

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00131

vom 22. Juni 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00131

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00131 du 22 juin 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00131 del 22 giugno 2021

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 6

des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (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 Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Abs. 2): Knochenbrüche (lit . a), Verrenkungen von Gelenken (lit . b), Meniskus risse (lit . c), Muskelrisse (lit . d), Muskelzerrungen (lit . e), Sehnenrisse (lit . f), Band läsionen (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. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, nämlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahn arzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson sowie durch den Chiropraktor und die ambulante Behandlung in einem Spital (lit . a), die vom Arzt oder Zahnarzt verordneten Arzneimittel und Analysen (lit . b), die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit . c), die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren (lit . d) und die der Heilung dienlichen Mittel und Gegenstände (lit . e).

E. 1.3

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch auf Taggeld entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag. Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mithin im Zeitpunkt der vollen Wiedererlangung der Fähigkeit, im bisherigen oder in einem anderen Beruf zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 16 Abs. 1 und 2 UVG in Verbindung mit Art. 6 ATSG; BGE 137 V 199 E. 2.1, Urteil des Bundesgerichts 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3), mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person (Art. 16 Abs. 2 UVG).

E. 1.4

.2

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nach gewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfall versicherers erst, wenn der

Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) 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. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen). 1.4.3

Die Argumentation 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, 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). Ärztliche Auskünfte, die allein auf dieser Argumentation beruhen, sind beweisrechtlich nicht zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts 8C_241/2020 vom 29. Mai 2020 E. 3). 1.5.1.5.1

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129

V

177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.4.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder 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 weg gedacht 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 Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.5

.2

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).

E. 1.6

Die in Rechtskraft erwachsene Verweigerung weiterer Leistungen durch den obligatorischen Unfallversicherer schliesst die spätere Entstehung eines Anspruchs, der sich aus demselben Ereignis herleitet, nicht unter allen Umständen aus. Vielmehr steht ein solcher Entscheid unter dem Vorbehalt späterer Anpassung an geänderte unfallkausale Verhältnisse. Dieser in der Invalidenversicherung durch das Institut der Neuanmeldung geregelte Grundsatz gilt auch im Unfallversicherungsrecht, indem es der versicherten Person jederzeit freisteht, einen Rückfall oder Spätfolgen eines rechtskräftig beurteilten Unfallereignisses geltend zu machen (vgl. Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV) und erneut Leistungen der Unfallversicherung zu beanspruchen. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise 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 andersgearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1, 118 V 293 E. 2c, je mit Hinweisen).

E. 1.7

.3

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE

124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichts gutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anders lautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). 2.

E. 2.1

Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 27. April 2020 führte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen aus, dass die Kreisärztin in ihrer Stellungnahme vom 10. März 2020 detailliert und überzeugend begründet habe, dass das Unfallereignis vom 29. Oktober 2020 keine richtungsgebende Verschlimmerung bewirkt habe. Der Status quo sine sei sechs Wochen nach dem Unfall vom 29. Oktober 2020 erreicht gewesen. Die Stellungnahme des behandelnden Arztes PD Dr.

C.____

vermöge keine Zweifel an der Begründung der Kreisärztin zu bewirken.

Seinen Vorbringen sei entgegenzuhalten, dass eine Gesundheitserschädigung nicht schon dann als durch den Unfall verursacht gelten könne, wenn sie nach diesem aufgetreten sei (Urk. 2 S. 4). Der Unfall vom 29. Oktober 2020 habe keine strukturellen Läsionen gesetzt. Dieser Unfall sei nicht geeignet gewesen, länger dauernde Beschwerden zu bewirken. Die operativ angegangenen Befunde seien unfallfremder Natur gewesen

(Urk. 2 S.

5). Aus den genannten Gründen sei

der Fallabschluss per 17. Januar 2020 nicht zu

beanstanden (Urk. 2 S.

2, S.

5).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer

lässt demgegenüber im Wesentlichen vorbringen, dass

die Unfallkausalität mit Blick auf die vorliegenden Akten ausgewiesen

sei. PD Dr. C.____ habe in seinem Bericht vom 4. Dezember 2019 festgehalten, dass sich klinisch klar das Bild einer traumatischen Rotatorenmanschetten-Ruptur gezeigt habe.

Aufgrund des jungen Alters und der körperlichen Arbeit des Beschwerdeführers sei die zeitnahe Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion klar indiziert (Urk. 1 S. 3). In der Folge

habe PD Dr. C.____ gegenüber der Beschwerdeführerin detailliert dargelegt, weshalb eine Unfallkausalität gegeben sei. Er habe aufgezeigt, weshalb es sich bei der

AC-Gelenksarthrose lediglich um einen radiologischen Befund ohne Relevanz handle. Die AC-Gelenksarthrose sei für die Beschwerden und die Entstehung der Rotatorenmanschetten-Ruptur nicht relevant gewesen. Asymptomatische Rotatorenmanschetten-Rupturen

könnten durch aus auch degenerativ auftreten. Diese gelte aber nicht für Patienten, welche wie der Beschwerdeführer erst 36jährig seien (Urk.

1 S.

4).

Zu berücksichtigen sei zudem , dass die Beschwerdegegnerin aufgrund des Unfalls vom 29. Oktober 2020 die gesetzlichen Leistungen erbracht

habe . Sie sei demzufolge für den Wegfall des Kausal zusammenhangs beziehungsweise den Eintritt des status quo sine beweis belastet. Diesen Beweis könne sie lediglich mit einer Aktenbeurteilung einer Kreisärztin, deren berufliche und fachliche Qualifikation gänzlich unbekannt sei, nicht erbringen.

Beim Operateur PD Dr. C.____ handle es sich demgegenüber um einen erfahrenen und gerade für diese Frage spezialisierten Arzt. Er habe mit eingehender Begründung darlegt, weshalb die Ruptur traumatisch sei (Urk. 1 S. 6).

Die Kreisärztin stütze ihre Aussage, wonach die Ruptur der Supraspinatus -sehne nicht traumatischer Natur sei, im Wesentlichen auf die bereits erfolgte Retraktion der Sehne, was nicht in dieser kurzen Zeit (seit dem Unfallereignis) geschehen könne. Dies sei nicht korrekt. Gemäss der medizinischen Literatur könne sehr wohl eine Retraktion bis zum Glenoid ohne fettige Infiltration inner halb weniger Wochen nach dem Trauma auftreten, was auf eine akute Läsion mit erheblicher muskulotendinöser Retraktion hinweise (Urk. 1 S. 5). Bezüglich der beantragten weiteren Versicherungsleistungen durch die Beschwerdegegnerin sei sodann auf folgendes hinzuweisen: Aufgrund des Arbeitsunfähigkeitszeugnisses von PD Dr. C.____ vom 6. Mai 2020 sei erstellt, dass die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum 5. Mai 2020 gedauert habe. Bis zu diesem Datum seien Taggelder auszurichten und die Kosten für die Heilbehandlung zu übernehmen (Urk. 1 S. 6). 3. 3.1

3.1.1

Der Beschwerdeführer erlitt am 29. Oktober 2019 bei der Arbeit auf einer Baustelle einen Unfall (Urk. 7/1). Gemäss dem Attest von Dr. A.____ war er

vom 30. Oktober bis 3. November 2019 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/2).

Zu den objektiven Befunden bei der Erstuntersuchung vom 29. Oktober 2019 hielt Dr. A.____ in ihrem Bericht vom 16. Dezember 2019 fest, dass sie damals keine Druckdolenzen aber eine deutlich eingeschränkte Schulterbeweglichkeit festgestellt habe (Urk. 7/21).

3.1.2

Die MR- Arthrographie der rechten Schulter vom 8. November 2019 zeigte gemäss der Beurteilung von PD Dr. med. E.____ eine subakromiale

Impingementkonfiguration mit vollständiger Ruptur der Supraspinatussehne mit Retraktion des Sehnenstumpfes bis auf Höhe Glenoid und beginnender Atrophie des Musculus (M.) supraspinatus , eine deutliche Insertionstendinopathie der Infraspinatussehne , eine leichte Degeneration der langen Bicepssehne im intraartikulären Verlauf, einen intraartikulären Reizzustand und eine aktivierte AC Gelenksarthrose (Urk. 7/20). 3.2 3.2.1

Nach der Meldung des Rückfalles vom 4. Dezember 2019 (Urk. 7/10) finden sich die folgenden Arztberichte und ärztliche Stellungnahmen bei den Akten: 3.2.2

Nach seiner Untersuchung des Beschwerdeführers vom 4. Dezember 2019 diagnostizierte PD Dr. C.____

eine traumatische Rotatorenmanschetten-Ruptur (Supra spinatus) rechts (Urk. 7/17 S. 2). In seinem Sprechstundenbericht vom selben Tag hielt PD

Dr. C.____ fest, dass sich klinisch klar das Bild einer traumatischen Rotatorenmanschetten-Ruptur gezeigt habe. Aufgrund des jungen Alters und der körperlichen Arbeit des Beschwerdeführers sei die zeitnahe Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion klar indiziert (Urk. 7/17 S. 3). 3.2.3

Bei der Operation an der rechten Schulter vom 19. Dezember 2019 führte PD Dr. C.____ eine Schulterarthroskopie, eine Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion und eine subpektorale Bizepsstenodese durch. Dem Operationsbericht ist zu entnehmen, dass sich bei der Operation der folgende Befund zeigte (Urk. 7/30 S.

1) : «Leichte Synovialitis . Auch die Bizepssehne ist synovialitisch verändert. Subskapularis sehne intakt. Bizeps-Pully ruptiert , insbesondere auch nach posterior

hin.» 3.2.4

Dem von PD Dr. C.____ und Dr. med. F.____, Assistenzarzt Spital G.____ , verfassten

Austrittsbericht des Spitals G.____

vom 20. Dezember 2019 sind die Diagnosen traumatische Rotatorenmanschetten-Ruptur (Supra spinatus), Bizeps-Pully-Läsion und Bizepsstendinopathie rechts zu entnehmen (Urk. 7/29 S. 1). 3.2.5

Die Suva-Kreisärztin med. pract . D.____ hielt am 9. Januar 2020 fest, dass der Unfall vom 29. Oktober 2019 überwiegend wahrscheinlich nicht zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt habe. Die Schulteroperation vom 19. Dezember 2019 sei daher überwiegend wahrscheinlich nicht Folge dieses Unfalls gewesen. Zudem seien die Beschwerden spätestens acht Wochen nach dem Unfall nicht mehr unfallbedingt gewesen (Urk. 7/25).

3.2.6

In seiner Stellungnahme vom 11. Februar 2020 führte PD Dr.

C.____ aus, dass die AC-Arthrose erst als letzter Punkt in der Beurteilung zum MRI-Befund beschrieben worden sei. Das MRI sei von der Hausärztin nicht mit dieser Fragestellung verordnet worden, sondern mit der Frage nach einem Sehnenriss. Sie habe wohl aufgrund ihrer klinischen Untersuchung einen Sehnenriss vermutet. Bei seiner ersten Untersuchung des Beschwerdeführers vom 4. Dezember 2019 sei das AC-Gelenk klinisch unauffällig gewesen. Es sei deshalb bei der Operation auch nicht behandelt worden. Es handle sich dabei mithin lediglich um einen radiologischen Befund ohne Relevanz, weder für die Beschwerden des Beschwerdeführers und erst recht nicht für die Entstehung der Rotatorenmanschetten-Ruptur . Vor dem Arbeitsunfall habe der Beschwerdeführer voll als Bauarbeiter arbeiten können . Asymptomatische Rotatorenmanschetten-Rupturen ohne Trauma-Anamnese könnten durchaus auch degenerativ auftreten. Aber nicht bei 36jährigen Patienten wie dem Beschwerdeführer . Gemäss der Studie von Moosmayer et al. kommen sie bei 50-59jährigen der Patienten lediglich in 2.1 % der Fälle vor, bei jüngeren Patienten somit noch seltener. Es sei somit äusserst unwahrscheinlich, dass die Rotatorenmanschetten-Ruptur beim jungen Beschwerdeführer degenerativ und krankheitsbedingt sei. Sie sei klar

mit über wiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt (Urk. 7/44) . 3.2.7

In ihrer ärztlichen Beurteilung vom 10. März 2020 (Urk. 7/57) führte Kreisärztin med. pract . D.____ aus, dass dem Beschwerdeführer am 29. Oktober 2019 beim Spitzten ein Hammer auf die rechte Schulter gefallen sei. Dabei sei es zur Kontusion der Schulter gekommen. Die MR- Arthrographie der rechten Schulter habe eine

subakromiale

Impingementkonfiguration mit vollständiger Ruptur der Supraspinatussehne mit Retraktion des Sehnenstumpfes bis auf Höhe des Glenoids und beginnender Atrophie des M. supraspinatus sowie einer deutlichen Insertions tendinopathie der Infraspinatussehne sowie eine leichte Degeneration der Bizepssehne und einen intraartikulären Reizzustand sowie eine aktivierte AC Gelenksarthrose gezeigt . Es hätten sich somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine unfallkausalen strukturellen Läsionen gezeigt. Die subakromiale

Impingementkonfiguration im Sinne eines Acromion Typ II nach Bigliani sei angeboren. Die Impingementkonfiguration führe zu einer Einengung des Raumes und möglicher weiterer Einengung im Bereich der Muskulatur. Es zeige sich eine Ruptur der Supraspinatussehne , welche jedoch bereits retrahiert sei. Der Unfall habe sich am 29. Oktober 2019 ereignet und die MR-Untersuchung sei bereits am 8. November 2019 durchgeführt worden. Eine Retraktion dieses Ausmaßes erfolge nicht in dieser kurzen Zeit. Zudem hätten sich keine weiteren Hinweise für eine traumatische Läsion gefunden. Es hätten keine Verletzungen der Binnensstrukturen, kein Bone

bruise und kein Hämatom festgestellt werden können. Zusätzlich habe sich eine beginnende Atrophie des M. supraspinatus gezeigt . Dies erfolge ebenfalls nicht in dieser kurzen Zeit. Die in der Bildgebung gezeigten Veränderungen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativ bedingt. Es bestehe kein natürlicher Kausalzusammenhang mit dem Ereignis (Urk.

7/57 S.

2).

Die Kreisärztin med. pract . D.____ führte in ihrer ärztlichen Beurteilung weiter aus, dass arthrotische Veränderungen des AC-Gelenkes - wie dies PD Dr. C.____ beschrieben habe - nicht verantwortlich für die Schmerzsymptomatik seien. Sie seien jedoch ein weiteres Zeichen des ausgeprägten degenerativen Befundes und der Ursache der Läsionen. Das subakromiale

Impingement sei ein prädisponierender Faktor für degenerative Läsionen der Rotatorenmanschette . Des Weiteren deute die Tendinopathie der weiteren Rotatorenmanschettensehne auf eine degenerative Erkrankung hin. Es bestehe ein intraartikulärer Reizzustand. Aus pathophysiologischer Sicht sei der ansatznahe Teil der Supraspinatussehne besonders anfällig für Verschleissleiden im Laufe des Lebens, da er sehr hohen anhaltenden Belastungen ausgesetzt sei. Es sei ebenfalls bekannt, dass er häufig fortgeschrittener Degeneration unterliege. Dies könne bereits um das 3. Lebensjahrzehnt herum vorhanden sein. PD Dr. C.____ habe auf die vor dem Ereignis asymptomatischen Verhältnisse hingewiesen

(Urk.

7/57 S.

2) . Dies - die Annahme « post hoc ergo propter hoc » - könne zu einem Fehlschluss führen und sei für die Beweisführung nicht relevant (Urk.

7/57 S.

2-3) . Es gelte hier die überwiegende Wahrscheinlichkeit zu finden. Das Schultertrauma am 29.

Oktober 2019 lasse keine erhebliche richtungsgebende Traumatisierung der rechten Schulter annehmen. Bei der Arthro-MRI vom 8. November 2019 hätten sich kein Binnenschäden - zum Beispiel ein Bone

bruise

- gezeigt, welcher eine Traumatisierung des Humeruskopfes oder der übrigen Schulter erkennen lassen würde. Ohne richtungsgebende Verschlimmerung sei mithin wohl einige Wochen nach dem 29. Oktober 2019 der Status quo sine erreicht gewesen (6-8 Wochen, maximal 8 Wochen). Die aktuellen Beschwerden seien mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch die degenerativen Veränderungen erklärt (Urk. 7/57 S. 3). 4. 4.1

Nach der Meldung des Rückfalls vom 4. Dezember 2019 zum Unfall vom 29. Oktober 2019 richtete die Beschwerdegegnerin

dem Beschwerdeführer bis zum 17. Januar 2020 erneut Versicherungsleistungen aus (Urk. 7/45).

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden über den 17. Januar 2020 hinaus leistungspflichtig ist, mithin ob diese Beschwerden noch in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 29. Oktober 2019 stehen. 4.2 4.2.1

Reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2016 vom 24. März 2017 E. 6.1). Dies trifft vorliegend auf die ärztliche Beurteilung von Kreisärztin med. pract .

D.____ vom 10. März 2020 (Urk. 7/57) zu.

Die medizinischen Akten im Dossier der Beschwerdegegnerin (vgl. E. 3.1- E. 3.2 .6) , welche der Kreisärztin für ihre Beurteilungen zur Verfügung standen

(Urk. 7/57 S. 1-2) , geben den medizinischen Sachverhalt zu den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Schulterbeschwerden umfassend wieder. Der Beschwerdeführer hat dies nicht in Frage gestellt. Med. pract . D.____ ist Fachärztin für Chirurgie (Urk. 7/57 S. 3). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 6) geben die vorliegenden Akten keinen Anlass, um an der fachlichen Qualifikation von med. pract . D.____ zu zweifeln. 4.2.2

Med. pract . D.____ hielt zu den Befunden der MR- Arthrographie vom 8. November 2019 (Urk. 7/20) unter anderem fest, dass sich keine Hinweise für eine traumatische Läsion gefunden hätten (Urk. 7/57 S. 2). Beim Unfall vom 29. Oktober 2019 ist dem Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben ein schwerer Gegenstand auf die rechte Schulter und den rechten Arm gefallen (vgl. Urk. 7/21 S. 1) . Dieser Gegenstand wird

in den Akten verschieden beschrieben. In der Schadenmeldung der Y.____ AG vom 31. Oktober 2019 ist zu lesen, dass dem Beschwerdeführer beim Spitzens auf der Baustelle ein Teil der Wand entgegen gekommen und auf seinen rechten Arm gefallen sei (Urk. 7/1). Dr. A.____ wiederum hielt in ihrem Arztzeugnis vom 16. August 2019 unter Hinweis auf die Angaben des Beschwerdeführers zum Unfallhergang fest, dass ihm ein schwerer Hammer auf die rechte Schulter und den Arm gefallen sei (Urk. 7/21). Gemäss dem Beschwerdeführer waren am 29. Oktober 2019 Mitarbeiter der Z.____ AG zugegen, welchen den Unfallhergang beschreiben könnten (Urk. 7/42). Auf die Befragung dieser Personen kann aber verzichtet werden. Was auch immer dem Beschwerdeführer am 29. Oktober 2019 auf der Baustelle zugestossen sein mag, die Berichte zu den Untersuchungen nach dem Unfall sprechen gegen das Vorliegen von traumatischen Läsionen. Dr. A.____ erhob bei ihrer Untersuchung vom selben Tag zwar eine deutlich eingeschränkte Schulterbeweglichkeit, aber keine Druckdolenzen (Urk.

7/21 S. 1). Hautschürfungen oder Hämatome werden im von Dr. A.____ am 16. Dezember 2019 verfassten Bericht zur Erstuntersuchung des Beschwerdeführers vom 29. Oktober 2019 ebenfalls nicht erwähnt. Es wurden aber nicht nur keine äusserlich sichtbaren Verletzungen festgestellt, gemäss der Beurteilung von PD Dr. med. E.____ vom 8. November 2019 fanden sich bei der MR-Arthrographie der rechten Schulter auch keine Hinweise für frische ossäre Läsionen oder Fehlstellungen (Urk. 7/20). Aufgrund der Befunde dieser Untersuchung hielt

med. pract. D.____ in ihrer ärztlichen Beurteilung vom 10. März 2020 sodann fest, dass keine Verletzungen der Binnensstrukturen, kein Bone

bruise und kein Hämatom festgestellt werden könnten

(Urk. 7/57 S. 2). In den echtzeitlichen Arztberichten finden sich somit - wie dies med. pract. D.____ ausführte (Urk. 7/57 S. 2) - keine Hinweise für traumatische Läsionen. 4.2.3

Vor diesem Hintergrund vermag die Auffassung der Hausärztin Dr. A.____, wonach der Beschwerdeführer am 29. Oktober 2019 eine Rotatorenmanschetten-Ruptur erlitten habe, weil ihm ein Hammer auf die rechte Schulter und seinen Arm gefallen sei (Urk. 7/40), nicht zu überzeugen. Es leuchtet nicht ein, dass der schwere Hammer (vgl. Urk. 7/21) oder aber ein anderer schwerer Gegenstand eine Rotatorenmanschetten-Ruptur, ansonsten aber keine nachweisbaren Verletzungen an der rechten Schulter des Beschwerdeführers verursacht haben soll. 4.2.4

Zu den Berichten und Stellungnahmen von PD

Dr. C.____ ist zunächst festzuhalten, dass der von ihm in seiner Diagnosestellung verwendete Begriff «traumatische Rotatorenmanschetten-Ruptur» (E. 3.2.2, E. 3.2.4) ebenso wenig wie der Begriff «post traumatisch» einen rechts genügenden Kausalzusammenhang impliziert (Urteil des Bundesgerichts 8C_24/2013 vom 18. Juni 2013 E. 3.2). Alsdann

befasste sich PD Dr. C.____ in seiner Stellungnahme vom 11. Februar 2020 zwar mit den Befunden zum AC-Gelenk des Beschwerdeführers. Für PD Dr. C.____ handelt es sich dabei nur um einen radiologischen Befund ohne Relevanz, welcher nicht Ursache für die Rotatorenmanschetten-Ruptur gewesen sei (E. 3.2.6). Auf die von PD Dr. med. E.____

bei der MR-Arthrographie vom 8. November 2019 ebenfalls festgestellte subakromiale

Impingementkonfiguration

(Urk. 7/20) ging PD Dr. C.____ aber in keinem seiner Berichte und Stellungnahmen ein.
Gemäss med. pract .

D.____ ist ein

subakromiales

Impingement ein prädisponierender Faktor für degenerative Läsionen der Rotatorenmanschette . Sie hielt dazu fest, dass die Impingementkonfiguration zu einer Einengung des Raumes und möglicher weiterer Einengung im Bereich der Muskulatur führe. Beim Beschwerdeführer sei die subakromiale

Impingementkonfiguration angeboren (Urk. 7/57 S. 2) . Dies vermag zu überzeugen , da PD Dr. C.____

diesbezüglich nichts festgehalten und diesen Ausführungen keine mit Befunden begründete Stellungnahmen entgegengehalten hat . Neben seinen Ausführungen zum AC Gelenk besteht seine Stellungnahme zur Unfallkausalität im Wesentlichen aus der Feststellung, dass die Rotatorenmanschetten -Ruptur nicht degenerativ verursacht sein könne, weil der Beschwerdeführer noch jung sei und vor dem Unfall vom 29. Oktober 2019 voll als Bauarbeiter habe arbeiten können (Urk. 7/44). Dagegen ist einzuwenden, dass die Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc» den Nachweis der Unfallkausalität nicht zu erbringen vermag (E.

1.4.3). Es ist sodann der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (E.

1.7.3). Dies gilt vorliegend nicht nur für die Hausärztin Dr. A.____ , sondern auch für den behandelnden Arzt und Operateur PD Dr. C.____ . Die Berichte und Stellungnahmen der behandelnden Ärztin und des behandelnden Arztes vermögen nach dem Gesagten keine Zweifel an der ärztlichen Beurteilung von Kreisärztin med. pract . D.____ vom 10. März 2020 (Urk. 7/57) zu begründen. 4.2.5

Wie festgehalten (E. 3.2.7), führte med. pract . D.____

in dieser Beurteilung eben falls aus, dass sich bei der MR- Arthrographie der rechten Schulter vom 8. November 2019 eine Ruptur der Supraspinatussehne gezeigt habe, welche jedoch bereits retrahiert sei. Der Unfall habe sich am 29. Oktober 2019 ereignet und die MR-Untersuchung sei bereits am 8. November 2019 durchgeführt worden. Eine Retraction dieses Ausmasses erfolge nicht in dieser kurzen Zeit (Urk. 7/57 S. 2) . Dem hält der Beschwerdeführer unter Angabe einer Quelle aus dem Internet entgegen, dass eine Retraction bis zum Glenoid ohne fettige Infiltration innerhalb weniger Wochen nach dem Trauma auftreten könne. Dies würde auf eine akute Läsion mit erheblicher musklotendinöser Retraction hinweisen (Urk. 1 S. 5). Auch zu dem ist festzuhalten , dass nach dem Unfall vom 29. Oktober 2019 keine Hinweise auf eine traumatische Läsion vorlagen (E. 4.2.2), womit der Argumentation des Beschwerdeführers die Grundlage entzogen ist. 4.2.6

Auf die Beurteilungen der Kreisärztin med. pract . D.____ , wonach der status quo sine vorliegend spätestens 8 Wochen nach dem Unfall vom 29. Oktober 2019 erreicht war (E.

UVG, jedenfalls solange kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt (BGE 146 V 51 E. 9.2) . 5.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Christos Antoniadis - 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 Der Gerichtsschreiber HurstHübscher

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