

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00183 vom 3. September 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2020.00183](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00183)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00183 du 3 septembre 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00183 del 3 settembre 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1954 geborene X.\_\_\_\_ arbeitete seit dem 1. Januar 2003 als Linienbus-Chauffeur für die Y.\_\_\_\_ AG und war damit bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert.

Mit Bagatellunfall-Meldung vom 8. März 2016 zeigte die Arbeitgeberin der Suva an, dass der Versicherte am 23. Februar 2016 gestürzt sei und sich Prellungen an der rechten Schulter, dem rechten Knie und dem rechten Fussgelenk zugezogen habe (Urk. 10/1). Der am 1.

März 201

### **E. 1.1**

UV170760 Übergangsrecht UVG-Revision, in Kraft seit 1. Januar 2017 09.2019 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 23. Februar 2016 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

UV170040 Gegenstand der Unfallversicherung, Leistungsübersicht 05.2021 Gemäss Art. 6 des UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

### **E. 1.3**

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. 1.4**

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/aa). Die bloße Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hier bei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender 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).

### **E. 1.5**

UV170080 Kausalzusammenhang adäquat und Gesundheitsbeeinträchtigung organisch 06.2021 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C\_75/2016 vom 18. April 2016 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 2.1).

### **E. 1.6**

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 01.2021 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

### **E. 1.7**

UV170530 Beweiswert von versicherungsinternen ärztlichen Einschätzungen 01.2021 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 Versicherungsvertragsnehmer allein lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid damit, dass gestützt auf die beigelegte kreisärztliche Beurteilung vom 2. März 2020 (richtig: 3. März 2020)

von

F.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, der Beschwerdeführer durch den Sturz eine Kontusion/Prellung der rechten Schulter erlitten habe. Ob die präzisere Schilderung, welche gegenüber dem Rechtsvertreter erfolgt und von früheren Aussagen gegenüber den Ärzten abweichend sei, ein zur Verursachung einer strukturellen Verletzung der Rotatorenmanschette geeigneter Hergang sei, könne offengelassen werden, da dem Kriterium des Unfallmechanismus zur Beurteilung der Unfallkausalität nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung keine übergeordnete Bedeutung mehr beigemessen werden solle. Dies angesichts der Tatsache, dass in vielen Fällen, wie hier, der genaue Unfallmechanismus aufgrund der Angaben der betroffenen Patienten nicht genau rekonstruiert werden könne. Es gehe vielmehr darum, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprächen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln (Urteil 8C\_59/2020 des Bundesgerichts vom 14. April 2020 E. 5.3 und E. 5.4). Die Kreisärztin habe in ihrer Beurteilung vom

2. März 2020 genügend Kriterien, die für eine degenerative Genese des vorliegenden Schadens an der rechten Schulter sprächen, aufgezeigt. Es sei somit davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt des Unfalls ein degeneratives Verschleiss leiden bestanden habe, welches durch das Unfallereignis in ein schmerzhaftes Stadium geführt worden sei. Im vorliegenden Fall hätten die Unfallfolgen im Beschwerdebild des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits nach einigen Wochen keine Rolle mehr gespielt. Der Status quo sine sei zu diesem Zeitpunkt erreicht gewesen. Die Suva habe über diesen Zeitpunkt hinaus somit zu Unrecht Versicherungsleistungen erbracht. Sie sei insbesondere auch für die eineinhalb Jahre nach dem Unfall vorgenommene Operation aufzukommen. Wenn somit die Leistungen mit dem 30. August 2019 eingestellt worden seien, könne dies nicht beanstandet werden, zumal keine Kosten zurückgefordert worden seien

(Urk. 2 S. 9 ff.). 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass auch die neuerliche Stellungnahme der Kreisärztin vom 3. März 2020

die strengen

rechtsprechungs gemässen Anforderungen an

versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen nicht erfüllt. Es sei unbestritten und aktenkundig, dass er vor dem Unfall vom 23. Februar 2016 an keinerlei

Beschwerden an der rechten Schulter gelitten habe. Die Kausalitätsbeurteilung

habe die Kreisärztin einzig auf ihre Analyse des nach dem Unfall erhobenen und beschriebenen Befunds und des Verlaufs gestützt und sei zum Schluss gekommen, die beschriebenen Veränderungen im Bereich der Schulter seien überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingt. Dabei habe sie ihre

apodiktisch

vorgetragenen, nicht näher begründeten Argumente auf keinerlei medizinische

Fachliteratur gestützt. Deshalb habe er ihre Ausführungen

durch

den

ausgewiesenen

Schulterspezialisten

Dr. D. \_\_\_ überprüfen lassen. Dr. D. \_\_\_ lege in seinem Konsilium gut begründet sowie zusätzlich

gestützt auf eine reichhaltige Fachliteratur dar, weshalb gerade der initiale Befund und die Ergebnisse der MRI-Untersuchung vom 5. Januar 2017 den einzigen Schluss zuließen, dass die nachgewiesenen

Rotatorenmanschettenläsionen zweifellos durch den Unfall vom 23. Februar 2016 verursacht worden seien. Sodann lasse der auf www. «...» .ch

publizierte Lebenslauf der Kreisärztin den Schluss zu, dass sie im Bereich von Schulterverletzungen weder praktische Erfahrung in der Behandlung noch über ausgewiesene Fachkenntnisse verfüge. Ferner wolle er klarstellen, dass sein in der Eingabe vom 11. Oktober 2019 (Urk. 10/77) geschilderter Unfallhergang nicht von seinen früheren Aussagen abweiche, sondern bloss die Unfallschilderung detaillierter sei. Aufgrund der Untersuchungsumfrage sei es die Aufgabe der Beschwerdegegnerin, nach Eingang der Unfallmeldung ergänzende Informationen über den in der Unfallmeldung rudimentär beschriebenen

Sachverhalt einzuholen. Zum Schluss sei festzustellen, dass die Akten keine ausreichende Grundlage bildeten, um ohne ergänzende Abklärungen über die gesetzlichen Leistungen über den 30. September 2019 (richtig: August) hinaus befinden zu können (Urk. 1). 2.3

In der Beschwerdeantwort vom 4. November 2020

ergänzte die Beschwerdegegnerin, aufgrund der weiteren überzeugenden kreisärztlichen Beurteilung vom 26. Oktober 2020 (Urk. 11) von

Dr. E. \_\_\_

sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass vorliegende Befunde, welche für eine Unfallkausalität sprächen, fehlten. Aus dem Argument, der Beschwerdeführer habe vor dem Unfall am 23. Februar 2016 über keine Beschwerden an der rechten Schulter gelitten, könne der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. Es handle sich um eine reine post-hoc-ergo-propter-hoc-Argumentation, welche beweisrechtlich wertlos sei. Dr. E. \_\_\_ habe sich in seiner Einschätzung insbesondere auch detailliert mit den Ausführungen von Dr. D. \_\_\_ auseinandergesetzt und habe diese Punkt für Punkt entkräftet (Urk. 9). 2.4

Mit Eingabe vom 10. Februar 2021 führte der Beschwerdeführer

replicando aus, Dr. D. \_\_\_ habe im erneuten Konsilium vom 9. Februar 2021 (Urk. 17/3) zur kreisärztlichen

Beurteilung vom 26. Oktober 2020 von Dr. E. \_\_\_ Stellung genommen und dessen Thesen widerlegt. Auch Dr. E. \_\_\_ habe sich bloss auf Annahmen und Behauptungen gestützt und könne seine These nicht beweisen. Dr. E. \_\_\_ arbeite zwar hauptberuflich als Orthopäde mit eigener Praxis, doch sei sein Tätigkeitsbereich gemäss seiner eigenen Beschreibung (vgl. Urk. 17/2) weitgefächert. Somit zeichne ten

sich weder Kreisärztin

F.\_\_\_\_ noch Dr.

E.\_\_\_\_ als ausgewiesene Spezialisten für Kausalitätsbeurteilungen von Schulterverletzungen aus. Sodann sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, auch die Auslagen für das Konsilium vom 9. Februar 2020 zu übernehmen (Urk.

16). 2.5

In ihrer Duplik vom 27. April 2021 führte die Beschwerdegegnerin noch an, in der erneuten orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 13. April 2021 (Urk.

24) gehe Dr. E.\_\_\_\_ weiterhin überwiegend wahrscheinlich davon aus, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfallereignisses eine eher bagatelläre Verletzung mit Kontusion des Schultergelenks ohne strukturelle Schädigung erlitten habe. Dabei entkräftete er nachvollziehbar und schlüssig die gemachten Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_

(Urk. 23). 3. 3.1

Am 5. Januar 2017 erfolgte ein Arthro-MRT der rechten Schulter im Institut für Bildagnostik in B.\_\_\_\_. Die Befunde wurden beurteilt als (Urk. 10/13): - Ansatznahe transmurale Ruptur der SSP-Sehne, ohne Sehnenretraktion mit milder Atrophie des M. supraspinatus mit leichter Mehrverfettung (Goutalliergrad I) - Geringsgradige Signal- und Strukturalteration des cranialen Anteils der SSO-Sehne mit partieller Mitbeteiligung auch des Pulleys

ohne wesentliche Muskelatrophie

- Hypertrophe AC-Gelenkarthrose, Glenohumeralgelenk ohne Zeichen einer Arthrose  
3.2

Der am 1. März 2016 erstbehandelnde Arzt und zugleich Hausarzt des Beschwerdeführers Dr.

Z.\_\_\_\_

füllte am 14. Februar 2017 (Eingangsdatum)

nachträglich

das UVG-Arztzeugnis zum Unfallereignis vom 23. Februar 2016 aus. Er berichtete als objektive Befunde (soweit entzifferbar) über einen Schulterschmerz rechts, eine erschwerte Abduktion und Druckschmerz im Acromion und an der rechten Bicepssehne. Dabei hielt er

die Diagnose einer Schulterprellung und unter Bezugnahme auf das MRT vom 5. Januar 2015 eine

transmurale Ruptur SSP-Sehne rechts fest und vermerkte, dass keine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe und seit Dezember 2016 ein Rückfall vorliege (Urk. 10/11). 3.3

Im Austrittsbericht der Rehaklinik A.\_\_\_\_ vom 28. Februar 2017 wurden folgende Diagnosen genannt (Urk. 10/14 S. 1)

Unfall vom 13.07.2016: Treppensturz (in G.\_\_\_\_): - mehrfragmentäre, nach intraartikulär ziehende, distale Tibiaschaftfraktur rechts - mehrfragmentäre distale Schaftfraktur der Tibia mit sagittalem und koronarem Frakturausläufer in das obere Sprunggelenk (OSG) -

mehrfragmentäre etwas verkürzt schräge proximale Schaftfraktur der Fibula

Unfall vom 22.02.2016: Sturz auf die rechte Schulter: - Kontusion Schulter rechts

Übrige Diagnosen: - St. n. Diskushernien-OP 2012 - Diabetes mellitus Typ 2 (unter Metformin) - Arterielle Hypertonie (unter Sevkar HCT) - Adipositas WHO Grad II

Der Beschwerdeführer sei zur Besprechung des weiteren Prozederes bzgl. Schulter rechts in der Schultersprechstunde der Uniklinik C.\_\_\_\_ angemeldet worden. Dem Beschwerdeführer werde weiterhin ambulante intensive Physiotherapie in inklusive Medizinische Trainingstherapie (MTT) sowie Fortsetzung des instruierten Heimprogrammes empfohlen. Die Ziele seien die weitere Verbesserung und Steigerung von Beweglichkeit, Kraft und die Schmerzreduktion in der rechten Schulter. Nach Austritt seien keine spezifischen Massnahmen aus dem psychosomatischen Bereich notwendig. Es liege auch keine psychische Störung vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könne. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer aktuell nicht zumutbar, es seien aufgrund des Sicherheitsaspekts bezüglich Personenbeförderung dafür eine ausreichende Beweglichkeit der Schulter rechts und eine volle Einsatzfähigkeit des rechten Beines nötig. Da aktuell noch eine medizinischen Abklärungs- und Behandlungsphase bestehe, könne die Zumutbarkeit angepasster Tätigkeiten noch nicht festgelegt werden (Urk. 10/14 S. 2-3). 3.4

Dr. med. H.\_\_\_\_, Oberarzt der Orthopädie in der Universitätsklinik C.\_\_\_\_, erhob im Bericht vom 4. April 2017 folgende Diagnosen (Urk. 10/19 S. 1): - Transmurale

Supraspinatussehnenruptur mit subacromiale m

Impingement, Subscapularis-Oberrandläsion, Bizepssehnen tendinopathie Schulter rechts

bei Sturz im Februar 2016 - Delayed Union bei: - St.n. minimal-invasiver Osteosynthese einer mehrfragmentären Tibiaschaftfraktur mit distal intraartikulärem Frakturausläufer rechts (22.07.2016, Spital I.\_\_\_\_)

- St.n. Treppensturz im Juli 2016

- St.n. Diskushernien-Operation (2012, Spital J.\_\_\_\_) - Diabetes mellitus - nicht insulinpflichtig - Adipositas Beim Beschwerdeführer zeige sich klinisch wie auch MR-tomographisch eine transmurale

Supraspinatussehnenruptur sowie eine Oberrandläsion der Subscapularissehne. Bei doch ausgeprägtem Riss der Supraspinatussehne werde dem Beschwerdeführer tendenziell zur Operation geraten, auch im Hinblick auf die mögliche spätere Verfettung, welche aber aktuell noch nicht wesentlich eingetreten sei. Eine Alternative zur Schmerztherapie sei die subacromiale Infiltration (Urk. 10/19). 3.5

Im C.\_\_\_\_ wurden am 17. August 2017 eine Arthroskopie mit RM-Rekonstruktion, eine Bizepsstenotomie und eine Acromioplastik an der rechten Schulter durchgeführt (Urk. 10/30). 3.6

Im ärztlichen Zeugnis vom 14. September 2017 präzisierte Dr. Z.\_\_\_\_, bei der ersten Untersuchung am 1. März 2016 nach dem Treppensturz am 23. Februar 2016 habe der Beschwerdeführer über Schmerzen in der rechten Schulter und im rechten Oberarm, am Nacken leichteren Ausmasses,

im Bereich der rechten Hüfte, im rechten Knie und am rechten Fuss geklagt. Nach erfolgter Untersuchung habe er ( Dr. Z.\_\_\_\_ ) eine Prellung/Kontusion der rechten Schulter diagnostiziert und eine konservative Therapie mit lokaler Infiltration mit Lidocain, eine Medikamententherapie mit NSAR oral und als Salbentherapie sowie ab 21. März 2016 zusätzlich Physiotherapie eingeleitet. Bei der Nachkontrolle am 21. März 2016 habe der Beschwerdeführer

über eine relativ deutliche Schmerzbesserung berichtet. Die Beweglichkeit in der rechten Schulter sei noch etwas eingeschränkt gewesen. Eine Arbeitsunfähigkeit sei damals nicht attestiert worden. Am 13. Juli 2017 habe der Beschwerdeführer dann einen Treppensturz in K.\_\_\_\_

mit Tibiaschaftfraktur mit distal intraartikulärem Frakturausläufer rechts erlitten. Im Dezember 2016 sei es zu einer Exazerbation der Schulter-/Arm-Schmerzen rechts gekommen. Was der Auslöser des Rückfalles im Dezember 2016 gewesen sei, könne er nicht beantworten. Die Beinfraktur rechts vom Sommer 2017 (richtig: 2016) erscheine als indirekte Ursache sehr wahrscheinlich. Er ( Dr. Z.\_\_\_\_ ) habe es versäumt, im März 2016 ein MRI der Schulter zu veranlassen. Aufgrund der klinischen Befragung und der Untersuchung sei diese

damals jedoch nicht indiziert gewesen ( Urk. 10/33). 3.7

Oberarzt PD Dr. med. L.\_\_\_\_ der Schulterchirurgie am C.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 4. Dezember 2017 aus, knapp vier Monate postoperativ zeige sich ein erfreulicher Verlauf mit zufriedenen Beschwerdeführer. Die Physiotherapie müsse bei noch signifikanter Reststeifigkeit weitergeführt werden. Ansonsten sei bei weiterhin unauffälligem Verlauf keine

routinemässige Nachkontrolle mehr geplant ( Urk. 10/52 S. 2). 3.8

PD Dr. L.\_\_\_\_ hielt in seinem Schreiben vom 5. Februar 2018 fest, knapp sechs Monate postoperativ dürfe der Beschwerdeführer nun seine operierte Schulter langsam belasten. Entsprechend biete sich ein schrittweiser Arbeitsaufbau mit 20%-Schritten alle zwei Wochen an. Dies sei aber eher medizinisch-theoretischer Natur und sollte mit dem realen Verlauf in Einklang gebracht werden (Urk. 10/55). 3.9

Am 20. Juni 2019 führte Kreisärztin F.\_\_\_\_ eine versicherungsmedizinische Untersuchung durch und hielt folgende Diagnosen fest ( Urk. 10/72 S. 5-6 ): - Status nach mehrfragmentärer, nach intraartikulär ziehender distaler Tibiaschaftfraktur rechts vom 13.07.2015 (richtig: 2016) - Status nach geschlossener Reposition und Plattenosteosynthese Tibia rechts (22.07.2016) - Delayed Union, ab August 2018 konsolidierte Fraktur - Dysästhesie im Bereich des N. saphenus - Status nach OSME Tibia rechts und Neurolyse des N. saphenus rechts mit Lipofilling

(20.09.2018) Als unfallfremde Nebendiagnosen wurden folgende genannt: - Diabetes mellitus Typ II - Arterielle Hypertonie - Adipositas WHO Grad II, BMI 39,2 kg/m<sup>2</sup> - Status nach Schulterarthroskopie mit Rotatorenmanschettenrekonstruktion, Bizepsstenotomie und Acromioplastik rechts am 17.08.2017 - Status nach Diskushernienoperation 2012 ( Spital J.\_\_\_\_ )

Bezüglich der rechten Schulter führte die Kreisärztin aus, bei der Schadensmeldung vom 8. März 2018 (richtig: 2016) für das Schadendatum vom 23. Februar 2018 (richtig: 2016), wo der Beschwerdeführer angegeben habe, auf die rechte Schulter gefallen zu sein, handele

es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine Kontusion. Die Vorstellung beim Arzt sei Monate (richtig: gut eine Woche) später erfolgt. Eine MRI-Untersuchung der Schulter sei am 5. Januar 2017 durchgeführt worden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seien die Befunde in diesem MRI degenerativer Ursache. Die partielle artikulareseitige Läsion der Supraspinatussehne sei überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingt, denn aus pathophysiologischer Sicht sei der ansatznahe Teil der Supraspinatussehne besonders anfällig für ein Verschleissleiden. Die Rotatorenmanschette sei im Laufe des Lebens hohen anhaltenden Belastungen ausgesetzt und eine fortschreitende Degeneration, welche ab dem 3.

Lebensjahrzehnt beginne, sei bekannt. Unter stützend lägen in der Bildgebung eine moderate Atrophie des M. supra spinatus sowie eine leichte Mehrverfettung (Goutallier 1) vor, welches alles Zeichen der degenerativen Veränderung und somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit krankheitsbedingt seien. Zusätzlich bestehe eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose. Eine unfallbedingte Ursache einer solch schnell voranschreitenden Arthrose hätte zu einem sofortigen Arztbesuch geführt, bzw. es wären zusätzlich andere unfallbedingte Begleitverletzungen zu sehen gewesen. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass keine unfallkausalen strukturellen Läsionen durch die Kontusion erfolgt seien. Die Beschwerden, welche zur Operation geführt hätten, könnten ausreichen durch die degenerativen Veränderungen erklärt

werden (Urk. 10/72/6-7) . 3.10

In der Beurteilung vom 3. März 2020 fügte Kreisärztin F.\_\_\_\_ ihrer Beurteilung hinzu, am 23. Februar 2016 sei der Beschwerdeführer zwei Treppenstufen seitlich auf die Schulter rechts hinuntergestürzt. Dabei sei es zu Schmerzen gekommen. Gemäss Erstbericht, welcher nachträglich von Dr. Z.\_\_\_\_

ausgefüllt worden sei, hätten Schmerzen bei der Bewegung bestanden, jedoch keine Paralyse und keine Pseudoparalyse. Es sei eine konservative Therapie mit NSAR und Salbentherapie erfolgt. Es hätten sich verschiedene Druckschmerzen gezeigt, jedoch seien keine erhebliche Schwellung und keine Hämatome sichtbar gewesen. Im Verlauf sei eine MRI-Untersuchung der Schulter rechts am 5. Januar 2017 erfolgt. In der MRI zeigten sich keine überwiegend wahrscheinlich unfallkausalen strukturellen Läsionen. Es zeigten sich eine ansatznahe transmurale Läsion der Supra spinatus sehne, eine moderate Atrophie des M. supraspinatus mit leichter Muskelverfettung sowie zusätzlich Signal- und Strukturalterationen des kranialen Anteils der Subscapularissehne mit partieller Mitbeteiligung auch des Pulleys. Die Bizeps sehne sei jedoch noch in situ und es zeige sich eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose sowie eine Impingementsymptomatik. Die beschriebenen Veränderungen im Bereich der Schulter seien somit überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingt. Eine Distorsion/Kontusion der rechten Schulter, welche zu Rotatoren man schette nläsionen

führen würde, hätte sofort eine Pseudoparalyse zuzufolge. Zusätzlich wäre n andere Strukturen mitverletzt bzw. komplett verletzt gewesen. Das Bild, das sich hier in der MRI zeige, sei das typische Bild einer degenerativ veränderten Schulter. Ausserdem zeigten sich auch weitere degenerativ beginnende Läsionen im Bereich des Bizeps- Pulleys. Ohne richtungsgebende Verschlimmerung sei so einige Wochen nach dem Ereignis am 23. Februar 2016 der Status quo sine erreicht gewesen (Urk. 10/88 S. 2-3). 3.11

Im Privatgutachten vom 22. August 2020 hielt Dr. D. \_\_\_ fest, der Beschwerdeführer habe nach dem Trauma am 23. Februar 2016 sofortige Schmerzen in der rechten Schulter und bei der ersten Konsultation beim Hausarzt eine Woche später am 1. März 2016 auch eine „erschwerte

Abduktion“, nebst den Kontusionen an oben

beschriebenen

Körperteilen, erlitten. Eine erschwerte

Abduktion sei eine etwas unsachgemäße Beschreibung des „Jobe-Tests“,

eines Tests zur Beschreibung der Funktion des Supraspinatus der Rotatorenmanschette (RM).

Das selbe gelte für die Beschreibung der „Einschränkung der Supination und Pronation“.

Nur ein geringer Teil aller Rotatorenmanschettenverletzungen hätte eine sofortige

Pseudoparalyse zur Folge. Alle ventralen und apikoventralen RM-Verletzungen

erlauben praktisch immer eine volle Beweglichkeit posttraumatisch, aber meist unter Schmerzen. Erst wenn die Sehnenrissverletzung nach hinten in den Infraspinatus reicht, komme es meist zu einer unmittelbaren Pseudoparalyse, d.h. zu einer „Pseudolähmung“.

Eine Rissverletzung, wie sie der Beschwerdeführer erlitten habe, also ein ventraler Supraspinatusriss und apikoventraler

Subscapularisriss,

seien geradezu typisch

für eine fehlende Pseudoparalyse. Eine noch gute Beweglichkeit posttraumatisch dürfe in diesen Fällen nie als Zeichen keiner

stattgefundenen RM-Verletzung interpretiert werden. Auch sei das immer wieder angeführte Argument eines fehlenden Hämatoms sehr

unzuverlässig und meist an die Ruptur der langen Bicepssehne gebunden.

Die angeführten degenerativen Veränderungen der RM des Beschwerdeführers seien ebenfalls nicht stichhaltig. Denn in den entsprechenden MRI-Aufnahmen seien nur geringe atrophische Veränderungen der SSP- und SSC-Muskelanteile festzustellen.

Auch bestünden kaum fettige Atrophien der Muskeln, was auch der Radiologe

explizit erwähnt habe. Die festgestellten diskreten degenerativen Veränderungen (Goutallier 1) seien sogar für

den Jahrgang des Beschwerdeführers (1954) sehr

schmeichlich.

Die angeführte AC-Arthrose

und das daraus angeführte resultierende Impingement seien ebenfalls in keiner Weise den Subacromialraum einengend. Zum Schluss sei der Sehnenriss selber zu betrachten: Es habe sich um einen transmuralen

Supraspinatusriss und einen partiellen apiko -ventralen Subscapularisriss gehen delt. Entgegen dem Bild eines degenerativen Sehnenrisses sei die gesamte Sehnen dicke quer gerissen und die Sehnenanteile nicht retrahiert, was die frische Sehnenverletzung unterstreiche. Es handle sich somit um einen zweifelsfreien Unfall mit adäquater Verletzung der Rotatorenmanschette (SSP- SSC Sehne), der Unfallmechanismus sei geeignet eine RM- Verletzung hervorzurufen ( Urk. 3/3 ). 3.12

In der kreisärztlichen Beurteilung vom 26. Oktober 2020 führte Dr. E.\_\_\_\_ im Wesentlichen aus, es sei überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer als Folge des Ereignisses vom 23. Februar 2016 eine leichte Kontusion des rechten Schultergelenkes ohne unfallbedingte strukturelle Schäden erlitten habe. Im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 13. Juli 2016 sei keine unfallbedingte Beteiligung des rechten

Schultergelenkes dokumentiert. Die nach dem Unfallereignis erstmalig im Dezember 2016 in der Rehaklinik A.\_\_\_\_ beklagte Symptomatik des rechten Schultergelenkes sei ohne Nachweis einer klinischen Brücken Symptomatik über einen Zeitraum von gut neun Monaten nach der ersten Inanspruchnahme eines Arztes überwiegend

wahrscheinlich einer verschleissbedingten

Erkrankung

geschuldet. Gemäss dokumentiertem klinischen Verlauf sei die Folge des Unfallereignisses vom 23.

Februar 2016 mit Kontusion

des rechten Schultergelenkes spätestens acht

Wochen

nach dem geltend gemachten Ereignis ausgeheilt und der Status quo sine dementsprechend spätestens Ende April 2016 erreicht gewesen. Die Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 22. August 2019 vermöge insbesondere

hinsichtlich der Schlussfolgerung in Bezug auf den Unfallhergang, der klinischen

Bedeutung der Erstbefunde, der bildgebenden Befunde und des Vorzustandes des Schultergelenkes nicht zu überzeugen. Einzig den Ausführungen hinsichtlich des Auftretens einer Pseudoparalyse/Drop - arm- Syndrom könne zugestimmt werden. Das Argument

Dr. D.\_\_\_\_, es handle sich um eine frische Läsion der Sehnenmanschette, bestätige eher die Einschätzung des Unterzeichners und spreche gegen einen kausalen Zusammenhang ( Urk. 11). 3.13

Im Nachtrag vom 9. Februar 2021 argumentierte Dr. D.\_\_\_\_ im Wesentlichen, zytische Veränderungen am Sehnenansatz der Rotatorenmanschette

seien sicher auf eine langandauernde Stressreaktion des Knochens am Sehnenansatz zurückzuführen. Sie seien sehr häufig zu sehen und für einen manuell arbeitenden, 60-jährigen Menschen sicher nichts Aussergewöhnliches. Es sei nun naheliegend, dass die normale abnutzungs- und altersbedingten Veränderungen des Gewebes die Festigkeit desselben kontinuierlich schwächten und schon ein viel geringeres

Trauma zu einem Einreißen des geschwächten

Sehnengewebes führen könne. Es sei wissenschaftlich zu wenig erforscht, welches Trauma für welches geschwächte Gewebe für eine Ruptur adäquat sei und welches nicht. Fakt sei, dass die Sehne gerissen, der Riss nicht gross, das Gewebe nicht retrahiert und das gerissene Gewebe normal dick sei. Wie er schon im letzten Bericht

begründet habe, seien

dies alles klare Hinweise für einen Sehnenriss, also eine Listendiagnose und mit überaus grosser Wahrscheinlichkeit durch ein plötzliches Ereignis, also traumatisch, entstanden. Wann der Sehnenriss genau entstanden sei, könne nicht gesagt werden.

Was sich aber klar herausstelle, sei der Fakt, dass der Riss entweder durch den Treppensturz primär oder sekundär durch die Zweit-Unfallbedingte

(Unter-schenkel-fraktur) langzeitige Überlastung durch das lange Gehen an Gehenstöcken der traumatisch vorgeschädigten Sehne entstanden sei. Dr. E.\_\_\_\_

argumentiere

gegen die traumatische Genese des Sehnenrisses mit dem Fakt, dass intraoperativ eine Acromioplastik

durchgeführt

worden sei. Die meisten Operateure

führten diese arthroskopisch

oder offen im Falle einer Rotatorenmanschettenrekonstruktion ohnehin durch, um auch eine schwellungsbedingte Engpasssymptomatik

postoperativ nach Naht der RM zu verhindern. Die geringen Engpass-(Impingement) Zeichen und die sehr diskrete AC-Arthrose verursachten in diesem Fall aber sehr wenig Einengung des Subacromialraumes durch etwelche

Osteophyten, was eigentlich

vollständig gegen eine

signifikante

präoperative

Impingement symptomatik spreche.

Dr. E.\_\_\_\_ Argument der fehlenden Brückensymptomatik sei ebenfalls mit grosser Zurückhaltung zu betrachten, da gerade in den zitierten Artikeln von Loew z.B. darauf hin gewiesen werde, dass der phasenhafte Verlauf für traumatische Läsionen typisch sei. So spreche auch die Ruptur-Beteiligung der SSC-Sehnen eher für eine traumatische Genese der Rissläsion. Einzugehen auf das Auftreten von belastungsabhängigen Schmerzen (langes Gehen an Stöcken) bei vorbestehender Impingement symptomatik sei nicht zielorientiert bzw. weiterführend, da dazu ebenfalls wissenschaftlich zuverlässig Daten fehlen würden (Urk).

**E. 6**

erstbehandelnde Arzt Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt Allgemein e Innere Medizin, verordnete eine konservative Therapie mit Physiotherapie ( Urk. 10/ 2 und Urk. 10/ 4-9). Die Suva trat auf den Schaden fall ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk.

10/3). Der Beschwerdeführer war arbeitsfähig geblieben, bis er sich bei einem Treppensturz am 13. Juli 2016 insbesondere eine Tibia- und Fibulaschaftfraktur rechts zuzog. Am 22. Juli 2016 wurde diese operativ mittels Osteosynthese versorgt. Danach hielt sich der Beschwerdeführer zur weiteren Rehabilitation vom 28. Dezember 2016 bis am 8. Februar 2017 in der Rehaklinik A.\_\_\_\_ auf

( Austrittsbericht vom 28.

Februar 2017, Urk. 10/ 14), wobei Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenläsion im Institut für Bilddiagnostik in B.\_\_\_\_

erstmalig eine MR- Arthrographie der rechten Schulter durchgeführt wurde ( Bericht vom 5. Januar 2017, Urk. 10/13). Nach der Konsultation der Schultersprechstunde in der Klinik C.\_\_\_\_ (Bericht vom 4. April 2017, Urk. 19), unterzog sich der Versicherte am 17.

August 2017

einer Schulterarthroskopie mit Rotatorenmanschetten -Rekonstruktion, einer Bizepsstenotomie und einer Acromioplastik rechts ( Urk. 10/30).

Ohne eine medizinische Kausalitätsbeurteilung vorzunehmen, übernahm die Suva die weiteren Kosten. In der Zwischenzeit löste die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis per 31. Oktober 2017 auf ( Urk. 10/44). Nach durchgeführter kreisärztlicher Untersuchung am 20.

Juni 2019 ( Urk. 10/72) stellte die Suva mit Schreiben vom 30. August 2019 die Versicherungsleistungen

betreffend die rechte Schulter mangels Unfallkausalität per sofort ein, verzichtete jedoch auf eine Rückforderung der bisher bezahlten Aufwendungen ( Urk. 10/74). Mit Schreiben vom 11. Oktober 2019 teilte der Versicherte der Suva mit, dass er mit der Leistungseinstellung nicht einverstanden sei ( Urk. 10/77). Daraufhin bestätigte die Suva ihre Entscheidung mit Verfügung vom 21. November 2019 ( Urk. 10/79). Mit Eingabe vom 6. Januar 2020 erhob der Versicherte dagegen Einsprache ( Urk.

## **E. 10**

/83). Nach neuerlicher versicherungsmedizinischer Beurteilung am 3. März 2020 ( Urk. 10/88) hielt die Suva an ihrem Standpunkt fest und wies die Einsprache mit Einspracheentscheid vom 16.

Juli 2020 ab ( Urk. 2). 2.

Dagegen erhob der Beschwerdeführer am 4. September 2020 Beschwerde und beantragte, es seien ihm in Aufhebung des Einspracheentscheids über den 30. August

2019 hinaus die gesetzlichen Leistungen aus dem Unfall vom 23. Februar 2016 zuzusprechen und die Beschwerdegegnerin sei zum Ersatz der Auslagen für das Konsilium vom 22. August 2020

von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Chirurgie, spez. Traumatologie und orthopädische Schulterchirurgie, zu verpflichten ( Urk. 1). Die Suva beantragte mit Beschwerdeantwort vom 4.

November 2020 die Abweisung der Beschwerde (Urk.

9). Mit Replik vom 10. Februar 2021 (Urk. 16) hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (Urk. 16). Mit Eingabe vom 27. April 2021 erstattete die Beschwerdegegnerin Duplik (Urk. 23) unter Beilage der versicherungsmedizinischen Beurteilung

von Dr. med.

E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom

### **E. 13**

April 2021 (Urk. 24),

was dem Beschwerdeführer am 4. Mai 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 25). 3.

Im weiteren unfallversicherungsrechtlichen Verfahren des Beschwerdeführers Nr. UV.2020.00185 bezüglich des Unfalls vom 13. Juli 2016 erging das Urteil am heutigen Tag. 4.

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

### **E. 17**

/3). 3.14

Dazu hielt Dr. E.\_\_\_\_ in seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 13. April 2021 zusammengefasst fest, auch unter Berücksichtigung des zeitlichen Verlaufes bis zur letztendlichen

Diagnostik einer Sehnenmanschettenläsion sei

überwiegend

wahrscheinlich davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Rahmen des geltend gemachten Unfalls Ereignisses eine eher bagatelläre

Verletzung mit Kontusion des Schultergelenkes ohne strukturelle Schädigung erlitten habe. Eine versicherungsmedizinische Neubewertung sei auch unter Würdigung der Abwägung der

Argumente von

Dr. D.\_\_\_\_ nicht möglich (Urk. 24). 4.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen zu Recht ohne Rückforderung derselbigen per

30.

August 2019

einstellte, mithin, ob die behandelungsbedürftigen

Beschwerden an der rechten Schulter ab Januar 2017 noch

in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 23.

Februar 2016 standen. 4.1

Der angefochtene Entscheid basiert massgeblich auf der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Juni 2019 (E. 3.9) sowie der anschliessenden Kausalitätsbeurteilung vom 3. März 2020

bezüglich der Beschwerden an der rechten Schulter (E.

3.10).

Kreisärztin F.\_\_\_\_

berücksichtigte sämtliche medizinischen

Vorakten einschliesslich Bilder (Urk.

10/72 S. 1-4 und Urk. 10/88 S.

1-2) und setzte sich dabei ausführlich mit den radiologisch sowie intraoperativ erhobenen Befunden und den biomechanischen Zusammenhängen auseinander. In ihrer Beurteilung vom 20. Juni 2019

bezog sie ein, dass aus pathophysiologischer Sicht der ansatznahe Teil der Supraspinatussehne besonders anfällig für ein Verschleissleiden ist und eine fortschreitende Degeneration ab dem 3. Lebensjahrzehnt beginnt, weshalb die partielle artikulareseitige Läsion der Supraspinatussehne des Beschwerdeführers überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingt ist.

Dazu legte sie in ihrer Beurteilung detailliert und überzeugend dar, dass unterstützend dazu in der Bildgebung eine moderate Atrophie des M. supraspinatus sowie eine leichte Mehrverfettung (Goutallier 1) zu sehen sind, welches Zeichen für eine degenerative Veränderung darstellen. Zusätzlich zeigt sich eine Hypertrophie AC-Gelenksarthrose. Eine unfallbedingte Ursache einer solch schnell voranschreitenden Arthrose hätte zu einem sofortigen Arztbesuch geführt, bzw. es wären zusätzlich andere unfallbedingte Begleitverletzungen zu sehen gewesen. Demnach schloss sie, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfallereignis vom 23. Februar 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Kontusion der Schulter zuzog (E. 3.9). Kreisarzt Dr.

E.\_\_\_\_ konnte sich diesen in seinen im Beschwerdeverfahren abgegebenen Beurteilungen mit eigenen überzeugenden Argumenten anschliessen (E. 3.12 und 3.14). In seiner Beurteilung vom 26. Oktober 2020 erläuterte er unter anderem

ausführlich, dass sich im Bereich des Footprint - das heisse der Ansatzzone - der Supraspinatussehne im Humeruskopf ausgeprägte zystische Formationen fänden. Derartige Zystenbildungen seien gemäss Lehrmeinung als Zeichen degenerativer Verschleissprozesse der Sehnenmanschette im Ansatzbereich aufzufassen. Weiterhin stellte er sich eine leichte Engpasskonstellation mit relativ enger Distanz zwischen dem Humeruskopf und dem anterior-inferioren Acromionrand als auch eine AC-Gelenksarthrose dar, welche für ein

subacromiales Engpasssyndrom mit Impingementsymptomatik prädisponieren.

Begleitend seien – auch hinweisend auf ein Impingementssyndrom – verstärkte Signale im subacromialen und subdeltoidalen Schleimbeutelkomplex zu erkennen. Signalalterationen im Bereich des oberen

Anteils der ansatznahen Subscapularissehne und der Pulley-Schlinge seien in Zusammenschau mit den Zystenbildungen im Footprint der Supraspinatussehne als

partielle Texturstörungen und Zeichen einer chronisch-entzündlichen Tendinopathie und nicht als Partialruptur zu interpretieren (Urk.

11 S. 7-8). 4.2

Den Befunden widersprach Dr. D.\_\_\_\_

grundsätzlich nicht .

Als Begründung seiner Kausalitätsbeurteilung legte er in der Beurteilung vom

#### **E. 22**

August 2020 (E. 3.11) dar, dass der vom Hausarzt bei der Erstkonsultation durchgeführte «Jobe -Test» für eine Strukturschädigung der Supraspinatussehne

sprache . Die vom Hausarzt im Erstbehandlungsbericht

erwähnte « erschwerte Abduktion »

sei eine etwas unsachgemässe Beschreibung des „ Jobe -Tests", eines Tests zur Beschreibung der Funktion des Supraspinatus der Rotatorenmanschette . Dasselbe gelte für die Beschreibung der „Einschränkung der Supination und Pronation" . Diese Interpretation lässt sich den hausärztlichen Berichten nicht entnehmen (E. 3.2, E. 3.6). So steht fest, dass Dr. Z.\_\_\_\_ von einer Kontusion ausging und gestützt auf das klinische Bild keine weiteren bildgebenden Abklärungen für notwendig befand, auch keine Arbeitsunfähigkeit attestierte. Es ist davon auszugehen, dass der Hausarzt einen allfällig durchgeführten positiven Jobe -Test als solchen bezeichnet und unter den Befunden aufgeführt hätte. Ferner

beurteilte Dr. D.\_\_\_\_ aufgrund der MRI-Bilder vom 5. Januar 2017 ebenfalls degenerative Veränderungen , welche er

jedoch als diskret einstufte . Weshalb Dr. D.\_\_\_\_ dabei festhielt, «Die angeführte AC-Arthrose und das daraus angeführte resultierende Impingement ist ebenfalls in keiner Weise den Subacromialraum einengend», kann nicht nachvollzogen werden , zumal das Impingementsyndrom bereits von Dr. H.\_\_\_\_ im Bericht vom 4. April 2021 diagnostiziert und

schliesslich operativ behoben wurde (E. 3.4 und E. 3.5) . Sodann wurde das Impingementsyndrom anhand der MRI-Bilder vom 5.

Januar 2017 sowohl von Kreisärztin F.\_\_\_\_

beurteilt (E. 3.9 und E. 3.10) , als auch von Dr.

E.\_\_\_\_ ausführlich und schlüssig beschrieben ( Urk. 11 S. 11 und Urk.

#### **E. 24**

S. 5 ) . Zum Schluss

ordnete

Dr. D.\_\_\_\_ die Schädigung des Beschwerdeführers anhand der MRI-Bildern vom 5. Januar 2017

als frisch ein , was medizinisch unbestritten blieb. Er führte jedoch nicht aus, weshalb dieser Umstand im vorliegenden Fall für eine traumatische Schädigung spricht, denn das

Unfallereignis lag

zu diesem Zeitpunkt gut elf Monate zurück, wodurch eine frische Schädigung eher ein Indiz gegen eine traumatische Verletzung ist (Urk. 11 S. 9).

Hinzu kommt, dass die Schmerzen des Beschwerdeführers und die Schulterbeweglichkeit nach der konservativen Therapie bereits im März 2016 deutlich besserten und der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 23. Februar 2016 seiner Tätigkeit als Linienbus-Chauffeur weiterhin vollumfänglich nachkommen konnte (E. 3.2 und E. 3.6). Daran ändert auch

die weitere Kausalitätsbeurteilung vom 9. Februar 2021 von Dr. D.\_\_\_\_ nicht. Neben allgemeinen sowie konkreten Ausführungen über die Kompensation von Rissläsionen durch intaktes Gewebe

und allgemeinen Erläuterungen

über

degenerative Veränderungen

(Urk. 17/3 S. 1-7)

legte

Dr. D.\_\_\_\_

als Begründung seiner Kausalitätsbeurteilung Unfallszenarien dar, wie die Rissverletzung möglicherweise durch die vorliegenden Unfallereignisse haupt- oder teilsächlich hätten entstehen können. Er legte jedoch nicht schlüssig dar, dass

die Prellung vom 23. Februar 2016 im vorliegenden Fall für die Rissverletzung beim Beschwerdeführer überwiegend wahrscheinlich kausal gewesen ist, zumal die typischen Primärbefunde für die von ihm postulierte verletzungsbedingte Läsion nicht vorlagen bzw. nicht als vorliegend nachgewiesen sind (Urk. 17/3 S. 8).

Sodann will er die fehlenden Brückensymptome mit einem phasenhaften Verlauf weg diskutieren, welcher aktengemäss aber eben nicht vorlag, da es nach der Besserung im März 2016 erst neun Monate später zu Symptomen kam, die bei den Ärzten der Rehaklinik A.\_\_\_\_ den Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur erweckten, und deren Symptomatik stagnierte. Auch die beige legten Artikel belegen, dass bei älteren Menschen eine

Rotatorenmanschettenruptur

überwiegend traumatisch entsteht

und ein eingengter Subacromialraum auf eine chronische Pathologie hindeutet

(Urk. 10/99 S. 25-27).

Soweit der Beschwerdeführer die Unfallkausalität aus dem Umstand der prätraumatisch fehlenden Beschwerden ableiten will, ist anzumerken, dass 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, beweisrechtlich nicht zulässig ist (BGE 119 V 335 E. 2b/bb, Urteil des Bundesgerichts 8C\_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

Ferner kann hinsichtlich der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Ausführungen bezüglich der mangelnden Fachkompetenz der Kreisärzte auf die Ausführungen der Beschwerdegegnerin verwiesen werden (Urk. 2 S. 11), denen das Gericht nichts hinzuzufügen hat. 4. 3

Damit vermag die gegenteilige Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahme zu wecken (vgl. E. 1. 7).

Es ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Rupturen der Rotatorenmanschette auf degenerative Veränderungen zurückzuführen sind, zu mal der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen hat; sondern allein entscheidend ist, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil 8C\_68/2019 des Bundesgerichts vom 22. Juli 2019, E. 3.2). Demnach kann vorliegend im Einklang mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung auch

offen gelassen werden, wie sich der Unfall genau ereignete und ob der Unfallmechanismus geeignet wäre, die vorliegende

Verletzung zu verursachen. Nach dem Gesagten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon

auszugehen, dass der status quo sine bei höchstens vorübergehender unfallkausaler Verschlimmerung des Vorzustandes nach Ablauf von sechs Monaten ab Unfall erreicht war. Bei dieser Aktenlage sind weitergehende medizinische Erhebungen nicht erforderlich (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 mit Hinweis), da hiervon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. Damit ist entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 9 und Urk. 16 S. 9) im Übrigen auch gesagt, dass die Privatgutachten von Dr. D.\_\_\_\_ zur Feststellung des massgebenden Sachverhalts nicht notwendig waren. Insbesondere hat die Beschwerdegegnerin das Einholen des Privatgutachtens nicht durch vor Entscheidungslass nur unzureichend durchgeführte Sachverhaltsabklärungen verursacht (vgl. dazu etwa Bundesgerichtsurteil 8C\_207/2015 vom 29. September 2015 E. 4) und dementsprechend sind ihr in diesem Zusammenhang keine Kosten aufzuerlegen. 5.

Demnach ist nicht zu bestanden, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungen ohne Rückforderung per 30. August 2019 eingestellt hat. Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich daher als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier -  
Rechtsanwalt Christian Leupi - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

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