

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00144 vom 5. Dezember 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00144

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00144 du 5 décembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00144 del 5 dicembre 2020

Erwägungen

E. 1

März 2005 als Gipser für die Y.____ GmbH, deren einziger Gesellschafter und Geschäftsführer er ist, und war damit bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 30. September 2016 auf einer Baustelle von einem 3-Tritt auf die linke Seite stürzte (Urk. 10/1). Die am 3.

Oktober 2016 erstbehandelnde Ärztin Dr. med. Z.____, Fachärztin Physikalische Medizin, diagnostizierte in ihrem Arztzeugnis vom 11. November 2016 eine posttraumatische Periarthritis humeroscapularis

(PHS) links bei St. nach Abriss der Supra- und Infraspinatussehne vorbestehend, eine Distorsion

des

OSG links mit Zerrung des Ligamentum

fibulolare anterius sowie

eine aktivierte Sekundärarthrose talonavicular (Urk. 10/10).

Die Suva trat auf den Schaden ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Ab Januar 2017 nahm der Versicherte die Arbeit zu 50

% und ab dem 6. März 2017 wieder zu 100 %

auf (Urk. 10/18-19). Die Suva erbrachte ihre Leistungen bis am

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). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 30. September 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

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 Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicher Weise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen). 1. 4

Der Fallabschluss hat in Form einer Verfügung zu erfolgen, wenn und solange die (weitere) Erbringung erheblicher Leistungen zur Diskussion steht (BGE 132 V 412 E. 4, Art. 124 UVV). Erlässt der Versicherer stattdessen nur ein einfaches Schreiben, erlangt dieses in der Regel jedenfalls dann rechtliche Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt (BGE

134 V 145). Standen zu einem bestimmten Zeitpunkt indes keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten. Dies ist im Rahmen einer ex ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_400/2013 vom 31. Juli 2013 E. 4 mit weiterem Hinweis).

Dabei kommt der Art der Verletzung und dem bisherigen Verlauf eine entscheidende Rolle zu. Lag ein vergleichsweise harmloser Unfall mit günstigem Heilungsverlauf vor, welcher nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete, wird tendenziell eher von einem stillschweigend erfolgten Abschluss auszugehen sein als nach einem kompliziert verlaufenen Heilungsprozess. Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalles und nicht unter demjenigen eines Rückfalles zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat beziehungsweise wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2008 vom 17. Dezember 2008 E. 4.3 mit weiteren Hinweisen). 1. 5

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). 1. 6

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 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).

Rechtsprechungsgemäss kommen sie aber nur dann zum Zuge, wenn die Kausalität einmal gegeben und anerkannt ist. Diese Anerkennung muss sich auf das Unfallereignis und die dabei erlittenen Verletzungen wie auch auf den Umstand beziehen, dass ein bestimmter Symptomkreis die Folge dieses Vorfalls darstellt. Dagegen kann die Rechtsprechung nicht dahingehend verstanden werden, dass der Versicherer, der im Zusammenhang mit einem Unfall seine Leistungspflicht einmal anerkannt hat, in der Folge auch die Beweislast für das Nichtbestehen einer Unfallkausalität in Bezug auf Beschwerden und Verletzungen trüge, welche ursprünglich nicht thematisiert worden waren (Urteil U 6/05 des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 27. April 2005, E. 3.2). 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. 7

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).

E. 1.8

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). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherer 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.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid damit, dass kein Anlass bestehe,

die schlüssig und widerspruchsfrei begründete Einschätzung des erfahrenen Versicherungsmediziners Prof. A.____ in Frage zu stellen, weshalb ohne weiteres darauf abgestellt werden könne. Seine Beurteilung, worin auf die erhobenen klinischen und bildgebenden Befunde sowie die geklagten Beschwerden Bezug genommen werde, sei in

Kenntnis der gesamten Aktenlage abgegeben worden. Medizinische Berichte, welche dem widersprechen würden, lägen den Akten nicht bei. Der Radiologe Dr.

C.____

habe den Abriss der Supra- und Infraspinatussehne als «älter» beurteilt. Die Hausärztin Dr. Z.____ habe ebenfalls auf eine «vorbestehende» Schädigung dieser Sehne hingewiesen und auch PD Dr. D.____ habe diesen Umstand nicht in Abrede gestellt. Zudem stehe die kreisärztliche Beurteilung im Einklang mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Ursache einer Rotatorenmanschettenläsion (Urk. 1 Ziff. 3). Schliesslich sei in Bezug auf einfache Prellungen auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts hin zu weisen, wonach bei Kontusionsverletzungen der zu erwartende Heilungsprozess in der Regel nur wenige Wochen, höchstens aber einige Monate andauere (vgl. Urteil des BGer 8C_744/2013 vom 10. Januar 2014 E. 3.4). Liessen sich – wie im vorliegenden Fall – zeitnah zum Unfallereignis keinerlei frische unfallbedingte strukturelle Läsionen bildgebend nachweisen, so sei die Dauer der folgenlosen Abheilung bzw. des Erreichens des Status quo sine

vel ante sogar bei wenigen Tagen bis Wochen festzulegen. Somit sei mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass das Unfallereignis vom 30. September 2016 nicht mehr Ursache des Gesundheitsschadens, wie er sich am 21. Oktober 2016 (= drei Wochen danach) präsentiert habe, darstelle und der Status quo sine

vel ante zu diesem Zeitpunkt erreicht gewesen sei. Die in der Folge noch bestehenden Schulterbeschwerden links seien folglich nicht mehr unfall-, sondern ausschliesslich

noch

krankheitsbedingt. Demnach sei die Verfügung der Suva vom 4. Juli 2017 in dem Sinne abzuändern, als der Beschwerdeführer Anspruch auf die gesetzlichen Versicherungsleistungen der Suva bis zum 21. Oktober 2016 habe. Soweit die Ausrichtung darüberhinausgehender Leistungen beantragt werde, sei die Einsprache abzuweisen (Urk. 1 S. 11 f.). 2.2

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Juli 2019 führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, die Verfügung vom 4. Juli 2017, welche mit Einsprache-Entscheidung vom 26. April 2019 abgeändert worden sei, betreffe ausschliesslich die mit Rückfallmeldung vom 24. Mai 2017 gemeldeten (nach vollständiger Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit erneut aufgetretenen) Schulterbeschwerden links und die diesbezügliche Leistungspflicht der Suva ab 15. Mai 2017. Somit sei die mit Einsprache-Entscheidung vom 26. April 2019 erfolgte Abänderung der Verfügung vom 4. Juli 2017, wonach dem Beschwerdeführer für die Zeit bis 21. Oktober 2016 die gesetzlichen Leistungen zugesprochen worden seien, aufzuheben. Nachdem die Suva die gesetzlichen Leistungen bereits bis 5. März 2017 erbracht habe, sei in Ermangelung eines schutzwürdigen Interesses auf die Beschwerde nicht einzu treten, soweit damit Leistungen ab 21. Oktober 2016 verlangt worden seien. Im vorliegenden Prozess sei ausschliesslich die Leistungspflicht der Suva ab 15. Mai 2017 in Bezug auf die Schulterproblematik links zu prüfen (Urk. 11 S. 5 f.). Nach dem Unfall vom 30. September 2016 hätten an der linken Schulter keine physischen Unfallfolgen objektiviert werden

können. Die MRT-Bilder vom 5. Oktober 2016 zeigten komplette Abrisse der Supra- und der Infraspinatussehne, welche vom Radiologen, von der behandelnden Ärztin Dr. med. Z.____ wie auch von Kreisarzt Prof. Dr. med. A.____ als Vorzustand qualifiziert worden sei

en . Dieser vorbestehende, unfallfremde Schaden sei somit ausschliesslich Ursache der seit dem 15. Mai 2017 anhaltenden Schulterbeschwerden gewesen, weshalb er dann auch operativ behoben worden

sei. Auf den Standpunkt von Dr. med. E.____, wonach der Rotatorenmanschettschaden Folge des Unfalles vom 30. September 2016 sei, könne nicht abgestellt werden . Eine Auseinandersetzung mit den anderslautenden medizinischen Unterlagen sei dabei in keiner Weise erfolgt . Es könne somit

keinesfalls von einer überwiegend wahrscheinlichen Rückfallkausalität ausgegangen werden (Urk. 11 S. 6 f.) . Im Weiteren sei auch eine unfallbedingte, richtung gebende Verschlimmerung dieses vorbestehenden Schultererschadens nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt (Urk. 11 S.

7). Vor sorglich sei zu ergänzen , dass der Beschwerdeführer in Bezug auf die Frage, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den seit 15. Mai 2017 bestehenden Beschwerden der

Rotatorenmanschetten und dem Unfall vom 30.

September 2016 bestehe , auch dann die Beweislast tragen müsste, wenn von einem fortlaufenden Grundfall ausgegangen würde. Der Grund liege darin, dass die Suva die Unfallkausalität in Bezug auf die (beschwerde- auslösenden) Supra- und der Infraspinatussehnenrisse nie anerkannt habe (Urk. 11 S. 8). Soweit sich der Beschwerdeführer auf eine Kontusion als vorübergehend unfallkausale Verschlimmerung der vorbestehenden Rotatorenmanschettenrupturen berufe, könne daraus eben falls keine Leistungspflicht der Suva ab 15. Mai 2017 abgeleitet werden, dies selbst dann, wenn man ihr die Beweislast für das gänzliche

Dahinfallen eines solchen unfallbedingten Beschwerdeschubs zuweisen wolle (Urk. 11 S. 8 ff.)

2. 3

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, das Aktengutachten von Prof. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vermöge nicht zu überzeugen . So sei zunächst nicht ersichtlich, welche Akten dem Kreisarzt tatsächlich zur Verfügung gestanden hätten . Sodann falle auf, dass der Kreisarzt lediglich die im MRI vom 5. Oktober 2016 festgestellten Veränderungen aufgelistet habe und dann ohne nachvollziehbare Begründung behauptet habe, diese seien ausschliesslich degenerativer Natur. Woraus er dies geschlossen habe, sei dem Bericht nicht zu entnehmen . Zudem diskutiere Prof. A.____ die sich auf drängende Möglichkeit, dass es durch den Sturz vom 30. September 2016 zu einer

richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen sein könne, mit keinem Wort, wozu ein

Sturz auf die linke Schulter aber sicher geeignet sei . Dieses Versäumnis könne die Beschwerdegegnerin auch nicht durch einen allgemeinen Verweis in Erwägung zu wettmachen. Es gelte auch darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis vom 30.

September 2016 bezüglich der linken Schulter nie mehr beschwerdefrei gewesen sei. Er habe seine Arbeit trotz

Schmerzen

wiederaufgenommen, er könne aber insbesondere schwere

Überkopfarbeiten nicht mehr ausführen. Solche Arbeiten müssten von seinen Mitarbeitern ausgeführt werden. Aufgrund der persistierenden Schmerzen

habe er sich

sodann für die operative Sanierung der linken Schulter entschlossen. Es sei augenscheinlich,

dass es anlässlich des

Ereignisses vom 30. September 2016 mindestens zu einer Traumatisierung und Symptomatisierung des unfallbedingten Vorzustandes gekommen sei – und nicht bloss zu einer einfachen Kontusion, wie dies Prof. A. ___ behauptete. Ohne das Ereignis vom 30. September 2016 wäre es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht, oder zumindest nicht im gleichen Zeitpunkt, zur besagten Operation gekommen. Nach dem Gesagten habe die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt und ihre Leistungen gestützt auf einen nicht beweiskräftigen Bericht ihres Kreisarztes unzulässig nach drei Wochen eingestellt (Urk. 1 S. 7 ff.) . 3.

Vorab ist, wie von den Parteien richtig erkannt wurde (Urk. 2 Rz. 1, Urk. 9 Rz. 5 .1

vgl. auch Urk. 1 S. 7 ff.) festzuhalten, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. April 2019, dessen Inhalt den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand bestimmt, einzig

ein möglicher Kausalzusammenhang zwischen den am 24. Mai 2017 nochmals gemeldeten Schulterbeschwerden links und dem

Unfallereignis vom 30. September 2016 beurteilt, weshalb die gesamthafte Leistungsausrichtung

bis am 5. März 2017, welche auch unter Einbezug der Distorsion des OSG erfolgte, sowie

ein allfälliger

Kausalzusammenhang mit dem früheren Unfall vom 12. Juni 2011 nicht Anfechtungs- und Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden. Zu diesem früheren Unfall liegen auch keine Akten vor. 4. 4 .1

Am 5. Oktober 2016 erfolgte ein Arthro-MRT der linken Schulter und des OSG links im Institut F. ___ . Die Befunde wurden beurteilt als älterer Abriss der Supra- und

Infraspinatussehnen ;

Bone

bruise ventral im Bereich der Fibula und Zerrung-Grad I Verletzung des Ligamentum fibulotalare anterius ; Zustand nach alter Luxationsfraktur des Os naviculare im Chopart-Gelenk mit Zeichen der aktivierten Sekundärarthrose im Bereich der dezentrierten talona

vi ku laren Gelenkfläche (Urk. 10/16). 4 .2

Die erstbehandelnde Ärztin und zugleich Hausärztin des Beschwerdeführers Dr.

Z.____ stellte im UVG-Arztzeugnis vom 11. November

2016 die Diagnose einer posttraumatischen PHS links , St. nach Abriss der Supra- und Infraspina tussehne vorbestehend, einer Distorsion des OSG links mit Zerrung des Ligamentum fibulotalare anterius sowie eine r aktivierte n Sekundärarthrose talonavicular (Urk.

10/10) . 4 .3

Im ärztlichen Zwischenbericht vom 27. Januar 2017 gab Dr. Z.____ eine deut liche Besserung der Schmerzen sowohl im Bereich der Schulter wie auch des OSG an. Sodann hielt sie fest, dass der Beschwerdeführer die Arbeit seit dem 1.

Januar 2017 zu 50 % wiederaufgenommen habe (Urk. 10/18). 4 .4

Dr. med. E.____ , Oberarzt der Orthopädie in der Universitätsklinik G.____ ,

erhob im Bericht vom 23. Mai 2017 folgende Diagnosen: - Rotatorenman s chettenruptur Schulter links nach Sturz am 30. September 2016 von der Leiter - Schmerzhaftes Os acromiale rechts bei - m inimale r Dehiszenz Supra s pinatus Schulter rechts bei - St.

n. Schu l t erarthroskopie, Biz epstenodese (Arthrocareanker), subacro miale m

Débridement , Rotatorenmanschetten - Rekonstruktion am 27.12.2013 bei - St. n.

Rotatorenmanschetten -Massenruptur rechts Der Beschwerdeführer verspüre eine Schwäche in der linken Schulter bei Über-Kopf-Bewegungen in Aussenrotation. Zudem habe er starke Schmerzen, auch in der Nacht. Er habe diese Beschwerden seit einem Leitersturz am 30. September 2016. Vor drei Jahre n habe er sich ebenfalls bei einem Stu rz eine Schulterläsion links zu gezogen, dabei seien die Schwäche und die Schmerzen nicht derart im Vordergrund gestanden . Der Beschwerdeführer arbeite als Gipser, dies trotz Sch wäche und Schmerzen zu 100 %. Leider hätten bei der heutigen Konsultation die Arthro -MRI-Bilder der linken Schulter vom Oktober 2016, die extern durch geführt worden seien, nicht vorgelegen. Klinisch bestehe jedoch das passende Bild zum Befundschreiben. Es könne von einer posterosuperioren

Rotatorenman schettenverletzung ausgegangen werden. Aufgrund des zeitlichen Verlaufes und der bereits beschriebenen Verfettung im Oktober gehe er davon aus, dass die Re tra ktion noch weiter fortgeschritten sei und die Verfettung ebenfalls, sodass sich die Frage stelle, ob eine Rekonstruktion überhaupt noch möglich sei. Es werde daher eine erneute Arthro -MRI-Untersuchung durchgeführt und der Be schwerdeführer werde die Vorbilder zur Befundbesprechung mitbringen (Urk.

10/28). 4 .5

Kreisarzt Prof . A.____ führte in seiner Beurteilung vom 26. Juni 2017 aus, im kernspintomografischen Befund des linken Schultergelenks vom 5. Oktober 2016, somit zeitnah zum Unfallereignis vom 30. September 2016, zeigten sich erheb liche degenerative Veränderungen an der Rotatorenmanschette hinsichtlich der Supra- und der Infraspinatussehne . Die Hinweise darauf, dass es sich um einen mehrjährigen Vorschaden handle, bestünden in der

lipomatösen Atrophie Grad II des Supraspinatus wie auch des Infraspinatus. Daneben bestünden erhebliche degenerative Veränderungen im Bereich des AC-Gelenks sowie des Tuberculum majus. Ferner fehlten Hinweise auf eine frische Traumatisierung der oben genannten

Strukturen. Es werde somit von einer Kontusion des linken Schultergelenks ausgegangen. Der Status quo sine sei drei Wochen nach Unfallereignis erreicht worden (Urk. 10/35). 4. 6

Am 12. Juli 2017 wurde ein erneutes

Arthro-MRT der linken Schulter in der Radiologie der Klinik G.____ durchgeführt. Es zeige sich die bekannte transmurale Ruptur der Supraspinatus- und Infraspinatussehne mit im Verlauf progredienter Sehnenretraktion. Das Kontrastmittel sei in die Bursa durchgetreten und es bestünden zusätzlich eine Bursitis subacromialis sowie eine Gelenkarthrose mit Reizzustand (Urk. 10/53). 4. 7

PD. Dr. med. H.____,

Oberarzt der Schulterchirurgie der Universitätsklinik G.____, ergänzte in seinem Bericht vom 13. Juli 2017, der Beschwerdeführer berichte weiterhin über die ausgeprägten Schmerzen sowie die begleitende Schwäche im Bereich seiner linken Schulter infolge des Sturzereignisses von einer Leiter am 30. September 2016. Vor diesem Ereignis sei er zu 100 % als Gipser arbeitsfähig gewesen, seither könne er seiner Tätigkeit aufgrund der Schwäche und den Schmerzen nicht mehr nachgehen. Nach der Bildgebung Arthro-MRI Schulter links vom 12. Juli 2017 könne die Indikation für einen Latissimus

dorsi-Transfer gestellt werden (Urk. 10/51). 4. 8

Am 29. August 2017 wurden eine Arthroskopie der linken Schulter und eine arthroskopisch-assistierte Latissimus dorsi-Transposition durchgeführt. Der Subscapularis und der Teres minor seien noch intakt,

der Supra- und Infraspinatus seien stark retrahiert gewesen (Urk. 10/54). 4. 9

Mit Schreiben vom 23. April 2018 äusserte sich der stellvertretende Leiter der Schulterchirurgie der Universitätsklinik G.____, PD Dr. med. D.____, zur Unfallkausalität. Er hielt fest, bezüglich des Unfalles des Beschwerdeführers vom 13. Juni

2011 (richtig: 12.

Juni

2011) lägen nun befundete MR-Bilder vom 23. August 2011 vor. Mit dem geschilderten Unfallereignis und diesem klaren MR-tomographischen Befund ohne relevante degenerative Muskelveränderungen müsse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer klaren Unfallfolge ausgegangen werden. Die Chance in diesem Alter eine solche rein degenerative transmurale Sehnenschädigung zu haben, liege wohl unter 1 %. Bezüglich des erneuten Unfallereignisses vom 30. September 2016 könne jedoch nicht mehr rekonstruiert werden, inwieweit die bereits 2011 bestandene Sehnenläsion in ihrem natürlichen Verlauf

fortgeschritten sei (Urk. 10/76). 5.

E. 5

. Mai 2017 , da er nach der Arbeitsaufnahme immer wieder mit Schul terschmerzen zu kämpfen und seit 17. Mai 2017 die Arbeit erneut nieder gelegt habe (Urk.

10/23).

Nach getätigten medizinischen Abklärungen (Urk. 10/28-30) verneinte die Suva mit Schreiben vom 13. Juni 2017 ihre Leistungspflicht für die linksseitigen Schulterschmerzen (Urk.

E. 5.1

Angesichts der Gegebenheiten ist von einem vergleichsweise harmlosen Unfall und einem jedenfalls nicht ungünstigen Heilungsverlauf auszugehen . So fiel der Beschwerdeführer am 30. September 2016 von einem 3-Tritt - was nicht son der lich hoch ist - auf die linke Seite (Urk. 10/1). Eine sofortige ärztliche Behandlung war nicht nötig . S eine Hausärztin konsultierte der Beschwerdeführer erst nach dem Wochenende

(E.

4.2). Anfangs Januar 2017 konnte der Beschwerdeführer be reits wieder zu 50 % arbeiten und die Hausärztin stellte Ende Januar 2017 eine deutliche Besserung der Schmerzen sowohl im Ber e i ch der Schulter wie auch des OSG fest (E. 4.3). Ab 6 . März 2017 bestand wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/19 und Urk. 11). Den Akten sind von diesem Zeitpunkt an bis am 17. M ai 2017 keinerlei Hinweis e auf weitere Behandlungen z u entnehmen .

Ein form loser Abschluss wäre demgemäss grundsätzlich möglich und zulässig gewesen (vgl. E.

1.4) .

E. 5.2

Der Beschwerdeführer machte jedoch beschwerdeweise geltend, die Beschwerden in der linken Schulter seien seit dem Unfall nicht re mittiert, so dass er seine Haupttätigkeit als Gipser nur noch unter Schmerzen respektive eingeschränkt habe ausüben können (Urk. 1 S. 4) .

Somit ist zu prüfen, ob Brückensymptome vorgelegen haben, welche in der Praxis gestützt auf ärztliche Aussagen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_234/2012 vom 26. Juli 2012 E. 4 mit Hin weisen auf die Urteile 8C_314/2012 vom 25. Mai 2012 E. 3.2 und 8C_113/2010 vom 7. Juli 2010 E. 5.1.2). Dabei ist zu beachten, dass Brückensymptome natur gemäss auch relativ harmloser Natur sein können und in der Regel nicht nur dann anerkannt werden dürfen , wenn sie auch durchgängig ärztlich behandelt wurden (Urteil 8C_433/2007 vom 26. August 2008). 5. 3

Vorliegend hielt Dr. E.____ Mitte Mai 2017, rund zwei Monate nach der voll ständigen Wiederaufnahme der Tätigkeit als Gipser ,

in seinem Bericht fest, der Beschwerdeführer klage seit einem Leitersturz am 30. September 2016 über Schwäche in der linken Schulter bei Über-Kopf-Bewegungen in Aussenrotation sowie über starke Schmerzen

(E. 4.4) , was auch PD H.____ in seinem Bericht vom 13. Juli 2017 wiederholte (E. 4. 7) .

Sodann wurde dem Beschwerdeführer

ab 17. Mai 2017 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 10/20). Aufgrund dieser Angabe n ist davon auszugehen, dass S chulterbeschwerde n und damit Brücken symptome vorhanden waren, weshalb die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die mit Rückfallmeldung weiterhin geltend gemachten Beschwerden an der linken Schulter unter dem Gesichtspunkt des Grundfalls zu prüfen sind.

6. 6. 1

Die Beschwerdegegnerin erbrachte ihre Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 30. September 2016

bis am 5. März 2017 (Urk. 11). Es i st ihr darin zuzustimmen (Urk. 9 Rz . 5.3), dass zu diesem Zeitpunkt eine Distorsion des OSG links mit Zerrung des Ligamentum fibulotalare anterius diagnostiziert wurde und der Ab riss der Supra- und Infraspinatussehne

als vorbestehend bezeichnet wurde (vgl. 4.1-4.3). Sodann sind die im Mai 2017 persistierenden Schmerzen des Beschwer de führers an der linken Schulter unbestritten auf die Rotatorenmanschettenruptur zurückzuführen, welche schliesslich operat iv saniert wurde (E. 4.4, E. 4. 6 bis 4. 8 und Urk. 1 S. 8). Somit muss d ie Unfallkausalität de r

Rotatorenmanschettenruptur für die Gutheissung eines Leistungsanspruchs mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Die Beweislast liegt hier beim Beschwerdeführer (vgl. vor stehend E. 1. 6). 6. 2

Der angefochtene Entsch eid basiert auf der Beurteilung des Kreisarztes Prof. A.____ vom 26.

Juni 2017 (E. 4. 5). P rof. A.____ , der als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie über eine für die Beurteilung des streitigen Leidens angezeigte medizinische Ausbildung verfügt, berücksichtigte sämtliche medizi nische Vorakten einschliesslich Bilder (Urk. 10/ 35 S. 1) und setzte sich dabei mit den radiologisch erhobenen Befunden und den biomechanischen Zusammen hängen auseinander. In se iner Beurteilung hielt er fest, die bildgebenden Untersu chungen vom 5. Oktober 2016 zei gten erhebliche degenerative Veränderungen an der Rotatorenmanschette hinsichtlich der Supra- und der Infraspinatussehne . Die Hinweise darauf, dass es sich um einen mehrjährigen Vorschaden handle, dokumentiere der Grad II der lipomatösen Atrophie, sowohl des Supraspinatus wie auch des Infraspinatus. Daneben bestünden erhebliche degenerative Verände rungen im Bereich des AC-Gelenks sowie des Tuberculum majus. Ferner fehlten Hinweise auf eine frische Traumatisierung der oben genannten Struktu ren . Es werde daher von einer Kontusion des linken Schultergelenks ausgegangen . Der Status quo sine sei drei Wochen nach Unfallereignis erreicht worden

(E. 4. 5).

Diese Ausführungen sind nachvollziehbar und konkludent.

Sowohl Dr. Z.____ sowie auch

der Radiologe Dr. C.____ des

I nstitut s

F.____

erach teten den Abriss der Supra- und Infraspinatussehne als vorbestehend bzw. als älter (E. 4. 1 und E. 4.2). Ferner konnte i n den bildgebenden Untersuchungen keine organische unfallbedingte Verschlimmerung der vorbestehenden Befunde

f estge stellt werden und k einer der involvierten Ärzte bestätigte eine richtunggebende Verschlimmerung .

Selbst

PD D.____

hielt fest , b ezüglich des erneuten Unfallereig nisses vom 30. September 2016 könne nicht mehr rekonstruiert werden, inwieweit die bereits 2011 bestandene Sehnenläsion in ihrem natürlichen Verlauf fort geschritten sei (E. 4.9) .

Dass er dabei die Sehnenläsion

auf den Unfall im Jahr 2011 zurück zu führen scheint , ist vorliegend ohne Belang.

Einzig Dr. E.____

scheint einen Zusammenhang zum Unfall vom 30. September 2016 nicht aus zuschliessen (E. 4.4) . Da seine Einschätzung ohne Einsicht in die Unfallakten erfolgte und sich lediglich auf die Angaben des Beschwerdeführers

stützte, ver mag seine Vermutung keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahme zu wecken .

Soweit der Beschwerdeführer die Unfallkausalität aus dem Umstand der prätrau matisch fehlenden Beschwerden ableiten will, ist anzumerken, dass die Argu mentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc», nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig ist (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb , Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013. E. 5.1). 6.3

Aufgrund dieser Aktenlage ist die Einschätzung des Kreisarztes, wonach

die Ruptur der Rotatorenmanschette nicht auf das Unfallereignis vom 30. Sep tember 2016 zurückzuführen ist und es

sich demnach bei den Beschwerden an der linken Schulter n ach dem besagten Unfallereignis um eine vorübergehende Verschlim merung eines degenerativen Vorzustandes handelte , welche r im Sinne einer Kontusion des linken Schultergelenk s spätestens n ach drei Wochen abheilte, nachvollziehbar.

Auch sind von weiteren medizinischen Abklärungen keine anderslautenden und/oder weitere n

entscheidrelevante n Erkenntnisse zu erwar ten, weshalb darauf verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 II 427 E. 3.1.3 S. 435 mit Hinweisen). 7.

Da kein natürliche r Kausalzusammenhang der Rotatorenmanschettenruptur u nd den seit 15. Mai 2017 geltend gemachten Schulterschmerzen links zum Unfallereignis vom 30. September 2016 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahr scheinlichkeit erstellt ist , hat die Beschwerdegegnerin zu R echt ihre Leistungs pflicht nach dem 6. März 2017 verneint , wobei ihr auch zu folgen ist, dass die mit Einsprachee ntscheid vom 26. April 2019 erfolgte , nicht der effektiven Leistungs ausrichtung entsprechende Abänderung der

Verfügung vom 4. Juli 2017, wonach dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen bis 21.

Oktober 2016 zustünden, zu korrigieren ist. Ansonsten erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird mit der Feststellung, dass das Dispositiv Ziffer 1 des angefochtenen Einspracheentscheids vom 26. April 2019 im Sinne der Erwägungen Ziffer 7 zu korrigieren ist, abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Locher - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

E. 10

/33). Nachdem die Suva von Kreisarzt Prof. Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, eine aktenbasierte Beurteilung eingeholt hatte (Urk. 10/35), bestätigte sie die Leistungsablehnung mit Verfügung vom 4. Juli 2017 (Urk. 10/37).

Der Krankenversicherer Helsana Versicherungen AG erhob am

E. 14

Juli 2017 Einsprache (Urk. 10/39) und zog diese mit Schreiben vom 28. Juli 2017 wieder zurück (Urk. 10/44). Am 3. August 2017 erhob der Versicherte eine unbegründete Einsprache (Urk.

7/45). Während der von der Suva gewährten Fristverlängerung bis 12. September 2017 zur Begründung der Einsprache

(Urk.

10/47), reichte er

am

E. 15

August 2017 eine erneute Rückfallmeldung (Urk. 10/48) sowie diverse Spitalberichte ein (Urk.

10/49-55). Daraufhin veranlasste die Suva am 18.

Dezember 2017 eine erneute

kreisärztliche Beurteilung (Urk. 10/59) und gewährte dem Versicherten am 11. Januar 2018 eine erneute Nachfrist bis 15. Februar 2018 zur Begründung der noch immer unbegründet gebliebenen Einsprache (Urk. 10/61). Nach zwei gewährten Fristverlängerungsgesuchen erstattete er am 31. Mai 2018

die Begründung der

Einsprache

und liess vorbringen, die linksseitigen Schulterbeschwerden seien auch in Zusammenhang mit dem Unfall vom 12. Juni 2011 zu prüfen (Urk. 10/76). Dies veranlasste die Suva, weitere Arztberichte sowie eine erneute kreisärztliche Beurteilung, diesmal von Dr. med.

B. ____, Facharzt für Radiologie, einzuholen (Urk. 10/92-101). Mit Verfügung vom 17.

Januar 2019 verneinte die Suva erneut

ihre Leistungspflicht aus dem Ereignis vom 30. September 2016 für die linksseitigen Schulterbeschwerden

(Urk.

10/102). Die dagegen erhobene Einsprache vom 18. Februar 2019 (Urk.

10/106) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 26. April 2019 ab (Urk.

2).

2.

Dagegen erhob der Beschwerdeführer am 29. Mai 2019 Beschwerde und beantragte, es seien ihm in Aufhebung des Einspracheentscheids vom 26. April 2019 auch über den 21. Oktober 2016 hinaus die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen, eventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen (Urk. 1). Die Suva beantragte mit Beschwerdeantwort vom 11. Juli 2019, die Beschwerde sei abzuweisen sowie darauf einzutreten sei und der

Einspracheentscheid

vom 26. April 2019 sei insoweit aufzuheben,

als dem Beschwerdeführer

die gesetzlichen Versicherungsleistungen nur bis zum 21. Oktober 2016 zugesprochen worden seien. Im Übrigen sei festzustellen, dass dem Beschwerdeführer ab 15. Mai 2017 kein Anspruch auf Versicherungsleistungen zustehe

(Urk. 9-11). Im Zuge des mit Verfügung vom 12.

Juli 2019 angeordneten zweiten Schriftenwechsels (Urk. 12),

verzichtete der Beschwerdeführer auf eine Replik (Urk. 14), was der Beschwerdegegnerin am

E. 16

September 2019 angezeigt wurde (Urk. 15). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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