

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00063**

## **vom 2. März 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2020.00063](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00063)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00063 du 2 mars 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00063 del 2 marzo 2020

### **Erwägungen**

#### **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 2. August 2008 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**

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 entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V

177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. 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 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

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.

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2), in der Beschwerdeantwort (Urk. 8) und in der Duplik (Urk. 17) davon aus, gemäss den eingeholten ärztlichen Beurteilungen sei die Rückfallkausalität der 2018 aufgetretenen Schulterbeschwerden aus näher dargelegten Gründen zu verneinen.

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, gemäss den von ihm angeführten ärztlichen Beurteilungen sei die Rückfallkausalität aus näher dargelegten Gründen zu bejahen (Urk. 1, Urk. 12).

Strittig und zu prüfen ist, ob die 2018 aufgetretenen Schulterbeschwerden in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 2. August

2008 stehen, mithin einen Rückfall darstellen. 3. 3.1

Gemäss seinen eigenen Angaben (Urk. 9/5 = Urk. 9/19/11-12) stiess der Beschwerdeführer am 2. August 2008 beim Fussballspielen mit einem Mitspieler zusammen und hatte sofort starke Schmerzen in der rechten Schulter, die nach einigen Minuten wieder etwas zurückgingen (S. 1 oben). Am 7. August 2008 suchte er einen Arzt auf (S. 1 Mitte). 3.2

Am 10. September 2008 erfolgte eine MR-Arthrographie der rechten Schulter (Urk. 9/4/3 = Urk. 9/19/19). Dabei wurde folgender Befund genannt: Es findet sich ein Acromiontyp 2. Das AC-Gelenk zeigt einen erweiterten Gelenkspalt, die Gelenkfläche ist deutlich irregulär, es zeigen sich kleine Osteophyten und die Kapsel ist verdickt. Ein Os acromiale ist nicht vorhanden. Der subacromiale Raum ist leicht auf 8 mm eingeengt. In der Bursa subacromialis findet sich ein Reizerguss. Die Supraspinatussehne ist deutlich ödematös im Bereich des distalen Ansatzes. Es tritt hier kein Kontrastmittel aus, jedoch zeigt sich unmittelbar am Ansatz eine ausgedehnte Resorptionszone des Femurkopfes mit Ödem am Femurkopf und der Umgebung. Die Sehne ist nicht verkürzt, es zeigt sich keine fettige Degeneration der Muskulatur. Das Labrum ist intakt. Der M. subscapularis ist intakt. Die glenohumeralen Ligamente stellen sich regelrecht dar. Als Beurteilung wurde genannt: Hochgradiges Ödem und Schwellung der Supraspinatussehne unmittelbar am Sehnenansatz mit Resorptionszone des Knochens und leicht knöcherner Reizung. Reizerguss in der Bursa subacromialis. Kein vollständiger Riss, keine Verkürzung der Sehnen und keine fettige

Degeneration der Muskulatur. Reizung möglicherweise bei Status nach Kontusion des AC-Gelenkes, leichte Einengung des Subacromialraumes. 3.3

Dr. med .

Y.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte mit Bericht vom 15. Oktober 2008 ( Urk. 9/4/1-2 = Urk. 9/19/16-17 ) aus, die Erstbehandlung sei am 7. August

2008 erfolgt ( Ziff. 1), und nannte als Befund an der rechten Schulter eine deutliche Druckdolenz im ventralen Gelenkanteil ( Ziff. 4).

Im Überweisungsschreiben vom 30. September 2008 nannte er als Diagnose einen Status nach Schulterkontusion rechts mit massiven Beschwerden ( Urk. 9/4/4 = Urk. 9/19/18 ). 3.4

Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, Stadtspital Z.\_\_\_\_,

nannten mit Bericht vom 3. November 2008 ( Urk. 9/6 = Urk. 9/19/8 ) folgende Diagnosen ( Ziff. 1) : - zervikobrachiales Syndrom - therapieresistente Epicondylopathia humeri radialis rechts seit Kontusion Juni 2006 - Hypomobilität Brustwirbelsäule (BWS) - Fehllhaltung mit Kyphose und leichter Skoliose nach links mit Schulter tiefstand rechts - monotone schwere körperliche Tätigkeit in Druckerei

Zum Verlauf führten sie aus, die Erstkonsultation sei mit bereits vorliegendem Arthro-MRI vom 10. September 2008, welches ein hochgradiges Ödem und eine Schwellung der Supraspinatussehne unmittelbar am Sehnenansatz beschreibe, am 6. Oktober 2008 erfolgt. Sonografisch habe sich der Verdacht auf eine Supraspinatus-Teilruptur

bestätigt.

In der Verlaufskontrolle am 20. Oktober 2008 habe sich eine Beschwerdebesserung gezeigt, so dass nun eine Intensivierung der passiven Massnahmen angestrebt worden sei ( Ziff. 2 f.). Gemäss seinen Angaben arbeite der Patient derzeit zu 100 % ( Ziff. 4) . 3.5

Mit Bericht vom 27. November 2008 ( Urk. 9/10 = Urk. 9/19/4-5 ) nannten die Ärzte der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, Stadtspital Z.\_\_\_\_, folgende Diagnosen ( Ziff. 1): - Verdacht auf Teilruptur Supraspinatussehne rechts - nach Zusammenstoss beim Fussball am 2. August 2008 - Arthro-MRI 10. September 2008: Hochgradiges Ödem und Schwellung der Supraspinatussehne unmittelbar am Sehnenansatz mit Resorptionszone des Knochens und leichter knöcherner Reizung. Reizerguss in der Bursa subacromialis. Kein vollständiger Riss, keine Verkürzung der Sehne und keine fettige Degeneration der Muskulatur. Reizung möglicherweise bei Status nach Kontusion des AC-Gelenkes, leichte Einengung des Subacromialraumes - Status nach zervikobrachialem Syndrom - aktuell im Hintergrund

In der

Kontrolle am 10. November 2008 habe der Patient von einer insgesamt 40 % igen Besserung berichtet, eine

medikamentöse Analgesie sei bereits seit einigen Tagen nicht mehr eingenommen worden ( Ziff. 2 f.).

Mit Bericht vom 29. Januar 2009 ( Urk. 9/11/2 = Urk. 9/19/3 ) wurde ausgeführt, die Physiotherapie sei fortgeführt worden, seit November 2008 sei eine nur zögerliche weitere

Besserung eingetreten, klinisch bestehe weiterhin ein angedeutetes Impingement rechts bei Anteversion und Abduktion über 90°, ferner eine Druckdolenz im Bereich der Bicepssehne. Der Patient arbeite aktuell zu 100 % ( Ziff. 2

ff.). 4. 4.1

Eine MR Arthrographie der rechten Schulter vom 19. Februar 2019 ( Urk. 9/28) ergab folgenden Befund: Bewegungsartefakte. Leichte AC-Arthrose. Ausgedehnte Totalruptur der Rotatorenmanschette (Supraspinatus und Infraspinatus). Der Defekt misst in der koronalen Ebene mindestens 4.5 cm und in der sagittalen Ebene gut 5 cm. Die Subscapularissehne zeigt deutliche tendinotische Veränderungen mit partiellem Einriss kranial. Hochgradige Volumenatrophie und massige Verfettung des Supraspinatusmuskels. Ausgeprägte Atrophie und Verfettung auch des Infraspinatus. Der Subscapularis ist nicht atroph ebenso wenig wie der Teres minor. Beginnende Omarthrose mit diffusem Knorpelabbau humeroglenoidal und leichter Osteophytenbildung am Humeruskopf. Diffuse synoviale Verdickungen im gesamten Gelenksraum vor allem dorsokaudal. Lungen vielleicht retrovertiertem Gelenkspalte ist soweit abgrenzbar intakt. Degenerative Veränderungen des Labrums, am ausgeprägtesten dorsokranial. Der Humeruskopf ist nach kranial und etwas nach dorsal verlagert. Ausgeprägte diffuse Signalveränderung und Tendinose der kranialen langen Bizepssehne ohne Defekt derselben.

Die Beurteilung lautete: Ausgedehnte Ruptur der Rotatorenmanschette mit hochgradiger muskulärer Atrophie. Beginnende Omarthrose. Ausgeprägte proximale Tendinose der langen Bizepssehne. Synovitis. 4.2

Dr. med. A.\_\_\_\_, Oberärztin Obere Extremitäten, Klinik B.\_\_\_\_, führte mit Bericht vom 19. Februar 2019 ( Urk. 9/27) zur Anamnese aus, der Patient berichte von einem Sturz 2008, anschliessend sei ein MRI gemacht worden, wo man heute bereits eine transmurale Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne erkennt. Damals sei eine einwandfreie Trophik der betroffenen Muskulatur dokumentiert worden. Im Anschluss habe man ihm nie eine Operation angeboten, sondern immer wieder Spritzen gemacht. Mit diesen Spritzen seien die Schmerzen jeweils besser geworden, so dass er weiter als Zaunbauer arbeiten könne. Zwischenzeitlich sei dann die linke Schulter ein Problem gewesen und sei mittlerweile erfolgreich mit einem Latissimus-dorsi-Transfer behandelt worden und es sei eine gute Funktion ohne Schmerzen aber mit natürlich eindrücklicher Kräfteinbusse wie beim Latissimus-dorsi-Transfer normal geblieben. Nun sei die rechte Schulter schmerzmässig im Vordergrund, der Patient sei aus Gründen der linken wie auch der rechten Schulter als körperlich schwer arbeitender Mann nicht mehr arbeitsfähig.

In der Beurteilung (durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Senior Consultant Schulter- und Ellbogenchirurgie) wurde ausgeführt, der Patient zeige heute eine nicht rekonstruierbare Situation der Rotatorenmanschette, ursächlich dafür sei ein Unfall vor 11 Jahren. Bereits damals habe man eine Ruptur der heute betroffenen Sehnen

erkannt, welche damals nicht operativ angegangen worden sei. Heute zeige der Patient eine Einschränkung der Beweglichkeit, allerdings ohne Aussenrotationslag. Klinisch stehe die Bizepssehne im Vordergrund. Insofern werde als nächster Schritt eine Arthroskopie mit Bizepssehnen-Tenotomie und Débridement

vorgeschlagen, in der Hoffnung, den durch den Bizeps ausgelösten Schmerz zu lindern. Dadurch würde sich an der Funktion sicherlich nichts bessern. Sollte dies nicht zum

gewünschten Erfolg führen und die intraartikuläre Situation einen Latissimus-dorsi-Transfer zulassen, wäre dies als weitere Option zu erwägen. Jedoch wäre auch dadurch eine Wiederaufnahme einer körperlich schweren Arbeit niemals zu erreichen. Die Beschwerdegegnerin werde gebeten, zu prüfen, ob sie diesen Fall übernehmen würde (S. 2). 4.3

Dr. A. \_\_\_\_

(vorstehend E. 4.2) führte in einer Stellungnahme vom 2. Mai 2019 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 9/40/2-3) aus, nach einem Sturz 2008 sei eine MRI Untersuchung erfolgt. In diesem MRI sehe man eine

transmurale Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne, jedoch ohne Retraction und soweit beurteilbar

einwandfreier Trochik. Aus welchen Gründen

auch immer sei damals die Therapie konservativ geblieben. In den letzten 10 Jahren sei die Situation stetig schlechter

geworden, man sehe radiologisch eine typische Veränderung mit leichtem Höhertreten des Humeruskopfes

als Hinweis auf eine zunehmende Rotatorenmanschetten-Insuffizienz. Im neuen MRI vom 19.

Februar 2019 zeige sich nun eine ausgedehnte postero-superiore Rotatorenmanschetten-Ruptur bei deutlicher Trochik-Veränderung der Muskulatur mit Verfettung der Supra- und Infraspinatusmuskulatur Goutallier III-IV

sowie

deutlicher Atrophie. Die Subscapularissehne/Subscapularismuskulatur wie auch die Teres minor

Muskulatur seien intakt, der Teres minor zeige die klassische Hypertrophie als Kompensation für den

defekten zweiten Aussenrotator (Infraspinatus). Der Vergleich der beiden MRI lege sehr nahe,

dass mit an

Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die 2008 frisch und überhaupt nicht chronisch anmutende Ruptur nun über die letzten 10 Jahre chronisch geworden sei mit einer Degeneration der Muskulatur, einem

Rückzug der Sehnen und einem beginnenden Höhertreten des Humeruskopfes. Somit ist die Ruptur

mittlerweile nicht mehr rekonstruierbar und stelle ein grosses Problem dar. Für sie liege hier der kausale

Zusammenhang auf der Hand (S. 1).

Eine Arbeitsfähigkeit als Hilfsdrucker mit schweren Überkopfarbeiten sei bereits von der linken Seite her nicht mehr gegeben. Auch eine völlige Wiederherstellung der rechten

Schulter würde eine Arbeitsfähigkeit nicht erlauben. Theoretisch wäre in einer angepassten Tätigkeit ohne

körperfernes Heben von Lasten, ohne Arbeiten über Brusthöhe, ohne repetitive Zwangsarbeiten und ohne

Rückschläge eine Erwerbsfähigkeit gegeben (S. 1 unten) . 4.4

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Radiologie, nahm am 9. Juli 2019 im Auftrag der Beschwerdegegnerin im Sinne einer Zweitmeinung eine Befundung des MRI von 2008 vor ( Urk. 9/44/2) . Er nannte folgenden Befund: Es findet sich ein Acromiontyp 2. Das AC-Gelenk zeigt einen erweiterten Gelenkspalt, die Gelenkfläche ist deutlich irregulär, es zeigen sich kleine Osteophyten und die Kapsel ist verdickt. Ein Os acromiale ist nicht vorhanden. Der subacromiale Raum ist leicht auf 8 mm eingeengt. In der Bursa subacromialis findet sich ein Reizerguss. Die Supraspinatussehne ist deutlich ödematös im Bereich des distalen Ansatzes. Es tritt hier Kontrastmittel aus und es zeigt sich unmittelbar am Ansatz eine ausgedehnte Resorptionszone des Humeruskopfes mit Ödem am Humeruskopf und der Umgebung. Die Sehne ist nicht verkürzt, es zeigt sich keine fettige Degeneration der Muskulatur (Gouttallier I). Das Labrum ist intakt. Der M. subscapularis ist intakt. Die glenohumeralen Ligamente stellen sich regelrecht dar. Die lange Bizepssehne ist durchgängig und nicht medialisiert. Als Beurteilung nannte er: Hochgradiges Ödem und Schwellung der distal eingerissenen Supraspinatussehne unmittelbar am Sehnenansatz mit Resorptionszone des Knochens und leichter knöcherner Reizung. Reizerguss in der Bursa subacromialis. Kein vollständiger Riss, keine Verkürzung der Sehnen ohne Degeneration der Muskulatur. Reizung möglicherweise bei Status nach Kontusion des AC-Gelenkes, leichte Einengung des Subacromialraumes. 4.5

Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erstattete am 19. Juli 2019 eine Beurteilung ( Urk. 9/47) . Er führte aus, in der MR-Arthrografie des rechten Schultergelenks vom 10. September 2008 hätten sich Resorptionszonen im Bereich des Ansatzes der Supraspinatussehne gezeigt, als Hinweis dafür, dass die bildgebend dargestellte Supraspinatussehnenruptur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit länger als einen Monat vorbestanden habe. Als Risikofaktoren für ein degeneratives Verschleissleiden im Bereich des rechten Schultergelenks hätten sich eine AC-Gelenksarthrose, Osteophyten am AC-Gelenk, eine Einengung des subacromialen Raums und eine Bursitis subacromialis gefunden. Bildgebend hätten keine überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 2. August 2008 zurückzuführen Pathologien dargestellt werden können (S. 3 oben) .

In der neuerlichen MR-Arthrografie des Schultergelenks zehn Jahre nach dem Ereignis habe sich eine ausgedehnte Ruptur der Rotatorenmanschette mit hochgradiger muskulärer Atrophie, beginnender Omarthrose und ausgeprägter Tendinose der langen Bizepssehne, begleitet von Synovitis gezeigt . Bildgebend sei somit der natürliche Verlauf der Rotatorenmanschettenteilruptur bis zur Komplettruptur zehn Jahre später dokumentiert (S. 3) .

Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei das Ereignis 2008 nicht geeignet gewesen , die am 10. September 2008 bildgebend dargestellten Pathologien herbei zu führen, überwiegend wahrscheinlich habe es sich um vorbestehende Defektarthropathien

gehandelt , welche vorübergehend verschlimmert worden seien . Die Rückfallkausalität sei somit nicht überwiegend wahrscheinlich gegeben (S. 3 Mitte ) . 4.6

Dr. A.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.2) führte in einer Stellungnahme vom 16. August 2019 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers ( Urk. 9/57/10-11) bezogen auf das MRI von 2008 aus, für sie als Schulterorthopädin stelle sich hier klar eine bursaseitige möglicherweise knapp transmurale Ruptur der Supraspinatussehne dar. Die Sehne selber sei ödematös verändert. Dass das AC-Gelenk im Alter von 48 Jahren degenerative Zeichen aufweise, sei völlig normal. Mit zirka 30 Jahren sei der Gelenksdiskus des AC-Gelenks zerstört und mit etwa 40 Jahren seien meistens erst degenerative Zeichen zu finden. Dies alleine reiche jedoch nicht, um eine solche Ruptur zu erklären. Das Argument des eingeschränkten subacromialen Raumes gelte im MRI nicht, da dies eine liegende Aufnahme sei und der Raum subacromial im Sitzen oder im Stehen definiert werde. Insofern seien einige Argumente gegen einen unfallbedingten Zustand für sie nicht zulässig. Die Entwicklung der Rotatorenmanschette sei tatsächlich der natürliche Verlauf und zeige erneut eindrücklich, was passieren könne, wenn man eine Ruptur über 10 Jahre mit zunehmenden Schmerzen ignoriere. Es zeige sich nun ein nicht rekonstruierbares Bild mit einer Defektarthropathie, welche möglicherweise durch eine Erkennung der damaligen Verletzung hätte verhindert werden können. 4.7

PD Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Radiologie, gab am 21. August 2019 zuhanden von Dr. A.\_\_\_\_ eine Zweitmeinung zum MRI von 2008 ab ( Urk. 9/57/12-13) . Er hielt folgende Befunde fest: Schultergelenksdach: Mässige Arthrose im AC-Gelenk mit Kapsel-Hypertrophie ohne Reizzustand. Unauffällige coracoclaviculäre Bänder. Mässiger lateraler Down-slope des Akromions. Akromiontyp II nach Bigliani. Leicht hypertrophes Ligamentum coracoacromiale. Spitzwinkliger kleiner Enthesophyt an der lateralen Kontur des Akromions. Insgesamt mässige subakromiale Impingement konfiguration. Rotatorenmanschette: Tiefe bursaseitige, annähernd transmurale, Partialruptur der Supraspinatussehne (sagittal 15 mm) unmittelbar an der Insertion der Supraspinatussehne mit angrenzendem Ödem in der Sehnensubstanz sowie Delamination der Supraspinatussehne. Keine substantielle Retraktion des Sehnenstumpfes. Der Sehnenstumpf ist scharfkantig konfiguriert und zeigt keine degenerativen Veränderungen. Deutliches Knochenmarksödem im Tuberculum

majus angrenzend an die Partialruptur

der

Supraspinatussehne mit leichten sklerotischen Veränderungen am

Tuberculum majus an der Insertion der Supraspinatussehne.

Unauffällige Infraspinatussehne. Unauffällige Subscapularis sehne. Kräftige Rotatorenmanschetten-Muskulatur

(Goutallier II). Keine Muskelödeme. Rotatorenintervall und lange Bicepssehne: Unauffälliges Rotatorenintervall. Normale Darstellung des Bicepssehnenankers.

Keine Tendinopathie der langen Bicepssehne. Orthotoper Verlauf der langen Bicepssehne durch das Gelenk. Glenohumerales Gelenk: Unauffälliger Knorpel I glenoidal und am Humeruskopf. Normale Darstellung des Labrum

glenoidale. Keine Knochenmarksödeme. Keine Osteophyten. Synoviale Proliferationen an der anterioren Kontur des

Glenoides und des Collum

des Glenoides mit

Abhebung der

Gelenkscapsel vereinbar mit einem stattgehabten

Hämatom oder

synovialen Proliferationen. Periartikuläre Weichteile: Kräftiger Musculus deltoideus. Reizlose periartikuläre Weichteile.

Er gab folgende Beurteilung ab: - morphologisch traumatische bursale tiefe, annähernd transmurale

Partialruptur

der

Supraspinatussehne ohne

vorbestehende degenerative Veränderungen der Sehne mit angrenzendem Knochenmarksödem im Tuberculum

majus.

Aus radiologischer Sicht ist die Partialläsion der Supraspinatus überwiegend wahrscheinlich eine direkte

kausale Folge des rubrizierten Ereignisses vom 2. August 2

## **E. 5**

S.

1

Mitte ) und am 10. November

2008 wurde die Behandlung abgeschlossen ( Urk. 9/ 12

Ziff. 2 ).

### **E. 5.1**

Es ist unstrittig, dass 2018 beim Beschwerdeführer eine ausgedehnte Totalruptur der Rotatorenmanschette diagnostiziert wurde (vorstehend E. 4.1 f., E. 4.5), die im Februar 2020 operiert wurde (vorstehend E. 4.9).

Strittig ist hingegen, ob diese Totalruptur der Rotatorenmanschette als Spätfolge beziehungsweise Rückfall (vorstehend E. 1.3) bezogen auf die

Verletzungen einzustufen ist, die sich der Beschwerdeführer beim (versicherten) Ereignis von 2008 zugezogen hat, oder ob sie auf schon 2008 vorbestehende und seither fortgeschrittene degenerative Beeinträchtigungen zurückzuführen ist.

Der Beschwerdeführer trägt die Beweislast für das Bestehen des Kausalzusammenhangs des von ihm behaupteten Rückfalls zum Ereignis von 2008 (vorstehend E. 1.4).

## **E. 5.2**

Die 2008 erfolgte Beurteilung des MRI vom 10. September 2008 lautete wie folgt (vorstehend E. 3.2): « Hochgradiges Ödem und Schwellung der Supraspinatussehne unmittelbar am Sehnenansatz mit Resorptionszone des Knochens und leicht knöcherner Reizung. Reizerguss in der Bursa subacromialis. Kein vollständiger Riss, keine Verkürzung der Sehnen und keine fettige Degeneration der Muskulatur. Reizung möglicherweise bei Status nach Kontusion des AC-Gelenkes, leichte Einengung des Subacromialraumes. »

In der im Juli 2019 auf Anfrage der Beschwerdegegnerin erstatteten Zweitmeinung zum MRI vom 10. September 2008 lautete die Beurteilung wie folgt (vorstehend E. 4.4): « Hochgradiges Ödem und Schwellung der distal eingerissenen Supraspinatussehne unmittelbar am Sehnenansatz mit Resorptionszone des Knochens und leichter knöcherner Reizung. Reizerguss in der Bursa subacromialis. Kein vollständiger Riss, keine Verkürzung der Sehnen ohne Degeneration der Muskulatur. Reizung möglicherweise bei Status nach Kontusion des AC-Gelenkes, leichte Einengung des Subacromialraumes. »

Die im August 2019 auf Veranlassung von Dr. A.\_\_\_\_ erstattete weitere Beurteilung des MRI vom 10. September 2008 durch PD Dr. F.\_\_\_\_

lautete wie folgt (vorstehend E. 4.7): «Morphologisch traumatische bursseitige tiefe, annähernd transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne ohne vorbestehende degenerative Veränderungen der Sehne mit angrenzendem Knochenmarksödem im Tuberculum majus. Aus radiologischer Sicht ist die Partialläsion der Supraspinatus überwiegend wahrscheinlich eine direkte kausale Folge des rubrizierten Ereignisses vom 2. August 2008. Mässige subakromiale Impingementkonfiguration, wobei der laterale Rand des Acromions unmittelbar angrenzend an die tiefe bursseitige Partialläsion der Supraspinatus liegt. Eine traumatische Läsion der Sehne durch das Acromion erscheint gut möglich, z.B. aber nicht ausschliesslich im Rahmen einer Hyperabduktion. Vorbestehende mässige AC-Gelenksarthrose ohne Reizzustand. Die Beurteilung der Verletzung der Supraspinatussehne im initialen schriftlichen Befund vom 10. September 2008 ist, nebst anderen substantiellen Unzulänglichkeiten, nicht korrekt.»

## **E. 5.3**

Der nach dem Ereignis vom 2. August 2008 am 7. August 2008 konsultierte orthopädische Chirurg Dr. Y.\_\_\_\_ nannte im September 2008 als Diagnose einen Status nach Schulterkontusion mit massiven Beschwerden (vorstehend E. 3.3). Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, Stadtspital Z.\_\_\_\_, nannten im November 2008 als Diagnose einen Verdacht auf Teilruptur Supraspinatussehne rechts (vorstehend E. 3.5).

## **E. 5.4**

Die seit 2019 behandelnde Schulterorthopädin Dr. A.\_\_\_\_ führte im Februar 2019 aus, der Beschwerdeführer habe von einem Sturz im Jahr 2008 berichtet und im MRI vom 10. September 2008 (vgl. vorstehend E. 3.1) erkenne man eine transmurale Ruptur der Supraspinatus- und der Infraspinatussehne (vorstehend E. 4.2). Dies führte sie auch im Mai 2019 aus, verbunden mit der Feststellung, nachdem 2008 die Behandlung konservativ geblieben sei, sei die Situation in den letzten 10 Jahren zunehmend schlechter geworden (vorstehend E. 4.3). Im August 2019 bezeichnete sie die im MRI von 2008 dokumentierte Verletzung sodann als «möglicherweise knapp transmurale Ruptur der Supraspinatussehne» (vorstehend E. 4.6).

### **E. 5.5**

Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ führte in seiner Beurteilung vom Juli 2019 (vorstehend E. 4.5) unter anderem aus, im MRI von 2008 hätten sich Resorptionszonen im Bereich des Ansatzes der Supraspinatussehne gezeigt, und bezeichnete dies als Hinweis dafür, dass die bildgebend dargestellte Supraspinatussehnteilruptur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit länger als einen Monat vorbestanden habe. Ferner wies er auf eine AC-Gelenksarthrose, Osteophyten am AC-Gelenk, eine Einengung des subakromialen Raums und eine Bursitis subacromialis als Risikofaktoren für ein degeneratives Verschleissleiden im Bereich des rechten Schultergelenks hin .

In seiner Beurteilung vom September 2019 (vorstehend E. 4.8) wies er darauf hin, dass PD Dr. F.\_\_\_\_ auf die genannte Resorptionszone, als Hinweis darauf, dass die Kontinuitätsdurchtrennung der Supraspinatussehne länger als 5 Wochen zurück liege, nicht eingegangen sei.

### **E. 5.6**

Dr. A.\_\_\_\_ führte im März 2020 aus, bei den von Dr. E.\_\_\_\_ genannten Resorptionszonen scheine es sich um kleine Zysten am Humeruskopf zu handeln, die meist durch ein Impingement ausgelöst würden, aber nicht durch eine Ruptur der Sehne selber (vorstehend E. 3.10).

### **E. 5.7**

Dr. G.\_\_\_\_ führte in seiner Beurteilung vom Juni 2020 (vorstehend E. 4.11) aus, in der Literatur werde dem Verhalten des Versicherten direkt nach dem Ereignis eine massgebliche Bedeutung zur Differenzierung zwischen einer traumatischen Ruptur und einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes zugesprochen. Aufgrund des starken «schneidenden» Schmerzes komme es bei einer akuten Ruptur der Supraspinatussehne sofort zu einer Pseudoparalyse des Armes, mithin könne der Arm aktiv nicht über Schulterhöhe gehoben werden. Da der Schmerz von der Intensität her invalidisierend sei, werde auch postuliert, dass der Versicherte sofort seine berufliche Tätigkeit einstelle. Dies sei vorliegend nicht gegeben. Im Dossier sei eine Arbeitsunfähigkeit erst ab dem 15. September 2008, also zirka 6 Wochen nach dem Ereignis, attestiert worden. Der Versicherte habe also offenbar bis zu diesem Zeitpunkt seine Arbeit in einer Druckerei fortgesetzt. Die Kriterien, die einen starken Hinweis auf eine traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette gäben, seien daher nicht erfüllt (S. 4).

Weiter führte er aus, dass sich erhebliche knöcherne Veränderungen am Tuberculum majus im Sinne einer Knochenresorption und der Ansatz selbst sich sehr kontrastmittel-heterogen gezeigt

habe, spreche für eine Auffaserung der einzelnen Schichten der Sehne in diesem Bereich, was die Literatur einer Tendinose gleichsetze, welche als Degeneration über einen längeren Zeitraum zu verstehen sei. Zu deren

- näher umschriebenen - Lokalisation passen die zystischen Resorptionszonen am Tuberculum majus, die ebenfalls gelenkseitig lokalisiert seien (S. 4 Mitte).

Diese Resorptionszonen würden von zwei der drei das MRI vom 10. September 2008 beurteilenden Radiologen auch beschrieben. PD Dr. F.\_\_\_\_ schildere die Situation als Delamination mit Knochenmarködem am Tuberculum majus und leicht sklerotischen

Veränderungen an diesem. Dass er diese offensichtlich nicht als degenerativ definiere, widerspreche der Fachliteratur (S. 4 unten).

PD

Dr. F. \_\_\_ beschrieb eine bursaseitige tiefe Partialruptur der Supraspinatussehne, angrenzend an den lateralen Rand des Acromions. Die beiden anderen Radiologen beschrieben ebenfalls eine bursaseitige Einengung der Supraspinatussehne unter dem Acromionrand. Tatsächlich lasse sich ein solches Impingement (Einengung) auf den MRI-Aufnahmen nachweisen. Der Acromionrand weise am äusseren Ende eine raumfordernde Veränderung auf, sogenannte «acromial spurs». Diese exophytäre (knöcherne) Anlagerung

wirke einengend auf den Gleitweg der bursaseitigen Supraspinatussehne. Diese knöcherne Veränderung lasse sich so wohl im MRI wie auch auf dem Nativröntgen vom 20. September 2018 nachweisen (S. 5).

Dieser Acromion-Sporn bewirke langfristig eine Delaminierung - also Auffaserung - der einzelnen Schichten des Sehnenansatzes am Tuberculum majus, nämlich an der schwächsten Stelle. Dabei handle es sich um ein «extrinsisches» Impingement, also eine von aussen einwirkende Störung des Gleitweges der Supraspinatussehne. Dabei könne es schliesslich sogar zu einer kompletten Zusammenhangstrennung der Sehne vom Tuberculum majus kommen. Im vorliegenden Fall sei dieser Prozess aber noch nicht so weit fortgeschritten gewesen. Eine komplette Zusammenhangstrennung könne nicht angenommen werden, da kein Kontrastmittel durchgetreten sei. Der Engpass habe allerdings zu erheblichen ödematösen Aufquellungen der Supraspinatussehne geführt, wie sie von allen drei Radiologen beschrieben worden seien (S. 7 oben).

Es sei denkbar, dass das Ereignis infolge einer Kontusion zu einer zusätzlichen Ödembildung der Sehne am Tuberculum majus geführt habe, zumal bei der Erstuntersuchung ein Druckschmerz in diesem Bereich dokumentiert worden sei. Zu einer Kontinuitätsunterbrechung einzelner Sehnen-schichten sei es aber überwiegend wahrscheinlich nicht gekommen, diese habe bereits vorher vorgelegen. Zudem hätten sich auch Ödeme oder Hämatome im darüber liegenden Musculus deltoideus zeigen müssen, wenn der Anprall beim Fussballspiel so heftig gewesen wäre, dass er zu einem Ödem in der Supraspinatussehne geführt hätte. Anzeichen für Beeinträchtigungen des M. deltoideus liessen sich dem MRI jedoch nicht entnehmen (S. 7).

Auch dass bereits eine deutliche Arthrose im Acromioclaviculargelenk (ACG) vorgelegen habe, weise

auf vorbestehende degenerative Veränderungen am rechten Schultergelenk hin. Die gelenksseitige Verformung des ACG habe bereits zu diesem Zeitpunkt zu einer Beeinträchtigung des Gleitweges der Supraspinatussehne weiter medial geführt. Hieraus lasse sich durchaus ableiten, dass die Sehne des Musculus supraspinatus durch diverse degenerative Veränderungen gestresst gewesen und es sukzessive zu einer Delaminierung der einzelnen Sehnen-schichten gekommen sei (S. 7 Mitte).

Zusammenfassend hielt Dr. G. \_\_\_ fest, dass der zweifach beschriebene Unfallhergang sowie die Erstbefunde mit Druckschmerz im vorderen und lateralen Schulterbereich liessen darauf

schliessen, dass es bei dem Ereignis 2008 lediglich zu einem Anprall der Schulter, nicht aber zu einer Zugbelastung auf die Supraspinatussehne gekommen sei. Daher sei eine Teilruptur der Sehne im Rahmen dieses Ereignisses nicht überwiegend wahrscheinlich. Das Verhalten des Versicherten nach dem Ereignis lasse nicht auf eine frische Teilruptur der Supraspinatussehne im Rahmen des Ereignisses 2008 schliessen. Es habe offensichtlich keine primäre Pseudoparalyse des rechten Armes vorgelegen. Der Versicherte habe seine berufliche Tätigkeit offenbar unverzüglich fortsetzen können. Dies wäre bei einer erheblichen strukturellen Unfallfolge mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht möglich gewesen. Die MRI-Befunde sprächen morphologisch nicht für eine frische Teilruptur der Supraspinatussehne, sondern für eine langfristig entstandene Degeneration. Diese Degeneration, nicht aber eine frische Verletzung der Supraspinatussehne im Jahr 2008, habe dann über zirka 9 Jahre zu der 2018 festgestellten Arthropathie geführt (E. 4.11 am Ende).

### **E. 5.8**

Dr. A.\_\_\_\_ führte dazu im August 2020 (vorstehend E. 4.12) aus, eine ausgeprägte Partialruptur mit möglicherweise knapp transmuraler Ausdehnung im Bereich der Supraspinatussehne könne initial schmerzbedingt zu einer Einschränkung der Beweglichkeit führen; nach einiger Zeit jedoch werde die Beweglichkeit in den meisten Fällen wieder normal werden oder sei primär aus Schmerzgründen weiter eingeschränkt. Eine Ruptur der Supraspinatussehne selber sei mechanisch in den allermeisten Fällen nicht ausreichend, um eine mechanische Pseudoparalyse zu generieren.

Das Ödem werde von PD Dr. F.\_\_\_\_ nicht in der Sehne, sondern im Tuberculum majus beschrieben. Dies gelte als gemäss Literatur korrelierend mit einer traumatischen Läsion. Die reine Impingementkonstellation sei kein Grund für eine Ruptur der Supraspinatussehne mit 48 Jahren ohne Trauma.

Dafür, dass sich auch Ödeme oder Hämatome im darüber liegenden Musculus deltoideus hätten zeigen müssen, wenn der Zusammenprall so heftig gewesen wäre, dass er zu einem Ödem in der Supraspinatussehne geführt hätte, bestünden keine evidenzbasierten Daten.

### **E. 5.9**

Dr. G.\_\_\_\_ führte dazu im November 2020 (vorstehend E. 4.13) unter anderem aus, Einengungen durch eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose wie auch knöcherne Anbauten an der Unterseite des Acromions (acromial spurs) führten dauerhaft zu einer Impingementsituation. Durch die ständige Reizung werde die Rotatorenmanschette durch Einlagerungen von Wasser (Ödembildung) dicker, was die Impingementsituation weiter fördere (Tendinose), und schliesslich zu strukturellen Läsionen bis hin zur kompletten Zusammenhangstrennung führe. Die Beeinträchtigung des Gleitweges der Supraspinatussehne unter dem hypertrophen AC-Gelenk habe wie beschrieben überwiegend wahrscheinlich Auswirkungen auf Sehne und Muskel im Sinne einer ständigen Reizung.

Dr. A.\_\_\_\_ postuliere, dass ein Knochenmarködem am Tuberculum majus mit einer traumatischen Läsion der Supraspinatussehne korreliere. Im vorliegenden Fall sei es zu einem durchaus heftigen direkten Schulteranprall gekommen. Die von Dr. A.\_\_\_\_ zitierte Arbeit untersuche nicht, inwieweit der direkte Schulteranprall geeignet sei, ein Knochenmarködem am Tuberculum majus hervorzurufen und auch nicht, wie viele der untersuchten 852 Patienten ohne Knochenmarködem eine Avulsion der Supraspinatussehne

gehabt hätten, weshalb sie argumentativ nicht zu verwerten sei.

Es sei von einem heftigen Anpralltrauma der Schulter des Versicherten an dessen Gegner auszugehen, da es zu einem Knochenmarködem durch diesen Anprall gekommen sei. Der Musculus deltoideus umschliesse das Schultergelenk weitgehend und sei den inneren glenohumeralen Strukturen, einschliesslich der Rotatorenmanschette, vorgelagert. Es sei daher nicht nachvollziehbar, warum eine solche direkte Gewalteinwirkung auf das Schultergelenk nicht auch Prellmarken, Hämatome oder Ödeme im Bereich der Haut und des Deltamuskels hinterlassen haben sollte. Der Hinweis von Dr. A.\_\_\_\_\_

darauf, dass über diesen Verletzungsmechanismus keine evidenzbasierten Daten vorlägen, entkräftete die Argumentation nicht sonderlich (S. 4 f. Ziff. 4).

Der Radiologe im MRI-Befund von 2008 beschreibe einen erweiterten Gelenkspalt des ACG, mit deutlich irregulärer Gelenkfläche und kleinen Osteophyten sowie eine Kapselverdickung. Es habe also offensichtlich doch ein die Sehne des Musculus supraspinatus beeinträchtigendes Hindernis vorgelegen. 6. 6.1

Ein Kausalzusammenhang zwischen der 2018 akuten Rotatorenmanschetten-Problematik und dem Ereignis vom 2. August 2008 wurde von der seit 2019 behandelnden Schulterorthopädin Dr. A.\_\_\_\_\_ postuliert. Als Begründung dafür führte sie an, der Beschwerdeführer habe von einem 2008 erfolgten Sturz berichtet und auf dem MRI vom 10. September 2008 sei eine « transmurale Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne » zu erkennen (vorstehend E. 4.2).

Aktenkundigerweise hat 2008 kein Sturz stattgefunden, sondern ein Zusammenstoss des Beschwerdeführers mit einem Mitspieler (vorstehend E. 3.1). Zum MRI vom 10. September 2008 liegen drei Beurteilungen vor (vorstehend E. 5.2): Zwei mal wurde betreffend die Supraspinatussehne «kein vollständiger Riss» festgehalten, einmal eine «annähernd transmurale Teilruptur». Eine teilweise oder gar komplette (transmurale) Ruptur der Infraspinatussehne wurde auf der Aufnahme von 2008 nicht befundet. Die Infraspinatussehne wurde lediglich von PD Dr. F.\_\_\_\_\_ erwähnt, und zwar als unauffällig (vorstehend E. 4.7). 6.2

Festzuhalten ist somit, dass die Aufnahme von 2008 lediglich eine Teilruptur der Supraspinatussehne erkennen liess und lässt. Dr. A.\_\_\_\_\_ ist somit diesbezüglich von unzutreffenden Annahmen ausgegangen. Dies gilt auch bezüglich des von ihr fälschlicherweise angenommenen Sturzes statt des effektiv erfolgten Schulteranpralls in aufrechter Position.

Auch andere ihrer Feststellungen vermögen nicht auf Anhiob einzuleuchten:

So führte sie in Zusammenhang mit der in der Aufnahme von 2008 sichtbaren ausgedehnten Resorptionszone am Humeruskopf aus, es scheine sich um kleine Zysten im Humeruskopf zu handeln. Diese würden « meist durch ein Impingement ausgelöst, aber nicht durch eine Ruptur der Sehne selber » (vorstehend E. 4.10). Sie nahm damit Bezug auf die Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_\_, der diese zystischen Resorptionszonen als Hinweis dafür beurteilte, dass die bildgebend dargestellte Kontinuitätsunterbrechung (also Teilruptur) der Supraspinatussehne länger als 5

Wochen zurückliege (vorstehend E. 4.8), also nicht durch den Schulteraufprall am 2. August 2008 verursacht worden sei. Dies wurde mit der erwähnten Feststellung ins Gegenteil verkehrt beziehungsweise es war von keiner Seite geltend gemacht worden, die

Sehnenteilruptur habe die zystischen Resorptionszonen bewirkt, sondern vielmehr kontrovers erörtert, ob die am 10. September 2008 dokumentierte Sehnenteilruptur degenerativen Ursprungs oder am 2. August 2008 eingetreten sei. Immerhin ging Dr. A.\_\_\_\_, wie die zitierte Feststellung zeigt, ihrerseits vom Bestehen eines Impingements im Zeitpunkt der Bildgebung aus.

Nachdem sie zuerst ausführte, im MRI vom 10. September 2008 sei eine transmurale (also komplette) Sehnenruptur zu erkennen (vorstehend E. 4.2 f.), bezeichnete sie diese im August 2019 nur noch als «möglicherweise knapp transmurale Ruptur» (vorstehend E. 4.6), nahm aber im August 2020 wieder Bezug auf eine «Prävalenz transmuraler Rotatorenmanschettenläsionen», die im damaligen Alter des Beschwerdeführers niedrig sei (vorstehend E. 4.12). 6.3

Der von Dr. A.\_\_\_\_ postulierte Kausalzusammenhang zwischen der aktuellen Rotatorenmanschetten-Problematik und dem Ereignis vom 2. August 2008 liesse sich nur bejahen, wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststünde, dass die am 10. September 2008 bildgebend festgestellte Sehnenteilruptur durch das genannte Ereignis bewirkt worden ist.

Wenn dies nicht der Fall ist, so war die damals festgestellte Sehnenteilruptur degenerativ bedingt und die aktuelle Rotatorenmanschetten-Problematik mag zwar bezüglich der damals festgestellten Sehnenteilruptur einen Rückfall oder eine Spätfolge darstellen, aber nicht bezogen auf das (versicherte) Ereignis vom 2. August 2008. 6.4

Dass die am 10. September 2008 festgestellte Sehnenpartialruptur nicht durch das Ereignis vom 2. August 2008 verursacht wurde, hat namentlich Dr. G.\_\_\_\_ schlüssig dargelegt und nachvollziehbar begründet: Der Unfallhergang sowie die Erstbefunde mit Druckschmerz im vorderen und lateralen Schulterbereich liessen darauf schliessen, dass es am 2. August 2008 lediglich zu einem Anprall der Schulter, nicht aber zu einer Zugbelastung auf die Supraspinatussehne gekommen sei. Daher sei eine Teilruptur der Sehne im Rahmen dieses Ereignisses nicht überwiegend wahrscheinlich. Auch das Verhalten des Versicherten nach dem Ereignis lasse nicht auf eine frische Teilruptur der Supraspinatussehne schliessen. Es habe keine primäre Pseudoparalyse des rechten Armes vorgelegen und der Beschwerdeführer habe seine berufliche Tätigkeit fortsetzen können, was bei einer erheblichen strukturellen Unfallfolge mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht möglich gewesen wäre. Die MRI-Befunde sprächen morphologisch nicht für eine frische Teilruptur der Supraspinatussehne, sondern für eine langfristig entstandene Degeneration. Diese Degeneration, nicht aber eine frische Verletzung der Supraspinatussehne am 2. August 2008, habe dann über zirka 9 Jahre zu den

2018 aufgetretenen Beeinträchtigungen geführt (vorstehend E. 4.11 am Ende). 6.5

Damit steht fest, dass der - dem Beschwerdeführer obliegende - Nachweis eines Kausalzusammenhangs zwischen der aktuellen Rotatorenmanschetten-Problematik und dem versicherten Ereignis vom 2. August 2008 - namentlich gestützt auf die Argumentation von Dr. A.\_\_\_\_ - nicht erbracht ist. Vielmehr ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die am 10. September 2008 bildgebend festgestellte Teilruptur der Supraspinatussehne degenerativen Ursprungs war. Da sich dies aus verschiedenen, näher dargelegten und alle zum gleichen Schluss führenden Umständen ergibt, kann davon abgesehen werden, bezüglich des MRI vom 10. September 2008 als lediglich Teil der Argumentation noch eine vierte Beurteilung zu veranlassen. 6.6

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass der Nachweis eines überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis vom 2. August 2008 und der aktuellen Rotatorenmanschetten-Problematik nicht erbracht ist.

Somit hat die Beschwerdegegnerin einen Rückfall oder eine Spätfolge bezüglich des Ereignisses vom 2. August 2008 zu Recht verneint, womit der angefochtene Entscheid zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Gabathuler - 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

## **E. 008**

- mässige subakromiale Impingementkonfiguration, wobei der

laterale Rand des Acromions unmittelbar angrenzend

an die tiefe bursale Partialläsion der Supraspinatus liegt. Eine traumatische Läsion der Sehne durch das

Acromion erscheint gut möglich, z.B. aber nicht ausschliesslich im Rahmen einer Hyperabduktion. - vorbestehende mässige AC-Gelenksarthrose ohne Reizzustand - Die Beurteilung der Verletzung der

Supraspinatussehne im initialen schriftlichen Befund vom 10. September 2008 ist, nebst anderen substantiellen Unzulänglichkeiten, nicht korrekt. 4.8

Kreisarzt Dr. E. \_\_\_\_

(vorstehend E. 4.5) gab am 30. September 2019 eine erneute Beurteilung ab ( Urk. 9/60). Er führte aus, Dr. A. \_\_\_\_ attestiere «klar eine bursa seitige möglicherweise knapp transmurale Ruptur der Supraspinatussehne», gehe aber nicht darauf ein, dass am unmittelbaren Ansatz der Supraspinatussehne eine ausgedehnte Resorptionszone am Humeruskopf bildgebend dargestellt sei, und dass diese Resorptionszone ein Hinweis dafür sei, dass die Kontinuität durch Trennung der Supraspinatussehne dieser Lokalisation überwiegend wahrscheinlich länger als 5 Wochen zurückliege. PD Dr. F. \_\_\_\_ befunde eine «insgesamt mässige subacromiale Impingementkonfiguration» und eine «morphologisch tra

umatische bursaseitige tiefe, annähernd transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne ohne vorbestehende degenerative Veränderungen der Sehne mit an grenzendem Knochenmarksödem im Tuberculum majus». Er gehe aber nicht darauf ein, dass unmittelbar am Ansatz der Supraspinatussehne eine ausgedehnte Resorptionszone am Humeruskopf (im Befund vom 15. September 2008 fälschlicherweise als Femurkopf bezeichnet) bildgebend dargestellt sei und dass diese Resorptionszone ein Hinweis dafür sei, dass die Kontinuitätsdurchtrennung der Supraspinatussehne an dieser Lokalisation überwiegend wahrscheinlich länger als 5 Wochen zurückliege, dem Zeitintervall zwischen dem Ereignis und der Bildgebung. Zusammenfassend werde daran festgehalten, dass überwiegend wahrscheinlich kein kausaler Zusammenhang bestehe zwischen dem Ereignis beim Fußballspiel 2008, als der Versicherte mit einem anderen Spieler kollidierte, und der bildgebend dargestellten Partialruptur der Supraspinatussehne, welche sich im Verlauf richtungsgebend verschlimmerte und 2019 als Komplettruptur bildgebend dargestellt wurde.

4.9

Dr. A.\_\_\_\_

(vorstehend E.

4.2) berichtete mit Datum vom 12. Februar

2020 (Urk.

9/65) über eine Arthroskopie, Tenotomie der langen Bicepssehne, Débride ment der Rotatorenmanschette (RM), Entfernung von freien

Gelenkkörpern und sanfte anterolaterale

Acromioplastik (wohl der rechten Schulter), die zwischen dem 14. und 16. Februar 2020 (so lauten die Hospitalisationsdaten) durchgeführt wurde. 4.10 Dr. A.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.2) nahm am 17. März 2020 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers zur These von Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ Stellung, wonach die beschriebene ausgedehnte Resorptionszone am Humeruskopf ein Hinweis darauf sei, dass die Supraspinatussehnenruptur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zeitpunkt der Erstellung des Arthro-MRI länger als einen Monat vorbestanden habe, und führte aus, es scheine sich um kleine Zysten im Humeruskopf zu handeln, welche oft zu sehen seien, meist durch ein Impingement ausgelöst, aber nicht durch eine Ruptur der Sehne selber. Ein Impingement alleine erkläre noch keine Sehnenruptur. Das Ödem und die Schwellung in der Sehne, wie vom Radiologen beschrieben, spreche eher gegen eine langsam entstandene degenerative Ruptur und für ein Trauma. 4.11

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Zentrum H.\_\_\_\_, erstattete am 26. Juni 2020 eine Beurteilung (Urk. 10). Er führte aus, es trittig sei, ob der im Oktober 2018 festgestellte ausgedehnte Rotatorenmanschettenschaden

auf eine Ruptur der Supraspinatussehne im Rahmen des Ereignisses

vom 2. August 2008 oder auf eine bereits zu diesem Zeitpunkt bestehende degenerative Veränderung

an der Rotatorenmanschette der rechten Schulter zurückzuführen sei.

Der Versicherte habe nach dem Zusammenprall mit einem anderen Fussballspieler Schmerzen am rechten Schultergelenk

beklagt. Ein Sturzereignis sei, nachdem

der Unfallhergang im Rahmen der Aussendienstbefragung vom November 2008 identisch geschildert worden sei, auszuschliessen.

Die Beschwerdegegnerin habe den Hergang als Unfall gewertet (S. 3).

Im Anschluss an das Ereignis seien Schmerzen im rechten Schultergelenk beklagt worden, eine akute

Funktionseinschränkung der rechten Schulter sei nicht dokumentiert. Der Versicherte habe offenbar

aufgrund der Schmerzen das Fussballspiel nicht fortsetzen können und habe bei Beschwerdepersistenz 5 Tage später Dr. Y.\_\_\_\_ aufgesucht (vgl. E. 3.3). Offensichtlich sei er seiner angestammten

Tätigkeit in einer Druckerei in diesem Zeitraum weiter nachgegangen, eine Arbeitsunfähigkeit sei auch nach dem Erstbesuch bei Dr. Y.\_\_\_\_ erst ab dem 15.

September 2008, also nach der MRI-Untersuchung

der rechten Schulter vom 10. September 2008, dokumentiert (S. 3 unten).

Dr. Y.\_\_\_\_ habe im Erstuntersuchungsbericht an der Schulter einen Druckschmerz ventral, keine namhafte Einschränkung von Abduktion beziehungsweise Extension und einen angedeutet positiven Jobe-Test

dokumentiert. Eine Behandlungsdiagnose sei nicht vermerkt (S. 4 oben).

In der - näher bezeichneten - Literatur werde dem Verhalten des Versicherten direkt nach dem Ereignis eine massgebliche Bedeutung zur Differenzierung zwischen einer traumatischen Ruptur und einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes zu gemessen. Danach komme es aufgrund des starken «schneidenden» Schmerzes bei einer akuten Ruptur der Supraspinatussehne sofort zu einer Pseudoparalyse des Armes, das heisst, der Arm könne aktiv nicht über Schulterhöhe gehoben werden. Eine solche Pseudoparalyse sei von Dr. Y.\_\_\_\_ nicht dokumentiert. Gemäss der Literatur suche der Versicherte zeitnah ärztliche Behandlung, was vorliegend

mit einer Latenz von 5 Tagen auch erfolgt sei. Allerdings werde auch postuliert, da der Schmerz von der Intensität her invalidisierend sei, dass der Versicherte sofort seine berufliche Tätigkeit einstelle. Dies sei vorliegend nicht gegeben. Im Dossier sei eine Arbeitsunfähigkeit erst ab dem 15. September 2008, also zirka 6 Wochen nach dem Ereignis, attestiert worden. Der Versicherte habe also offenbar bis zu diesem Zeitpunkt seine Arbeit in einer Druckerei fortgesetzt. Die Kriterien, die einen starken Hinweis auf eine traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette gäben, seien daher nicht erfüllt. Es sei bei dem Ereignis nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer frischen Ruptur der Supraspinatussehne gekommen (S. 4).

Die MRI-Untersuchung vom 10. September 2008 habe neben einem ödematös veränderten Ansatz der Supraspinatussehne erhebliche knöcherne Veränderungen am Tuberculum majus im Sinne einer Knochenresorption gezeigt. Der Ansatz selbst habe sich sehr

kontrastmittel-heterogen

gezeigt, was für eine Auffaserung der einzelnen Schichten der Sehne in diesem Bereich spreche. Die Literatur setze diese Veränderungen einer Tendinose gleich, welche als Degeneration über einen längeren Zeitraum zu verstehen sei. Diese Tendinose befinde sich im Übrigen im sogenannten Crescent-Komplex des Rotatorenmanschettenansatzes am Tuberculum majus. Hierbei handle es sich um ein halbmondförmiges Areal direkt am Ansatz der Rotatorenschneen, welches durch den «Cable-Komplex», also um das Ligamentum semicirculare humeri begrenzt werde. Der halbmondförmige Bereich innerhalb des Cable-Komplexes sei nachgewiesenermassen schlecht durchblutet und Ausgangspunkt von degenerativen Veränderungen (Tendinosen, Auffaserungen der einzelnen Sehnenlamellen, Zusammenhangstrennungen), insbesondere anfällig hierfür seien Individuen, die beruflich auf oder über Schulterhöhe arbeiteten. Diese Veränderungen begännen an der Unterseite (Gelenkseite) der Supraspinatussehne ansatznah. In den Kontext dazu passen die zystischen Resorptionszonen am Tuberculum majus, die ebenfalls gelenkseitig lokalisiert seien (S. 4 Mitte).

Diese Resorptionszonen würden von zwei der drei das MRI vom 10. September 2008 beurteilenden Radiologen auch beschrieben. PD Dr. F.\_\_\_\_ schildere die Situation als Delamination mit Knochenmarködem am Tuberculum majus und leicht sklerotischen Veränderungen an diesem. Er definiere diese offensichtlich nicht als degenerativ, was der Fachliteratur widerspreche (S. 4 unten).

Zu diskutieren sei weiterhin die von Dr. F.\_\_\_\_ beschriebene bursaseitige tiefe Partialruptur der Supraspinatussehne, angrenzend an den lateralen Rand des Acromions. Die beiden anderen benannten Radiologen beschrieben ebenfalls eine bursaseitige Einengung der Supraspinatussehne unter dem Acromionrand. Tatsächlich lasse sich ein solches Impingement (Einengung) auf den MRI-Aufnahmen nachweisen. Der Acromionrand sei leicht nach unten gebogen (Typ Bigliani II) und weise am äusseren Ende eine raumfordernde Veränderung auf, die in der Literatur als «acromial spurs» beschrieben würden. Es handle sich hierbei um eine exophytäre (knöcherne) Anlagerung, welche zunächst in der Sehnen-Struktur des Ligamentum coracoacromiale beginne, also nicht unbedingt bei der Arthroskopie erkennbar sei. Diese Struktur weise keine Knochen trabekel auf. Sie wirke aber einengend auf den Gleitweg der bursaseitigen Supraspinatussehne. Diese knöcherne Veränderung lasse sich sowohl im MRI wie auch auf dem Nativröntgen vom 20. September 2018 nachweisen (S. 5).

Dieser Acromion-Sporn bewirke langfristig eine Delaminierung - also Auffaserung - der einzelnen Schichten des Sehnenansatzes am Tuberculum majus, nämlich an der schwächsten Stelle. Es handle sich hierbei um ein «extrinsisches» Impingement, also eine von aussen einwirkende Störung des Gleitweges der Supraspinatussehne. Unter dieser Differenzierung sei der Aussage von Dr. A.\_\_\_\_ zu widersprechen, ein Impingement erkläre noch keine Sehnenruptur. Schliesslich könne es sogar zu einer kompletten Zusammenhangstrennung der Sehne vom Tuberculum majus kommen. Im vorliegenden Fall sei dieser Prozess aber noch nicht so weit fortgeschritten gewesen. Eine komplette Zusammenhangstrennung könne nicht angenommen werden, da kein Kontrastmittel durchgetreten sei. Der Engpass habe allerdings zu erheblichen ödematösen Aufquellungen der Supraspinatussehne geführt, wie sie von allen drei Radiologen beschrieben worden seien. Dies erkläre das Ödem auch plausibler als die von Dr. A.\_\_\_\_ postulierte Traumafolge (S. 7 oben).

Es sei denkbar, dass das Ereignis infolge einer Kontusion zu einer zusätzlichen Ödembildung der Sehne am Tuberculum majus geführt habe, zumal bei der Erstuntersuchung ein Druckschmerz in diesem Bereich dokumentiert worden sei. Zu einer Kontinuitätsunterbrechung einzelner Sehnenschichten sei es aber überwiegend wahrscheinlich nicht gekommen, diese habe bereits vorher vor gelegen. Zudem hätten sich auch Ödeme oder Hämatome im darüber

liegenden Musculus deltoideus zeigen müssen, wenn der Anprall beim Fussballspiel so heftig gewesen wäre, dass er zu einem Ödem in der Supraspinatussehne geführt hätte. Anzeichen für Beeinträchtigungen des M. deltoideus liessen sich dem MRI jedoch nicht entnehmen (S. 7).

Einen Hinweis auf vorbestehende degenerative Veränderungen am rechten Schultergelenk biete auch die Tatsache, dass bereits eine deutliche Arthrose im Acromioclaviculargelenk (ACG) vorgelegen habe. Das ACG sei zu diesem Zeitpunkt bereits deutlich arthrotisch verformt und verdickt gewesen, dies zeige sich im MRI. Die gelenksseitige Verformung des ACG habe bereits zu diesem Zeitpunkt zu einer Beeinträchtigung des Gleitweges der Supraspinatussehne weiter medial geführt. Hieraus lasse sich durchaus ableiten, dass die Sehne des Musculus supraspinatus durch diverse degenerative Veränderungen gestresst gewesen und es sukzessive zu einer Delaminierung der einzelnen Sehnenschichten gekommen sei (S. 7 Mitte).

Die Aussage von Dr. A.\_\_\_\_, eine Einengung des Subacromialraumes sei nur am hängenden Arm, also an Aufnahmen im Stehen oder Sitzen zu beurteilen, sei nicht haltbar, wie in der Literatur nachgewiesen worden sei. Der gemessene Wert im MRI müsse lediglich um durchschnittlich 0.6 mm nach oben korrigiert werden, um die tatsächliche acromiohumerale Distanz zu ermitteln (S. 7 unten).

Der zweifach beschriebene Unfallhergang sowie die Erstbefunde mit Druckschmerz im vorderen und lateralen Schulterbereich liessen darauf schliessen, dass es bei dem Ereignis 2008 lediglich zu einem Anprall der Schulter, nicht aber zu einer Zugbelastung auf die Supraspinatussehne gekommen sei. Daher sei eine Teiltraktur der Sehne im Rahmen dieses Ereignisses nicht überwiegend wahrscheinlich. Das Verhalten des Versicherten nach dem Ereignis lasse nicht auf eine frische Teiltraktur der Supraspinatussehne im Rahmen des Ereignisses 2008 schliessen. Es habe offensichtlich keine primäre Pseudoparalyse des rechten Armes vorgelegen. Der Versicherte habe seine berufliche Tätigkeit offenbar unverzüglich fortsetzen können. Dies wäre bei einer erheblichen strukturellen Unfallfolge mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht möglich gewesen. Die MRI-Befunde sprächen morphologisch nicht für eine frische Teiltraktur der Supraspinatussehne, sondern für eine langfristig entstandene Degeneration. Diese Degeneration, nicht aber eine frische Verletzung der Supraspinatussehne im Jahr 2008, habe dann über zirka 9 Jahre zu der 2018 festgestellten Cuff-Arthropathie geführt (S. 8). 4.12

Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.2) nahm am 28. August 2020 noch einmal zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers Stellung (Urk. 13/1). Sie führte aus, die von Dr. G.\_\_\_\_ zitierte Studie sei

ein deutsches gutachterliches Heft, welches auf Pubmed nicht auffindbar sei, weshalb sie sich nicht zu der zitierten Arbeit äussern könne. Aus Erfahrung jedoch könne sie ganz klar sagen, dass eine ausgeprägte Partialruptur mit möglicherweise knapp transmuraler Ausdehnung im Bereich der Supraspinatussehne initial schmerzbedingt zu einer

Einschränkung der Beweglichkeit führen könne; nach einiger Zeit jedoch werde die Beweglichkeit in den meisten Fällen wieder normal werden oder sei primär aus Schmerzgründen weiter eingeschränkt. Eine Ruptur der Supraspinatussehne selber sei mechanisch in den allermeisten Fällen nicht ausreichend, um eine mechanische Pseudoparalyse zu generieren (S. 1 Ziff. 1). Die erneute Diskussion des radiologischen Befundes von PD Dr. F.\_\_\_\_ sei für sie nicht schlüssig. Nirgendwo habe PD Dr. F.\_\_\_\_ beschrieben, dass leichte sklerotische Veränderungen nicht degenerativ seien. Dennoch müsse ganz klar gesagt werden, dass weder eine AC-Gelenksarthrose noch eine Tendinopathie eine Ruptur automatisch als degenerativ definierten. Die Prävalenz transmuraler Rotatorenmanschettenläsionen vor 50 sei in der Literatur sehr gering, der Patient sei damals 48-jährig gewesen (S. 1 f. Ziff. 2).

Zu den Ausführungen von Dr. G.\_\_\_\_, das auf den MRI-Aufnahmen nachweisbare Impingement führe zu erheblichen ödematösen Aufquellungen der Supraspinatussehne, was für das Ödem die plausible Erklärung sei als eine Traumafolge als Erklärung, führte Dr. A.\_\_\_\_ aus, das Ödem werde von PD Dr. F.\_\_\_\_ nicht in der Sehne, sondern ihm Tuberculum majus beschrieben. Dies gelte als gemäss Literatur korrelierend mit einer traumatischen Läsion. Die reine Impingementkonstellation sei kein Grund für eine Ruptur der Supraspinatussehne mit 48

Jahren ohne Trauma (S. 2 Ziff. 3).

Dafür, dass sich auch Ödeme oder Hämatome im darüber liegenden Musculus deltoideus hätten zeigen müssen, wenn der Zusammenprall so heftig gewesen wäre, dass er zu einem Ödem in der Supraspinatussehne geführt hätte, bestünden keine evidenzbasierten Daten (S. 2 Ziff. 4).

Zur von Dr. G.\_\_\_\_ postulierten sukzessiven Delaminationierung der einzelnen Sehnen-schichten führte Dr. A.\_\_\_\_ aus, es sei aus der Literatur bekannt, dass eine AC-Gelenksarthrose keine Korrelation mit Rotatorenmanschettenläsionen direkt habe, sondern eine altersbedingte Veränderung sei, die sehr häufig gesehen werde. Ausserdem führe eine AC-Gelenksarthrose nur im Fall von nach inferior ragenden Osteophyten zu einer deutlichen Einengung des subakromialen Raumes, und nicht zu der beschriebenen Ruptur wie im vorliegenden Fall. Im Bereich der AC-Gelenksarthrose im MRI vom 2008 sei keinerlei Irritation oder Einengung nachzuweisen (S. 2 Ziff. 5). 4.13

Dr. G.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.11) erstattete am 12. November 2020 eine weitere Stellungnahme (Urk. 18). Er führte aus, Dr. A.\_\_\_\_ verwende mit Bezug auf die Pseudoparalyse bei (Teil-)Rupturen der Supraspinatussehne Formulierungen wie «... führen kann», «... in den meisten Fällen...» und «... Ruptur der Supraspinatussehne allein in den meisten Fällen nicht ausreichend». Diese Ausdrücke stellten jeweils eine Möglichkeit in den Raum, was versicherungsmedizinisch nicht ausreichend sei. Für die Kausalitätsfrage sei der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich. Daher könne daraus im vorliegenden Fall nicht abgeleitet werden, dass trotz Fehlens einer Pseudoparalyse ein Kausalzusammenhang zwischen dem Anpralltrauma und den 2008 festgestellten Schäden bestanden habe. Verschiedene Autoren gingen bei akuten Rupturen der Supraspinatussehne von einer initialen Pseudoparalyse aus (S. 3 Ziff. 1).

Einengungen durch eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose wie auch knöcherne Anbauten an der Unterseite des Acromions (acromial spurs) führten dauerhaft zu einer Impingementsituation. Durch die ständige Reizung werde die Rotatorenmanschette durch Einlagerungen von Wasser (Ödembildung) dicker, was die Impingementsituation weiter fördere (Tendinose), und schliesslich zu strukturellen Läsionen bis hin zur kompletten Zusammenhangstrennung führe. Die Schweizer Expertengruppe für Schulter- und Ellbogenchirurgie widerspreche dieser Auffassung unter Hinweis auf zwei Arbeiten. Die erste Arbeit beschäftige sich mit dem Einfluss der Acromionform nach Bigliani auf Schädigungen der Rotatorenmanschette. In der anderen Arbeit sei nachgewiesen, dass Zysten im Tuberculum majus wie auch ein «acromion spur» zu Schädigungen der Rotatorenmanschette führten. Hingegen werde der Einfluss der ACG-Arthrose auf Läsionen der Rotatorenmanschette in der zweiten Arbeit als gering eingestuft. Im vorliegenden Fall könne aber eindeutig eine Beeinträchtigung des Gleitweges der Supraspinatussehne unter dem hypertrophen AC-Gelenk nachgewiesen werden. Diese Beeinträchtigung habe wie beschrieben überwiegend wahrscheinlich Auswirkungen auf Sehne und Muskel im Sinne einer ständigen Reizung. Die von Dr. A.\_\_\_\_ angeführte geringe Prävalenz degenerativer Schäden vor dem 50. Lebensjahr beschreibe nur die geringe Möglichkeit degenerativer Veränderungen vor dem 50. Lebensjahr. Aufgabe der Versicherungsmedizin sei es jedoch, im Einzelfall den Kausalzusammenhang mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festzustellen (S. 3 Ziff. 2).

Dr. A.\_\_\_\_ postuliere, dass ein Knochenmarködem am Tuberculum majus mit einer traumatischen Läsion der Supraspinatussehne korreliere. In der von ihr dazu zitierten Arbeit fänden sich unter 863 MRI-Befunden 11 Patienten mit einem Knochenmarködem im Bereich des Tuberculum majus, von denen

#### **E. 8**

Patienten anamnestisch auf die Schulter gefallen seien ohne einen direkten Schlag auf das Schultergelenk erlitten zu haben, ein Patient habe einen Verkehrsunfall gehabt und ein weiterer habe einen Schlag direkt auf die Schulter erhalten. Die Autoren zögen daraus den Schluss, dass ein Knochenmarködem im Bereich des

Tuberculum majus selten auftrete und meist mit einer Avulsion der Supraspinatussehne am Tuberculum majus einhergehe. Im vorliegenden Fall sei es zu einem direkten Schulteranprall gekommen, der aufgrund seiner Schmerzhaftigkeit als durchaus heftig anzusehen sei. Die zitierte Arbeit untersuche nicht, inwieweit der direkte Schulteranprall geeignet sei, ein Knochenmarködem am Tuberculum majus hervorzurufen und auch nicht, wie viele der übrigen 852 Patienten eine Avulsion der Supraspinatussehne ohne Knochenmarködem hatten. Sie sei argumentativ somit nicht zu verwerten. Abgesehen davon sei das Knochenmarködem im vorliegenden Fall nicht angrenzend an die Ansatzstelle der Supraspinatussehne, sondern tief im Kopf lokalisiert. Angrenzend an den Sehnenansatz sei eine kontrastmittelgefüllte zystische Formation hinweisend auf typische degenerative Prozesse (S. 3 f. Ziff. 3).

Es sei von einem heftigen Anpralltrauma der Schulter des Versicherten an dessen Gegner auszugehen, da es zu einem Knochenmarködem durch diesen Anprall gekommen sei. Der Musculus deltoideus (Haubenmuskel) umschliesse das Schultergelenk weitgehend und sei den inneren glenohumeralen Strukturen, einschliesslich der Rotatorenmanschette, vorgelagert. Es sei daher nicht nach zu vollziehen, warum eine solche direkte

Gewalteinwirkung auf das Schultergelenk nicht auch Prellmarken, Hämatome oder Ödeme im Bereich der Haut und des Deltamuskels hinterlassen haben sollte. Dies werde in einem Werk über die Schadensbeurteilung am

Bewegungsapparat auch nachvollziehbar ausgeführt. Der Rückzug darauf, dass über diesen Verletzungsmechanismus keine evidenzbasierten Daten vorlägen, entkräftet die Argumentation nicht sonderlich (S. 4 f. Ziff. 4).

Dr. A. führt an, nur osteophytäre Ausziehungen einer AC-Gelenksarthrose mit nach inferior ragenden Osteophyten führen zu einer deutlichen Einengung des Subacromialraumes. Entgegen ihrer Meinung beschreibt der Radiologe im MRI-Befund von 2008 einen erweiterten Gelenkspalt des ACG, mit deutlich irregulärer Gelenkfläche und kleinen Osteophyten sowie eine Kapselverdickung. Es habe also offensichtlich doch ein die Sehne des Musculus supraspinatus beeinträchtigendes Hindernis vorgelegen (S. 5 Ziff. 5).

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