung, dass es sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Dieser kann sich aber von der Leistungspflicht befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen ist (Zusatzbotschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der Suva] vom 19. September 2014, BBl 2014 7922 7934 f.).

Dabei ist «vorwiegend» analog zu Art.

E. 1.4

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 Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.5

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 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. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 1.6

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall 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.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, dass gestützt auf die kreisärztliche Einschätzung

davon auszugehen sei, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfallereignis vom 7. Januar 2017 eine leichte Kontusion und/oder eventuell eine Distorsion der Schulter zugezogen habe. Spätestens am 22. Februar 2017 sei der Status quo sine erreicht gewesen (S. 9 f. lit. ii).

Es sei mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass das Unfallereignis vom 7. Januar 2017 nicht mehr Ursache des Gesundheitszustandes darstelle, wie er sich am 22. Februar 2017 präsentiert habe

(S. 10 Ziff. 5). 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, die Argumentation des Kreisarztes, wonach die Rupturen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge einer Degeneration seien, überzeuge nicht. So seien in den betroffenen Sehnen gemäss der Bildgebung keine

degenerativen Veränderungen ersichtlich. Es sei nicht belegt, dass eine Acromioclaviculär (AC)-Arthrose mit oder ohne Osteophyten zu einer Schädigung der Rotatorenmanschette führen könnte. Weiter fehlten andere degenerative Zeichen wie eine Muskelatrophie oder eine fettige Infiltration der Muskulatur. Zudem sei der Unfallmechanismus sehr wohl geeignet gewesen, eine Rotatorenmanschetten-Ruptur, insbesondere mit einer Instabilität der langen Bizepssehne, zu generieren (S. 3 f.). 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 8) machte die Beschwerdegegnerin geltend, gestützt auf die orthopädisch-chirurgische Beurteilung vom 27. April 2018 sei von degenerativen Vorzuständen auszugehen, welche auch durch die aktenkundige bildgebende Diagnostik bewiesen seien. Zudem sei ein Unfallmechanismus, der für ein unfallbedingtes Zerreißen einer Rotatorenmanschettensehne ursächlich sein könnte, nach Lage der Akten und gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers nicht nachgewiesen. Die Distorsionsfolgen seien im Allgemeinen vier bis sechs Wochen nach dem Unfallereignis wieder folgenlos abgeheilt gewesen, weshalb der Status quo sine per 22. Februar 2017 als erreicht zu betrachten sei (S. 5 f. Rz 22.1-2). 2.4

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 7. Januar 2017 über den 22. Februar 2017 hinaus eine Leistungspflicht trifft.

3.

E. 3

-4, Ziff.

E. 3.1

Gemäss der Bagatellunfall-Meldung UVG vom 3. Februar 2017 (Urk. 10/1) rutschte der Beschwerdeführer am 7. Januar 2017 beim Zählerablesen auf der vereisten Treppe aus und zog sich eine Zerrung der rechten Schulter zu (Ziff. 4, Ziff. 6 und Ziff. 9).

E. 3.2

Nach am 10. Februar 2017 durchgeführter dynamischer Ultraschalluntersuchung nannte Dr. med. Z.____, Leitender Arzt Ultraschall und Rheumatologie, A.____, in seinem gleichentags erstellten Bericht (Urk. 10/22) als Diagnose hinsichtlich der rechten Schulter

eine Intervallläsion mit nicht- transmuraler Partialruptur der kranialen Subscapularissehne und

distaler PASTA -Läsion mit Ausbreitung gegen ventral und dort transmuralen Ausläufer. Die übrige Rotatorenmanschette sei intakt. Es zeige sich eine proximal verdickte, hypoechogene und nach medial subluxierende, ergusshaltige Bicepssehne sowie eine AC-Arthrose und eine chronische Bursitis. Ein gleno-humeraler Erguss liege nicht vor.

E. 3.3

Dr. med. B.____, Facharzt für Radiologie, führte nach am 22. Februar 2017 durchgeführter MR-Arthrographie der rechten Schulter in seinem gleichen tags erstellten Bericht (Urk. 10/18) aus, es zeige sich eine ausgeprägte Tendinopathie der Supraspinatussehne mit partieller Rissbildung an der Unterfläche und partieller Ablösung vom Tuberculum majus (PASTA -Läsion). Weiter lägen eine ausgeprägte AC-Arthrose und eine begleitende Bursitis

subacromialis- und subdeltoidea vor. Es bestünden eine deutliche Tendinose der langen Bizepssehne und eine kraniale Labrumläsion. Zudem zeige sich eine Läsion des Bicepspulley mit Ablösung der kranialen Subscapularissehne und medialer Subluxation der langen Bizepssehne, und es liege eine geringfügige Volumenatrophie des Supraspinatus vor.

E. 3.4

Der nach dem Ereignis vom 7. Januar 2017 erstbehandelnde Arzt Dr. med.

C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 25. Februar 2017 (Urk. 10/11) als Diagnose bewegungsabhängige Schulterschmerzen rechts (Ziff. 5). Die Erstbehandlung habe am 7. Februar 2017 stattgefunden (Ziff. 1). Der Patient habe angegeben, auf dem Glatteis ausgerutscht zu sein und sich mit dem rechten Arm aufgefangen zu haben. Seither bestünden Schmerzen in der rechten Schulter (Ziff. 2).

E. 3.5

Dr. med. D.____, Leitender Arzt Orthopädie Obere Extremitäten, A.____, nannte in seinem Bericht vom 2. März 2017 (Urk. 10/15) als Diagnose eine schmerzhaftes Intervall-Läsion der Rotatorenmanschette rechts mit Biceps -Instabilität und aktivierter AC-Arthrose sowie einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus (S. 2). Dr. D.____ führte aus, er habe den Beschwerdeführer am 2. März 2017 in seiner Sprechstunde gesehen. Laut dessen Angaben sei am 7. Januar 2017 auf eisiger Unterlage ein Absturz auf die rechte Schulter erfolgt mit seither bestehendem schmerzhaftem Funktionsdefizit. Es hätten keine vorbestehenden Beschwerden bestanden.

Dr. D.____ führte aus, das Arthro-MRI vom 22. Dezember 2017 [richtig: 22. Februar 2017] zeige eine antero-distale Total-Ruptur der Supraspinatussehne, die sich bis in das laterale Pulley erstreckt. Zudem bestehe eine Ruptur des medialen Pulley mit medialer Subluxation der langen Bizepssehne und eine leichte Auflockerung der kranialen Subscapularissehne. Die Trochik der Rotatorenmanschetten-Muskulatur sei gut intakt. Weiter bestehe eine aktivierte AC-Arthrose (S. 1). Dr. D.____ führte aus, in Anbetracht der mechanisch induzierten und erheblichen Beschwerden sowie der funktionellen Ansprüche empfehle er das arthroskopische Vorgehen im Sinne einer Biceps -Tenotomie, Rotatorenmanschetten -Rekonstruktion und AC-Gelenksresektion (S. 2).

E. 3.6

Kreisarzt Dr. med.

E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seiner Stellungnahme vom 16. März 2017 (Urk. 10/19) zur Frage, ob für die geplante Operation eine Kostengutsprache erteilt werden könne, aus, dass hier doch die degenerativen Veränderungen überwiegen. Um sicher gehen zu können brauche er noch das Erstbehandlungsdatum und den Krankengeschichte-Eintrag zu diesem Datum sowie den Überweisungsschein vom MRI. Eine Operations-Indikation sei unabhängig vom Kostenträger gegeben.

E. 3.7

In seinem Operationsbericht vom 20. März 2017 (Urk. 10/28) führte Dr. D.____ aus, bei Vorliegen einer schmerzhaften Rotatorenmanschetten-Ruptur mit Instabilität der langen Bicepssehne und aktivierter AC-Arthrose rechts sei am 20. März 2017 eine Schulterarthroskopie rechts mit Tenotomie der langen Bicepssehne, Acromioplastik, AC-Gelenksresektion und Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion erfolgt (S. 1).

E. 3.8

Dr. D.____

und Dr. med. F.____, Oberarzt Orthopädie Obere Extremitäten,

A.____, nannten in ihrem Bericht vom 4. Mai 2017 (Urk. 10/41) als Diagnose einen Status nach Schulterarthroskopie rechts mit Tenotomie der langen Bicepssehne, Acromioplastik, AC-Gelenksresektion und Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion am 20. März 2017 (fecit

Dr. D.____) bei schmerzhafter Rotatorenmanschetten-Ruptur mit Instabilität der langen Bicepssehne und aktiver AC-Arthrose rechts. Als Nebendiagnose nannte sie eine Unterschenkelthrombose links am 12. April 2017. Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer sei sechs Wochen nach dem genannten Eingriff zur klinischen Kontrolle erschienen. Von Seiten der rechten Schulter bestehe ein guter postoperativer Verlauf (S. 1).

E. 3.9

Dr. D.____ führte nach Konsultation des Beschwerdeführers am 12. Juni 2017 in seinem gleichentags erstellten Bericht (Urk. 10/48) aus, dass

knapp zwei Monate nach Schulterarthroskopie rechts mit Tenotomie der langen Bicepssehne, Acromioplastik, AC-Gelenksresektion und Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion so wie einem Status nach Unterschenkel-Thrombose links am 12. April 2017 von Seiten der Schulter eine kontinuierliche Verbesserung bestehe. Der Beschwerdeführer sei tagsüber praktisch schmerzfrei. In der Nacht würden regelmässig Schmerzen ausgelöst mit Kribbelparästhesien in den Fingern III bis V, die jedoch durch das Strecken des Ellbogens schnell wieder verschwänden. Eine klinische und sonographische Kontrolle erfolge in drei Monaten (S. 1).

E. 3.10

Kreisarzt Dr. G.____

verneinte in seiner Stellungnahme vom 28. Juni 2017 (Urk. 10/49) die Frage, ob die verspätete Behandlung ab dem 7. Februar 2017 und die verspätete Arbeitsunfähigkeit ab

dem 2. März 2017 aus medizinischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal auf das Ereignis vom 7. Januar 2017 zurückzuführen seien. Dr. G.____ führte aus, beim Versicherten seien bereits im MRT vom 22. Februar 2017 ausgedehnte und stark ausgeprägte degenerative Veränderungen des rechten Anteiles des Schultergürtels erkennbar gewesen. Sämtliche an der Schulter vorhandene Läsionen, inklusive der PASTA-Läsion, könnten durch degenerative Prozess bedingt sein. Aus diesem Grund sei es zwar möglich, dass die geltend gemachten Beschwerden durch den Unfall vom 7. Januar 2017 bedingt seien, aber nicht überwiegend wahrscheinlich (Ziff. 1) .

Weiter führte Dr. G.____ aus, dass die Thrombose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Eingriff vom 20. März 2017 zurückzuführen sei. Da dieser nicht unfallkausal sei, könne auch die Thrombose nicht als unfallkausal betrachtet werden (Ziff. 2).

E. 3.11

In seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 28. August 2017 (Urk. 10/66) führte Dr. G.____ aus, in dem einen Monat nach dem Unfall angefertigten MR-Arthrogramm der rechten Schulter zeigten sich neben der Pulley-Läsion sowie der partiellen Ablösung der Ansätze des Tendo

musculi

supraspinati und des Tendo

musculi

subscapularis ausgedehnte und weit fortgeschrittene degenerative Veränderungen mit unter anderem Tendopathien und einer deutlichen AC-Arthrose mit deutlicher Hypertrophie der Gelenkflächen. Weder die Tendinopathien noch die Hypertrophie des degenerativ veränderten AC-Gelenkes könnten sich in der kurzen Zeitspanne zwischen dem Unfall und der MR-Arthrographie ausgebildet haben. Die Hypertrophie des AC-Gelenkes führe zu einer deutlichen Einengung des Subakromialraumes und prädestiniere so klar zu einem subakromialen

Impingement mit konsekutiver Läsion des Musculus

supraspinatus .

Dr. G.____ hielt fest, aufgrund der MR-tomographisch nachgewiesenen Veränderungen, die unmöglich im Zeitraum zwischen dem Unfall und der MR-Arthrographie aufgetreten seien könnten, und häufig spontan zu einer Ruptur der Rotatorenmanschette führten, sowie des Verlaufes mit fehlender Pseudoparalyse und der Fortsetzung einer körperlich belastenden Tätigkeit bis einen Monat nach dem Unfall, seien die MR-tomographisch nachgewiesenen Rupturen des Pulley , der Sehne des Musculus

supraspinatus und der Sehne des Musculus

infraspinatus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge von Degeneration und somit nicht des erlittenen Unfalles.

Aus diesem Grund bestehe auch zwischen der am 20. März 2017 durchgeführten Operation und dem Unfallereignis vom 7. Januar 2017 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Kausalitätsbeziehung (S. 3). 3.12

Dr. D.____ führte in seiner Stellungnahme vom 16. November 2017 (Urk. 10/76) zur kreisärztlichen Beurteilung von Dr. G.____ vom 28. Juni 2018 (vgl. vorstehend E. 3.10)

aus, dieser beziehe sich als Radiologe nur auf die MRI-Befunde und lasse die klinische Beurteilung des Patienten völlig ausser Acht.

Der Beschwerdeführer sei vor dem Sturz komplett schmerzfrei gewesen und habe anschliessend starke Schmerzen gehabt, trotz einer einigermassen erhaltenen Funktion. In der täglichen Praxis habe der MRI-Befund für den Patienten selber keine Bedeutung, sondern dieser beziehe sich darauf, ob er Schmerzen habe oder nicht. In dieser mechanisch instabilen Situation mit einer mechanisch instabilen Bicepssehne sei mit einer konservativen Therapie nicht von einer bleibenden Verbesserung auszugehen, und Steroid-Infiltrationen seien zudem bei dieser Vor-Anamnese sich nicht zu empfehlen, weshalb als einzig klar wirksame schmerztherapeutische Massnahme der operative Eingriff verblieben sei, was auch durch den Verlauf beim Patienten vollumfänglich bestätigt worden sei (S. 1).

E. 3.13

In seiner kreisärztlichen Stellungnahme vom 15. Januar 2018 (Urk. 10/78) bejahte Dr. G. ___ die Frage, ob aus medizinischer Sicht eine vorübergehende Verschlechterung eingetreten sei. Beim Unfallereignis vom 7. Januar 2017 habe sich der Versicherte eine leichte Kontusion (axial übertragen) und/oder eventuell eine Distorsion zugezogen (Ziff. 1).

Dr. G. ___ führte aus, man könne davon ausgehen, dass am 22. Februar 2017, also am Tag, an dem die MR-Arthrographie durchgeführt worden sei, der Status quo sine spätestens erreicht worden sei. Zudem seien dann gute sechs Wochen seit dem Unfall verstrichen, zum anderen hätten sich bei der MR-Arthrographie keine Läsionen nachweisen lassen, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen gewesen wären (Ziff. 2).

E. 3.14

In seiner an den Beschwerdeführer gerichteten E-Mail vom 14. Februar 2018 (Urk. 10/92/1 = Urk. 3/2) führte Dr. D. ___ aus, die ganze Sache sei sehr heikel. Der Radiologe beschreibe eine Tendinopathie der Supraspinatussehne, was als Degeneration interpretiert werde. Andere degenerative Zeichen wie eine Muskelatrophie oder eine fettige Infiltration der Muskulatur fehlten völlig, demnach weitere Zeichen, die auf eine relevante Sehnenabnutzung schliessen lassen würden.

Was für die Operation relevant gewesen sei, sei der Oberrand-Riss der Subscapularissehne mit einer Instabilität der Bicepssehne. In diesen Sehnen bestünden keine degenerativen Veränderungen. Diese Instabilität der langen Bicepssehne löse bekanntermassen Schmerzen aus, die in den meisten Fällen nur mit einer Operation gelöst werden könnten.

Dr. D. ___ führte aus, eine AC-Arthrose sei ein isoliertes Geschehen, und es gebe in der Literatur keine Hinweise darauf, dass eine AC-Arthrose zu einer Schädigung der Rotatorenmanschette führen könnte. Der Unfallmechanismus sei sehr wohl geeignet gewesen, eine Rotatorenmanschetten-Ruptur insbesondere mit einer Instabilität der langen Bicepssehne zu generieren, da es bei einem Abstützensversuch immer zu einer unkontrollierten Kraftentfaltung auf die Rotatorenmanschette komme, meist mit einer passiven Rotationskomponente.

Degenerative Zeichen seien sehr häufig im Alter des Beschwerdeführers, was alleine aber nicht heisse, dass jede Rotatorenmanschette zwingend irgendwann abreisse. Mit der

Argumentation der Suva würde es ab einem gewissen Alter keine traumatischen Rotatorenmanschettenrisse mehr geben, sondern nur degenerative, was aber nicht der Realität entspreche.

E. 3.15

Die Suva-Versicherungsärzte PD Dr. med.

H.____ und Dr. med. I.____, Fachärzte für

Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führten in ihrer orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 27. April 2018 (Urk. 9) aus, was den Vorzustand beim Versicherten anbelange, seien auf dem Arthro-MRI der rechten Schulter vom 22. Februar 2017 zwei über die normale Anatomie hinausgehende Irritationen der Rotatorenmanschettensehnen erkennbar. Zum einen betreffe dies die Subscapularissehne und zum anderen die Supraspinatussehne (S. 7 oben).

Im Falle des Beschwerdeführers habe die Spitze des Rabenschnabelfortsatzes Kontakt zur Subscapularissehne, so dass es bei Drehbewegungen zu einer Irritation dieser Sehne komme. Bei Elevation, Innendrehung und Adduktion des Armes entstehe ein Konflikt zwischen dem kleinen Oberarmhöcker und dem Rabenschnabelfortsatz, wodurch die lange Bizepssehne einschliesslich ihrer ligamentären Führung (Pulley), Subscapularissehne ansatznah und der zwischen Schulterdach und Rotatorenmanschette liegende Schleimbeutel (Bursa subacromialis) mechanisch kompromittiert würden. Diese Situation werde auch als subcoracoidales

Impingement bezeichnet (S. 7 Mitte). Auch zeige das MRI eine ausgeprägte Abnützung (Arthrose) mit deutlicher Verdickung des rechten Schultergelenkes, welche zu einer mechanischen Irritation der Supraspinatussehne führe (S. 7 unten).

Entgegen der Aussage von Dr. D.____ in seiner E-Mail vom 14. Februar 2018, werde der schädigende Einfluss der AC-Arthrose auf die Rotatorenmanschette in der vorliegenden Literatur sicher nicht vollständig bejaht, jedoch auch keinesfalls überwiegend verneint (S. 8 oben). Zudem lägen beim Beschwerdeführer eine Reihe von intrinsischen Faktoren für die Entstehung von Texturstörungen der Rotatorenmanschette vor, namentlich die Zuckerkrankheit, der Bluthochdruck, die Hypercholesterinämie sowie das Alter, und es sei weiter der dominante Arm betroffen (S. 8 Mitte).

PD Dr. H.____ und Dr. I.____ führten aus, es seien im MRI vom 22. Februar 2017 deutliche degenerative Veränderungen an der Supraspinatus- und der langen Bizepssehne sowie Gelenkklippe (Labrum) im Bereich ihres Ursprungs sichtbar. Der letzte genannte Befund werde als Superior Labrum Anterior

Posterior (SLAP) 1-Läsion bezeichnet und sei degenerativ bedingt. Der Schleimbeutel zwischen Schulterdach und Rotatorenmanschette sei entzündlich verändert (Bursitis subacromialis). Die Subscapularissehne habe an ihrem Oberrand einen Kontinuitätsunterbruch. Infolge der damit verbundenen Pulley-Läsion sei die lange Bizepssehne nach medial subluxiert (S. 8 Mitte).

Entgegen der Aussage von Dr. D.____ bestehe in der Literatur keinesfalls Einigkeit darüber, dass eine Bizepssehneninstabilität zwangsweise zu Schmerzen führe. Trete, wie beim Beschwerdeführer, eine Läsion der Subscapularissehne zusammen mit einer Supraspinatussehnenläsion auf, so liege in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine degenerative

Ursache vor. Das anterosuperiore

Impingement

sei auch intraoperativ bestätigt worden, indem

Dr. D. ___

gemäss Operationsbericht vom 20. März 2017 beschreibe, wie er einen deutlichen von der Vorderkante der Schulterhöhe ausgehenden und den Raum unter der Schulterhöhe an dieser Stelle einengenden Vorsprung entfernt habe.

Soweit Dr. D. ___ in seiner E-Mail vom 14. Februar 2018 ausgeführt habe, dass das Fehlen einer Muskelhypotrophie und einer fettigen Infiltration gegen das Vorliegen einer relevanten Sehnenabnutzung spreche, könne dem nicht gefolgt werden (S. 8 unten f.). So sei eine Abnahme des Muskelquerschnitts erst nach einem vollständigen Unterbruch der Sehne zu erwarten. Im Falle des Beschwerdeführers liege kein vollständiger Sehnenunterbruch vor und damit sei auch noch keine entsprechende Reaktion an der zugehörigen Muskulatur zu erwarten.

PD Dr. H. ___ und Dr. I. ___ führten aus, dass zusammenfassend festgestellt werden könne, dass die aufgezählten degenerativen Vorzustände an der rechten Schulter, namentlich die Schultergelenksarthrose, die Texturstörung der Supraspinatussehne mit partiellem Kontinuitätsunterbruch, die Texturstörung an der langen Bizepssehne, die SLAP

1 Läsion an der Gelenkfläche (Labrum), der

kleine Kontinuitätsunterbruch am Oberrand der Subscapularissehne und die Läsion des Pulley mit Subluxation der langen Bizepssehne

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits vor dem angeschuldigten Ereignis bestanden hätten (S. 9 oben).

Weiter mache das in den Akten beschriebene Unfallereignis eine Überdehnung der Rotatorenmanschettensehne unwahrscheinlich. Das unfallbedingte Zerreißen einer Rotatorenmanschettensehne

sei eine schwere Verletzung und immer mit einer erheblichen klinischen Beeinträchtigung verbunden, weshalb das zeitliche (ca. innerhalb der ersten drei Tage nach dem Unfall) Aufsuchen eines Arztes zu erwarten sei. Die erste ärztliche Konsultation sei jedoch einen Monat nach dem Unfallereignis erfolgt, was gegen eine unfallbedingte strukturelle Läsion spreche (S. 9 unten f.).

Insgesamt habe im klinischen Bild der Schmerz vor dem Funktionsverlust dominiert, was typisch für degenerative Läsionen der Rotatorenmanschette

sei, weil diese wegen ihrer allmählichen Entstehung von den erhaltenen Strukturen der Rotatorenmanschette und dem Deltamuskel lange Zeit funktionell kompensiert werden könnten (S. 10 Mitte). Weiter seien im Operationsbericht vom 20. März 2017 keine auf einen Unfallgeschehen hinweisenden Befunde beschrieben worden.

Die zusammenfassende Betrachtung der beurteilungsrelevanten Faktoren (Vorgeschichte; Unfallgeschehen; klinische, bildgebende und intraoperative Befunde) spreche dafür, dass es bei dem Ereignis vom 7. Januar 2017 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu einer strukturellen Verletzung der rechten Schulter des Beschwerdeführers gekommen sei

(S. 10 Mitte). Die Läsionen an der Sehne von Supraspinatus -, Subscapularis - und Bicepsmuskel einschliesslich des Pulley seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen degenerativen Vorzustand zurückzuführen (S. 10 unten).

Durch das Schadenereignis vom 7. Januar 2017 sei es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen strukturellen Verletzungen gekommen. Die degenerativen Vorzustände seien überwiegend wahrscheinlich vorübergehend im Sinne einer Aktivierung der Schultergelenksarthrose und einer Reizung/Entzündung der Bursa subacromialis verschlimmert worden (S. 11 Ziff. 2). Das Mass für die Dauer der vorübergehenden Verschlimmerung sei der Heilverlauf einer Schulterdistorsion, welche im Allgemeinen nach vier bis sechs Wochen folgenlos verheilt sei. Damit bestünden im vorliegenden Fall über den 22. Februar 2017 hinaus keine Unfallfolgen mehr (S. 11 Ziff. 3). 4.4.1

Die Beschwerdegegnerin anerkannte gestützt auf die kreisärztliche Stellungnahme von Dr. G.____ vom 15. Januar 2018 (vgl. vorstehend E. 3.13) ihre Leistungspflicht für die Kontusions- respektive Distorsionsfolgen des Sturzes vom 7. Januar 2017 und erachtete den diesbezüglichen Status quo sine am 22. Februar 2017 als erreicht. Hingegen verneinte sie unter Verweis auf den degenerativen Vorzustand eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit den Läsionen der Rotatorenmanschette (vgl. vorstehend E. 2.1 und E. 2.3). 4.2

Was die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Kontusions - respektive Distorsions folgen anbelangt, kann auf die Beurteilung von Dr. G.____ vom 15. Januar 2018 (vgl. vorstehend E. 3.13), wonach rund sechs Wochen nach dem Ereignis der Status quo sine erreicht gewesen sei, abgestellt werden, zumal sich weder anlässlich der erstmaligen Untersuchung bei Dr. C.____ vom 7. Februar 2017 (vgl. vorstehend E. 3.4) noch anlässlich der bildgegebenen Untersuchungen vom 10. und 22. Februar 2017 (vgl. vorstehend E. 3.2-3) Hinweise darauf ergeben hätten, dass die Kontusion respektive Distorsion nicht folgenlos abgeheilt wäre. Auch PD Dr. H.____ und Dr. I.____ bestätigten in ihrem Aktengutachten vom 27. April 2018 (vgl. vorstehend E. 3.15) eine Abheilungsdauer einer Distorsionsverletzung der Schulter von vier bis sechs Wochen. 4.3

Die mittels Bildgebung vom 10. und vom 22. Februar 2017 festgestellte Rotatorenmanschetten-Ruptur (vgl. vorstehend E. 3.2-3), welche am 20. März 2017 operativ durch Dr. D.____ saniert wurde (vgl. vorstehend E. 3.7), fällt unter die in Art. 6 Abs. 2 UVG aufgelisteten Körperschädigungen im Sinne von Sehnenverletzungen (vgl. BGE 123 V 43 E. 2a, Urteil des Bundesgerichts 8C_381/2014 vom 11. Juni 2015 E. 3).

Demnach greift vorliegend die Vermutung, dass es sich hierbei um eine Listendiagnose handelt, deren Behandlung vom Unfallversicherer übernommen werden muss, sofern nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen und demnach der Kausalitätsanteil des Vorzustandes grösser als 50 % ist (vgl. vorstehend E. 1.2-3). 4.4

Bereits Kreisarzt Dr. E.____ erachtete in seiner Stellungnahme vom 16. März 2017 (vgl. vorstehend E. 3.6) die degenerativen Veränderungen als überwiegend.

In der Folge bestätigte dann Kreisarzt Dr. G.____ in seinen Stellungnahmen vom 28. Juni und vom 28. August 2017 (vgl. vorstehend E. 3.10 -11), dass das MRT vom 22. Februar 2017 stark ausgeprägte degenerative Veränderungen des rechten Anteils des Schultergürtels zeige. Dass die Läsionen durch den Unfall verursacht worden wären, wurde

nicht für überwiegend wahrscheinlich erachtet .

Sodann hielten auch PD Dr. H.____ und Dr. I.____ in ihrem Akten gutachten vom 2 7. April 2018 (vgl. vorstehend E. 3.15)

fest, d ass das MRT vom 2 2. Februar 2017 deutliche degenerative Veränderungen ausweise

Detaillierter führte Dr. G.____ in seiner Beurteilung vom 2 8. August 2017 (vgl. vorstehend E. 3.11) aus, dass die MR-tomographisch nachgewiesenen Verände rungen unmöglich im Zeitraum zwischen dem Unfall und der MR-Arthrographie aufgetreten sein könnten.

Sowohl Dr. G.____ als auch die Gutachter PD Dr. H.____ und Dr. I.____

(vgl. vorstehend E. 3.15) hielten überdies fest, dass eine trau matisch bedingte Rotatorenmanschettenruptur

als äusserst schmerzhaft gelte. Demnach spreche der Umstand, dass der Beschwerdeführer erst einen Monat spä ter am 7. Februar 2017 Dr. C.____ (vgl. vorstehend E. 3.4) wegen der Schul terschmerzen konsultierte und seine Arbeit nach dem Ereignis for tgesetzt habe , als Indiz für das Vorliegen einer degenerativen Rupt ur . Dass sich die Schmerzintensität in Grenzen hielt, bestätigte der Beschwerdeführer gegenüber der Abklä rungsperson der Beschwerdegegnerin am 9. Mai 201 7. Demnach lag

der Schmerzpegel im Bereich des Schulterdaches direkt nach dem Ereignis bei 5-6/10 (VAS) und hernach bei 3-4/10 (VAS). Weiter gab der Beschwerdeführer an, sich bei der Arbeit, welche noch eine Woche angedauert habe, eingeschränkt gefühlt zu haben

(vgl. auch Urk. 10/42 S. 1) , was nicht mit schweren Schmerzen verein bar ist .

Das nach dem Ereignis vom 7. Januar 2017 noch relativ gut erhaltene Funktions vermögen der Schulter , welches Dr. D.____ auch in seiner Stellungnahme vom 1 6. November 2017 (vgl. vorstehend E. 3.12) bestätigte,

erachteten PD Dr. H.____ und Dr. I.____ sodann als typisch für degenerative Läsionen der Rotatoren manschette , da diese wegen ihrer allmählichen Entstehung von den erhaltenen Strukturen und dem Deltamuskel lange Zeit kompensiert werden könnten.

Der Beschwerdeführer folgte sodann hinsichtlich der Argumentation in seiner Be schwerde (vgl. vorstehend E. 2.2) im Wesentlichen den Ausführungen des behan delnden Arztes Dr. D.____ in dessen E-Mail vom 1 4. Februar 2018 (vgl. vorstehend E. 3.14).

Zur Ursache der Rotatorenmanschettenruptur äusserte sich Dr. D.____

erstmal in seiner Stellungahme vom 1 6. November 2017 (vgl. vorstehend E. 3.12), indem er ausführte, dass der Beschwerdeführer vor dem Sturz beschwerdefrei gewesen sei. Die Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc», nach deren Be deutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall ver ursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb , Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). Dass das MRI vom 2 2. Februar 2017 ausgedehnte und stark ausgeprägte degenerative Befunde zeigte, wie Dr. G.____

in seiner Stellungnahme vom 2 8. Juni 2017 ausführte, stellte Dr. D.____ in seinem Schreiben vom 1 6. November 2017 nicht in Abrede, sondern äusserte , dass der MRI-Befund in der täglichen Praxis für den

Patienten keine Bedeutung haben und die klinischen Einschränkungen massgebend seien .

Soweit Dr. D.____ dann präzisierend in seiner E-Mail vom 14. Februar 2018 (vgl. vorstehend E. 3.14) ausführte , dass degenerative Zeichen einer Muskellatrophy oder einer fettigen Infiltration der Muskulatur völlig gefehlt hätten, welches gegen eine relevante Sehnenabnutzung spreche, wurde diese Aussage durch PD Dr. H.____ und Dr. I.____

in nachvollziehbarer Weise widerlegt , indem sie ausführten , dass ein vollständiger Sehnenunterbruch nötig wäre, um zu einer Abnahme des Muskelquerschnitts zu führen. Weiter verneinten PD Dr. H.____ und Dr. I.____ die von Dr. D.____ getätigten Ausführungen, wonach an den für die Operation relevanten Sehnen keine degenerativen Veränderungen bestanden hätten.

Insbesondere beschrieben PD Dr. H.____ und Dr. I.____ ein subcoracoidales

Impingement , welches eine Ruptur einer Rotatorenmanschettensehne begünstigt .

Eine Impingement -Situation wurde auch durch Dr. G.____ in seiner Beurteilung vom 28. August 2017 bestätigt und geht überdies aus dem Operationsbericht von Dr. D.____ vom 20. März 2017 hervor

(vgl. vorstehend E. 3.11 , vgl. Urk. 10/28 S. 2).

Auch die Ausführungen von Dr. D.____ , wonach laut Literatur eine AC-Arthrose keinen Einfluss auf eine Schädigung der Rotatorenmanschette haben sollte, konnten die Gutachter nicht bestätigen. Weiter nannten sie beim Beschwerdeführer vorliegende intrinsische Faktoren für die Entstehung von Texturstörungen der Rotatorenmanschette .

Zusammenfassend erscheint es aufgrund der kreisärztlichen Stellungnahmen von Dr. G.____ sowie aufgrund des schlüssigen Aktengutachtens von PD Dr. H.____ und Dr. I.____

vom 27. April 2018 als überwiegend wahrscheinlich, dass die zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 22. Februar 2017 noch bestehenden Schulterbeschwerden über 50 % auf den degenerativen Vorzustand zurückzuführen sind . 4.5

Aufgrund des Gesagten ist somit festzuhalten, dass die vom Beschwerdeführer über die Leistungseinstellung vom 22. Februar 2017 hinaus beklagten

Beschwerden vorwiegend auf Abnutzung zurückzuführen sind, weshalb die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht hierfür zu Recht verneint hat.

Der angefochtene Einspracheentscheid (Urk. 2) erweist sich demnach im Ergebnis als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Das Verfahren ist kostenlos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - SEV - Gewerkschaft des Verkehrspersonals - 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 1

5. 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
Mosimann
Schucan

E. 6

und Ziff.

E. 9

Abs. 1 UVG zu verstehen, mithin darf die Abnützung oder Erkrankung nicht mehr als 50 % aller mitwirkenden Ursachen ausmachen (vgl. KOSS- Hürzeler / Kieser , Art. 6 UVG, N 44) .

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