

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00027

vom 25. August 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-08-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00027

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00027 du 25 août 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00027 del 25 agosto 2021

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (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 Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.2

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Nach der Rechtsprechung bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selbst. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist somit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich zog. Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er – nach einem objektiven Massstab – den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet. Ausschlag gebend ist also, dass sich der äussere Faktor vom Normalmass an Umwelt einwirkungen auf den menschlichen Körper abhebt. Ungewöhnliche Auswirkungen allein begründen keine Ungewöhnlichkeit (BGE 134 V 72 E. 4.1 und E. 4.3.1 mit Hinweis; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_368/2020 vom 17. September 2020 E. 4.2 mit Hinweisen).

Nach Lehre und Rechtsprechung kann das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei Körperbewegungen gilt dabei der Grundsatz, dass das Erfordernis der äusseren Einwirkung lediglich dann erfüllt ist, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam «programmwidrig» beeinflusst hat. Bei einer solchen unkoordinierten Bewegung ist der ungewöhnliche äussere Faktor zu bejahen; denn der äussere Faktor – Veränderung zwischen Körper und Aussenwelt – ist wegen der erwähnten Programmwidrigkeit zugleich ein ungewöhnlicher Faktor (Urteil des Bundesgerichts 8C_395/2020 vom 28. September 2020 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 130 V 117 E. 2.1). Ohne besonderes Vorwissen ist bei einer Sportverletzung das Merkmal der Ungewöhnlichkeit und damit das Vorliegen eines Unfalles zu verneinen (BGE 130 V 117 E. 2.2 mit Hinweis).

Selbst bei fehlender Störung des Bewegungsablaufs durch einen äusseren Faktor kann die Aussergewöhnlichkeit auch dann gegeben sein, wenn beim Heben oder Schieben einer Last zufolge ausserordentlichen Kraftaufwandes, das heisst einer sinnfälligen Überanstrengung, eine Schädigung eintritt. Es muss allerdings je weils geprüft werden, ob die Anstrengung im Hinblick auf Konstitution und berufliche und ausserberufliche Gewöhnung der betreffenden Person ausser ordentlicher Art war (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_395/2020 vom 28. September 2020 E. 4.2, insbesondere mit Hinweis auf BGE 116 V 136 E. 3b). Kein Unfall liegt vor, wenn die Anstrengung nur wegen bestehender krankhafter Veränderungen zu Schädigungen führen kann, weil sich dann eine innere Ursache auswirkt, während der äussere, oft harmlose Anlass bloss den pathologischen Faktor manifest werden lässt (BGE 116 V 136 E. 3b mit Hinweisen).

Die Frage nach der Ungewöhnlichkeit wird bei Überanstrengungen in Würdigung der gesamten Umstände des Einzelfalls entschieden. In der Regel wird sie nach dem Gewicht des betreffenden Gegenstands bestimmt, wobei bei manuell tätigen Versicherten das Verschieben von Lasten von weniger als 100

kg nicht als ungewöhnlich gilt (Ueli Kieser, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], 4. Aufl. 2020, N. 56 f. zu Art.

E. 1.3

Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a); Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g) und Trommelfellverletzungen (lit. h).

Diese Aufzählung der den Unfällen gleichgestellten Körperschädigungen ist abschliessend (BGE 146 V 51 E. 7.1 sowie BGE 116 V 136 E. 4a, 147 E. 2b, je mit Hinweisen).

E. 1.4

Gemäss BGE 146 V 51 hat der Unfallversicherer nach Meldung einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (E. 9.1). Der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers ist erbracht, wenn die Listen diagnose zu mehr als 50 % auf Abnutzung oder Erkrankung beruht (E. 8.2.2.1, E. 8.6).

E. 1.5

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. 1.6

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten von versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzten Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen 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

Der Versicherte erhob am 11. Februar 2022 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 14. Januar 2022 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten (Urk. 1 S.

2). Am 15. März 2022 reichte der Beschwerdeführer im Sinne einer Beschwerdeergänzung einen von ihm eingeholten (vgl. Urk. 8/4) Bericht von Dr. med.

Z.____, Spital

A.____, vom 14. Februar 2022 (Urk. 8/3) ein und erklärte diesen zum integrierenden Bestandteil der Beschwerde (Urk. 7).

Mit Beschwerdeantwort vom 14. April 2022 (Urk. 12) beantragte die Suva unter Einreichung einer ärztlichen Beurteilung durch die Suva Versicherungsmedizin vom 23. März 2022 (Urk. 13/55) und der übrigen Akten (Urk. 13/1-54) die Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer erstattete am 24. Mai 2022 seine Replik (Urk. 16) unter Beilage einer Stellungnahme durch Dr. Z.____ vom 4. Mai 2022 (Urk. 17). Die Beschwerdegegnerin reichte mit ihrer Replik vom 21. Juni 2022 (Urk. 20) eine ärztliche Beurteilung durch die Suva Versicherungsmedizin vom 15. Juni 2022 (Urk. 21) ins Recht, was dem Beschwerdeführer am 28. Juni 2022 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 22). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) unter Verweis auf die Kasuistik des Bundesgerichts (E. 1.a) davon aus, das Heben und Tragen von Lasten sei bei einem Handwerker grundsätzlich als üblich zu betrachten. Davon sei auch vorliegend im Rahmen der beruflichen Tätigkeit des Beschwerdeführers als Umzugsfachmann – einer körperlich zweifellos sehr anstrengenden Arbeit – auszugehen. Es bestünden keine Hinweise auf eine sinnfällige Überanstrengung. Es sei auch nicht ersichtlich, dass sich im Rahmen des gemeldeten Ereignisses anderweitig etwas Ungewöhnliches ereignet hätte wie zum Beispiel ein Ausrutschen oder Stolpern. Somit liege kein Unfall im rechtlichen Sinne vor (E. 2.b).

Auf die Beurteilung durch die Kreisärztin, wonach eine Körperschädigung vor liege, die vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei, könne abgestellt werden. Abweichende begründete ärztliche Beurteilungen seien nicht vorhanden (E. 3.a-b) . Somit bestehe auch kein Anspruch auf Versicherungsleistungen gestützt auf eine Diagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG (E. 3.c).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), das Umkippen des Regals, welches gegen den Arm in Aussenrotation und Abduktion gedrückt habe, müsse als ungewöhnlicher äusserer Faktor beurteilt werden, somit sei der Unfallbegriff erfüllt (S. 3 Ziff. 2).

Selbst wenn die Beschwerdegegnerin nicht von einem Unfallereignis ausgehen wolle, wäre eine Listenverletzung zu bejahen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin beruhe diese abgestellt auf die Beurteilung des Operateurs vom 3. Februar 2022 nicht zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung (S. 3 Ziff. 3 ; vgl. auch Urk. 16).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin machte in der Beschwerdeantwort (Urk. 12) geltend, das Nach-Vorne-Kippen eines Bücherregals beim Zügeln sei logischer Weise die übliche Art und Weise, wie man ein Regal, das seitlich festgeklemmt sei und das man nach vorne ziehen müsse, löse und wegtrage. Seitlich greifen und wegtragen würde nicht gehen und ein horizontales Hervorziehen würde mit der Reibung am Boden die notwendigen Kräfte massiv erhöhen und allenfalls auch Schäden an Gestell sowie Boden hinterlassen. Das Nach-Vorne-Kippen sei also offensichtlich so gewollt gewesen. Entsprechend sei in den Akten kein Hinweis auf ein plötzliches und ungewöhnliches Geschehen vorhanden . Im Weiteren sei auf die Rechtsprechung zu verweisen, wonach im Rahmen der Arbeitsverrichtungen eines Metzgereiangestellten das Herausziehen einer Harasse von zirka 25 kg aus einem Regal, auch wenn diese anfänglich klemme und sich in der Folge ruckartig löse, als alltäglich anzusehen und die ausgeführte reflexartige Bewegung als solche nicht als ungewöhnlich zu bezeichnen sei (E. 6).

Aufgrund der überzeugenden Beurteilung durch die Suva Versicherungsmedizin vom 18. März 2022 sei eine Neubewertung des Sachverhalts und Anerkennung der Schäden im Schultergelenk als Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG nicht möglich (E. 7 ; vgl. auch Urk. 20).

E. 2.4

Streitig und zu prüfen ist demnach die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Zu klären ist zunächst , ob das Ereignis vom 30. Januar 2021 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstellt (E. 1.2).

Sollte diese Frage zu verneinen sein, so bliebe anschliessend zu prüfen, ob eine Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG vorliegt und ob diese vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist oder nicht (E. 1.3). 3. 3.1

Gemäss Unfallmeldung vom 30. Juni 2021 (Urk. 13 /1) habe der Beschwerdeführer am 30. Januar 2021 beim Kippen eines Bücherregals die linke Schulter verletzt. 3.2

Dr. med.

B.____ , Facharzt für Radiologie, beurteilte in seinem Bericht zur Magnetresonanz (MR)-Arthrographie der linken Schulter vom 17. Juni 2021 (Urk. 13/11) einen subtotalen Abriss der Infraspinatussehne an der Insertion und eine ausgedehnte Partialruptur der Supraspinatussehne ebenfalls mit Abriss an der Insertion im mittleren und posterioren Drittel, eine diskrete Partiaalläsion der Subscapularissehne am Oberrand mit Subluxation der langen Bizepssehne, ein grosses Os akromiale und eine leichte Schulterreckgelenks (AC)-Degeneration mit Erguss. 3.3

Dr. med.

C.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Arztzeugnis UVG vom 8. Juli 2021 (Urk. 13/5) aus, die Erstbehandlung habe am 14. Juni 2021 stattgefunden (Ziff. 1). Er nannte als Diagnose eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion links (Ziff. 5). Der Beschwerdeführer habe bei der Arbeit als Umzugsfachmann ein Bücherregal, welches festgeklemmt sei, nach vorne ziehen wollen. Das Regal sei gekippt und habe gegen seinen Arm gedrückt, welcher in Aussenrotation und Abduktion gewesen sei. Das Regal habe er in dieser Position auffangen müssen. Dabei habe er reissende Schmerzen in der linken Schulter verspürt (Ziff. 2). 3.4

Dr. med.

Z.____ , Facharzt für Chirurgie, leitender Arzt am Spital A.____ , nannte in seinem Bericht vom 1. Juli 2021 (Urk. 13/7) als Diagnose (S. 1 oben) eine grosse Rotatorenmanschetten-Läsion traumatisch links mit/bei: - Aussenrotation Abduktionstrauma vor 6 Monaten - Subscapularis III Läsion mit subluxierender langer Bizepssehne - Supraspinatus I Läsion, Infraspinatus knapp I Läsion - erhaltene Muskelqualität MR-diagnostisch vom 17. Juni 2021

Zur Anamnese hielt er fest, der Beschwerdeführer habe bei der Arbeit ein Bücherregal, welches festgeklemmt sei, fest nach vorne ziehen wollen. Dann sei das Bücherregal gekippt und habe gegen seinen aussenrotierten, abduzierten Arm gedrückt, und er habe es in dieser Position auffangen müssen. Dabei reissende Sensation, vorher keine Probleme an der linken Schulter. Status nach Rotatoren manschetten-Rekonstruktion rechts vor Jahren mit exzellentem Resultat (S. 1 unten).

Die Indikation für die arthroskopische Rotatorenmanschetten -Rekonstruktion und Tenodese sei bei diesem Schwerarbeiter gegeben. Er sei vorläufig noch arbeitsfähig, man werde den Eingriff nach den Ferien machen (S. 2 unten). 3.5

Dr. med.

D.____ , Fachärztin für Chirurgie, Kreisärztin der Beschwerde gegnerin, bejahte am 11. August 2021 die Frage, ob eine Körperschädigung vor liege, die vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei (Urk. 13/12). 3.6

In der ärztlichen Beurteilung vom 20. September 2021 (Urk. 13/28) führte Dr. D.____ aus, bildgebend werde gesamthaft ein degeneratives Verschleissleiden des Schultergelenks dargestellt, es finde sich ein grosses Os acromiale , eine AC-Gelenksarthrose mit daraus folgender subakromialer Enge, Tendinopathie der gesamten Rotatorenmanschette . Die Kontinuitätsunterbrechung, im Befund als Abriss/Partiaalläsion bezeichnet, finde sich an der Prädilektionslokalisation für Degeneration, der Stelle der geringen Durchblutung der Sehnen. Es handle sich überwiegend wahrscheinlich um eine kontinuierliche Ablösung der Sehnen von ihrem Ursprung und nicht um einen traumatischen Abriss der Sehnen durch

Überschreiten der physiologischen Zuglast an ihnen. Bildgebend hätten auch keine Hinweise für ein zeitnahes direktes Anprallen der Schultergelenksregion oder einer stattgehabten Luxation dargestellt werden können, es hätten sich auch kein Bone bruise und keine Frakturen gefunden (S. 2 Ziff. 1 Mitte).

Es sei auch keine sofortige und anhaltende Arbeitsniederlegung erfolgt als Hinweis für eine überwiegend wahrscheinliche plötzliche Kontinuitätsunterbrechung der Sehnenkappe durch eine äussere schädigende Einwirkung. Eine Erstbeurteilung habe zudem erst viereinhalb Monate nach dem Ereignis stattgefunden. Zudem sei in der ersten fachärztlichen Untersuchung am 30. Juni 2021 eine beinahe symmetrische Schulterbeweglichkeit beschrieben worden. Somit handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um bereits vor dem Ereignis vorliegende pathologische Veränderungen an der linken Schulter, welche vorübergehend verschlimmert worden seien (S. 2 Ziff. 1 unten). 3.7

Die Ärzte des Spitals A.____ dokumentierten mit Austrittsbericht vom 24. September 2021 (Urk. 13/32) den an diesem Tag stattgehabten Eingriff durch Dr. Z.____ (vgl. Urk. 3). Dieser habe eine Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion und Tenodese der langen Bizepssehne umfasst (S. 1 Mitte). 3.8

Ein Arzt des Spitals A.____ hielt im Bericht zur chirurgischen Sprechstunde vom 3. Februar 2022 (Urk. 3) fest, es sei unverständlich, dass die Beschwerdegegnerin diesen Fall ablehne. Das Bücherregal sei gekippt und gegen den aussen rotierten abduzierten Arm gefallen, was genau der Unfalldefinition entspreche. Unverständlich sei weiter, dass die Schulter des Beschwerdeführers überhaupt keine Atrophien an den Rotatorenkennmuskulaturen zeige, welche nämlich ruptiert gewesen seien. Weder Subscapularis noch Supraspinatus oder Infraspinatus zeigten wesentliche Atrophien, was für eine traumatische Genese spreche. Gleichzeitig sei die Bizepssehne sub- bis luxiert gewesen, was dem Auslenktrauma entspreche. In der Regel hätten Patienten mit einem Os acromiale, da dieses mobil sei, eigentlich keine Impingementzeichen, was natürlich auch gegen eine degenerative Genese spreche (S. 2). 3.9

Dr. Z.____ führte in seiner Stellungnahme vom 14. Februar 2022 (Urk. 8/3) zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers auf dessen Fragen hin (vgl. Urk. 8/4) aus, seiner Meinung nach handle es sich hier eindeutig um ein Unfallgeschehen (S. 1 Ad 1). Das Bücherregal sei gekippt und gegen den aussen rotierten abduzierten Arm gefallen. Der Beschwerdeführer habe das Bücherregal, um es zu schonen, mit der linken Hand beziehungsweise dem linken Arm aufgefangen. Da das Regal gefallen sei, sei dies ein Unfallereignis, da es sich um eine nicht vorhersehbare äussere Einwirkung handle und vom Beschwerdeführer hoffentlich ja nicht gewollt gewesen sei (S. 1 Ad 2 oben).

Dass der Beschwerdeführer noch weitergearbeitet habe, verwundere Dr. Z.____ nicht. Er kenne jenen schon lange, da er auch schon seine rechte Schulter behandelt habe, er sei ein sehr zäher Mitarbeiter in einem Zügelunternehmen und alles andere als schmerzempfindlich (S. 1 Mitte).

Nach der Meinung von Dr. Z.____ zeige sich MR-diagnostisch eine traumatische Läsion ohne wesentliche Atrophien. In den Berichten und in der Beurteilung der Beschwerdegegnerin werde eine fettige Atrophie Grad III der Infraspinatussehne angeführt. Weder Subscapularis noch Supraspinatus seien fettig atrophiert. Der Infraspinatus zeige höchstens eine Verfettung Grad I auf. Diese noch gute Muskelqualität, obwohl das Trauma

im Zeitpunkt des MRI schon länger her gewesen sei, weise ganz stark auf ein traumatisches Geschehen hin (S. 1 unten).

Für ein traumatisches Geschehen spreche weiter, dass sich eine Subscapularisläsion höheren Charakters, nämlich Grad III, gezeigt habe. Die lange Bizepssehne sei mindestens subluxiert gewesen. Dies passe zum Aussenrotations trauma in abduzierter Position. Häufig erfolgten Luxationen/Subluxationen durch hohe Aussenrotationstraumata wie in diesem Falle, wo die Bizepssehne luxiere und dann konsekutiv den Subscapularis abschere (S. 2 oben).

Der Beschwerdeführer sei ein sehr ehrlicher Patient, daher sei es glaubhaft, dass er vor dem Unfall keine Schulterbeschwerden gehabt habe und nach dem Unfall vor allem einen Kraftverlust gespürt habe und weniger Schmerzen, was zur Situation passe. Dass in dieser Situation keine Pseudoparalyse trotz eigentlicher Massenruptur vorhanden sei, liege an dem exzellent gut aufgebauten Delta muskel, welcher auch klinisch sehr gut funktioniere (S. 2 Mitte).

Bei Massenrupturen, welche sich degenerativ bildeten, liege in aller Regel mindestens eine Atrophie der Supraspinatussehne vor, weil in der Regel Massen rupturen zuerst mit einer Supraspinatusläsion , da nn Infraspinatusläsion und später im Verlauf mit einer Subscapularisläsion einhergingen. Da überhaupt keine fettigen Anzeichen in der Rotatorenmanschettenmuskulatur vorhanden seien ausser einige fettige Strikes in der Infraspinatussehne , sei dies ein weiterer Hin weis auf ein traumatisches Geschehen (S. 2 Mitte).

Auch der Übersichtsartikel von Porschke , Loew und Schnetzke im Journal «Art hroskopie und Gelenkchirurgie» vom Juni 2021

weise auf eine traumatische Genese hin .

Hier würden Stürze/Traumata auf den Arm und forcierte Aussen rotation durch äussere Kraft als Indizien für eine traumatische Genese genannt. Weitere Indizien seien bone bruises am Tuberculum majus, was in diesem Fall ein wenig vorhanden sei, sowie Subscapularis-Mitverletzungen, erhaltene Konvexität der Sehne (in diesem Fall Supraspinatussehne), erhaltene Muskelqualität, leere prätraumatische Anamnese (S. 2 unten). 3.10

Dr. med.

E.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Suva Versicherungsmedizin, führte in seiner Beurteilung vom 23. März 2022 (Urk. 13/55) aus, alle Anteile der Rotatoren manschette wiesen in den noch erhaltenen Strukturen erhebliche Signal steigerungen im Sinne von verschleissbedingten Tendinopathien auf. Die Sehnenstümpfe des Supraspinatus und Infraspinatus seien über eine Distanz von etwa 1 bis 2 cm flächig ausgedünnt. Dieser Befund entspreche bildmorphologisch nicht einer plötzlichen traumatischen Ablösung einer physiologisch fest ver ankerten Sehne am Footprint, sondern überwiegend wahrscheinlich dem Vorgang einer schleichenden ansatznahen Ablösung der Sehnenmanschette verschleiss bedingter Genese (S. 6 oben).

Angesichts der zeitnahen bildgebenden Darstellung eines grossen Sehnen manschettendefekts der Supra- und Infraspinatussehne spreche die Dokumentation einer freien Beweglichkeit des schwer geschädigten Schulter gelenks durch Dr. Z.____ am

30. Juni 2021 überwiegend wahrscheinlich da für, dass bereits vor längerer Zeit muskuläre Kompensationsmechanismen ein gesetzt hätten. Solche würden bei langsam schleichender Ablösung von Sehnen ansätzen im Bereich des Footprints beobachtet, während plötzliche, durch Gewalteinwirkung und exzentrische Belastung der Sehnenansätze hervor gerufene Sehnenabtrennungen zu einer klinisch imposanten Symptomatik mit Unfähigkeit des Anhebens oder Abduzierens des betroffenen Arms (drop -arm-Syndrom, Pseudoparalyse) führten (S. 6 Mitte). Ausgehend von der dokumentierten uneingeschränkten Arbeits- und Einsatzfähigkeit des linken betroffenen Arms direkt und viereinhalb Monate nach dem Ereignis sei über wiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass es zum Zeitpunkt des geltend gemachten Ereignisses nicht zu einer plötzlichen Zusammenhangstrennung der verschiedenen Sehnenmanschettenanteile gekommen sein könne (S. 6 unten).

In der Veröffentlichung «Empfehlung zur Diagnostik und Begutachtung trauma tischer Rotatorenmanschettenläsionen » aus dem Jahr 2000 führten die Schulter spezialisten Loew , Habermeyer, Wiedemann et al. als Kontrakriterien gegen einen Unfallzusammenhang auf: Kein Arztbesuch innerhalb einer Woche/eines Monats. Die Autoren hielten demnach einen kausalen Zusammen hang mit einem Trauma für umso unwahrscheinlicher, je später die Inanspruch nahme eines Arztes erfolge (S. 7 oben).

Dr. Z.____ habe bereits vor der Operation in seinem Sprechstundenbericht vom 30. Juni 2021 eine drittgradige Schädigung der Subscapularissehne beschrieben, was angesichts der kernspintomographischen Diagnostik als nicht nachvollziehbar erscheine, da auf den axialen Schichtbildern eine Zusammen hangstrennung der Subscapularissehne vom Tuberculus minus nicht zu verifizieren sei (S. 7 Mitte).

Das Argument

von Dr. Z.____ , wonach fehlende oder nur geringe Atrophien für eine traumatische Genese sprächen, sei unlogisch, weil Atrophien von Muskeln nur eine Reaktion für eine länger bestehende Zusammenhangstrennung der Sehnen vom Erfolgsorgan Muskel darstellten und nichts über die degenerative oder traumatische Genese aussagten. Auch die Luxation einer Bizepssehne könne sowohl als Folge eines Verschleissleidens oder eines Traumas entstehen (S. 7 Mitte).

Als prädisponierend für die verschleissbedingte Zusammenhangstrennung der Sehnenmanschette seien schliesslich die grenzwertige Weite des Subakromial raumes , die beginnende AC-Gelenksarthrose und das Os acromiale als zusätzliche Faktoren bei der Einengung des subacromialen Gleitraums anzuführen (S. 8 Mitte).

Unter Berücksichtigung der bildmorphologisch sichtbaren Zeichen einer erheblichen tendinopathisch -entzündlichen Texturstörung in den verbleibenden Sehnenanteilen der Rotatorenmanschette , der flächig ausgedünnten Sehnen struktur im Bereich der Sehnenstümpfe der Supra- und Infraspinatussehne , der ansatznahen Ablösung der Rotatoren im vulnerablen Anteil am Footprint und der implausiblen zeitlichen Zusammenhänge erscheine unter Abwägung aller zur Verfügung stehenden Informationen die Ursache für die Zusammenhang s trennung verschiedener Anteile der Sehnenmanschette überwiegend wahrschein lich in einer verschleissbedingten Erkrankung zu liegen (S. 8 unten). 3.11

Dr. Z.____ führte in seiner Stellungnahme vom 4. Mai 2022 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 17) aus, MR-diagnostisch sei eine partielle Schädigung der

Subscapularissehne im oberen Anteil sicher richtig. Dr. E.____ habe den intraoperativen arthroskopischen Befund jedoch nicht gesehen. Dr. Z.____ als Operateur habe diese n als Typ III Verletzung, welche die oberen zwei Drittel der Subscapularissehne betreffe, klassifiziert. Bei Dr. E.____ wäre es wohl eine Typ II Verletzung. Der Unterschied sei erheblich, da Typ II Verletzungen um 20 % abgerissen und Typ III Verletzungen um zwei Drittel der Sehne abgerissen und nicht retrahiert seien. Dr. Z.____ hoffe nicht, dass Dr. E.____ ihm unterstelle, falsche Klassifikationen auf arthroskopischem Wege durchzuführen. Er sei der festen Überzeugung, dass es sich mindestens arthroskopisch um eine Typ III Verletzung gehandelt habe (S. 1 oben).

Die Pulleyschlinge sei tatsächlich instabil gewesen, dies sei in der Regel der Unfallmechanismus: Durch Luxation reiße die Bizepssehne wie ein Scheibenwischer die Subscapularissehne ab. Dies finde in der Regel traumatisch statt (S. 1 Mitte).

Dass bei einem 1963 geborenen Schwerarbeiter tendinopathische Veränderungen vorhanden seien, sei normal. Tendinopathien schützen aber nicht vor einem Unfall. Im vorliegenden Fall habe es kaum Zeichen von Tendinose, weder im MR noch intraoperativ (S. 2 oben).

Die Sehnenqualität sei exzellent gewesen (S. 2 unten).

Im Arthroskopieheftchen vom Juni 2021 sei Atrophie des Muskelbauchs als ein Indiz für eine degenerative Genese aufgelistet, was im Umkehrschluss natürlich heisse, dass perfekt aufgebaute Muskulaturen eher in traumatischen Fällen bei grosser Rotatorenmanschettenläsion zu sehen seien. Weiter würden in dieser Übersichtsarbeit die Abduktions- und Aussenrotationstraumata als Risikofaktoren dargestellt. Der Beschwerdeführer habe ein solches Trauma erlitten (S. 2 Mitte).

Die AC-Gelenksarthrose sei minimal und zeige insbesondere keine inferioren Osteophyten, weswegen ihre Zitierung im vorliegenden Fall irrelevant sei (S. 2 unten). 3.12

Dr. E.____

nahm am 15. Juni 2022 noch einmal Stellung (Urk. 21). Dabei führte er aus, es liege eine Kombinationsverletzung der Infra- und Supraspinatussehne, des Rotatorenintervalls und eine zumindest kernspintomographisch minim nachweisbare Veränderung des cranialen Anteils der Subscapularissehne vor. Die Kombination dieser strukturellen Schäden spreche laut Lehrmeinung über wiegend wahrscheinlich für einen verschleissbedingten Schaden der Rotatorenmanschette und des Rotatorenintervalls (S. 3 oben).

Die Feststellung von Dr. Z.____, die Schädigung der Pulleyschlinge und die konsekutive Luxation oder Subluxation der Bizepssehne sei in der Regel traumatisch bedingt, entspreche weder der gängigen Lehrmeinung noch sei sie im vorliegenden Fall nachvollziehbar (S. 3 Mitte).

Die Beschreibung des Operateurs hinsichtlich einer höhergradigen strukturellen Läsion der Subscapularissehne im Operationsbericht sei angesichts der kernspintomographischen Darstellung zwar überraschend, vermöge aber hinsichtlich der Zuordnung zu einer traumatischen oder verschleissbedingten Ursache keine Bedeutung zu erlangen (S. 3 Mitte).

Niemand bezweifle, dass Pseudoparalysen bei gut aufgebauter Muskulatur vorübergehend sein könnten. Sie träten aber auf und führten zu einer relevanten und schmerzhaften Funktionsbeeinträchtigung des Schultergelenks (S. 3 f.).

Die von Dr. Z.____ zitierte und eher umstrittene Veröffentlichung der Schweizer Autorengruppe sei nicht geeignet, die Ausführungen der international anerkannten Schulterexperten Habermeyer et al. zu entkräften (S. 4 Mitte).

Die Veränderung des AC-Gelenks in Folge einer AC-Gelenksarthrose beinhaltet, auch wenn keine ausgeprägten Osteophyten vorlägen, dennoch eine Einengung des Subacromialraums , was zu einer ständigen mechanischen Beeinträchtigung beim Gleitvorgang der Rotatorenmanschette und zu Störungen der Sehnenstruktur bis hin zu Nekrosen und Rissbildung respektive Zusammenhangstrennung der Sehnenmanschette führe (S. 5 oben).
4.

E. 4

3

Aufschlussreich ist sodann das von der Beschwerdegegnerin genannte (vgl. Urk. 2 E.1.a) Urteil des Bundesgerichts U 421/01 vom 15. Januar 2003. Diesem lag folgende Schilderung des Unfallvorgangs durch die Versicherte, von Beruf Pflegehelferin in einem Pflegeheim (vgl. dortiger Sachverhalt lit. A), zugrunde: Zusammen mit ihrer Arbeitskollegin habe sie eine Bewohnerin vom Bett zum Lehnstuhl transferiert. Zuerst sei die Bewohnerin nach normalem Prozedere auf den Bettrand gesetzt worden. Beim anschliessenden Anheben habe ihre Kollegin die halbseitig gelähmte Patientin nicht richtig zu fassen bekommen, worauf diese eingeknickt sei. Um ein Stürzen der Bewohnerin zu verhindern, habe die Versicherte deren gesamtes Gewicht stützen müssen, welches einseitig auf sie gefallen sei (dortige E. 2).

Das Bundesgericht gelangte zum Schluss, das Erfordernis der mechanischen Einwirkung eines äusseren Faktors sei zwar erfüllt, es fehle jedoch an der Ungewöhnlichkeit. Im Hinblick auf die berufliche Gewöhnung sowie die Konstitution der Versicherten (62 kg) im Vergleich zur Patientin (66 kg) sei ein aussergewöhnlicher Kraftaufwand zu verneinen und sprengt das Ereignis den Rahmen des Alltäglichen und Üblichen nicht (dortige E. 3).

E. 4.1

Die Schilderungen des vorliegend zu beurteilenden Ereignisses vom 30. Januar 2021 weisen keine wesentlichen Unterschiede auf. Nachdem sich der Beschwerdeführer anlässlich der Unfallmeldung kurz gehalten und angegeben hatte, er habe sich beim Kippen eines Bücherregals die Schulter verletzt (E. 3.1), schrieb der Internist Dr. C.____ im Arztzeugnis UVG etwas ausführlicher, der Beschwerdeführer habe bei der Arbeit als Umzugsfachmann ein Bücherregal, welches festgeklemmt sei, nach vorne ziehen wollen. Das Regal sei gekippt und habe gegen seinen Arm gedrückt, welcher in Aussenrotation und Abduktion gewesen sei. Das Regal habe er in dieser Position auffangen müssen. Dabei habe er reissende Schmerzen in der linken Schulter verspürt (E. 3.3). Die Beschreibung durch den Chirurgen Dr. Z.____ (E. 3.4) ist damit praktisch identisch, die einzige ersichtliche – wenn auch minime und vorliegend nicht relevante – Abweichung liegt darin, dass er festhielt, der Beschwerdeführer habe das Bücherregal «fest» nach vorne ziehen wollen.

Die Beschwerdegegnerin bestreitet die Richtigkeit der Beschreibung des Ereignisses nicht und es bestehen auch keine Zweifel an dieser. Entsprechend hat der Sachverhalt so als erstellt zu gelten, wie er durch Dr. C.____ (E. 3.3) geschildert wurde. Zu prüfen ist, ob ein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG vorliegt (E. 2.4), wobei insbesondere fraglich ist, ob mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung ein aussergewöhnlicher äusserer Faktor

zu bejahen ist (vgl. E. 1.2).

E. 4.2

Dem von der Beschwerdegegnerin angeführten Urteil des Bundesgerichts 8C_783/2013 vom 10. April 2014 (vgl. Urk. 12 E. 6) lag folgende Schilderung des Unfallvorgangs durch den Versicherten, von Beruf Metzger, zugrunde: Weil die Harasse von zirka 25 kg, die im untersten Regal ge stand en sei , geklemmt habe, sei er in die Knie gegangen und habe fester gezogen. Auf einmal habe sich die Harasse gel öst, worauf er erschrocken und zirka vier Schritte nach hinten gegangen sei. Es sei ihm gelungen das Gleichgewicht gerade noch zu halten, so dass er nicht gestürzt sei und die Harasse nicht habe fallen lassen. In diesem Moment habe er einen Schlag im Rücken verspürt (dortige E. 6.1).

Das Bundesgericht hielt fest, a aufgrund der gezeigten Aktenlage ergebe sich, dass der Hebevorgang insofern nicht ganz reibungslos verlaufen sei , als die Harasse anfänglich geklemmt habe und dadurch ein zusätzlicher Kraftaufwand und allenfalls auch ein Hin- und Herbewegen erf orderlich gewesen sei , um sie aus dem Regal zu lösen und anzuheben. Der sich dabei aus der Lösung der Ver klemmung ergebende Vorgang (Ausfallschritte nach hinten mit Halten des Glei chgewichts und der Harasse) könne nicht als geradezu programmwidrig im Sinne einer ungewöhnlichen äusseren Einwirkung auf die Wirbelsäule, was zur Diskushernie ge führt hab e, gewertet werden . Im Rahmen der Arbeits verrichtungen eines Metzgereiangestellten sei das Her ausziehen einer Harasse von zirka 25 kg aus einem Regal, a uch wenn diese anfänglich klemme und sich in der Folge ruckartig löse , als alltäglich anzusehen und die ausgeführte reflex artige Bewegung als solche nicht als ungewöhnlich zu bezeichnen. Der Ver sicherte habe mit einem allenfalls auch ruckartigen Nachgeben der Harasse rechnen müssen , als er sich an geschickt habe , sie mit erhöhtem Kraftaufwand aus dem Reg al zu ziehen. Dieser Vorgang sei nicht überraschend und unerwartet erfolgt, sodass die damit verbundene Rückwärtsbewegung nicht als pro gramm widrig bezeichnet werden kö nn e . Das Vorliegen eines ungewöhnlichen äusseren Faktors sei sodann auch nicht bereits deshalb zu bejahen, weil die Bewegung reflexartig ausgeführt worden sei (dortige E. 6.2).

E. 4.4

Wenn an einem Bücherregal gezogen wird, besteht eine gewisse Wahrscheinlich keit, dass es kippt. Dies kann als allgemeine Erfahrungstatsache gelten und musste daher dem Beschwerdeführer als Umzugsfachmann mit einer Berufs erfahrung von mehr als einem Vierteljahrhundert erst recht bewusst sein, als er sich am 30. Januar 2021 an besagtem Bücherregal zu schaffen machte. Dies umso mehr, als dieses klemmte und entsprechend kein komplikationsloses geschmeidiges Verschieben zu erwarten war.

Einleuchtend sind zudem die Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort, wonach das Nach-Vorne-Kippen eines Bücherregals die übliche Art und Weise sei, wie man ein seitlich festgeklemmtes Regal löse und wegtrage (E. 2.3).

Vorliegend kann jedoch offenbleiben, ob der Beschwerdeführer das Bücherregal kippen oder ob er es horizontal herausziehen wollte. Vorhersehbar war das Kippen des Bücherregals und Drücken gegen den Arm so oder anders, so dass der Beschwerdeführer ebenso hiermit rechnen musste wie der Metzger im Bundes gerichtsurteil 8C_783/2013 mit dem ruckartigen Nachgeben der Harasse (vgl. E. 4.2) oder die Pflegehelferin im Bundesgerichtsurteil U 421/01 mit dem Einknicken ihrer Patientin (vgl. E. 4.3).

Auch wurde nicht geltend gemacht und ist nicht anzunehmen, dass das Bücherregal mehr als 100 kg schwer war und dessen Auffangen beim physisch starken Beschwerdeführer (vgl. etwa E. 3.9) eine Überanstrengung provoziert hätte (vgl. E. 1.2).

E. 4.5

Mithin fehlt es sowohl an einer Programmwidrigkeit als auch an einem ausserordentlichen Kraftaufwand und somit an einem ungewöhnlichen äusseren Faktor. Das Ereignis vom 30. Januar 2021 ist daher nicht als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG zu qualifizieren (E. 1.2).

Es bleibt demnach zu prüfen, ob eine Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG vorliegt und ob diese vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist oder nicht (E. 1.3). 5. 5.1

Am 17. Juni 2021 wurden beim Beschwerdeführer MR-arthroskopisch ein subtotaler Abriss der Infrapinatussehne an der Insertion, eine ausgedehnte Partialruptur der Supraspinatussehne,

ebenfalls mit Abriss an der Insertion, und eine diskrete Partialläsion der Subscapularissehne festgestellt (E. 3.2). Diese Sehnenmanschettenläsion fällt als Listenverletzung unbestrittenerweise unter Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG. 5.2

Die Kreisärztin Dr. D.____ (E. 3.5-6) und Dr. E.____ von der Suva Versicherungsmedizin (E. 3.10, E. 3.12) kamen zum Schluss, die Sehnenmanschettenläsion sei vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen.

Ihre sorgfältigen, ausführlichen und differenzierten Beurteilungen sind für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigen auch die geklagten Beschwerden, wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die getroffenen Schlussfolgerungen sind begründet. Der Umstand, dass sie keine eigene Untersuchung durchführten, vermag den Beweiswert ihrer Beurteilungen nicht zu schmälern, zumal es einen feststehenden medizinischen Sachverhalt zu erörtern galt, ohne dass zusätzliche Untersuchungen notwendig gewesen wären. Praxisgemäss kann unter diesen Voraussetzungen auch eine reine Aktenbeurteilung vollbeweiswertig sein (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_325/2009 vom 23. September 2009 E. 3.4.1).

Die Beurteilungen durch Dr. D.____ und Dr. E.____ sind somit grundsätzlich beweiskräftig (vgl. vorstehend E. 1.5). Da es sich bei ihnen indes um versicherungsinterne Ärzte handelt, ist unter Anwendung eines strengen Massstabs zu überprüfen, ob auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ihrer Feststellungen bestehen, bevor auf diese abgestellt werden kann (vorstehend E. 1.6). 5.3

Solche Zweifel versucht der Beschwerdeführer insbesondere durch die eingereichten Stellungnahmen seines Operateurs Dr. Z.____ zu wecken (E. 3.4, wohl E. 3.8, E. 3.9, E. 3.11). Sowohl dieser als auch Dr. E.____ berufen sich dabei unter anderem auf einschlägige Fachliteratur. 5.4

Unbestrittenerweise suchte der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Ereignis vom 30. Januar 2021 keinen Arzt auf und führte seine schwere Arbeitstätigkeit als Umzugsfachmann weiterhin aus. Erst am 14. Juni 2021 und somit viereinhalb Monate später fand die hausärztliche Erstbehandlung statt (E. 3.3), worauf am 17. Juni 2021 eine

MR- Arthrographie der linken Schulter durchgeführt wurde (E. 3.2). Der Chirurg Dr. Z.____ hielt denn auch am 1. Juli 2021 noch fest, der Beschwerdeführer sei vorläufig weiterhin arbeitsfähig (E. 3.4).

Es erscheint als plausibel, wenn Dr. D.____ im September 2021 unter anderem festhielt, nachdem keine sofortige und anhaltende Arbeitsniederlegung erfolgt sei und eine Erstbeurteilung erst derart spät stattgefunden habe, handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um bereits vor dem Ereignis vorliegende pathologische Veränderungen an der linken Schulter, welche vorübergehend verschlimmert worden seien (E. 3.6). Dem schloss sich ihr Kollege Dr. E.____ im März 2022 an und verwies auf die Veröffentlichung der Schulterspezialisten Loew et al. aus dem Jahr 2000, welche einen fehlenden Arztbesuch innerhalb einer Woche/eines Monats als Kontrakriterium gegen einen Unfallzusammenhang auf führten (E. 3.10). 5.5

Der genannten Veröffentlichung lässt sich unter anderem entnehmen, die akute Rotatorenmanschettenruptur führe primär zu einem Schmerz, Kraft- und Funktionsverlust, deren charakteristischer zeitlicher Verlauf hinweisend auf eine frische Schädigung der Rotatorenmanschette sei. Im Moment des Ereignisses verspüre der Patient einen scharfen, stechenden Schmerz in der Schulter, der bis in den Oberarm reichen könne. Ein vom Patienten vernommenes Reissgeräusch oder eine sofortige aktive Bewegungsunfähigkeit (Pseudoparalyse) des Arms seien deutliche Hinweise auf einen akut eingetretenen Schaden. Vor allem bei Mehrfachverletzungen werde der Schulterbefund jedoch häufig initial nicht realisiert. Im Falle einer degenerativen Vorschädigung, insbesondere bei Vergrößerung eines schon vorbestehenden Sehndefekts, könne das Ereignis vom Patienten als initial wenig schmerzhaft wahrgenommen werden (M. Loew, P. Habermeyer, E. Wiedemann, M. Rickert, F. Gohlke, Empfehlungen zur Diagnostik und Begutachtung der traumatischen Rotatorenmanschettenläsion, veröffentlicht in « Der Unfallchirurg » 5-2000 S. 417-426, S. 420 rechte Spalte Mitte).

Ein zeitnahe Zusammenhang zwischen dem Ereignis, dem Auftreten von Beschwerden und der Erstvorstellung sei zu fordern. Ein Fortsetzen der Arbeit nach dem Unfallereignis schliesse eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette allerdings nicht aus. Leichte körperliche Arbeiten und Bürotätigkeiten könnten nach eingetretener Verletzung durchaus ausgeführt werden. Es sei jedoch anzunehmen, dass ein Patient mit einer frischen Rotatorenmanschettenruptur aufgrund seiner Beschwerden binnen 72 Stunden einen Arzt konsultiere, wobei hier der Zeitpunkt der Verletzung, eine mögliche Selbstmedikation und die individuelle Schmerztoleranz zu berücksichtigen seien (Loew et al., a.a.O., S. 421 linke Spalte unten).

Kein Arztbesuch innerhalb einer Woche stelle ein Hauptkriterium dar, das gegen einen Unfallzusammenhang spreche. Kein Arztbesuch innerhalb eines Monats stelle einen Gegenbeweis gegen einen Unfallzusammenhang dar (Loew et al., a.a.O., S. 424 Tabelle 3). Die als Gegenbeweis gekennzeichneten Kontrakriterien führten in der Regel zu einem Kausalitätsausschluss (S. 425 rechte Spalte Mitte). 5.6

Wenn Dr. Z.____ anführt, die Veröffentlichung von Loew et al. aus dem Jahr 2000 scheine doch etwas alt zu sein, um zitiert zu werden (vgl. Urk. 17 S. 2 oben), so ist ihm zunächst entgegenzuhalten, dass das Bundesgericht dieses Werk nach wie vor als wichtige Literaturquelle zu erachten scheint (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_100/2016 vom 17. Mai 2016 E. 5).

Entscheidend ist jedoch, dass im von Dr. Z.____ wiederholt zitierten Fach artikel noch deutlichere Worte gewählt werden: Nach Traumata bestehe signifikant häufiger ein « drop arm sign ». In einer eigenen Untersuchung sei das Drop-arm-Zeichen der einzige klinische Test gewesen, der eine zuverlässige Differenzierung der Ursache der Rotatorenmanschettenläsion ermöglicht habe. Eine freie aktive Beweglichkeit zeitnah nach dem Unfall lasse eine traumatische Genese kaum zu (F. Porschke , M. Loew , M. Schnetzke , Traumatische vs. degenerative Rotatorenmanschettenläsion : Was ist bei der Begutachtung zu be berücksichtigen?,

online publiziert am 15. Februar 2021 in «Arthroskopie», S. 3 1 . und 2 . Spalte).

Von einer solchen zeitnahen freien Beweglichkeit ist vorliegend nicht nur infolge der fehlenden Arbeitsniederlegung auszugehen. Auch Dr. Z.____ betonte lediglich den Kraftverlust, den der Beschwerdeführer nach dem Ereignis gespürt habe (E. 3.9), und widersprach der Einschätzung durch Dr. E.____ , wonach Dr. Z.____ am 30. Juni 2021 eine freie Beweglichkeit des schwer geschädigten Schultergelenks dokumentiert habe (E. 3.10), nicht (vgl. E. 3.11). 5.7

Die Arbeit als Umzugsfachmann ist keine Bürotätigkeit und körperlich keinesfalls leicht (vgl. E. 5.5) , sondern sehr schwer. Auch wenn der Beschwerdeführer ein zäher Arbeiter sein mag (vgl. E. 3.9), spricht die fehlende Arbeitsniederlegung, die fehlende Bewegungseinschränkung oder Pseudoparalyse sowie die fehlende Niederlegung innerhalb von viereinhalb Monaten nach dem Ereignis angesichts des vorstehend Ausgeführten (E. 5.4-6) entscheidend gegen eine akute Rotatorenmanschettenläsion am 30. Januar 2021 (vgl. hierzu auch das Urteil des Bundesgerichts 8C_43/2022 vom 24. Mai 2022 E. 5.1) .

E. 5

.

E. 5.6

) eine Atrophie des Muskelbauchs als ein Indiz für eine de generative Genese aufgelistet wird, den Umkehrschluss, dass perfekt aufgebaute Muskulaturen eher in traumatischen Fällen bei grosser Rotatorenmanschetten läsion zu sehen seien (E. 3.11). 5 .

E. 5.10

Unter der Annahme

einer unterschiedlichen Entwicklungsdauer der fettigen Infiltration bei Trauma oder Degeneration scheint daher wenig über die Genese einer Rotatorenmanschettenläsion ausgesagt werden zu können, wenn diese fettige Infiltration eb en gerade fehlt.

Anders gesagt , kann eine normale Trophik der Rotatorenmuskulatur

kein ent scheidendes Indiz für eine durch ein akutes Ereignis erfolgte Ruptur sein. D ie genaue Ursache der Fetteinlagerung in die Muskulatur bei Läsionen der Sehnen der Rotatorenmanschette

ist nicht geklärt. Die Verfettung kann unabhängig da von ein treten, ob ein Trauma vorliegt oder nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_557/2020 vom 28. Oktober 2020 E. 4.3) .

Es überzeugt daher , wenn Dr. E.____ ausführt, das Argument von Dr. Z.____ , wonach fehlende oder nur geringe Atrophien für eine traumatische Genese sprächen, sei unlogisch, weil Atrophien von Muskeln nur eine Reaktion für eine länger bestehende

Zusammenhangstrennung der Sehnen vom Erfolgsorgan Muskel darstellten und nichts über die degenerative oder traumatische Genese aussagten (E. 3.10).

Dieser Pfeiler in der Argumentation von Dr. Z.____ erweist sich daher nicht als tragend und vermag keinerlei Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung zu wecken.

Gleiches gilt für sein Vorbringen, wonach der Beschwerdeführer vor dem Ereignis vom 30. Januar 2021 keine Schulterbeschwerden gehabt habe (E. 3.9 ; vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/ bb betreffend unzulässige Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc»). 5 .

E. 5.13

Die Beschwerdegegnerin hat demnach den Entlastungsbeweis erbracht, dass die beim Beschwerdeführer vorliegenden Sehnenverletzungen vorwiegend – und so mit zu mehr als 50 % (E. 1.4) - auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind . Eine Leistungspflicht besteht daher ihrerseits nicht (E. 1.3) .

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Ivo Baumann - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 8

Ein wichtiger Pfeiler in der Argumentation von Dr. Z.____ – und allenfalls seines Kollegen (vgl. die nicht deklarierte Autorenschaft in E. 3.8) - zugunsten einer traumatischen Genese der Rotatorenmanschettenläsion – scheint dessen Aussage darzustellen, wonach weder Subscapularis noch Supraspinatus oder Infraspinatus wesentliche Atrophien gezeigt hätten (E. 3.8). Lediglich der Infraspinatus weise höchstens eine Verfettung ersten Grades auf (E. 3.9).

Konkret zieht Dr. Z.____ daraus, dass im Arthroskopieheftchen von Porschke et al. (vgl. E.

E. 9

Dieser Schluss erscheint aber so nicht als zulässig. Denn tatsächlich führen die genannten Autoren eine Atrophie des Muskels als Indiz für eine degenerative Genese auf (Porschke et

al., a.a.O., S. 2 Tabelle 2). Daraus kann jedoch nicht der Umkehrschluss gezogen werden, dass ein Nichtvorliegen von Atrophien für eine traumatische Genese spricht. Solcherlei ist der genannten Tabelle nicht zu entnehmen, welche die Indizien für eine traumatische Genese ebenfalls explizit aufzählt (rechte Spalte).

Gleich verhält es sich im Fachartikel von Loew et al. : Muskelatrophie und fettige Degeneration werden hier als Kontrakriterien gegen einen Unfallzusammenhang genannt (Loew et al., a.a.O., S. 424 Tabelle 3). Eine fehlende Muskelatrophie oder fettige Degeneration fand jedoch keinen Eingang in die Pro-Kriterien für einen Unfallzusammenhang (S. 423 Tabelle 2). Dies, obschon bei weiteren Kriterien das «Gegenstück» durch aus auch in der jeweilig anderen Tabelle genannt wurde (vgl. etwa «Unfallmechanismen»: geeigneter Sturz [Tabelle 2] – ungeeigneter Ereignisablauf [Tabelle 3] oder «Klinischer Primärbefund»: kein Arztbesuch innerhalb 1 Monat [Tabelle 3] - Arztbesuch innerhalb 3 Tagen [Tabelle 2]).

Dies deckt sich mit den Ausführungen von Lädemann et al. in einer weiteren, relativ aktuellen Veröffentlichung, wo die Autoren erklären , die Entwicklungsdauer der fettigen Infiltration unterscheidet sich, je nachdem, ob eine traumabedingte oder eine allmählich fortschreitende Ausgangssituation vorliegt. Bei einer traumabedingten Ausgangssituation und bei massiven Läsionen (mindestens 2 komplette Sehnen) manifestierte sich die fettige Infiltration schneller. Ein Patient mit einer erheblichen fettigen Infiltration habe demzufolge wahrscheinlich eine bereits vorbestehende, nun dekompenzierte Läsion entwickelt, oder es sei zu einer akuten Vergrößerung einer bereits vorbestehenden Läsion gekommen (A. Lädemann , B. Jost, D. Weishaupt, D. Elsig , M. Zumstein, Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette , Übersichts artikel vom 10. April 2019 , Swiss Medical Forum, Ausgabe Nr. 2019/15-16 S. 260-267, S. 264 rechte Spalte unten).

E. 11

Schliesslich möchte Dr. Z. ___ aus der Intensität der Subscapularisläsion eine am 30. Januar 2021 erfolgte akute Zusammenhangstrennung herleiten. Seiner Ansicht nach weist diese einen höheren Charakter, nämlich Grad III, auf (E. 3.9). Damit setzt er sich allerdings in Widerspruch mit der Beurteilung durch den Radiologen Dr. B. ___ , welche anlässlich der MR- Arthrographie vom 17. Juni 2021 lediglich eine diskrete Partilläsion der Subscapularissehne festgestellt hatte (E. 3.2). Dem stimmte Dr. Z. ___ im Mai 2022 dahingehend zu, als er festhielt, MR-diagnostisch sei eine partielle Schädigung der Subscapularissehne im oberen Anteil sicher richtig (E. 3.11).

Es erhellt daher nicht, wie Dr. Z. ___ am 1. Juli 2021 aufgrund der damaligen Befundlage von einer Subscapularis III Läsion ausgehen konnte (E. 3.4). Die Operation an der linken Schulter führte er nämlich erst am 24. September 2021 durch (E. 3.7), weshalb seine am 4. Mai 2022 während laufenden Beschwerdeverfahrens

zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers getätigte Angabe, er habe die Schädigung der Subscapularissehne als Operateur angesichts des intraoperativen arthroskopischen Befundes als Typ III – Verletzung klassifiziert (E. 3.11), nachgeschoben wirkt (vgl. auch BGE 121 V 45 E. 2a).

Indem somit nicht von einer Subscapularis III Läsion ausgegangen werden kann, fällt auch diese Argumentation des behandelnden Chirurgen in sich zusammen. 5 .

E. 12

Dr. Z.____

vermag somit im Ergebnis keinerlei Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Beurteilungen zu wecken.

Bei Sehnen manschettenläsionen geht es darum, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprechen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen. Diesen Anforderungen kamen Dr. D.____ und Dr. E.____ zweifellos nach (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.4).

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