

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00012 vom 14. September 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-09-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00012

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00012 du 14 septembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00012 del 14 settembre 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1975, arbeitet seit dem 1. September 2013 als Mittelschullehrperson mBA für die Schule Y.____ und ist in dieser Eigenschaft bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) gegen die Folgen von Unfällen versichert (Urk. 8/A1). Am 27. Januar 2021 stürzte der Versicherte auf einer vereisten Stelle und fiel auf die rechte Körperseite, wobei er laut eigenen Angaben Prellungen an Oberschenkel und Knöchel (Urk. 8/A1) sowie - gemäss der am 30. Januar 2021 in der Universitätsklinik Z.____ gestellten Diagnose - eine Schulterkontusion rechts erlitt (Urk. 9/M11).

Als dann wurde am 2. Februar 2021 im Institut A.____

eine MR Arthrographie -Untersuchung der rechten Schulter durchgeführt, bei welcher sich unter anderem eine Partialruptur der Supraspinatussehne zeigte (Urk. 9/M12-13).

Nach der Bagatellunfall-Meldung UVG vom selben Tag (Urk. 8/A1) erbrachte die AXA Versicherungsleistungen (Urk. 8/A2-3). Die weiteren Untersuchungen und Behandlungen der rechten Schulter fanden bei Dr. med. B.____ in der Schulter- und Ellbogenchirurgie der Klinik C.____ statt. Dr. B.____

diagnostiziert

am 19. Februar 2021 eine Supraspinatussehnen-Teilruptur mit traumatischer Bursitis subacromialis infolge Sturz vom 27. Januar 2021 (Urk. 9/M5 S. 1). Nach der Verlaufskontrolle vom 2

E. 1.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin aufgrund des Unfalles vom 27. Januar 2021 über den 30. April 2021 hinaus leistungspflichtig ist beziehungsweise, ob die nach diesem Zeitpunkt geklagten Schulterbeschwerden noch in einem natürlichen und adäquaten Zusammenhang zum Unfallereignis stehen.

E. 1.2

Diese Frage wird von der Beschwerdegegnerin mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 3. Dezember 2021 verneint. Sie führte in medizinischer Hinsicht aus, dass

gemäss den Beurteilungen ihrer beratenden Ärzte aus den Sturzfolgen keine objektivierbaren unfallbedingten Befunde resultiert hätten. Es sei lediglich ein bisher stummer Vorzustand aktiviert worden. Dr. E.____ habe die fehlende Kausalität in seine r

Beurteilung vom 24. August 2021 mit Verweis auf den A.____ -Befund vom 2. Februar 2021 begründet. Daraus seien laut Dr. E.____

keine Kollateralschäden ersichtlich. Solche hätten aber zwingend aufzutreten müssen, hätte sich hier tatsächlich ein Sturz mit Abduktion (des Armes) ereignet. Damit gehe auch seine Erklärung einher, wonach isolierte Binnverletzungen (des Schultergelenks) ohne Begleitläsionen am Knochen, Muskel oder Kapselbandapparat gemäss heutigem Kenntnisstand kaum vorstellbar seien. Anhaltspunkte für einen anerkannten Unfallmechanismus - Sturz auf den nach hinten gestreckten Arm - liessen sich vorliegend nicht finden. Der Unfallmechanismus vom 27. Januar 2021 hingegen sei Dr. E.____ zu Folge aus biomechanischer Sicht gar nicht beziehungsweise höchstens möglicherweise geeignet gewesen, eine Verletzung im Rotatorenmanschettenbereich zu verursachen

(Urk. 2 S. 5). Somit sei festzuhalten, dass die Folgen der am 27. Januar 2021 erlittenen Schulterverletzung am 30. April 2021 abgeheilt gewesen seien. Sie sei folglich nur bis zu diesem Tag leistungspflichtig gewesen (Urk. 2 S. 6).

Alsdann hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 26. April 2022

Folgendes fest: Zwar habe Dr. E.____ die im A.____ -Befund vom 2. Februar 2021 erwähnte Bursitis subdeltoidea subacromialis nicht näher diskutiert, Dr. G.____ habe in seiner Beurteilung vom 29. März 2022 aber erklärt, weshalb eine Hämatorbursa als Unfallfolge ausgeschlossen werden könne (Urk. 7 S. 13). In dieser überzeugenden Stellungnahme habe Dr. G.____ unter Berücksichtigung der versicherungsmedizinischen Kriterien und Standardliteratur

aufgezeigt, dass alle Indizien kongruent und widerspruchsfrei für das Vorliegen von krankhaften und abnutzungsbedingten Veränderungen an der Supraspinatussehne sprechen würden. Es gebe kein Merkmal, das eine traumatische Genese nachvollziehen lasse (Urk. 7 S. 14-17). Auf die Beurteilung von Dr. G.____ könne vollumfänglich abgestellt werden (Urk. 7 S. 18).

E. 1.3

Dem hält die Beschwerdeführerin im Wesentlichen Folgendes entgegen: Zunächst sei festzuhalten, dass der Riss der Rotatorenmanschette eine unfallähnliche Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) darstelle, welche von der Unfallversicherung zu übernehmen sei. Da hier - wie noch gezeigt werde - keine relevanten degenerativen Vorzustände bestanden hätten, liege mithin selbst dann eine gesetzliche Grundlage für die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin vor, wenn ein Unfall zu verneinen wäre (Urk. 1 S. 5). Betreffend Ablauf des Sturzes sei festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 26. April 2022 ebenfalls von einem Sturz auf den abgespreizten Arm ausgehe. Das sei beim Sturz eine Abwehrbewegung mit dem Arm erfolgt sei, sei nachvollziehbar und entspreche einem natürlichen Schutzmechanismus (Urk.

E. 1.4

Der Beigeladene führte schliesslich im Wesentlichen aus, er fände es stossend, dass die Beschwerdegegnerin sich auf statistische Werte stütze und daraus ableite, es müssten nur schon aufgrund seines Alters degenerative Schäden vorliegen. Stattdessen sei auf die

Bilder und das Videomaterial, welches beim operativen Eingriff vom 25. August 2021 entstanden sei, abzustellen (Urk. 14). 2.

2.1

Gemäss Art. 6 UVG werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 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 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). 2.2

2.2.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht 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). 2.2.2

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 gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein 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). 2.3 2.3.1

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a). 2.3.2

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (vgl. BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/ bb mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_499/2020 vom 19. November 2020 E. 2.2.1). 2.4

2.4.1

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen). 2.4.2

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom Versicherer veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall 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). 3. 3.1

Zum medizinischen Sachverhalt ist den Akten Folgendes zu entnehmen: 3.2

Nach der Untersuchung in der Universitätsklinik Z.____ vom 30. Januar 2021 wurde eine am 27. Januar 2021 erlittene Schulterkontusion rechts diagnostiziert. Ferner wurden die folgenden klinischen Untersuchungsbefunde festgehalten: «Schulter rechts: unauffälliges Schulterrelief. Keine Druckdolenzen über dem AC-Gelenk und über dem Acromion. Druckdolenzen über dem Sulcus

bicipitalis und über dem Tuberculum majus. Keine Druckdolenz am Bizepsbauch . Starter-Test positiv. Jobe -Test positiv. Schmerzen bei Aussenrotation. Innenrotation indolent. Lift-off- und modifizierter Lift-off-Test negativ. Schürzengriff bis Th 7. Glenohumerale Abduktion aktiv 50°, passiv 80°. Flexion aktiv 70° (90°).» Bei der Röntgenuntersuchung vom 30. Januar 2021 zeigte sich sodann ein Verdacht auf Tendinitis calcarea , aber keine Hinweise auf frische ossäre Läsionen (Urk. 9/M11 S. 1). 3. 3

Bei der von Prof. Dr. med. H.____ , Facharzt FMH Radiologie, befundeten MR Arthrographie der rechten Schulter vom 2. Februar 2021 fand sich eine artikulärseitige Partialruptur der Supraspinatussehne von etwa 50 % des Sehnenquerschnittes, eine Bursitis subdeltoidea subacromialis und eine Tendinopathie der langen Bizepssehne (Urk. 9/M12).

Am 25. März 2022 hielt Prof. H.____ bei einem Telefongespräch mit Dr. G.____ fest (vgl. Urk. 9/M26 S. 11), dass anhand des Röntgenbildes der rechten Schulter vom 30. Januar 2021, welches ihm bei seinen ersten Befundungen (vom 2. Februar 2021) noch nicht zur Verfügung gestanden habe, der (damalige) Sehnenzustand wie folgt genauer zu charakterisieren sei (Urk. 9/M27 S. 2): - Das konventionelle Röntgenbild zeige eine längliche Verkalkung nahe des Footprints der Supraspinatussehne. Die Verkalkung lasse sich wahrscheinlich mit dem Bild 15 Serie 8 (vermutlich: der MR Arthrographie vom

2. Februar 2021) korrelieren. Die Verkalkung liege unmittelbar am Foot print der Supraspinatussehne. - Die Supraspinatussehne zeige zwei partielle Defekte, der eine Defekt lokalisiere sich unmittelbar angrenzend an die Verkalkung an den Foot print (4 x 5 mm). Der zweite Defekt lokalisiere sich weiter medial artikulär seitig (15 mm Längsausdehnung, 8 mm anterior- posterior [ap] -Ausdehnung, 50 % des Sehnenquerschnittes). - Die Sehnensubstanz der Supraspinatussehne sei signalverändert, differenzialdiagnostisch im Zusammenhang mit zu der Verkalkung (Tendinitis calcarea) oder im Rahmen einer Tendinopathie. - Deutliche Flüssigkeitskolektion in der Bursa. In der T1-Gewichtung sei die Flüssigkeitskolektion isointens zum Muskel. MR-tomographische Hinweise auf Blutbestandteile in der Bursa würden somit nicht vorliegen.

3. 4

Dr. B.____ diagnostizierte am 19. Februar 2021 - die rechte Schulter betreffend - eine Supraspinatussehnen-Teilruptur mit traumatischer Bursitis subacromialis in Folge Sturz vom 27. Januar 2021 (Urk. 9/M5 S. 1). In seiner Beurteilung hielt er unter anderem fest, dass der Beigeladene Zeichen einer frischen Rotatorenmanschettentraumatisierung mit Partialruptur der Supraspinatussehne zeige. Bei der Untersuchung vom 19. Februar 2021 hätten die Schmerzen, die sich mit der Bursitis Situation gut erklären lassen würden, dominiert. Möglicherweise sei es hier zu einer Hämatabursa mit entsprechend folgender Resorptionsphase gekommen. Da es sich um keine transmurale Rotatorenmanschettenruptur handle, bestehe kein akuter Handlungsbedarf im Sinne einer sofortigen operativen Intervention. Daher sei der Verlauf in den kommenden 6 Wochen zu beobachten. Sollte sich die Beschwerdesituation verschlechtern oder konstant zeigen, wäre als Ultima Ratio sicherlich über die Möglichkeit der Arthroskopie mit Sehnenrefixation und Bursektomie zu diskutieren (Urk. 9/M5 S. 2). 3. 5

Der Sonographiebefund der rechten Schulter vom 8. April 2021 zeigte gemäss Dr. I.____, Klinik C.____, eine ventro-distale PASTA-Läsion mit ca. 80 % Sehnedurchmesserbeteiligung. Die übrige Rotatorenmanschette

sei intakt mit normotrophem M. supraspinatus, infraspinatus und teres minor. Die AC-Arthrose und die Bicepssehne im Sulcus seien unauffällig. Zusätzlich habe sich eine wandverdickte Bursitis subacromialis gezeigt. Ein glenohumeraler Erguss habe nicht festgestellt werden können (Urk. 9/M6 S. 1).

Dazu hielt Dr. B.____ in seinem Bericht vom selben Tag fest, dass sich sonographisch und klinisch eine symptomatische tiefgehende Partialruptur der ventralen Supraspinatussehne gefunden habe (Urk. 9/M6 S. 1). Möglicherweise führe dies zu einer gewissen Bicepssehneninstabilität, die ebenfalls klinisch provozierbar sei (Urk. 9/M6 S. 1-2). Eine operative Vorgehensweise sei voraus sichtlich unumgänglich (Urk. 9/M6 S. 2). 3. 6

Die nächste Untersuchung bei Dr. B.____ fand am 24. Juni 2021 statt. Danach notierte er, dass die Ultraschalluntersuchung eine fortschreitende transmurale Läsion der Supraspinatussehne sichtbar gemacht habe. Die Gesamtzusammenfassung aus Alter, fortschreitendem Befund sowie persistierenden Einschränkungen führe zur klaren Empfehlung einer operativen Vorgehensweise im Sinne einer Arthroskopie mit Rotatorenmanschettenrekonstruktion und je nach Befundlage auch Bicepssehnenentodese (Urk. 9/M4 S. 2). 3. 7

In seinem Versicherungsbericht vom 6. August 2021 hielt Dr. B.____ insbesondere fest, dass die Unfallkausalität der Rotatorenmanschettenruptur unstrittig sei. Hin gegen sei die Kalkschulter (Tendinosis calcarea) gemäss zwei Artikeln in Fachzeitchriften nicht mit Rotatorenmanschettenrupturen assoziiert (Urk.

9/M17 S.

1). In einem anderen Fachartikel werde die Prävalenz von asymptomatisch vorbestehenden transmuralen oder tiefen partiellen Rotatorenmanschettenläsionen im Alter von 40-50 Jahre mit 0 % angeben. Es sei daher höchst unwahrscheinlich, dass - beim 1975 geborenen Beigeladenen (Urk. 8/A1) - eine vorbestehende degenerative Ursache die Schulterbeschwerden verursacht habe (Urk. 9/M17 S.

1) .

3.8

Am 25. August 2021 führte Dr. B.____ eine Schultergelenksarthroskopie, eine Bursaektomie und eine Supraspinatussehnenrekonstruktion durch. Gemäss seinem Operationsbericht zeigten sich unauffällige Knorpelverhältnisse an Humeruskopf und Glenoid , ein reizfreies Labrum, ein stabiler Bizepsanker , eine im Verlauf unauffällige Bizepssehne und ein völlig intakter Subskapularis . Dr. B.____ führte weiter aus, dass das mediale und laterale Pulley intakt

sei . Direkt anschliessend zeige sich eine tiefgreifende Ruptur der Supraspinatussehne (Urk. 9/M20 S. 1). Im vorderen Drittel sei diese partiell, im zentralen Drittel jedoch transmural (Urk.

9/M20 S. 1-2) . Sie laufe nach hinten aus. Der Infraspinatus sei normal. Alsdann hätten ein unauffälliger freier kaudaler Rezessus , keine freien Gelenkkörper und ein unauffälliges Labrum festgestellt werden können. Die mit dem Testhaken penibel durchgeführte Inspektion der langen Bizepssehne und des Bizepsankers habe keinerlei Auffälligkeiten und keine Instabilität ergeben. Beim Vorgehen nach subacromial habe sich eine blutig inhihierte Bursa gezeigt. Diese sei reseziert worden, so dass die Supraspinatussehne frei liege. Am antero-lateralen Acromiomeck sei keine Frakturpathologie und keine Auffälligkeiten festgestellt worden. An der Rotatorenmanschette selbst zeige der Supraspinatus auch von bursaseits wie erwartet die u-förmige transmurale Ruptur mit einem anterior-posterior-Durchmesser von 18-20 mm (Urk.

9/M20 S. 2). 3.9

Nebst dem behandelnden Arzt Dr. B.____ (E. 3.7 hiervor) haben sich der Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin (vgl. die Stellungnahmen von Dr. F.____ vom 7. September 2021 und 2. Januar 2022, Urk. 9/M22-23) und drei beratende Ärzte der Beschwerdegegnerin (vgl. die Stellungnahmen von Dr. D.____ vom 20. Juli 2021, Urk. 9/M 15, von Dr. E.____ vom 24. August und 8. November 2021, Urk.

9/M 19, Urk.

9/M21, und von Dr.

G.____ vom 29. März 2022, Urk. 9/M26) zur Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 27.

Januar 2021 und dem Supraspinatussehnenriss geäußert. Auf deren Beurteilungen ist - soweit erforderlich - nachfolgendermaßen näher einzugehen. 4.

E. 4

. Juni 2021 wurde dem Verstorbenen aufgrund einer fortschreitenden transmuralem Läsion der Supraspinatussehne ein operativer Eingriff empfohlen (Urk.

E. 4.1

Zu den erwähnten Beurteilungen ist als Erstes festzuhalten, dass sich alle Ärzte zur Frage, ob der Sturz vom 27. Januar 2021 auf die rechte Schulter mit maximal abduzierte (abgespreiztem) Arm (Angaben des Beigeladenen bei der Erstuntersuchung in der Universitätsklinik Z.____ vom 30. Januar 2021, Urk. 9/M11 S. 1) geeignet war, einen Teilriss der Supraspinatussehne zu verursachen, geäußert

haben (die Frage bejahend: Dr.

B.____, Urk. 9/M17 S. 1 und Dr. F.____, Urk.

9/M23 S. 9, S.

E. 4.1.3

mit Hinweis). Der Unfallmechanismus werde

mithin nicht als gewichtiges, sondern als einzelnes Indiz unter mehreren gewertet (Urteil des Bundesgerichts 8C_167/2021 vom

16. Dezember 2021 E. 4.1).

E. 4.2.1

Mit Blick darauf ist als Nächstes auf die Befunde und deren medizinischen Beurteilungen einzugehen.

Dr. F.____

hielt zum Operationsbericht von Dr. B.____ vom 25.

August 2021 (E.

3.8) fest, dass sich kein Ereignis

subacromial, kein Impingement der Supraspinatussehne, welche eine unfallfremde Schädigung der selben hätte zur Folge haben können, gezeigt habe (Urk. 9/M22 S. 3).

Ebenso wenig seien nennenswerte degenerative, krankheitsbedingte unfallfremde Schädigungen zu erkennen gewesen (Urk. 9/M22 S. 3, Urk. 9/M23 S. 13). Dass Dr. F.____, welcher Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH ist

(Urk. 9/M22 S. 4), die intraoperativen Bilder (vgl. Urk.

8/A35), die Bilder zu den Ultraschalluntersuchungen in der Klinik C.____ vom 8.

April und 24. Juni 2021 (vgl. E. 3.5-3.6), zur MR Arthrographie vom 2. Februar 2021

(vgl. E. 3.3) und zur Röntgenuntersuchung vom 30. Januar 2021 (vgl. E. 3.2) selber befundet hätte, lässt sich seinen Stellungnahmen vom 7.

September 2021 (Urk. 9/M22) und 2.

Januar 2022 (Urk.

9/M22) aber nicht entnehmen. Andererseits wies der Radiologe Prof. H.____ anhand der Bilder zu den beiden letztgenannten bildgebenden Untersuchungen mit seiner Beurteilung vom 25. März 2022 unter anderem eine längliche Verkalkung nahe des Footprints der Supraspinatussehne und einen Defekt derselben unmittelbar angrenzend an die Verkalkung an den Footprint nach. Er hielt weiter fest, dass die Sehnen substanz der Supraspinatussehne signalverändert

sei, differenzial diagnostisch im Zusammenhang mit zu der Verkalkung (Tendinitis calcarea) oder im Rahmen einer Tendionopathie (E.

3.3) . Dies wiederum stützt die Beurteilung des Chirurgen und Sportmediziners Dr.

D.____ vom 20. Juli 2021, dass vor dem Ereignis vom 27. Januar 2021 sicher mindestens ein stummer Vorzustand bestanden habe. Dies würden die Verkalkungen am Ansatz der Supraspinatussehne rechts im konventionellen Röntgen vom 30. Januar 2021 und das A.____ vom 2. Februar 2021 mit der Unterflächläsion zeigen (Urk. 9/M15 S. 4).

E. 4.2.2

Uneinigkeit besteht sodann hinsichtlich der Beurteilung der bei der MR Arthrographie vom 2. Februar 2021 erhobene Bursitis subdeltoidea subacromialis (E.

3.3). Während sich Dr. G.____ auch diesbezüglich für einen unfallfremden Vorzustand ausspricht (Urk. 9/M26 S. 9), hält Dr. F.____ dafür, dass eine «traumatische Bursitis subacromialis» mit Einblutungen festgestellt worden sei, was eine Unfalleinwirkung belege (Urk. 9/M22 S. 2). Eine Bursitis ist eine akute Schleimbeutelentzündung, welche unter anderem durch ein stumpfes Trauma und degenerative Prozesse verursacht werden kann (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Berlin/New York 2002). Nach Lage der Akten ist die Diagnose «traumatische Bursitis subacromialis infolge Sturz vom 27. Januar 2021» erstmals am 19. Februar 2021 vom behandelnden Arzt Dr. B.____ gestellt worden (Urk. 9/M5 S. 1). Dies spricht für sich allein aber noch nicht für einen rechtsgenügenden Kausalzusammenhang (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_24/2013 vom 18. Juni 2013 E. 3.2). Der Orthopäde Dr. G.____ hielt dazu fest, dass die ausgeprägte subacromiale Flüssigkeitskollektion im Zusammenhang mit der Bursitis subdeltoidea und subacromialis unmöglich durch eine artikulärseitige Partialruptur der Supraspinatussehne entstanden sein könne. Im A.____ habe sich keine transmurale Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne nachweisen lassen. Eine Hämatobursa als Unfallfolge lasse sich gemäss der nachträglichen Beurteilung durch Prof. H.____ (E. 3.3) ausschliessen, zumal morphologisch keine Blutungsquelle an diesem Ort nachvollziehbar sei. Eine allfällige Blutung in die Bursa subacromialis hätte sich rasch wieder resorbiert, wenn die Bursa vorher gesund gewesen wäre. Es werde aber anhaltend über eine exsudative Bursitis berichtet (Berichte von Dr. B.____ vom 8. April und 28. Juni 2021, Urk. 9/M4 Urk. 9/M6), was unmöglich Ausdruck einer Blutung als Unfallfolge sein könne (Urk. 9/M26 S. 13). Weil sich Dr. G.____ bei dieser Beurteilung auf die objektiven Befunde stützt, ist seine Einschätzung schlüssig.

E. 4.2.3

Aus dem gleichen Grund vermögen auch die Ausführungen von Dr. G.____ zur Tendinopathie der langen Bizepssehne zu überzeugen. Er hielt diesbezüglich fest, dass die tendinopathischen Veränderungen der langen Bizepssehne in den A.____-Bildern klar nachvollziehbar seien. Sie würden intratendinös liegen. Dies könne sonographisch und bei

der Arthroskopie nicht überprüft werden. Die Sehnenstruktur sei bei der Arthroskopie oberflächlich erhalten und die lange Bizepssehne sei im Sulcus stabil gewesen. Somit seien die positiven klinischen Tests von Dr.

B. ___ ebenfalls mit dem A. ___ -Befund kongruent, jedoch nicht mit der Sonographie und dem Arthroskopiebefund. Es handle sich bei der Texturstörung der langen Bizepssehne bestimmt nicht um Unfallfolgen (Urk. 9/M26 S. 13).

E. 4.2.4

Als Zwischenfazit kann somit festgehalten werden, dass gemäss der überzeugenden Beurteilungen der Dres. D. ___ und G. ___ bei der rechten Schulter ein degenerativer Vorzustand bestanden hat. Dazu hielt Dr. G. ___ fest, dass die Angaben des Beigeladenen, wonach er vor dem Ereignis vom 27. Januar 2021 komplett beschwerdefrei gewesen sei, im Wissen um die Tendinitis calcarea und die ausgeprägte subacromiale Bursitis nicht einfach nachvollziehbar sei (Urk.

9/M26 S. 9).

E. 4.3.1

Was den Primärbefund nach dem Unfall vom 27. Januar 2021 betrifft, so ist Dr. F. ___ der Ansicht, dass es unmittelbar nach diesem Ereignis zu einer Pseudoparalyse - einer unvollständigen Lähmung - gekommen sei (Urk. 9/M23 S.

2). Dies spreche für die Unfallkausalität des

Supraspinatussehnenrisses. Zur Begründung verwies er auf die ausgeprägte schmerzbedingte Bewegungseinschränkung, welche nach dem Unfall bestanden habe (Urk. 9/M23 S. 2). Dazu führte Dr. G. ___ aus, dass bei der ersten klinischen Untersuchung vom 30. Januar 2021 die aktive Flexion bei 70 Grad schmerzbedingt eingeschränkt gewesen sei. Aber auch die passive Beweglichkeit in Abduktion bei 80 Grad sei deutlich eingeschränkt gewesen. Es habe palpatorisch Hinweise auf eine Schädigung der langen Bizepssehne

und eine Supraspinatussehnenbeschädigung gegeben. Eine spezifische Aussage sei bei dieser Bewegungseinschränkung nicht möglich. Eine Pseudoparalyse könne aber nicht als gesichert betrachtet werden, da (in der Universitätsklinik Z. ___) keine diagnostische gezielte Injektion vorgenommen worden sei, um die Schmerzkomponente von einer funktionellen Insuffizienz zu unterscheiden (Urk. 9/M23 S. 10). Auch hier überzeugt die Beurteilung von Dr.

G. ___ mehr, da er sich im Einzelnen mit einige Tage nach dem Unfall in der Universitätsklinik Z. ___ festgestellten Befunden und deren Behandlung befasst hat.

E. 4.3.2

Zum Primärbefund gehört ebenfalls, dass sich bei der Röntgenuntersuchung vom 30. Januar 2021 keine Hinweise auf frische ossäre Läsionen fanden (E. 3.2). In seiner Stellungnahme vom 8. November 2021 führte Dr. E. ___ aus, wenn ein direkter oder axialer Anprall zu einer Luxation, Subluxation, Humeruskopffraktur etc. führe, gehe dies mit hoher Wahrscheinlichkeit auch mit einer Läsion der Rotatorenmanschette einher. Ein derartiger Traumamechanismus müsse jedoch zwingend klinische und radiologische Kollateralzeichen/-läsionen präsentieren (Urk. 9/M21 S. 2). Zwar hat die Beschwerdeführerin richtigerweise darauf hingewiesen (E. 1.3), dass bei der MR

Arthrographie vom 2. Februar 2021

bei der Rotatorenmanschette

auch ein Knochenmark ödem festgestellt wurde (Urk.

9/M12). Dieses war gemäss Prof. H.____ aber ganz diskret (Urk.

9/M12). Dr. F.____ äussert sich ausführlich

zur beim Sturz vom 27.

Januar 2021 freigewordenen Energie, die schädigend auf den Körper und dessen Strukturen eingewirkt habe (Urk.

9/M23 S. 8-10). Wird zugunsten der Beschwerdeführerin davon ausgegangen, der Sturz habe sich wie von Dr. F.____ beschrieben ereignet, so fragt sich, weshalb dieses Ereignis zwar zwei partielle Defekte der Supraspinatussehne (E.

3.3) und ein ganz diskretes Knochenmarködem, ansonsten aber keine strukturellen Schäden der rechten Schulter des Beigela denen verursacht haben kann. Die Ausführungen von Dr. F.____ vermögen somit nicht zu überzeugen.

In diesem Zusammenhang ist

zudem auf den Operationsbericht

von Dr. B.____

vom 25. August 2021 (E.

3.8)

mit den - abgesehen von der Supraspinatussehnenruptur - unauffälligen Befunden hinzuweisen.

Dr. G.____ notierte zum Operationsbericht, dass daraus kein Merkmal abzulesen sei, das an eine traumatische Entstehung im Sinn eines Risses der Supraspinatussehnenere. Die U-förmige Rissform und die Lokalisation der Zusammenhangstrennung an der Prädispositionsstelle für Abnützungen der Sehne (intrinsische gelenkseitige Schädigung) seien klare Merkmale einer chronischen Schädigung (Urk. 9/M26 S. 11).

Nach dem Gesagten spricht die Tatsache, dass im Primärbefund keine weiteren strukturellen Schädigungen festgestellt werden, dagegen, dass es beim Sturz vom 27. Januar 2021 zu einem Riss der Supraspinatussehne gekommen ist.

E. 4.4

Wie festgehalten, ist Dr. G.____ in seiner überzeugenden Beurteilung auf die bildgebenden Befunde (E. 4.2.2-4.2.3, s. a. Urk. 9/M26 S. 10 f.), die Vorgeschichte (E. 4.2.3)

und den

Primärbefund (E. 4.3.1, s. a. Urk. 9/M26 S. 10) eingegangen. Darüber hinaus äusserte er sich ebenfalls zum Unfallmechanismus (Urk. 9/M26 S. 10) und zum Verlauf nach dem Unfall (Urk. 9/M26 S. 10). Diese Ausführungen stehen nicht im Widerspruch zur übrigen Beurteilung von Dr. G.____, weshalb sie hier nicht wiedergegeben werden müssen.

Insgesamt lässt sich sagen, dass sich Dr. G.____ in seiner Beurteilung mit den gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung massgebenden Kriterien befasst hat. Seine

Beurteilung ist schlüssig und überzeugend. Es ist ebenfalls bereits aufgezeigt worden, dass die Berichte und Stellungnahmen der Dres. B.____ und F.____ keine Zweifel an der Beurteilung von Dr. G.____ begründen.

Dr. G.____ gelangte zum Schluss, dass nach dem Unfall vom 27. Januar 2021 der Status quo sine spätestens Ende April 2021 erreicht gewesen sei. Mit der Operation vom 25. August 2021 seien somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorbestehende krankheitsbedingte beziehungsweise degenerative Veränderungen behandelt worden (Urk. 9/M26 S. 13). Darauf ist abzustellen.

E. 4.5

Mit der Beurteilung von Dr. G.____

vom 29. März 2022 hat die Beschwerdegegnerin sodann auch den Nachweis erbracht, dass das Ereignis vom 27. Januar 2021 keine Zusatzverletzung der vorbestehenden Sehenschädigung bewirkt hat (Urk. 9/M26 S. 12). Damit ist erstellt, dass diese Gesundheitsstörung auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Der Beschwerdegegnerin ist der Entlastungsbeweis gelungen, weshalb sie von ihrer Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG befreit ist

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_167/2021 vom 6. Dezember 2021 E. 4. 4).

E. 4.6

Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihrer Leistungen per 30. April 2021 eingestellt hat. Weil die Beschwerdegegnerin nur für Unfallfolgen leistungspflichtig ist (E. 2.1), besteht keine Möglichkeit, sie zur Übernahme der Selbstkostenanteile und Franchise des Beigeladenen aus seiner Krankenversicherung zu verpflichten. Der diesbezügliche Antrag des Beigeladenen (Urk. 14) ist daher abzuweisen. 5.

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

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - KPT Krankenkasse AG - AXA Versicherungen AG - X.____ - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

E. 9

/M26). 2.3

Mit Gerichtsverfügung vom 29. April 2022 wurde X.____ zum Prozess beigeladen und es wurde ihm Gelegenheit gegeben, um zu den Vorbringen der übrigen Verfahrensbeteiligten und den eingereichten Akten Stellung zu nehmen (Urk. 10).

Der Beigeladene beantragte mit seiner Stellungnahme vom 30. Mai 2022 sinn gemäss, dass die Beschwerdegegnerin zu verpflichten sei, für die Kosten sämtlicher Folgen des Unfalles vom 27. Januar 2021 aufzukommen. Zumindest sei sie zu verpflichten, seine Selbstkostenanteile und seine Franchise aus der Krankenversicherung zu übernehmen (Urk. 14). Die übrigen Verfahrensbeteiligten erhielten je eine Kopie dieser Eingabe (Urk. 15). 2.4

Die Beschwerdeführerin liess sich mit Eingabe vom 24. Mai 2022 zur Beschwerdeantwort der Beschwerdegegnerin vom 26. April 2022 vernehmen (Urk. 12).

Alsdann wurden ihr antragsgemäss (Urk. 12)

die von der Beschwerdegegnerin eingereichten Akten (Urk. 8/A1-A44, Urk. 9/M1-M27) zur Einsicht überlassen (Urk. 15). Sie retournierte die Akten mit Eingabe vom 8. Juni 2022 (Urk. 17). 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. 12

S. 1). Wie Dr. F.____ schlüssig aufgezeigt habe, stelle der Sturz des Beigeladenen vom 27. Januar 2021 mit Aufprallen auf den körperfern gehaltenen Arm ein für den er littenen Supraspinatussehnenriss typisches Ereignis dar (Urk. 1 S. 5). Was den angeblichen bestehenden Vorzustand betreffe, so habe Dr. D.____ bei der Frage nach bestehenden Beeinträchtigungen auf einen stummen Vorzustand hingewiesen, der sich - im Röntgenbild - in einer Verkalkung am Ansatz der Supraspinatussehne rechts und - im A.____ -Befund - in einer Unterflächenläsion zeige. Allerdings habe auch Dr. E.____ ausgeführt, dass dies für sich allein noch keinen relevanten Vorzustand beweisen würde (Urk. 1 S. 6 , S. 9). Zudem seien die beiden Dres. über ein stimmend der Ansicht, dass eine Kalzifikation der Sehne nicht mit einer höheren Inzidenz von Rotatorenmanschetten-Rupturen einhergehen würde. Der Vorzustand, der zur Ruptur der Rotatorenmanschette geführt haben soll, sei entweder nicht relevant (die erwähnten angeblichen Kalzifikationen) oder nicht genügend nachgewiesen (Humeruskopfhochstand). Zudem könne in diesem Zusammenhang auf die Ausführungen von Dr. F.____ und die von ihm angeführte Fachliteratur verwiesen werden. Daraus sei ersichtlich, dass degenerative Ursachen einer Rotatorenmanschetten-Ruptur im Alter des Beigeladenen höchst unwahrscheinlich sei. Mit dem fehlenden degenerativen Vorzustand würde auch der Gegenbeweis der Beschwerdegegnerin nach Art. 6 Abs. 2 UVG scheitern (Urk. 1 S. 7). Dr. F.____ habe ausserdem aufgezeigt, dass die diagnostizierte traumatische Bursitis subacromialis mit Einblutung und die nach dem Unfall festgestellte Pseudoparrese klare Begleiterscheinungen einer traumatischen Genese/Ruptur der Sehnenruptur seien (Urk. 1 S. 7). Hinzu komme, dass gemäss Bericht des Institutes A.____ vom 2. Februar 2021 neben den bereits geschilderten Begleiterscheinungen am Tuberculum majus (unter dem Begriff « Rotatorenmanschette ») ein Knochenmarködem festgestellt worden sei (Urk. 1 S. 8).

Diese Gesundheitsstörungen habe Dr. E.____ bei seiner Beurteilung, wonach eine isolierte Binnenläsion ohne Begleitläsion am Knochen, Muskel oder Kapsel-Bandapparat «kaum vorstellbar» sei, ausser Acht gelassen (Urk. 1 S. 7). Zusammenfassend müsse gesagt werden, dass die Berichte von Dr. D.____ und Dr. E.____ sich in diversen Punkten widersprechen würden und unklar

seien. Sie könnten daher nicht als Grundlage für eine Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin dienen. Hin gegen seien die Beurteilungen der Dres. F.____ und B.____ schlüssig, widerspruchsfrei und nachvollziehbar (Urk. 1 S.

9, S.

10).

E. 15

;

die Frage verneinend: Dr. D.____, Urk.

9/M15 S. 3, Dr. E.____, Urk. 9/M21 S. 2 -3, und Dr. G.____ : Urk.

9/M26 S. 9, S. 12, S. 14-15), Zu diesem Thema hat das Bundesgericht in seiner jüngeren und - soweit feststellbar - aktuellsten Rechtsprechung festgehalten, dass in der neueren medizinischen Literatur kontrovers diskutiert werde, ob und inwiefern Anpralltraumen geeignet seien, Sehnenmanschettenläsionen auszulösen oder zu verursachen. Ein Gedenk dessen sowie

angesichts der Tatsache, dass in vielen Fällen auch der genaue Unfallmechanismus aufgrund der Angaben der betroffenen Patienten nicht genau rekonstruiert werden könne, werde dem Kriterium des Unfallmechanismus zur Beurteilung der Unfallkausalität keine übergeordnete Bedeutung mehr beigemessen (Urteil des Bundesgerichts 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.3). 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, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich habe, der Wahrheit zu entsprechen. Dabei gelte es etwa, die bildgebenden Befunde, die Vorgeschichte, den Unfallhergang, den Primärbefund und den Verlauf zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 8C_672/2020 vom 15.

April 2021 E.

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