

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00151**

## **vom 4. August 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-08-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2021.00151](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00151)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00151 du 4 août 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00151 del 4 agosto 2022

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Der 1964 geborene X.\_\_\_\_

war seit März 2019 bei der Y.\_\_\_\_ als Chauffeur angestellt und als solcher bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 25. September 2019 verletzte sich der Versicherte beim Aussteigen aus dem Lastwagen an der rechten Schulter, dem Rücken sowie beiden Hüftgelenken als er auf der nassen und rutschigen Aussteigetreppe ausrutschte und herunterfiel (Schadenmeldung vom 3. Oktober 2019, Urk. 8/1). Der Versicherte war ab dem 26. September 2019 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/2). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeld, Urk. 8/4). Der Versicherte wurde wegen einer Rotatorenmanschetten -Massenruptur rechts (Supra-/ Infraspinatus ) am 21. Oktober 2019 im Kantonsspital Z.\_\_\_\_

operativ behandelt und vom 21. bis 23. Oktober 2019 hospitalisiert (Urk. 8/14). Nachdem der Kreisarzt der Suva Stellung genommen hatte (Urk. 8/46), teilte die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 4. Mai 2020 mit, die noch bestehenden Schulterbeschwerden links (richtig rechts) seien nicht mehr unfallbedingt, weshalb der Fall per 22. Mai 2020 abgeschlossen werde und kein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen mehr bestehen würde; die bisherigen Leistungen (Taggeld und Heilkosten) würden auf diesen Zeitpunkt eingestellt (Urk. 8/47). Der Versicherte liess dagegen Einwendungen vorbringen (Urk. 8/64), infolgedessen der Kreisarzt eine weitere Aktenbeurteilung vornahm (Urk. 8/66). Nachdem der Versicherte erneut Einwendungen vorgebracht (Urk. 8/70) und der Kreisarzt der Suva eine weitere Beurteilung vorgenommen hatte (Urk. 8/71), verfügte die Suva am 19. Februar 2021 im angekündigten Sinne und stellte die Leistungen (Heilkosten und Taggeld) betreffend die rechtsseitigen Schulterbeschwerden per 22. Mai 2020 ein (Urk. 8/76). Dagegen liess der Versicherte am 19. März 2021 Einsprache erheben (Urk. 8/84). Nach Einholung weiterer Abklärungen zum Unfallhergang (Urk. 8/91 , 8/97 ) sowie einer konsiliarischen Beurteilung durch Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt Radiologie, (Urk. 8/95) und einer kreisärztlichen Beurteilung (Urk. 8/99) wies die Suva die Einsprache mit Entscheid vom 20. Juli 2021 ab (Urk. 2 [= Urk. 8/101]).

#### **E. 1.1**

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG).

## **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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

## **E. 1.3**

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteile des Bundesgerichts 8C\_600/2021 vom 3. März 2022 E. 3.2 und 8C\_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2, je mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

## **E. 1.4**

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinerner 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 versicherungsinernen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinernen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

## **E. 2**

Dagegen liess der Versicherte am 27. Juli 2021 Beschwerde erheben und beantragen, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin habe für die Folgen des Unfalls vom 25. September 2019 auch nach dem 22. Mai 2020 die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen; eventuelter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung einer versicherungsexternen Begutachtung zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 7. Oktober 2021 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), worüber der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 13. Oktober 2021 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 10).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Entscheid damit, es bestehe kein Anlass, die mehrfach vorgenommene, umfassend und schlüssig begründete Einschätzung des Kreisarztes in Frage zu stellen, weshalb darauf ohne weiteres abgestellt werden könne. Seine Beurteilung, worin auf die klinisch und bildgebend erhobenen Befunde sowie die geklagten Beschwerden Bezug genommen worden sei, sei in Kenntnis der gesamten Aktenlage abgegeben worden. Zudem habe er sich eingehend mit der Stellungnahme von Dr. B. \_\_\_ auseinandergesetzt (Urk. 2 S. 12). Mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit sei erstellt, dass das Unfallereignis vom 25. September 2019 nicht mehr Ursache des Gesundheitsschadens darstelle und der Status quo sine vel ante spätestens zwölf Wochen danach erreicht gewesen

sei. Die danach noch bestehenden Schulterbeschwerden rechts seien nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankheitsbedingt. Sie habe demnach zu Recht die Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) per 22. Mai 2020 eingestellt, wobei sie entgegenkommenderweise auf eine Rückforderung der seit dem 18. Dezember 2019 zu viel ausbezahlten Leistungen verzichte (Urk. 2 S. 13).

### **E. 2.2**

Dagegen brachte der Beschwerdeführer vor, Dr. A. \_\_\_ habe zwar Vorschäden im Bereich der Supra- und Infraspinatussehne

befundet, er habe jedoch klar festgehalten, dass das Ödem im kaudalen Anteil der Infraspinatussehne übergreifend auf den Teres minor zu einer frischen Läsion passe. Der

Kreisarzt habe dies entgegen der klaren Aussage des Radiologen als Zerrung der Muskulatur interpretiert, obwohl Dr. A. \_\_\_ von einer frischen Läsion im kaudalen Anteil der Infraspinatussehne gesprochen habe. Der Kreisarzt vermöge mit seiner Beurteilung die Widersprüche nicht genügend zu erklären (Urk. 1 S.

3). Bei Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellungen seien ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Ein solches Gutachten sollte klären, ob der Unfall zu einer strukturellen Schädigung an der vorgeschädigten Schulter des Beschwerdeführers geführt habe. Es sei vorliegend nicht Sache des Beschwerdeführers, eine Unfallkausalität nachzuweisen. Vielmehr habe die Beschwerdegegnerin nachzuweisen, dass der Unfall im Beschwerdebild des Beschwerdeführers keine Rolle mehr spiele (Urk. 1 S. 5).

### **E. 3**

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

#### **E. 3.1**

Aus dem Bericht vom 2. Oktober 2019 des Z. \_\_\_ über die gleich entags durchgeführte MR-Arthrographie der Schulter rechts geht hervor, dass eine voluminöse transmurale Ruptur der Supraspinatussehne praktisch über die ganze Sehnenbreite mit bis zu zweigradiger Sehnenretraktion, eine voluminöse artikulareitige und interstitielle Partialruptur der kranialen und überwiegenden mittleren Anteile der Infraspinatussehne mit partieller Sehnenretraktion bis knapp auf Höhe der hinteren Glenoidkontur, eine Oberrand-Läsion der ansatznahen Subscapularissehne bei Friktion mit der leicht medialisierten und entsprechend leicht tendinopathisch veränderten langen Bicepssehne, eine leichtgradige Atrophie und fettige Degeneration (bis Goutallier Grad I) des Musculus

supraspinatus sowie des kranialen und des

mittleren Abschnitts des Musculus

infraspinatus bei ansonsten normaler Manschetten-Trophik, eine Labrumdegeneration ohne höhergradige Knorpelschäden, bei Zeichen einer adhäsiven Kapsulitis festgestellt werden konnten (Urk. 8/16). Im Bericht vom 3. Oktober 2019 über die ambulante Behandlung am

Z. \_\_\_ wurde sodann ergänzend festgehalten, der Beschwerdeführer habe sich nach einem Sturz vom LKW aus eineinhalb Metern Höhe am 25. September 2019 am 26. September 2019 notfallmässig selbst zugewiesen. Der Beschwerdeführer habe sich beim Sturz mit dem rechten Arm festgehalten. Dabei sei der Arm nach aussen rotiert und abduziert worden. Anschliessend sei es zu einem Sturz mit direkter Kontusion der rechten Schulter gekommen. Der Beschwerdeführer habe bereits vorbestehende Schmerzen im Bereich der rechten Schulter bei Rotationsbewegungen beschrieben (Urk. 8/39). Im Bericht vom 11. Oktober 2019 des Z. \_\_\_

führten die Behandler als Diagnose eine Rotatorenmanschetten-Massenruptur rechtsdominant (Supraspinatus, Infraspinatus) bei Status nach Arbeitsunfall vom 25. September 2019 an. Der Beschwerdeführer sei am 26. September 2019 (richtig 25. September 2019) beim Aussteigen aus der Führerkabine seines Lastwagens aus circa eineinhalb Metern zu Boden gestürzt. Initial habe er den Sturz mit der rechten oberen

Extremität auffangen können. Dabei habe er jedoch einen einschiessenden Schmerz und in der Folge einen praktisch vollständigen Funktionsausfall eines rechten Schultergelenks verspürt. Bei persistierenden Schmerzen habe er sich auf der Notfallstation vorgestellt. Befundmässig führten die Behandler ein symmetrisches, kräftiges Schulterrelief ohne sichtbare Atrophie auf. Es hätten keine relevanten Druckschmerzpunkte und keine Hinweise auf eine relevante Kapsulitis festgestellt werden können. Eine deutliche Schwäche habe hingegen für die Aussenrotation in Neutralstellung des Armes bestanden. Der Jobe-Test sei nicht konklusiv beurteilbar, die Innenrotation hingegen kräftig gewesen. Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer habe klinisch eine deutliche Schwäche für den posterosuperioren Anteil der Rotatorenmanschette gezeigt. MR-tomographisch liege eine 2-Sehnenläsion mit vollständiger Ruptur der Supra- und partiell des Infraspinatus vor. Die Sehnenstümpfe seien weit nach medial retrahiert. Beide Muskelbäuche hätten eine gute Trophik mit allenfalls diskreter Atrophie, jedoch ohne relevante fettige Degeneration gezeigt. Die Reparabilität sei noch knapp gegeben, was aber erst intraoperativ abschliessend beurteilt werden könne. Aus diesem Grund sei dem Beschwerdeführer eine Rekonstruktion respektive ein Rekonstruktionsversuch angeboten worden. Der Beschwerdeführer sei sich bewusst, dass die Sehnen allenfalls nicht mehr reparabel sein würden (Urk. 8/15). Im Austrittsbericht des Z.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2019 wurde

als Therapie eine Schulterarthroskopie mit subacromialer Dekompression, Bicepstenotomie sowie einer suture Bridge Rekonstruktion des Supra- und Infraspinatus rechts am 21. Oktober 2021 beschrieben. Unter der postoperativen Analgesie sei der Beschwerdeführer schmerz kompensiert gewesen, weshalb er mit reizlosen Wundverhältnissen habe entlassen werden können (Urk. 8/14). Aus dem Arztbericht vom 2. Dezember 2019 des Z.\_\_\_\_

geht sodann hervor, dass der Beschwerdeführer zur ersten Verlaufskontrolle sechs Wochen nach der Sehnenrekonstruktion vorstellig geworden war. Er sei mit dem Verlauf zufrieden und insgesamt relativ schmerzarm

gewesen. Der Beschwerdeführer habe sechs Wochen postoperativ einen planmässigen Rehabilitationsstand gezeigt, weshalb die Abduktionsschiene weggelassen und mit der eigentlichen Physiotherapie begonnen werden könne. Bis zur nächsten Kontrolle am 10. Januar 2020 sei der Beschwerdeführer 100% arbeitsunfähig (Urk. 8/23). Mit Bericht vom 13. Januar 2020 führten die Behandler des Z.\_\_\_\_ aus, drei Monate nach der Sehnenrekonstruktion sei eine weitere Verlaufskontrolle durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer sei mit dem Verlauf bezüglich der Schulter rechts zufrieden, er habe allerdings noch über deutliche funktionelle Einschränkungen bei mässigen Schmerzen berichtet. Die Situation im Bereich seiner ipsilateralen Hand habe sich etwas akzentuiert, es bestehe die Verdachtsdiagnose eines CRPS. Diesbezüglich sei der Beschwerdeführer bereits in ergotherapeutischer Behandlung. Der Beschwerdeführer habe bezüglich der Schulter im Rahmen einer leichten Kapsulitis ein leichtes Rehabilitationsdefizit gezeigt. Zu dieser Diagnose passe das ipsilaterale handbetonte CRPS. Eine Verlaufskontrolle sei in zwei Monaten geplant; bis zu diesem Zeitpunkt bleibe der Beschwerdeführer arbeitsunfähig (Urk. 8/29). Am 16. März 2020 berichteten die Behandler des Z.\_\_\_\_ von der Verlaufskontrolle viereinhalb Monate nach der Sehnenrekonstruktion. Der Beschwerdeführer sei mit dem Verlauf mässig zufrieden; er habe zwar über eine sich kontinuierlich verbessernde Schulterfunktion bei sehr undulierendem Schmerzverlauf berichtet;

er gehe weiterhin zur Physiotherapie. Die Therapie werde weitergeführt und in einem Monat werde nochmals klinisch nachkontrolliert. Allenfalls sei dann entweder subakromial oder intraartikulär eine Steroidinfiltration durchzuführen. Als Chauffeur bleibe er bis zur Kontrolle arbeitsunfähig (Urk. 8/33). Aus dem Bericht vom 20. April 2020 des Z.\_\_\_\_ geht hervor, dass der Beschwerdeführer sechs Monate postoperativ mit dem Verlauf insgesamt sehr zufrieden sei, in Ruhe als auch nachts sei er praktisch schmerzfrei. Etwas Mühe würden ihm Überkopfbewegungen bei eingeschränkter Beweglichkeit bereiten. Auch verspüre er bei Rotationsbewegungen in der Elevation unregelmässige einschiessende Schmerzen. In Anbetracht des Ausmasses der ursprünglichen Läsion sei der Rehabilitationsstand trotz allem jedoch termingerecht. Für die Wiederaufnahme der Arbeit als Lastwagenchauffeur sei der Zeitpunkt nach wie vor verfrüht (Urk. 8/58).

### **E. 3.2**

Am 30. April 2020 nahm Kreisarzt med. pract. C.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin, Stellung. Er erklärte, der Unfall habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt. Insbesondere sei der Schaden, der am 21. Oktober 2019 operiert worden sei, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Es handle sich um degenerative Rupturen mit Retraktion bis zum Glenoid. Unfallfolgen würden vier bis zwölf Wochen nach dem Unfallereignis keine Rolle mehr spielen (Urk. 8/46).

### **E. 3.3**

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Chefarzt des Z.\_\_\_\_, berichtete am 8. Juni 2020, der Beschwerdeführer habe anlässlich eines Arbeitsunfalls (Sturz aus seinem Lastwagen) eine Massenruptur der

Rotatorenmanschette erlitten, welche am 21. Oktober 2019

arthroskopisch rekonstruiert worden sei. Der Verlauf habe sich bis dato erfreulich gestaltet, allenfalls würde der Beschwerdeführer im Moment noch ein leichtes Rehabilitationsdefizit zeigen. In einem schulterunbelasteten Arbeitsumfeld wäre der Beschwerdeführer mit Sicherheit bereits wieder arbeitsfähig. Für die Tätigkeit als Lastwagenchauffeur mit häufigem Ein- und Aussteigen aus der Führerkabine sowie der sehr häufig manuellen Tätigkeit beim Be- und Entladen des Lastwagens sei die Arbeitsfähigkeit noch nicht gegeben. Der aktuelle Zustand sei aber noch im normalen, zeitgerechten Rahmen der Verletzung respektive der Nachbehandlung zu sehen (Urk. 8/60).

### **E. 3.4**

Am 7. Juli 2020 berichteten die Behandler des Z.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer sei zu seiner Abschlusskontrolle acht Monate nach der Sehnenrekonstruktion vorstellig geworden. Der Beschwerdeführer sei mit dem Operationsresultat zunehmend sehr zufrieden, er habe über eine zunehmend normalisierende Schulterfunktion bei praktisch weitgehender Schmerzfreiheit berichtet. Dem Beschwerdeführer sei die Arbeitsstelle gekündigt worden, weshalb er aktuell auf dem RAV gemeldet sei. Damit sich der Beschwerdeführer beruflich wieder neu orientieren könne, sei er ab dem 6. Juli 2020 zu 50 % und per 3. August 2020 zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 8/63).

### **E. 3.5**

Mit Beurteilung vom 16. Juli 2020 hielt med. pract.

C.\_\_\_\_ fest, bei den im MRI vom 2. Oktober 2019 vorgefundenen und am 21. Oktober 2019 operierten Befunden handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um ausschliesslich vorbestehende, degenerative Veränderungen und nicht um Folgen oder Teilfolgen des geltend gemachten Ereignisses. Die Befunde seien als Zufallsbefunde im Rahmen der Abklärung der schmerzhaft eingeschränkten Schulterbeweglichkeit zu werten. Als Begründung führte med. pract .

C.\_\_\_\_ aus, es sei geltend gemacht worden, der Beschwerdeführer sei beim Aussteigen aus dem LKW ausgerutscht und heruntergefallen. Der Arm sei beim Festhalten nach aussen rotiert und abduziert worden. Gemäss diesen Angaben sei der Arm somit nach oben und hinten gezogen worden. Eine Verletzung und insbesondere ein Abriss des M. infraspinatus , der bei dieser Bewegung passiv verkürzt und nicht gedehnt werde, sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Abgesehen davon, dass der Pathomechanismus nicht geeignet gewesen sei , den M. infraspinatus zu schädigen, spreche auch die Retraktion bis zum Glenoidrand mit entsprechender Verklebung und Verkürzung der Muskulatur (der Muskel habe nur unter Zug reponiert werden können ) für eine länger vorbestehende degenerative Ruptur (Urk. 8/66 S. 3). Der Kreisarzt ergänzte, unter Referenzierung der einschlägigen medizinischen Literatur, die Würdigung der Gesundheitsschäden im Bereich des Schultergelenks müsse in Kenntnis erfolgen, dass die Degeneration der Strukturen des Subakromialraums einem physiologischen Prozess entspreche, der früher oder später im Leben symptomatisch werde. Die Hypotrophie beziehungsweise Muskelverschmächtigung sowie die fettige Infiltration des Muskels seien Zeichen, dass das Erfolgsorgan des Muskels, die Sehne, geschädigt sei. Eine Hypotrophie und Verfettung würden jedoch nichts über die Ursache der Sehnen schädigung aussagen. Diese könne degenerativ bedingt oder durch einen Unfall verursacht sein. Der Grad der Hypotrophie und der fettigen Infiltration der Muskeln, deren Sehnen rupturiert seien, könnten hingegen einen Hinweis auf das Alter der Ruptur geben (Urk. 8/66 S. 5). Med. pract .

C.\_\_\_\_ führte abschliessend aus, versicherungsmedizinisch sei festzuhalten, dass aufgrund des geschilderten Pathomechanismus und der im MRI und intraoperativ erhobenen Befunde die Unfallkausalität der Befunde nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen beziehungsweise mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen sei. Durch das Ereignis sei es zu einer Schmerzauslösung mit « drop arm sign » bei vorbestehender degenerativer Rotatorenmanschettenruptur gekommen, sodass von einer vorübergehenden Beschwerdeauslösung aufgrund der vorbestehenden degenerativen Befunde für vier bis 12 Wochen auszugehen sei (Urk. 8/66 S. 11).

### **E. 3.6**

In seiner konsiliarischen Beurteilung vom 11. Mai 2021 hielt Dr. med.

A.\_\_\_\_ , Facharzt Radiologie , befundmässig fest, in den koronaren Schichten sei ein etwas kranial aus dem Glenoid

dezentrierter

Humeruskopf mit konsekutiv verschmälertem Subakromialraum /Neoarthrose subakromial erkennbar. Es habe sich ein breiter Riss der Supraspinatussehne , die sich

retrahiert habe, gezeigt . Der Defekt betrage 2 x 3.5 cm, die Ruptur reiche auch auf die proximalen Fasern des Infraspinatus , der im kranialen Aspekt abgerissen sei. Die weiter

kaudal gelegenen Fasern Richtung Teres minor würden ein Ödem als Hinweis auf eine frische Ruptur-Komponente zeigen. Ventral sei die Subscapularissehne kräftig abzugrenzen. Die Muskeln der Rotatorenmanschette würden eine leichte Volumen - reduktion des Musculus

supraspinatus , der die Fossa

supraspinata nicht mehr wesentlich überrage, zeigen. Es bestehe auch eine leichte Fettinvolution des M. infraspinatus ( Goutallier I-II). Der kritische Schultergelenk-Winkel betrage 44 Grad und passe zum vorbestehenden Impingement . Dr. A.\_\_\_\_ führte abschliessend aus, die erhobenen Befunde würden zu einer vorbestehenden ausgedehnten Rotatorenruptur der Supraspinatussehne mit einer mässigen Atrophie und leichter Involution des Infraspinatus der ebenfalls teilruptiert sei, passen; das Ödem im kaudalen Anteil der Infraspinatussehne übergreifend auf den Teres minor passe zu einer frischen Läsion (Urk. 8/95 ).

### **E. 3.7**

In seiner abschliessenden ärztlichen Beurteilung vom 7. Juni 2021 notierte med. pract .

C.\_\_\_\_ , in Zusammenschau aller Abklärungen halte er unverändert an seiner Beurteilung fest, dass die am 21. Oktober 2019 durchgeführte Operation ausschliesslich der Sanierung vorbestehender degenerativer Befunde gedient habe (Urk. 8/99 S. 1) . Ein Sturz vom LKW mit Abstürzen durch die Hand wie von Dr. B.\_\_\_\_ behauptet worden war , sei nicht nachvollziehbar ausgewiesen beziehungsweise würde auch den Angaben des Beschwerdeführers widersprechen. Die Angaben des Beschwerdeführers zum Ereignis selbst seien widersprüchlich gewesen und eine verlässliche Klärung sei auch anlässlich der neuerlichen Befragung nicht möglich gewesen. Die angegebene Sturzhöhe sei in keiner Weise nachvollziehbar. In der konsiliarischen Zweitbeurteilung sei sodann die degenerative Genese der Supraspinatussehne und cranialen Anteile der Infraspinatussehne bestätigt worden. Eine Retraktion bis zum Glenoid widerspreche einer möglichen und insbesondere einer wahrscheinlich frischen Ruptur. Anlässlich der Zweitbeurteilung mit gezielter Durchsicht der Bilder sei ein Ödem im kaudalen Anteil der Infraspinatussehne übergreifend auf den Teres minor befundet worden. Dieser Befund spreche für eine wahrscheinliche Zerrung der Muskulatur in diesem Bereich. Bei den am 21. Oktober 2019 operierten Befunden ( Supraspinatussehne , cranialer Anteil der Infraspinatussehne sowie Acromioplastik ) handle es sich ausschliesslich um vorbestehende degenerative Schäden , die als Zufallsbefunde im Rahmen einer Schmerzauslösung in der rechten Schulter bei Zerrung des M. teres minor und caudalem

Infraspinatus zu werten seien. Rein unfallbedingt sei von einer vorübergehenden Beschwerdeauslösung während vier bis 12 Wochen aufgrund der vorbestehenden ausgeprägten degenerativen Veränderung bei frischer Muskelzerrung auszugehen (Urk. 8/99 S. 3 f.).

### **E. 4.1**

Die Beschwerdegegnerin anerkannte hinsichtlich des Ereignisses vom 25. September 2019 grundsätzlich ihre Leistungspflicht in Bezug auf die rechtsseitigen Schulterbeschwerden (Urk. 8/4). Strittig und zu prüfen ist hingegen, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht mit der Begründung, die noch bestehenden rechtsseitigen Schulterbeschwerden seien nicht mehr unfallbedingt, der Status quo sine vel ante sei

eingetreten, per 22. Mai 2020 eingestellt hat.

In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass es dem Unfallversicherer grundsätzlich unbenommen ist, zunächst im Rahmen einer formlosen Deckungszusage Leistungen wie Heilbehandlung und Taggelder zu erbringen und diese nach einer eingehenden Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen (Unfalltatbestand, Kausalität) bei entsprechendem Untersuchungsergebnis ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision «ex nunc et pro futuro» – das heisst unter Verzicht auf eine Rückforderung der bisher gewährten Versicherungsleistungen – einzustellen (BGE 130 V 380 E. 2.3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_616/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.2.1).

#### **E. 4.2**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Entscheidung vom 20. Juli 2021 auf die Beurteilungen ihres Kreisarztes med. pract.

C.\_\_\_\_ (Urk. 2 S. 10; Urk. 8/66 und 8/99). Er hat den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern jeweils eine Aktenbeurteilung vorgenommen. Diesen kann trotzdem voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_750/2020 vom 23. April 2021 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch E. 1.4).

Die kreisärztliche Beurteilung vom 16. Juli 2020 wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten erstellt, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen unter Einbezug der relevanten medizinischen Wissenschaft (vgl. insbesondere Urk. 8/66 S. 4 ff.). Mit seiner im Rahmen des Einspracheverfahrens erstatteten Beurteilung vom 7. Juni 2021 bestätigte med. pract.

C.\_\_\_\_ seine bisherige Einschätzung auch nach Einholung weiterer Sachverhaltsabklärungen bezüglich des Unfallhergangs (Urk. 8/99 S. 1). Anhand der ihm zur Verfügung gestellten Vorakten konnte sich med. pract.

C.\_\_\_\_ ein vollständiges Bild über die Anamnese, den Behandlungsverlauf sowie den gegenwärtigen gesundheitlichen Status des Beschwerdeführers verschaffen. Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass auf eine klinische Untersuchung des Beschwerdeführers verzichtet wurde, was von ihm im Übrigen auch nicht beanstandet wurde.

#### **E. 4.3**

3

Die Beschwerdegegnerin anerkannte, dass es durch das Unfallereignis zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines vormals stummen Vorzustandes gekommen ist. Gestützt auf die Aktenlage ist nachvollziehbar, dass med. pract.

C.\_\_\_\_

aufgrund des vom Beschwerdeführer beschriebenen Unfallhergangs sowie den bildgebend festgestellten degenerativen Veränderungen lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung eines vormals stummen Vorzustandes annahm und die degenerativen Befunde als Zufallsbefunde im Rahmen einer Schmerzlösung in der rechten Schulter

bei Zerrung des Musculus  
teres minor und caudallem  
Infraspinatus wertete .

Mithin ist schlüssig, dass aufgrund der objektivierbaren Befunde , die durch die  
konsiliarische Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ bestätigt wurden,  
med. pract .

C.\_\_\_\_

darauf schloss, es würden ab Dezember 2019 keine unfallbedingten Beschwerden mehr  
bestehen.

Nach dem Gesagten sind Zweifel an der medizinischen Beurteilung von med. pract .

C.\_\_\_\_ nicht angebracht. Bei dieser Aktenlage sind keine weitergehenden medizinischen  
Erhebungen – insbesondere keine versicherungsexterne Begutachtung (vgl. Urk. 1 S. 2 ) –  
erforderlich (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3 je mit  
Hinweisen ), da hiervon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind.

#### **E. 4.3.1**

Med. pract .

C.\_\_\_\_ gelangte zum Schluss, dass beweisend für eine nicht traumatische, sondern bereits  
länger zurückliegende degenerative Ruptur die Retraktion bis zum Glenoidrand sei. Die  
MRI-Untersuchung wurde 7 Tage nach dem Unfall ereignis und die Operation 26 Tage  
danach durchgeführt, in diesem Zeitraum ist eine Ruptur bis zum Glenoidrand nach seiner  
Beurteilung auszuschliessen (Urk. 8/66 S. 4). Diese Beurteilung steht denn auch im  
Einklang mit der Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_ , der in seiner konsiliarischen Beurteilung  
festhielt, dass die erhobenen Befunde zu einer vorbestehenden ausgedehnten  
Rotatorenruptur der Supraspinatussehne mit einer mässigen Atrophie und leichten  
Involution des Infraspinatus der ebenfalls teilrupturiert war, passen. Lediglich das Ödem  
im kaudalen Anteil der Infraspinatussehne übergreifend auf den Teres minor ist nach seiner  
Beurteilung mit einer frischen Läsion vereinbar (E. 3.6). Soweit der Beschwerdeführer  
geltend macht, sowohl Dr. B.\_\_\_\_ als auch Dr. A.\_\_\_\_ würden beide von einer frischen  
unfallbedingten Läsion ausgehen, weshalb Zweifel an der Einschätzung von med. pract .

C.\_\_\_\_

bestehen würden (Urk. 1 S. 5), kann ihm nicht gefolgt werden. Der Kreisarzt führte  
nachvollziehbar aus, dass die degenerative Genese der Supraspinatussehne und der  
cranialen Anteile der Infraspinatussehne bestätigt wurde n . Sodann widerspricht die  
Retraktion bis zum Glenoid einer möglichen oder wahrscheinlich frischen Ruptur.  
Anlässlich der Operation vom 21. Oktober 2019 wurde n die Supraspinatussehne sowie der  
craniale Anteil der Infraspinatussehne behandelt und eine Acromioplastik durch geführt  
(vgl. Urk. 8/99 S. 4). Wie med. pract .

C.\_\_\_\_ zudem zutreffend vorbrachte (Urk. 8/66 S. 11), geht aus dem Bericht des Z.\_\_\_\_ vom  
3. Oktober 2019 hervor, dass der Beschwerdeführer bereits vorbestehende Schmerzen im  
Bereich der rechten Schulter bei Rotationsbewegungen beschrieben hatte (Urk. 8/39 S. 2).  
Mithin vermag der Beschwerdeführer mit der Einwendung, wonach aufgrund der  
wiederholt schulterbelastenden Tätigkeit als Lastwagenchauffeur an seiner

Beschwerdefreiheit vor dem Unfall keine Zweifel bestehen würden (Urk. 1 S. 4), nicht durchzuringen. Der Einschätzung von med. pract .

C.\_\_\_\_ folgend ist dem nach festzuhalten, dass nicht eine frische Läsion operativ behandelt wurde , sondern die bereits vorbestehende Schädigung im Schultergelenk. Die Beurteilung des Kreisarztes , wonach rein unfallbedingt lediglich von einer vorübergehenden Beschwerdeauslösung von rund vier bis 12 Wochen auszugehen ist, ist demnach nachvollziehbar und schlüssig.

#### **E. 4.3.2**

Abschliessend ist festzuhalten , dass die im Verwaltungsverfahren eingereichte Stellungnahme der Experten von D.\_\_\_\_ zum Bundesgerichtsurteil 8C\_446/2019 vom 22. Oktober 2019 zu keinem anderen Ergebnis führt . Die Experten gelangten darin insbesondere zum Schluss, dass ein direktes Schulter trauma durchaus ein überwiegend wahrscheinlicher und sogar einer der häufigsten Mechanismen einer akuten/traumatischen Rotatorenmanschettenruptur sein könne (Urk. 8/70 S. 6 f.). Soweit der Beschwerdeführer daraus etwas zu seinen Gunsten ableiten möchte, kann ihm jedoch nicht gefolgt werden (vgl. Einwand gegen formlose Ablehnung vom 5. Februar 2021, Urk. 8/70 S. 1 f.) . So wies das Bundesgericht im Urteil 8C\_672/2020 vom 15. April 2021 unlängst darauf hin, dass die Haltung von D.\_\_\_\_ hinsichtlich der Frage, ob auch ein Sturz mit direktem Schulteranprall geeignet ist, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen, wie auch in Bezug auf den Einfluss des Alters in der neueren medizinischen Literatur keineswegs unumstritten sei. D.\_\_\_\_ habe in ihrer Stellungnahme vom 1. Oktober 2020 ausserdem selbst eingeräumt, dass ihre Sichtweise, wonach durch ein Direkttrauma der Schulter ohne explizit ausgestreckten Arm ebenfalls eine Rotatorenmanschetten -Läsion entstehen könne, nicht wissenschaftlich und reine Meinungsäusserung sei. Aus Sicht des Bundes gerichts bleibt eine Einzelfallbeurteilung daher in jedem Fall unabdingbar (E. 4.5). Dabei ist zur Beurteilung der Unfallkausalität dem Kriterium des Unfallmechanismus keine übergeordnete Bedeutung mehr beizumessen. Vielmehr sind die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprechen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und der Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen. In diesem Kontext gilt es etwa, die bildgebenden Befunde, die Vorgeschichte, den Unfallhergang, den Primärbefund und den Verlauf zu berücksichtigen (E. 4.1.3 mit Hinweis).

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass Kreisarzt med. pract .

C.\_\_\_\_ bei seiner Beurteilung den genauen Unfallhergang ermitteln liess und in seine Einschätzung mit einbezog, zumal der Beschwerdeführer beanstandete, die Beurteilung des Kreisarztes lasse eine Stellungnahme zur Zusammenwirkung der verschiedenen Schadenursachen vermissen (Urk. 1 S. 4). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer im Rahmen des Einspracheverfahrens erneut zum Unfallhergang befragt wurde und dabei schilderte, er sei auf einer Treppenstufe ausgerutscht, habe sich mit der linken Hand nicht mehr am Haltegriff festhalten können und er habe sich mit der rechten Hand am Haltegriff festgehalten. In diesem Moment habe er einen starken, brennenden Schmerz in der rechten Schulter gespürt, er habe sich nicht mehr festhalten können und sei rückwärts aus rund eineinhalb Metern auf den Boden gefallen (Urk. 8/92). Wie med. pract .

C.\_\_\_\_ jedoch zutreffend ausführte, sind diese Angaben unter Berücksichtigung der Fotodokumentation des LKWs (vgl. Urk. 8/97) nicht schlüssig. Zum einen befindet sich der

Boden der Führerkabine auf einer Höhe von 161 cm, der Beschwerdeführer befand sich während des Unfallhergangs jedoch auf einer Treppenstufe, weshalb ein Sturz aus eineinhalb Metern nicht nachvollzogen werden kann. Zum anderen ist nicht erstellt, dass der Beschwerdeführer beim rückwärts fallen auf die Schulter gefallen ist oder sich mit der rechten Extremität aufgefangen hätte. Dass med. pract.

C.\_\_\_\_ den genauen Unfallhergang in die medizinische Einschätzung sowie die Kausalitätsbeurteilung betreffend die unfallbedingten Schädigungen miteinfließen liess, ist nicht zu beanstanden.

#### **E. 4.4**

Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf (die zuvor nicht bestanden) und ist aber davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen und es entfällt bei Erreichen des Status quo sine vel ante eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_816/2009 vom 21. Mai 2010 E. 4.3, 8C\_181/2009 vom 30. September 2009 E. 5.4 f., 8C\_326/2008 vom 24. Juni 2008 E. 3.2 und 4). Es ist daher gestützt auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von med. pract.

C.\_\_\_\_ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Unfall vom 25. September 2019 lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines stummen Vorzustandes geführt hat und die Beschwerden in der Schulter spätestens nach 12 Wochen abgeheilt waren. Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungen (Heilkosten und Taggelder) betreffend die rechtsseitigen Schulterbeschwerden per 22. Mai 2020 einstellte.

#### **E. 5**

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 20. Juli 2021 (Urk. 2) erweist sich damit als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Andreas Rööfli - 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  
Vogel  
Sherif

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