

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00118 vom 7. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2018.00118](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00118)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00118 du 7 mars 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00118 del 7 marzo 2020

## Erwägungen

### E. 1

5. Dezember

2016 r utschte er bei einer Besichtigung einer Baustelle in Bos nien und Herzegowina auf abschüssigem Gelände aus , wobei er den rückseitigen Sturz mit dem rechten Arm auffing ( Urk. 9/1/2 , Urk. 9/33/1 ). Der Versicherte setzte die Arbeit fort. Am 13. Februar 2017 erfolgte eine Bagatellunfallmeldung zu diesem Ereignis an die Suva (Urk. 9/1).

Am 17. Februar 2017 fand e ine erstmalige ärztliche Behandlung bei Dr. med. A.\_\_\_\_ , Fachä rzt in für Allgemeine Innere Medizin , statt, die eine Periarthropathia

humeroscapularis ( PHS ) vom Supraspinatussehnentyp

rechts diagnostizierte ( Bericht vom 20. Januar 2018, Urk. 9/24 ; vgl. auch Urk. 9/33/1 ) .

Am 29. März 2017 wurde der Versicherte wegen anhaltenden Schmerzen im rechten Schulter gelenk in der B.\_\_\_\_ mittels Schultergelenksinfiltration behandelt (Urk. 9/32). Die Arthro - Magnetresonanz tomographie ( MRT ) der rechten Schulter vom 8. September 2017 ergab transmurale Rupturen der Supraspi natus sehne , der oberen zwei Drittel der I n fraspinatussehne und der Subscapula rissehne sowie eine schwere Gelenkarthrose (Urk. 9/4/1). Die Orthopädie der

B.\_\_\_\_ stellte anl ässlich der Sprechstunde vom 8. Dezember 2017 die Diagnose einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur rechts

« n ach Sturz vom 22. Dezember 2016 » (Bericht vom 13. Dezember 2017, Urk. 9/12/1).

### E. 1.1

X.\_\_\_\_ , geboren 1957 , war als Pro duktions leiter für die Z .\_\_\_\_

tätig und als solcher bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am

### E. 1.2

Am 18. Dezember 2017 erfolgte eine Rückfallmeldung zum Unfall vom 15. Dezember 2016 mit dem Hinweis, dass die rechte Schulter am 29. Januar 2018 in der B.\_\_\_\_ operiert werden müsse (Urk. 9/5). Mit Schreiben vom 22. Dezember 2017 stellte

die

B.\_\_\_\_

an die Suva das Gesuch um Kostengutsprache für eine stationäre Behandlung des Versicherten (Urk. 9/13). Am 29. Januar 2018 wurde dessen rechte s Schultergelenk während des stationären Aufenthaltes vom 29. Januar bis 1. Februar 2018 (Urk. 9/30/1) mit einer Schulter-Totalprothese (Inverse/Revers e

Anatomical ) versorgt (Urk. 9/30/4) .

Der Kreisarzt Dr. med .

C.\_\_\_\_ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, nahm am 9. März 2018 eine ärztliche Beurteilung vor und schloss darauf, dass eine unfallbedingte Teilkausalität der Schulterläsion rechts bei vor bestehender degenerativer Schulterverletzung möglich sei, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich dem Unfallereignis vom 15. Dezember 2016 zugeordnet werden könne (Urk. 9/43/

## **E. 5**

). Gestützt darauf verneinte die Suva mit Verfügung vom 14. März 2018 ihre Leistungspflicht für die Folgen des Unfalls vom 15. Dezember 2016 mangels eines (natürlichen) Kausalzusammenhanges zwischen den rechtsseitigen Schulterbeschwerden und diesem Unfallereignis (Urk. 9/44/1-2). Dagegen erhob die Krankenversicherung des Versicherten, die Swica Krankenversicherung AG,

mit Schreiben vom 22. März 2018 Einsprache (Urk. 9/45), nachdem sie die medizinische Empfehlung ihres Vertrauensarztes Dr. med.

D.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, vom 21. März 2018 eingeholt hatte (Urk. 3/18, Urk. 1 S. 5) . Mit Schreiben vom 26. März 2018 (Urk. 9/46/1) erhob auch der Versicherte Einsprache gegen die Verfügung vom 14. März 2018. Mit Einspracheentscheid vom 20. April 2018 wies die Suva die Einsprache n ab (Urk. 2). 2.

Hiergegen erhob die Swica

Krankenversicherungen AG mit Eingabe vom 18. Mai 2018 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 20. April 2018 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Leistungen nach Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) , insbesondere die Heilungskosten nach Art.

### **E. 5.1.1**

Zur Kausalitätsfrage hat sich zunächst

der Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_

in der internen Stellungnahme vom 26. Februar 2018 geäußert . Er habe die MRT-Bilder mit dem Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Radiologie, besprochen. Es bestehe hier ein ausgeprägter degenerativer Vorzustand ohne jegliche Hinweise auf aktuelle neue traumatische Läsionen durch das hier relevante Unfallereignis vom 15. Dezember 2016. So könne auch nicht auf eine richtungweisende Verschlimmerung des Vorzustandes erkannt werden. Die Implantation einer Schulter gelenksprothese könne somit nicht zu Lasten des Unfallereignisses vom 15. Dezember 2016 kausal anerkannt werden, weil es damals nicht zu strukturellen Schäden gekommen sei (Urk. 9/34/2) .

In der ärztlichen Beurteilung vom 9. März 2018 (Urk. 9/43) erläuterte Dr. C.\_\_\_\_ seine Einschätzung. Er erklärte,

es könne zwar bei einer vorbestehenden degenerativen Schulterveränderung eine Teilkausalität der rechten Schulterläsion als möglich angesehen werden, zumal es auch Aspekte gebe, welche auf eine unfallbedingte Genese zumindest eines Teils der Schulterläsion hinweisen würden. So sei das (vom Beigeladenen) geschilderte Ereignis mit Sturz auf den nach hinten ausgestreckten Arm, grundsätzlich nicht ungeeignet, eine Supraspinatussehnenläsion auszulösen. Je doch könne die Schulterläsion nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dem hierfür massgeblichen Unfallereignis (vom 15. Dezember 2016) zugeordnet werden (Urk. 9/43/5).

Zur

Begründung führte der Kreisarzt aus, dass das Problem, die Kausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festzulegen, bestehe zu einem wesentlichen Teil darin, dass zwischen dem Unfallzeitpunkt und der ersten differenzierten Untersuchung vom 29. März 2017 in der B.\_\_\_\_ über einen dreimonatigen Verlauf eine medizinische Dokumentation der Situation fehle. Es fehle damit in einer entscheidenden Phase jegliche medizinische Dokumentation über erhebliche Bewegungseinschränkungen, welche in einer solchen Phase normalerweise frühzeitiger zu einer kontinuierlichen ärztlichen Betreuung und Dokumentation führe. Zudem fände sich zur Untersuchung vom 29. März 2017 keine differenzierte Angabe zum Bewegungsumfang der betroffenen rechten Schulter, namentlich zur aktiv durchführbaren Schultergelenksbeweglichkeit, woraus entnommen werden könnte, in welchem Ausmass die Abduktion beziehungsweise die Elevation sowie die Extension und Flexion wirklich eingeschränkt gewesen seien. Auch sei die dort gestellte Diagnose einer Periathropathia

humeroscapularis (PHS) nicht aussagekräftig, denn diese stehe nicht mit bestimmten Läsionen identifizierbarer anatomischer Strukturen in Zusammenhang.

Auffällig sei zudem, dass die Unfallmeldung erst zwei Monate nach dem Unfall erfolgt sei, dies bei einer unfallbedingten Schädigung, welche innerhalb eines Jahres an der Schulter zur Implantation einer Prothese geführt haben soll, wobei in dieser Zeit (nur) zwei Vorstellungen bei einem Facharzt bei sicherlich vorbestehender ausgeprägter AC-Arthrose stattgefunden hätten. Besonders auffallend sei, dass der Beigeladene bereits bei der zweiten Konsultation in der B.\_\_\_\_ eine Indikation zur inversen Schulterprothese bekommen habe und diese unmittelbar danach auch implantiert worden sei. Darüber hinaus sei der Beigeladene einmal bei der Hausärztin gewesen, welche zwei unterschiedliche Anfangszeugnisse ein gereicht habe. Nachdem zunächst angegeben worden sei, dass kein objektiver Befund erhoben worden sei, sei nachher ein relativ differenzierter Befund benannt worden. Die Sonographie im Rahmen der ersten Untersuchung (in der B.\_\_\_\_) habe sodann eine Partialruptur der Supraspinatussehne gezeigt. Hierzu müsse berücksichtigt werden, dass eine Sonographie wesentlich ungenauer sei und die Befunde nicht so reproduzierbar seien, wie bei einer MRT-Untersuchung. Eine solche habe 10 Monate nach dem Unfall dann doch einen erheblich degenerativ ausgeprägten Befund gezeigt, wie er für einen 60-jährigen Versicherten auch ohne vorausgehenden Unfall nicht atypisch sei. Aufgrund der zeitlichen Distanz zum Unfallereignis habe die MRT-Untersuchung erheblich an Wert für die Kausalitätsbeurteilung eingebüsst.

Auffallend sei die ausgeprägte AC-Gelenksarthrose mit Einengung des Subacromialraumes, genau an der Stelle, an der sich dann auch die Supraspinatussehnenruptur zeige, der Sehnenstumpf sei deutlich retrahiert. Es bestehe also ein Vorzustand, welcher sicherlich

mitent scheidend für die Supra s pinatussehnenruptur in Betracht zu ziehen sei. Insgesamt habe zehn Monate nach dem Unfall ein degenerativer Befund der Rotatorenman schette vorgelegen, der von den strukturellen Aspekten her kaum eindeutig einer traumatischen Läsion zuzuordnen sei. Auffal lend sei auch, dass bei der MRT-Untersuchung noch keine komplette Ruptur, bei der Operation dann aber eine vollständige Supraspinatussehnenruptur angegeben worden sei . Bezüglich einer Kortisoninjektion , wie sie im Zeitraum zwischen der Sonographie und der Opera tion zweimal durchgeführt worden s ei , seien auch gewebeschädigende Effekte bekannt, wobei nicht beurteilt werden könne, ob dies oder der natürliche Verlauf einer progredienten degenerativen Erkrankung zwischen März 2017 und dem Operationszeitraum (im Januar 2018, Urk. 9/30/4) ausschlaggebend gewesen sei ( Urk. 9/43/3-5).

### **E. 5.1.2**

Der Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin , Dr.

D.\_\_\_\_ , nahm dazu am 21. März 2018 Stellung und befand, es bestünden für ihn keine Anhaltspunkte, um die Unfallkausalität zu irgendeinem Zeitpunkt in Zweifel zu ziehen, auch wenn gewisse Widersprüche bei den klinischen Untersuchungsbefunden und der Interpretation der Bildgebung gegeben seien. Der 61-jährige Beigeladene habe beim Sturz vom 15. Dezember 2016 ein klassisches indirektes Schultertrauma rechts erlitten und leide seither an anhaltenden, therapieresistenten Schmerzen. Der beschriebene Unfallmechanismus führe klassischerweise zu Läsionen der Rotato renmanschetten . Eine derartige Massenruptur der Rotatorenmanschette entstehe nicht spontan im Zeitraum zwischen der rheumatologischen Untersuchung im März 2017 und der MRT-Untersuchung im September 2017. Fakt sei auch, dass der Beigeladene seit dem Unfall nie beschwerdefrei gewesen sei. Es sei überwie gend wahrscheinlich, dass die Verletzung seit dem Unfall vom Dezember 2016 bestanden habe und bei der rheumatologischen Beurteilung das effektive Ausmass nicht erkannt worden sei. Eine MRT-Untersuchung zu einem früheren Zeit punkt hätte die Situation klären können. Der Entscheid der Suva sei mit Bezug auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ vom 9. März 2018 nicht nachvollziehbar. Die verspätete Schadenmeldung dürfe dem Beigeladenen nicht zur Last gelegt werden. Dieser habe versucht, die Schmerzen selber zu kurieren. Auch zwei unterschiedliche Anfangszeugnisse der Hausärztin würden nicht gegen die Unfallkausalität sprechen. Es sei falsch, dass eine Massenruptur der Rotato renmanschette in kürzester Zeit zur Indikation einer Prothesenimplantation führe. Das sei hier auch nicht der Fall. Es sei über 14 Monate eine konservative Behandlung versucht worden . Erst 12 Monate nach dem Unfall sei die Indikation zur prothetischen Versorgung gestellt worden. Falsch sei auch, dass die MRT-Untersuchung einen erheblich degenerativ ausgeprägten Befund erbracht habe. Im Gegenteil habe eine Massenruptur der Rotatorenmanschette als Folge einer UKS im Dezember 2016 bestanden. Die Verfettung der Rotatorenmuskulatur ( Goutallier I-II) könne 10 Monate nach dem Unfallereignis in diesem Ausmass erwartet werden und spreche nicht gegen die Unfallkausalität. Entgegen der Fest stellung von Dr. C.\_\_\_\_ werde im MRT-Befund nicht «noch keine komplette Ruptur», sondern eine vollständige Ruptur mit Retraktion der Supraspinatussehne beschrieben . Es bestehe somit auch kein Wi derspruch zum OP-Bericht. Richtig sei, dass Steroidinfiltrationen gewebeschädigende Effekte haben könnten, jedoch vorwiegend bei der nicht beabsichtigten intratendinösen Applikation, was hier wohl kaum der Fall sein könne, da die Rotatoremanschette bereits rupturiert und retrahiert gewesen sei. Die klinischen Untersuchungsbefunde als Argument gegen eine

Rotatorenmanschettenläsion seien nicht aussagekräftig, da individuell grosse Kompensationsmöglichkeiten bestünden. Er, Dr. D.\_\_\_\_, sehe nicht, wo die «Schwierigkeit» liege, die Korrelation der verletzten Strukturen zum Unfall her zusteilen. Es liege eine UKS vor, welche überwiegend wahrscheinlich eine Massenruptur der Rotatorenmanschette bewirkt habe. Eine AC-Gelenksarthrose könne eine partielle degenerative Supraspinatusläsion mit Impingement bewirken, hier aber bestünden eine massive Abrissverletzung

der Supraspinatussehne, der Infrapinatussehne und der Subscapularissehne sowie eine subtotale Ruptur der langen Bicepssehne. Zudem habe konventionell radiologisch (Hausarztbild) im Februar 2017 weder eine relevante AC-Gelenksarthrose noch ein Hochstand des Humeruskopfs bestanden. Das Unfallereignis sei überwiegend wahrscheinlich verantwortlich für die Massenruptur der Rotatorenmanschette (Urk. 3/18).

### **E. 5.1.3**

Die Ärzte der B.\_\_\_\_ erklärten im Sprechstundenbericht vom 21. März 2018 zur Kausalität, es liege ein unfallkausales Leiden vor. Aktenanamnestisch sei der Rotatorenmanschettenruptur am 22. (richtig: 15.) Dezember 2016 ein Sturz vorausgegangen. Die Ruptur sei erstmalig am 29. März 2017 in der Sprechstunde der Rheumatologie ultrasonographisch festgestellt worden. Zuvor habe der Beigeladene nie Probleme mit der Schulter gehabt (Urk. 9/46/3).

### **E. 5.1.4**

PD Dr. E.\_\_\_\_ von der Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin kam in der Beurteilung vom 20. Juli 2018 (Urk. 9/59) aus chirurgischer Sicht wie schon der K reisarzt Dr. C.\_\_\_\_ zum Schluss, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen der Rotatorenmanschettenläsion rechts und dem Unfallereignis vom 15. Dezember 2016 nicht erwiesen sei (Urk. 9/59/22). Im Einzelnen seien die folgenden Umstände massgeblich. Der Beigeladene sei zur Zeit des Unfalls 59 Jahre alt gewesen. 10 % der Patienten in dieser Altersklasse würden bereits eine asymptomatische Rotatorenmanschette aufweisen. Prädisponierende Faktoren seien eine ausgeprägte AC-Arthrose, ein Humeruskopfhochstand und eine coracohumerale Enge. Bezüglich des Verletzungsmechanismus, wie er im Protokoll vom 20. Februar 2018 gemäss den Schilderungen (des Beigeladenen), mithin 14 Monate nach Unfallereignis, festgehalten worden sei, merke es hinsichtlich des Lokalbefundes etwas eigenartig an, dass der rechte Oberarm bläulich verfärbt gewesen sei und alles blutunterlaufen gewesen sei. Das suggeriere dann doch eher eine direkte Kontusion des musculus

deltoideus oder eine Suffusion aus dem bereits vorgeschädigten Gelenk, wo das Blut, wie das Kontrastmittel bei einem Arthro-MRT, bei fehlender Rotatorenmanschette aus dem Gelenk austrete. Der subjektiv empfundene Schmerz könne durchaus auch einem schmerzhaften Hämatom entsprechen. Zum Schmerzcharakter sei massgeblich, dass bei einer akuten Rotatorenmanschettenläsion der massive initial empfundene Schmerz wieder abnehme. Beim rein verschleissbedingten Schaden zeige sich häufig ein Crescendo-Verlauf und ein Schmerz ohne den typischen Funktionsverlust. Der Beigeladene habe zum Verlauf denn auch angegeben, dass die Beweglichkeit etwas besser geworden sei, die Schmerzen aber dauernd vorhanden gewesen seien. Mit der verabreichten Spritze habe nur eine leichte Besserung erzielt werden können. Es sei hier somit nicht von einem Decrescendo (des Schmerzes) zu lesen. Mit den klinischen Befunden gemäss dem Bericht

der B.\_\_\_\_ vom 29. März 2017 seien recht gut die pathologischen Tests bei einer Impingementsituation der Schulter wiedergegeben. Hinweise auf eine Pseudo paralyse oder ein « drop -arm sign », die typisch für eine akute Rotatorenmanschet tenruptur seien, würden sich weder in den Schilderungen des Beigeladenen vom 20. Februar 2017 (richtig: 2018, Urk. 9/33/1) noch in den Befunden der Untersuchung vom 29. März 2017 (Urk. 9/32/2) finden. Die ferner in der Bildgebung (MRT) vorgefundenen Befunde würden eine deutliche Sprache sprechen. Es bestehe eine deutliche Retraktion der Supraspinatussehne bis fast ans Glenoid , was praktisch einem Grad 3 nach Patte entspreche und nach einer frischen Ruptur nicht der Fall sein könne. Der Supraspinatusmuskel sei deutlich atroph und das Tangenzzeichen nach Zanetti sei deutlich positiv. Ein solches Phänomen brauche gemäss der Arbeit von Melis viereinhalb Jahre ab Symptomen/Unfall. Beim Beigeladenen sei das Intervall zwischen Unfall und Arthro-MRT dagegen rund 10 Monate. Gleiches gelte auch für die Verfettung der Supra- und Infraspinatus muskulatur . Bis eine Verfettung Grad 2-3 nach Goutallier auftritt e, brauche es nach Melis rund zweieinhalb Jahre. Und schliesslich korreliere die bestehende coracohumerale Enge gut mit einer degenerativen Schädigung der cranialen Anteile der Subscapularis . Schliesslich sei bei der Prüfung der unfallkausalen Rotatorenmanschettenzeichen nach Hempfling kein einziges davon positiv. Das Röntgenbild sei nicht unauffällig, der Unfallmechanismus sei erst nach rund 14 Monaten so zu Protokoll gegeben worden, was nicht unbedingt die Glaubwürdigkeit erhöhe. Der zeitnahe Arztbesuch und die sofortige Arbeitseinstellung seien nicht erfolgt. Und auch der Descrescendotyp bei den Schmerzen fehle (Urk. 9/59/19-20).

Insgesamt sei im vorliegenden Fall in erster Linie auf die objektive Bildgebung abzustützen. Die genaue Unfallschilderung des Beigeladenen habe erst rund 14 Monate nach Unfallereignis stattgefunden, die klinischen Untersuchungsbe funde seien divers und der Verlauf nach dem Unfallereignis nicht präzise geschildert. Sicher bestehe jedoch die in der Literatur geforderte Descendo -Schmerzsymptomatik nicht, welche für eine frische Läsion typisch sei. Die massiven degenerativen Befunde und ihre Interpretation hinsichtlich Alter der Läsionen anhand der Literaturangaben würden mit Sicherheit auf eine nicht-unfall kausale Rotatorenmanschettenläsion schliessen lassen. Die Läsionen der Supraspinatussehne , der Infraspinatussehne und der Scapularissehne seien vorbestehend. Es gäbe auch deutliche Hinweise auf eine vorbestehende Impingement symptomatik . Es seien keine neuen, frischen strukturellen Läsionen zum degenerativen Vorzustand dazugekommen. Die bildgebend dokumentierten Läsionen seien allesamt deutlich älter als das Intervall zwischen Unfallereignis und Arthro-MRT . Ein Status quo sine sei gemäss Angaben in der Literatur nach sechs Wochen erreicht (Urk. 9/59/ 22- 23).

### **E. 5.1.5**

Nach Darstellung der Beschwerdeführerin nahm ihr vertrauensärztlicher Dienst auch hierzu Stellung. Ein entsprechender Bericht wurde jedoch nicht eingereicht, sondern die angeblichen vertrauensärztlichen Ausführungen wurden nur zitiert (vgl. Replik, Urk.

### **E. 5.2.1**

Bei den

Berichten von Dr. C.\_\_\_\_

vom 26. Februar und 9. März

2018 (Urk. 9/34/2, Urk. 9/43) sowie von PD Dr. E.\_\_\_\_

vom 20. Juli 2018 handelt es sich um

versicherungsinterne und aktengestützte Arztberichte. Rechtsprechungsgründe können auch solche fachärztlichen Berichte und Gutachten beweistauglich sein (vgl. BGE 125 V 352 E. 3b/ee; Urteil des Bundesgerichts 8C\_761/2017 vom 5. Dezember 2017 E. 5.2.2 und 8C\_173/2018 vom 24. Mai 2018 E. 3.2). Dies ist hier der Fall. Denn die Berichte von Dr. C.\_\_\_\_ und PD Dr. E.\_\_\_\_

erfüllen sämtliche

Voraussetzungen, welche von der Rechtsprechung an einen Bericht eines versicherungsinternen Arztes für dessen Beweiswert gestellt werden. Und zwar erscheinen beide fachärztlichen Berichte als schlüssig. Die Schlussfolgerungen wurden differenziert in Auseinandersetzung mit den Vorakten, der Bildgebung sowie der einschlägigen Fachliteratur nachvollziehbar begründet. Ferner sind sie in sich widerspruchsfrei und es bestehen

auch keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit (BGE 125 V 351 E. 3b/ee).

Zudem war die zu beurteilende Kausalitätsfrage ohne persönliche Untersuchung aufgrund der vollständigen Akten und der fachärztlichen Kenntnisse einer Beurteilung zugänglich.

### **E. 5.2.2**

PD Dr. E.\_\_\_\_

zeigte insbesondere durch seine

detaillierte und ausgewogene Analyse unter Berücksichtigung der in der Fachliteratur anerkannten massgeblichen medizinischen Kriterien (demographische [Alter], anamnestiche, klinische und

bildgebende Kriterien, Traumahergang) überzeugend auf, weshalb die erstmals am 8. September 2017 bildgebend verlässlich festgestellten Rupturen der Supraspinatussehne, der Infraspinatussehne und der Scapularsehne

nicht erst beim Sturz vom 15. Dezember 2016 eingetreten sind, sondern überwiegend wahrscheinlich vorbestehend waren.

Beweisrechtlich ins Gewicht fällt dabei auch, dass die erste ärztliche Konsultation erst am 17. Februar 2017 (Urk. 9/24), mithin rund zwei Monate nach dem Unfallereignis, erfolgte, weshalb keine Befunde zu den initialen Beschwerden erhoben wurden. Aber auch aus den Berichten zur Erstbehandlung von Dr. A.\_\_\_\_ vom 5. und 20. Januar 2018 (Urk. 9/15, Urk. 9/24), welche bezüglich Diagnose und Befunde überdies unterschiedliche Angaben enthalten, geht nicht hervor, dass nach dem Sturz ein sofortiger akuter Funktionsverlust mit Beeinträchtigung der aktiven Mobilität der Schulter bei Elevation, Ausserrotation oder die Entwicklung einer Pseudoparalyse (aktive vordere Elevation unmöglich) erfolgte.

Vermerkt wurde einzig, der Beschwerdeführer habe angegeben, der Arm sei blau gewesen (Urk. 9/24). Auch in den übrigen ärztlichen Berichten ist hierzu nichts vermerkt. Erst gegenüber der Beschwerdegegnerin

bei der Befragung vom 20. Februar 2018 gab der Beigeladene gemäss dem Protokoll gleichen Datums - mehr als ein Jahr nach dem Unfall - an, es habe einen Knacks im rechten Schultergelenk gegeben und er habe sofort starke Schmerzen gehabt, ausserdem habe er den rechten Arm nicht mehr bewegen können (Urk. 9/33/1). Dennoch erfolgte kein Unterbruch

der Erwerbstätigkeit. Der Beigeladene

führte seine Bürotätigkeit, damals im Aussen dienst (Projektbetreuung),

weiter, es trat mithin auch keine auch nur kurze Arbeitsunfähigkeit ein, obschon er Rechtshänder ist (Urk. 9/33/3), was seine Aussagen hinsichtlich der Schwere der Beschwerden und Funktionseinschränkungen der rechten Schulter respektive des rechten Armes sowie hinsichtlich ihrer Beweiskraft zusätzlich relativiert.

Vor dem Hintergrund der nicht erwiesenen initialen Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen ist nebst der Gesamtwürdigung durch PD Dr. E.\_\_\_\_ schliesslich entscheidend, dass die objektivierbaren bildgebenden Befunde im MRT vom 8. September 2017 gemäss der nachvollziehbaren Begründung von PD Dr. E.\_\_\_\_

(Urk. 9/59/19-20) jene medizinisch relevanten Kriterien (Retraktionsgrad, Tangenzzeichen, Verfettung, Atrophie; Urk. 9/59/17-18) aufwiesen, welche auf das Vorliegen weitaus älterer als 10-monatiger Rupturen der Supraspinatussehne, der Infraspinatussehne und der Scapularissehne hinweisen.

### **E. 5.2.3**

Die Kausalitätsbeurteilung

von PD Dr. E.\_\_\_\_, welche im Ergebnis jene von Dr. C.\_\_\_\_ bestätigt und wonach diese Sehnenrupturen nicht beim Sturz vom 15. Dezember 2016 eingetreten sein können, sondern vorbestehend waren, ist überzeugend und vollbeweis kräftig.

#### 5.3.5.3.1

Auch unter Berücksichtigung der übrigen Akten, so insbesondere des vertrauensärztlichen Berichts von Dr. D.\_\_\_\_ vom 21. März

2018 (Urk. 3/18) und des Sprechstundenberichts der

B.\_\_\_\_

vom 21. März 2018 (Urk. 9/46),

bestehen

keine auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen fachärztlichen Kausalitätsbeurteilung.

So hat die Beschwerdegegnerin

(Urk. 2 S. 5) zur Kausalitätsbeurteilung der Ärzte der B.\_\_\_\_ zutreffend ausgeführt, dass sich diese auf die rein zeitliche Betrachtungsweise beschränkt, welche für sich allein nicht beweiskräftig ist. Insbesondere entspricht die dort sinngemäss formulierte Annahme, die Rotatorenmanschettenruptur sei beim Sturz am 22. (richtig: 15.) Dezember 2016 eingetreten, da der Beigeladene zuvor - gemäss seinen Angaben - nie Probleme mit der Schulter gehabt habe und da eine Ruptur danach erstmalig ultrasonographisch am 29. März 2017 festgestellt worden sei (Urk. 9/46/3), einer «post hoc ergo propter hoc»-Argumentation, welche nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung beweisrechtlich unzulässig ist (vgl. E. 2. 2

hiervor; Urteil des Bundesgerichts 8C\_230/2017 vom 22. Juni 2017 E. 6.2.2). 5.3.2

Das von Dr. D.\_\_\_\_ gegen die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ Vorgebrachte (Urk. 3/18 S. 2 f.) vermag dessen Kausalitätsbeurteilung

ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen, zumal die wesentlichen Argumente von Dr. D.\_\_\_\_ durch die schlüssigen Ausführungen von PD Dr. E.\_\_\_\_ widerlegt wurden (Urk. 9/59/20-21). Diese verdeutlichen insbesondere, dass Dr. D.\_\_\_\_

den natürlichen Kausalzusammenhang aufgrund des Unfallereignisses, der Schmerzangaben und der Verletzung annahm, ohne den Vorzustand und mithin das Alter der Sehnenrupturen überzeugend zu würdigen.

So führte PD Dr. E.\_\_\_\_ zur Ansicht von Dr. D.\_\_\_\_, es sei überwiegend wahr scheinlich, dass die Verletzung seit dem Unfall vom Dezember 2016 bestanden habe und bei der rheumatologischen Beurteilung das effektive Ausmass nicht erkannt worden sei, wobei eine MRT-Untersuchung zu einem früheren Zeitpunkt die Situation hätte klären können, in Übereinstimmung mit seinen übrigen Ausführungen folgerichtig aus, dass die Läsion schon längst vor dem Unfallereignis bestanden habe, wie die MRT-Veränderungen und die Interpretation aufgrund der Arbeit von Melis zeigen würden. Dass das Ausmass mit der nicht-akkuraten Sonographie nicht erkannt worden sei, sei richtig. Nur hätte ein zeitnahes MRT kein wesentlich anderes Bild ergeben (Urk. 9/59/20).

Die Aussage von Dr. D.\_\_\_\_, eine derartige Massenruptur der Rotatorenmanschette entstehe nicht spontan im Zeitraum zwischen der rheumatologischen Untersuchung im März 2017 und der MRT-Untersuchung im September 2017, bestätigte PD Dr. E.\_\_\_\_ dementsprechend. Weiter erläuterte er

nachvollziehbar, dass die Veränderungen in der Morphologie der betroffenen Muskeln (Verfettung/Atrophie) einen längeren Zeitraum ab Schädigungsbeginn und jetzigem Zustand voraussetzen würden. Es sei richtig, dass es sich um eine Massenruptur mit drei betroffenen Muskeln/Sehnen handle, die gemäss Wellmann, insbesondere wenn eine schwerwiegende Verletzung der Subscapularissehne vorliege, in der absoluten Mehrheit traumatisch bedingt seien. Nur würden - hier - die morphologischen Veränderungen überhaupt nicht für ein frisches traumatisches Geschehen sprechen (Urk. 9/59/20).

Die Behauptung von Dr. D.\_\_\_\_, die Verfettung der Rotatorenmuskulatur (Goutallier I-II) könne 10 Monate nach dem Unfallereignis in diesem Ausmass erwartet werden und sprechen nicht gegen die Unfallkausalität, widerlegte PD Dr. E.\_\_\_\_

in demselben Sinne schlüssig. So führte er korrekt aus, dass die Verfettung nicht den Grad vom Typ 1 nach Goutallier, sondern vom Typ 2 erreicht habe, wie im MRT-Befund vom 8. September 2017 (Urk. 9/4/1) und in der erläuterten Abbildung 7 (Urk. 9/59/15) bestätigt werde. Für die Ausbildung eines solchen Stadiums brauche es gemäss der Publikation von Melis indes deutlich mehr als 10 Monate (Urk. 9/59/21). Auch diese auf Fachliteratur basierte Schlussfolgerung ist nachvollziehbar.

Zur Auffassung von Dr. D.\_\_\_\_, es sei falsch, dass die MRT-Untersuchung einen erheblich degenerativ ausgeprägten Befund erbracht habe, wogegen richtig sei, dass eine Massenruptur der Rotatorenmanschette als Folge einer UKS im Dezember 2016 bestanden habe, verwies PD Dr. E.\_\_\_\_ auf seine

überzeugenden (hiervor zitierten) Ausführungen zur Massenruptur (Urk. 9/59/21). Zusätzlich erklärte PD Dr. E.\_\_\_\_, der «erheblich degenerativ ausgeprägte Befund» sei tatsächlich in den Abbildungen 3 bis 7 gut erkennbar (Urk. 9/59/21). Die bildgebenden

Befunde hatte PD Dr. E.\_\_\_\_ direkt bei den betreffenden Abbildungen denn auch im Einzelnen nachvollziehbar erläutert (vgl. Urk. 9/59/1 1 -15) , womit ein erheblich degeneratives Geschehen ausgewiesen ist, zumal Dr. C.\_\_\_\_ zu demselben Schluss kam ( Urk. 9/43/4). Schon dem Bericht zum MRT vom 8. September 2017 (Urk. 9/4/1) war überdies zu entnehmen, dass auch ein degenerativer Befund, namentlich eine schwere AC-Gelenksarthrose vorlag .

Der Aussage von Dr. D.\_\_\_\_ , eine AC-Gelenksarthrose könne eine partielle degenerative Supraspinatusläsion mit Impingement bewirken, hier aber bestünden eine massive Abrissverletzung der Supraspinatussehne , der Infraspinatussehne und der Subscapularissehne sowie eine subtotale Ruptur der langen Bizepssehne , begegnete PD Dr. E.\_\_\_\_ mit der Erklärung, dass eine AC-Gelenksarthrose eine mechanische Schädigung der darunter laufenden Supraspinatussehne bewirke, indem es dort eng werde. In Abbildung 3 sei gut zu erkennen, wie der caudale Anteil des Gelenkes auf die Sehne drücke. Daher werde bei der operativen Impingementbehandlung häufig eine AC-Gelenksresektion vorgenommen (Urk. 9/59/21). Damit bestätigte PD Dr. E.\_\_\_\_ die Feststellung von Dr. D.\_\_\_\_ lediglich insofern, als eine degenerative Supraspinatusläsion

durch eine AC-Gelenksarthrose eintreten kann , nicht jedoch die sinngemässe Schlussfolgerung, dass die Sehnenrupturen , da es Abrissverletzungen seien, am 15. Dezember 2016 eingetreten seien. Auch hierzu ist auf die Ausführungen von PD Dr. E.\_\_\_\_

zu verweisen, wonach die am 8. September

2017 mittels MRT ( Urk. 9/4/1) erhobenen morphologischen Veränderungen überhaupt nicht für ein frisch traumatisches Geschehen sprechen würden und deutlich älter als 10 Monate seien (Urk. 9/59/20, Urk. 9/59/22), mithin weit vor dem 15. Dezember 2016 eingetreten waren.

Widerlegt ist sodann auch die Behauptung von Dr. D.\_\_\_\_ , es habe konventionell radiologisch (Hausarztbild) im Februar 2017 weder eine relevante AC-Gelenksarthrose noch ein Hochstand des Humeruskopfs bestanden. PD Dr. E.\_\_\_\_

verwies hierzu auf das in seinem Bericht vom 20. Juli 2018 wiedergegebene Hausarzttröntgenbild, Abbildung 1, und die entsprechende Markierung sowie Befundung, woraus zu entnehmen ist, dass zwei Monate nach dem Unfall vom 15. Dezember 2016 eine leichter Humeruskopfhochstand , ein kolbiges AC-Gelenk und eine Sklerosierung an der Insertionsstelle der Supraspinatussehne am Humeruskopf bestanden ( Urk. 9/59/11). Zusätzlich erklärte PD Dr. E.\_\_\_\_ angesichts des sichtlich veränderten AC-Gelenkes nachvollziehbar, eine solche kolbige AC-Arthrose entstehe nicht innert zehn (gemeint wohl zwei) Monaten

( Urk. 9/59/21).

Ebenfalls beizupflichten ist der Stellungnahme von PD Dr. E.\_\_\_\_ zur Aussage von Dr. D.\_\_\_\_ , die klinischen Untersuchungsbefunde als Argument gegen eine Rotatorenmanschettenläsion seien nicht aussagekräftig, da individuell grosse Kompensationsmöglichkeiten bestünden. PD Dr. E.\_\_\_\_ antwortete treffend , es sei zwar richtig, dass Kompensationsmöglichkeiten gegeben seien. Jedoch könnten damit die objektiven Befunde im MRT nicht negiert werden (Urk. 9/59/21). Anzuführen ist, dass von Dr. C.\_\_\_\_ zudem korrekt berücksichtigt worden war, dass die anfänglichen klinischen

Untersuchungsbefunde fehlen ( Urk. 9/59/3-5 ) und dass gemäss der von PD Dr. E.\_\_\_\_ dargelegte n Fachliteratur (Urk. 9/59/17) beweis rechtlich für die Kausalitätsfrage relevant ist , ob initial erhobene klinische Untersuchungsbefunde

vorliegen und erheblicher Funktionseinschränkungen der Schulter ausgewiesen sind (vgl. dazu E. 5.2.2 hiervor).

Zur Aussage von Dr. D.\_\_\_\_ , die verspätete Schadenmeldung dürfe dem Beigeladenen nicht zur Last gelegt werden , denn dieser habe versucht, die Schmerzen selber zu kurieren , erklärte PD Dr. E.\_\_\_\_ , dass die traumatische Rotatorenmanschettenruptur ein derartiges invalidisierendes klinisches Bild bewirke, welches in seinem Ausmass mit der Pseudoparalyse und dem drop -arm- sign keinen unproblematischen Übergang mit etwas Eigentherapie, wie dies der Beigeladene getan habe, ins weitere Berufsleben erlaube (Urk. 9/59/20). Dem ist ohne Weiteres zuzustimmen. 5.3.3

Es bleibt somit dabei, dass die Kausalitätsbeurteilung von PD Dr. E.\_\_\_\_ voll beweiskräftig ist.

Was die Beschwerdeführerin in der Replik gegen die Beurteilung und Stellungnahme von PD Dr. E.\_\_\_\_ vorbringt (Urk. 16 S. 2 und S. 4) , führt zu keiner anderen Betrachtungsweise. Namentlich wurde auch von PD Dr. E.\_\_\_\_ nicht behauptet, dass die «3-Sehnenverletzung durch eine banale AC-Gelenksarthrose ausgelöst werden kann» . Die Ursache der Sehnenrupturen muss vom Unfallversicherer zudem nicht nachgewiesen werden. Entscheidend ist nur, dass diese nicht erst beim Sturz vom 15. Dezember 2016 eingetreten sind.

#### **E. 5.4.1**

Nach dem Gesagten ist mit der Beschwerdegegnerin gestützt auf die versicherungsinternen Berichte von Dr. C.\_\_\_\_ und PD Dr. E.\_\_\_\_

davon auszugehen, dass die Sehnenrupturen an der rechten Schulter des Beigeladenen nicht überwiegend wahrscheinlich beim Sturz vom 15. Dezember 2016 eingetreten sind, sondern vorbestehend waren. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den Rotatorenmanschettenrupturen rechts und dem Unfallereignis vom 15. Dezember 2016 ist somit nicht erwiesen. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ist daher entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin auch nicht gestützt auf Art. 9 Abs. 2 lit. g UVV begründet.

#### **E. 5.4.2**

Ergänzende Abklärungen, namentlich die Einholung eines versicherungsexternen Gutachtens, erübrigen sich . Die relevanten Gesichtspunkte lassen sich aufgrund der bestehenden Aktenlage verlässlich beurteilen und von Beweisergänzungen ist kein entscheidrelevanter neuer Aufschluss zu erwarten

(antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_320/2014 vom 14. August 2014 E. 11).

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 20. April 2018 ist folglich rechtmässig (Urk. 2). Die Beschwerde ist abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - SWICA Krankenversicherung AG - Suva - X.\_\_\_\_ - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrHartmann

## **E. 10**

), der sich innert angesetzter Frist nicht verlauten liess (Urk. 13 S. 2). Die Parteien hielten im weiteren Schriftenwechsel ( Replik vom 9. November 2018, Urk. 16 S. 2; Duplik vom 17. Dezember 2018, Urk. 20 S. 2 ) an ihren Anträgen fest. Am 17.

Dezember 2018 wurde die Duplik der Beschwerde führerin zur Kenntnis gebracht (Urk. 21). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 15. Dezember 2016 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden. 2. 2.1

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

Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG kann der Bundesrat Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen. Von dieser Kompetenz hat der Bundesrat in Art. 9 Abs. 2 UVV Gebrauch gemacht und folgende Körperschädigungen, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung den Unfällen gleichgestellt:

a.

Knochenbrüche; b.

Verrenkungen von Gelenken;

c.

Meniskusrisse; d.

Muskelrisse; e.

Muskelzerrungen; f.

Sehnenrisse; g.

Bandläsionen; h.

Trommelfellverletzungen. Diese Aufzählung der den Unfällen gleichgestellten Körperschädigungen ist abschliessend (BGE 116 V 136 E. 4a, 147 E. 2b, je mit Hinweisen; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl., 1989, S. 202). 2.2 2.2.1

Für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt das UVG nebst dem Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) oder einer unfallähnlichen Körperschädigung (Art. 6 UVG in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 UVV) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 2.2.2

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). Auch 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 Beweis natürlicher Kausalzusammenhänge nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, Urteil des Bundesgerichts 8C\_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). 2.2.3

Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung 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 Erfolgs also durch das Ereignis allgemäÙ als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

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). 2.3

01.2015 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 Überwiegen der Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa ). Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter

auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 2. 4

#### 2. 4 .1

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, für Bezüger von Invalidenrenten jedoch nur unter den Voraussetzungen von Art. 21 UVG (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wieder aufflackern 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 118 V 293 E. 2c mit Hinweis).

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine ). 2.4.2

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).

#### 2.5

##### 2.5.1

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). 2.5.2

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 Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen.

Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungs internen 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). 3. 3.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, es stehe gestützt auf den beweiskräftigen und überzeugenden Bericht des Kreisarztes

Dr. C.\_\_\_\_ vom 9. März 2018 fest, dass die (im Rahmen des Rückfalls geprüften ) geklagten Schulterbeschwerden rechts nicht auf den Unfall vom 15. Dezember 2016 zurückzuführen seien, sondern degenerativ bedingt seien. Eine eindeutige traumatische Läsion habe sich im bildgebenden Verfahren nicht nachweisen lassen und eine bloss mögliche Teilkausalität reiche nicht aus, um eine Leistungspflicht ihrerseits zu begründen. Daran vermöge der Bericht der B.\_\_\_\_ vom 21. März 2018 nichts zu ändern, da es sich bei der darin enthaltenen Feststellung, dass ein unfallkausales Leiden vorliege, um eine rein zeitliche Kausalattribution handle, welche für nichts beweisbildend sei. Dasselbe gelte für den Einwand der

Beschwerdeführerin, dass der Beigeladene vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei. Selbst wenn dies nachgewiesen werden könnte, wäre damit nicht erstellt, dass die Beschwerden durch den Unfall verursacht worden seien. Die Argumentation « post hoc ergo propter hoc » sei beweis rechtlich nicht zulässig. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den gemeldeten Schulterbeschwerden rechts und dem Unfall vom 15. Dezember 2016 habe sich mit der geforderten überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht nachweisen lassen (Urk. 2 S. 4 ff. ).

In der Beschwerdeantwort und in der Duplik brachte die Beschwerdegegnerin ergänzend vor, es stehe aufgrund der chirurgischen Beurteilung von PD Dr. E.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2018 nunmehr zudem fest, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 15. Dezember 2016 und den am 29. Januar 2018 operativ versorgten Rotatorenmanschettenrupturen mit Sicherheit nicht vorliege und diese vielmehr rein degenerativ bedingt seien. Gemäss seinen einschlägigen Ausführungen habe der Unfall vom 15. Dezember 2016 höchstens eine vorübergehende prellungsbedingte Verschlimmerung des Vorzustandes an der rechten Schulter mit Eintritt des Status quo sine nach Ablauf von maximal sechs Wochen bewirkt.

Dieser zur Anwendung gebrachte medizinische Erfahrungssatz sei ebenfalls beweisbildend. Eine Leistungspflicht lasse sich entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin auch nicht gestützt auf Art. 9 Abs. 2 UVV begründen. Denn es handle sich beim Ereignis vom 15. Dezember 2016 um einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG und dieser

habe zudem keine objektivierbare strukturelle/organische Körperschädigung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVV verursacht.

Ob ein Rückfall vorliege oder nicht, könne offen gelassen werden. Denn sie, die Beschwerdegegnerin, habe sich nie genauer auf die körperlichen Schädigungen festgelegt, die allenfalls durch den Unfall vom 15. Dezember 2016 verursacht worden seien. Insbesondere habe sie ihre Leistungspflicht in Bezug auf die mit MRT vom 8. September 2017 objektivierten Sehnenrupturen bei der Rotatorenmanschette der rechten Schulter nie anerkannt. Somit habe nicht sie den Nachweis des Dahinfallens der Unfallkausalität zu erbringen. Vielmehr hätte die Beschwerdeführerin zunächst die Unfallkausalität der

Sehnenrupturen zu belegen. Mit dem Bericht von PD Dr. E.\_\_\_\_ sei indes ohnehin überwiegend wahrscheinlich, dass spätestens sechs Wochen nach dem Unfall vom 15. Dezember 2016 keine Unfallkausalität der anhaltenden Beschwerden mehr bestanden habe. Somit sei ihre Leistungspflicht nach erfolgter Rückfallmeldung vom 18. Dezember 2017 in jedem Fall ausgeschlossen (Urk. 8 S. 3 ff., Urk. 20). 3.2

Die Beschwerdeführerin wendet dagegen ein, es könne hier nicht von einem Rückfall im Sinne von Art.

## **E. 11**

UVV gesprochen werden. Infolge der Unfallmeldung habe die Beschwerdegegnerin im Februar 2017 die Leistungen für das Ereignis anerkannt. Seitdem sei die Behandlung nie abgeschlossen worden. Die beim Beigeladenen nach dem Sturz festgestellten Sehnenrupturen stellen eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV dar. Bei einer solchen Läsion sei die Kausalkette zwischen dem objektiv fassbaren, sinn gemässen Ereignis in Form des Sturzes, den einschliessenden Schmerzen und der Abklärungs- und Behandlungsbedürftigkeit, vorliegend der Operation vom 29. Januar 2018, gegeben. Es würde dem mit Art. 4 ATSG und Art. 9 Abs. 2 UVV verfolgten Regelungsziel zuwiderlaufen, wenn medizinisch danach geforscht werden könnte, ob und wann die Sehnenrisse auch ohne den Sturz vom 15. Dezember 2016 eingetreten wären. Bei der Beurteilung des Kreisarztes Dr. C.\_\_\_\_ handle es sich um reine Spekulationen, die medizinisch nicht begründbar seien. Sowohl (ihr Vertrauensarzt) Dr. D.\_\_\_\_ als auch die behandelnden Spezialisten seien der Meinung, dass das Unfallereignis ein klassisches indirektes Schultertrauma darstelle, das überwiegend wahrscheinlich für die Massentraktur der Rotatorenmanschette verantwortlich sei. Eine solche entstehe nicht spontan zwischen der rheumatologischen Untersuchung im März 2017 und der MRT-Untersuchung im September 2017. Überwiegend wahrscheinlich sei, dass die Verletzung seit dem Unfallereignis vom Dezember 2016 bestanden habe und bei der rheumatologischen Untersuchung das effektive Ausmass nicht erkannt worden sei. Eine MRT-Untersuchung zu einem früheren Zeitpunkt hätte die Situation klären können. Die MRT-Befunde hätten denn auch nicht «noch keine komplette Ruptur», sondern eine vollständige Ruptur mit Retraktion der Supraspinatussehne beschrieben. Es bestehe daher auch kein Widerspruch zum Operationsbericht. Eine AC-Gelenksarthrose könne eine partielle degenerative Supraspinatusläsion mit Impingement bewirken, hier aber bestehe eine massive Abrissverletzung der Supraspinatussehne, der Infraspinatussehne und der Subscapularissehne sowie eine totale Ruptur der langen Bicepssehne. Zudem hätten konventionell radiologisch (Hausarztbild) im Februar 2017 weder eine relevante AC-Gelenksarthrose noch ein Hochstand des Humeruskopfs bestanden. Im Übrigen sei auf den ausführlichen Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 9. März 2018 verwiesen. Der Beschwerdegegnerin sei daher der Beweis, dass die Kausalität dahingefallen sei, nicht gelungen (Urk. 1 S. 7 ff.).

In der Replik führte die Beschwerdeführerin ausserdem aus, auch betreffend die neue Beurteilung von PD

Dr. E.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2018 sei darauf hinzuweisen, dass nach der Rechtsprechung zu Art. 4 ATSG und Art. 9 Abs. 2 UVV in der bis Ende 2016 gültig gewesenen Fassung es dem Regelungsziel zuwiderlaufen würde, wenn medizinisch danach geforscht werden könnte, ob und wann die Sehnenrisse auch ohne den Sturz eingetreten wären. Zum Bericht von PD

Dr. E.\_\_\_\_ habe ausserdem ihr vertrauensärztlicher Dienst Stellung genommen und festgestellt, dass dieser bestätigt habe, dass eine AC-Gelenksarthrose lediglich die darunter laufende Supraspinatussehne beschädigen könne. Weiter habe der vertrauensärztliche Dienst ausgeführt, es sei folglich unwahrscheinlich, dass eine derart massive dreifache Sehnenverletzung durch eine banale AC-Gelenksarthrose ausgelöst werden könne. Dennoch werde in der Schlussbeurteilung der gesamte Gelenk schaden als vorbestehend und rein degenerativ beurteilt. Die Massenruptur der Rotatorenmanschette sei weiterhin als überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt zu beurteilen. Somit sei daran festzuhalten, dass der Beweis, dass die Kausalität dahingefallen sei, nicht erbracht sei ( Urk.

**E. 16**

S. 2). Diesem Zitat kommt kein Beweiswert zu und ist hier lediglich als Parteibehauptung beachtlich.

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