

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00074

vom 23. Januar 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-01-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00074

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00074 du 23 janvier 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00074 del 23 gennaio 2024

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. 1. 2

UV170220 Gegenstand der Unfallversicherung, unfallähnliche Körperschädigung, Gesetzestext, gültig ab 1.1.2017 02.2021 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). 1. 3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

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 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 1. 4

UV170060 Kausalzusammenhang natürlich, Vorzustand krankhaft, Beweiswürdigung 03.2022 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 schicksals mässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende 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 leistungs begründender 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). 1.

E. 1.2

Seit dem 1. Februar 2021 war der Versicherte als Logistiker bei der A.____ AG angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert.

Gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 31.

Mai 2021 rutschte er am 26. April 2021 auf dem Parkplatz vor dem Geschäft aus, stützte sich mit der linken Hand ab, wobei es einen

Schlag auf die Schulter

gab (Urk. 8/1). Am 27. April 2021 begab sich der Versicherte in Behandlung bei Dr. med. B.____, FMH Allgemeine Medizin (Urk. 8/15). Die Arbeit setzte er zunächst fort. Am 11. Juni 2021 wurde im Institut H.____

ein MRI der Schulter links durchgeführt, welche eine ausgeprägte Massruptur der Rotatorenmanschette betreffend die gesamte Supra- und Infraspinatussehne mit deutlicher Muskelatrophie und leichter fettiger Durchsetzung zeigte (Urk.

8/6). Die Suva erbrachte Heilbehandlungsleistungen. Ab dem 24. Juni 2021 war der Versicherte arbeitsunfähig (Urk. 8/2/1 und Urk. 8/3/1). Am 24. August 2021 gab Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, von der Suva eine Stellungnahme ab (Urk. 8/16/3). Mit Schreiben vom 31. August 2021 hielt die Suva fest, dass die Versicherungsleistungen

per

E. 1.4

, 135 V 465 E. 4.4). Die vom Beschwerdeführer behauptete Erfahrungstatsache, dass ein später beigezogener Versicherungsmediziner eine erstmalige Einschätzung eines Arbeitskollegen grundsätzlich schütze, existiert nicht.

Einleuchtend ist sodann auch der ergänzende Hinweis der Beschwerdegegnerin (Urk. 7 S. 3) , dass eine noch intakte Infraspinatussehne im Zeitpunkt der MRI vom 24. Mai 2012 und vom 22. Juni 2018 weder auf eine vorbestehende noch zwingend auf eine unfallbedingte Ruptur schliessen lässt. Der einschlägigen Fachliteratur ist zu entnehmen, dass die Entwicklungsdauer nach Symptombeginn für eine fettige Infiltration Grad 2 « in allen Fällen (traumabedingt oder nicht) zwischen 3, 2,5 und 2,5 Jahren für die Musculi supraspinatus, infraspinatus respektive subscapularis »

liegt (<https://smf.swisshealthweb.ch/de/article/doi/smf.2019.03247>). Die

Vorbringen von Dr. F.____ in der Stellungnahme vom 11. Mai 2023 , dass erst eine dritt- oder viertgradige fettige Degeneration Zeichen einer degenerativen Läsion darstelle, vermag vor diesem Hintergrund nicht zu überzeugen. Im Weiteren bemerkte die Beschwerdegegnerin zutreffend (Urk. 7 S. 4), dass der Beschwerdeführer die Arbeit nach dem Unfallereignis vom 26. April 2021 bis zum 23. Juni 2021 hatte fortsetzen können und anlässlich der Erstbehandlung bei Dr. B.____ vom 27. April 2021 noch eine Abduktion der linken Schulter bis 90° möglich war. Zudem wurde damals einzig eine Druckdolenz über dem Tuberculum majus links festgestellt (Urk. 8/15) . Eine sofortige Pseudoparalyse nach dem Unfallereignis kann unter diesen Umständen nicht als ausgewiesen gelten. Insoweit Dr. F.____ im Bericht vom 29. November 2021

erklärte , dass die Schulterfunktion und Beweglichkeit

nach dem Unfall vom 26. April 2021 – anders als zuvor – deutlich eingeschränkt gewesen sei , erschöpft sich dessen Argumentation im Wesentlichen

in der Formel « post hoc ergo propter hoc» .

Ärztliche Auskünfte, die allein auf dieser Argumentation beruhen, sind beweisrechtlich nicht zu verwerten (vgl. E. 1.5).

4.4

Auf die Beurteilung von Dr. E.____ kann somit abgestellt werden. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht angezeigt.

Es kann demnach als erstellt gelten, dass es beim Unfall vom 26. April 2021

lediglich zu einer Schulterkontusion/-distorsion mit vorübergehender Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes kam.

Entgegen den Darlegungen des Beschwerdeführers erbrachte die Beschwerdegegnerin somit den Nachweis dafür, dass das Ereignis vom 26. April 2021 keine Teilursache für die Ruptur der Rotatorenmanschette bildet. Damit ist gleichzeitig erstellt, dass diese Listenverletzung nach

Art. 6 Abs. 2 UVG

vorwiegend, das heisst zu mehr als 50 % , auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Der Beschwerdegegnerin ist der Entlastungsbeweis gelungen, weshalb sie (auch) von

der Leistungspflicht nach

Art. 6 Abs. 2 UVG befreit ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_167/2021 vom 16. Dezember 2021 E. 4.4; BGE 146 V 51).

Schliesslich ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer aus dem Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 27. August 2021, worin diese erklärte, dass er Versicherungsleistungen für die Folgen des Nichtberufsunfalls vom 26. April 2021 erhalte (Urk. 8/17), nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. 5.

Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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
HurstKreyenbühl

E. 2

3. Juni 2021 eingestellt wurden (Urk. 8/20/2-3). Mit Eingabe vom 29. November 2021 verlangte der Versicherte eine erneute Überprüfung der Leistungspflicht und - falls am Schreiben vom 31. August 2021 festgehalten werde - den Erlass einer einsprachefähigen Verfügung (Urk. 8/35). Am 14. Dezember 2021 wurde der Versicherte in der Klinik D.____ an der linken Schulter operiert (Acromioplastik, Supraspinatus- und Infraspinatussehnenrekonstruktion, lange Bizepssehnen-Tenodese; Urk. 8/63). Am 7. Februar 2022 nahm Dr. C.____ eine weitere Beurteilung vor (Urk. 8/51). Wie angekündigt, stellte die Suva die Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 14. Februar 2022 per 23. Juni 2021 ein (Urk. 8/

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid damit, dass sie für die im Bereich der linken Schulter diagnostizierten und operierten Defekte nicht leistungspflichtig sei. Es sei davon auszugehen, dass die Unfallfolgen für das Beschwerdebild nach sechs Wochen keine Rolle mehr gespielt hätten. Ein über den 23. Juni 2021 hinaus bestehender Anspruch auf Versicherungsleistungen sei

zu verneinen (Urk. 2 S.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, dass Dr. C.____ die Unfallakten von 2012 und 2018 nicht gesichtet habe , weshalb seine Einschätzung nicht verwertbar sei .

Im Weiteren sei darauf hinzuweisen, dass das Dossier nach wie vor unvollständig sei, weil der Operationsbericht vom 14. Dezember 2021 fehle. Die Beschwerdegegnerin habe dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 27. August 2021 zunächst die Versicherungsdeckung zugesichert, ehe sie mit Schreiben vom 31. August 2021 festgehalten habe, dass die gesetzlichen Leistungen bloss bis zum 23. Juni 2021 erbracht würden. Dr. med. F.____, Oberarzt Schulter- und Ellbogenchirurgie an der Klinik D.____, habe in der Stellungnahme vom 29. November 2021 nachvollziehbar begründet, dass es anlässlich des Sturzes vom 6. April 2021 zu einer Ruptur der Infraspinatussehne gekommen sei. Eine deutliche fettige Degeneration der Rotatorenmanschette habe gefehlt. Das Unfallereignis vom 6. April 2021 sei für die Schädigung der linken Schulter somit überwiegend wahrscheinlich zumindest teilursächlich gewesen. Gemäss der Aktenbeurteilung von

Dr. E.____

vom 11.

April 2023 solle die Sehnenverletzung Ausdruck eines natürlichen Verlaufs einer vorbestehenden, ca. 2004 beginnenden degenerativen Entwicklung einer Rotatorenmanschettenruptur sein. Diese Einschätzung der Jahreszahl 2004 erstaune doch sehr, da das älteste Dokument im Dossier vom 24. Mai 2012 datiere. Obwohl nur einmal im Bericht von Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie, vom 21. Mai 2012 erwähnt werde, dass der Beschwerdeführer seit ca. acht Jahren rezidivierende Schulterschmerzen links ohne Trauma verspüre, solle dies auch ein Argument darstellen , weshalb die Infraspinatussehnenläsion nicht unfallbedingter Natur sei. Dies sei schwer nachvollziehbar. Im Übrigen entspreche es einer Erfahrungstatsache, dass ein später beigezogener Versicherungsmediziner – vorliegend Dr. E.____ – die erstmalige Einschätzung seines Arbeitskollegen – vorliegend Dr. C.____ – schütze. Die ausführlichen Stellungnahmen von Dr. F.____ vom 29.

November 2021 und vom 11. Mai 2023, die auch Bezug auf die MRI-Bilder nehmen würden, hätten mehr Gewicht als blosser Aktenbeurteilungen von Versicherungsärzten, die den Beschwerdeführer nie zu Gesicht bekommen hätten. Ferner habe die Beschwerdegegnerin nicht abgeklärt, ob eine unfallähnliche Körperschädigung gegeben sei. Dies sei klar der Fall. Prozess thema sei lediglich die Rotatorenmanschettenruptur gewesen, nicht aber die Infraspinatussehnenruptur . Da der Entlastungsbeweis nicht erbracht worden sei, bestehe weiterhin eine Leistungspflicht .

Angesichts der erheblichen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen sei eventualiter ein neutrales orthopädisches Gutachten gemäss Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (AT SG) in Auftrag zu geben . Ein lückenloser Befund liege immer noch nicht vor. Für die Zeit zwischen 2004 und 2012 bzw. 2018 würden Befunde fehlen (Urk. 1 S. 5 ff. und Urk.

E. 5

UV170570 Post hoc ergo propter hoc 02.2021 Die Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc », nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb , Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). Ärztliche Auskünfte, die allein auf dieser Argumentation beruhen, sind beweisrechtlich nicht zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts 8C_241/2020 vom 29. Mai 2020 E. 3). 1.

E. 6

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 11.2022 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; Urteil des Bundesgerichts 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

UV170530 Beweiswert von versicherungsinternen ärztlichen Einschätzungen 01.2021 Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der 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).

Auf Aktenberichte kann abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. SVR 2010 UV Nr. 17 S. 63, Urteil des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2 mit Hinweisen). 2.

E. 10

).

E. 15

S. 3 ff.). 3. 3. 1

Dr. C.____ erklärte in der Stellungnahme vom 24. August 2021, dass eine Rotatorenmanschetten -Arthropathie gegeben sei .

Der Unfall vom 26. April 2021 habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen und objektivierbaren Läsionen

geführt . Im MRI würden sich keine traumatischen oder posttraumatischen Veränderungen im Sinne von

Hämatomen, Bonebruise , Frakturen oder muskuloligamentären Verletzungen zeigen . Das Bild entsprache

einem chronisch degenerativen Zustand.

Hinweise darauf seien die ACG - Arthrose, die Retraktion der Sehnen , die Verfettung und die

Atrophie der zugehörigen Muskeln . Es handle sich um eine Kontusion/Distorsion im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung.

Diese sei spätestens sechs Wochen nach dem Unfallereignis als vollständig ausgeheilt zu betrachten

(Urk. 8/16/3). 3. 2

Dr. F.____ hielt im an die damalige Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers gerichteten Bericht vom 29. November 2021 fest, dass er aufgrund der vorliegenden Vorberichte , der aktuellen klinischen Untersuchung und

der aktuellen Bildgebungen mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit davon ausgehe , dass es beim Sturz vom 26. April 2021 zu einer Ruptur der

Infraspinatussehne

gekommen sei . Eine bereits bestehende Ruptur der Supraspinatussehne werde in der Sprechstundendokumentation der Universitätsklinik

Z.____ von 2018 erwähnt . Im MRI von 2018

zeige sich jedoch keine Intraspinatussehnenläsion . Von der Problematik von 2018 , welche sich vor

allem im Sinne einer Capsulitis

gezeigt habe , habe sich der Beschwerdeführer zwischenzeitlich sehr gut erholt. Die aktive tiefe Aussenrotation sei aktuell stark limitiert und auch die Kraft

eingeschränkt. Dies korreliere mit

der im MRI ersichtlichen Infraspinatussehnenläsion . Die Schulterfunktion und Beweglichkeit

seien , anders als vor dem Unfall vom 26. April 2021 , deutlich eingeschränkt . Im aktuellen MRI fehle eine deutliche fettige Degeneration der Rotatorenmanschette . Hätte

die grosse Ruptur schon länger bestanden, wäre von einer fortgeschrittenen fettigen

Degeneration auszugehen . Das sei im MRI keine klaren Rückschlüsse auf eine traumatische Ursache wie zum

Beispiel ein Bluterguss oder Ödeme zu sehen seien,

habe damit zu tun, dass das MRI drei Monate nach

dem Unfallereignis

durch geführt worden sei.

Akute Blutergüsse oder Ödeme seien in der Zwischenzeit bereits abgeheilt

gewesen . Es sei somit von einer

Ausdehnung der Läsion durch das Ereignis vom 26. April 2021 auszugehen . Das Force-Couple sei vor dem Ereignis vom 26. April 2021 gut erhalten gewesen . Durch die Ausdehnung der Ruptur in die Infraspinatussehne

sei

die glenohumerales Zentrierungsmöglichkeit nicht mehr gewährleistet und es bestehe eine

pseudoparalytische Schulterfunktion. Die vorbestehende Partialruptur der

Supraspinatussehne sei für die jetzigen Beschwerden kaum verantwortlich . Gestützt auf das vorhandene Bildmaterial zeige sich keine höhergradige Omarthrose und auch keine höhergradige fettige Degeneration der Rotatorenmanschettenmuskulatur . Eine

drittgradige Retraktion bis zum Glenoid ohne fettige Infiltration könne innerhalb von wenigen Wochen

nach einem Trauma auftreten und sei somit kein beweisführender Gegenstand für einen chronischen Vorschaden (siehe hierzu auch die Meinung der Schweizer Expertengruppe für Schulter- und Ellbogenchirurgie, Artikel im Swiss medical Forum 2019, Ledermann et al. ; Urk. 8/58). 3.3

Dr. C.____

legte in der Beurteilung vom 7. Februar 2022 dar , dass sich in der Röntgenuntersuchung nach dem Sturz vom 26. April 2021 eine Omarthrose mit Osteophyten am inferioren Glenoidrand gezeigt habe. Auch am Acromionunterrand fanden sich Osteophyten. Eine Arbeitsniederlegung habe nicht unmittelbar stattgefunden. Diese sei erst zwei Monate nach dem Unfallereignis erfolgt. Weiter sei anzumerken , dass in der

Schadenmeldung als Unfallereignis ein Ausrutschen auf dem

Parkplatz vor dem Geschäft und Anschlag der linken Hand angegeben worden sei . Im Arztzeugnis UVG werde ein

Sturz auf der Treppe angegeben , wobei der Beschwerdeführer die linke Schulter angeschlagen habe. Im MRI vom 11. Juni 2021 seien eine ausgeprägte Massenruptur der Rotatorenmanschette betreffend die gesamte Supra- und Infraspinatussehne mit deutlicher Muskelatrophie und

leichter fettiger Durchsetzung ersichtlich gewesen. Weiter hätten sich eine Tendinopathie der langen Bicepssehne mit

Verdacht auf eine Partialruptur sowie eine AC-Gelenksarthrose und degenerative Veränderungen an der

Spitze des Acromions mit subacromialem Impingement gezeigt .

Bereits das MRI im Jahr 2018 habe eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne und eine Oberrandläsion des Subscapularis gezeigt . Auf den MR-Bildern von 2012, welche im Pacs-System eingespielt worden seien , sei bereits eine hochgradig partiell rupturierte Rotatorenmanschette ersichtlich gewesen . Durch

die regelmässige Bildgebung in den letzten zehn Jahren werde hier relativ klar der Verlauf einer

langsam progredienten chronischen Rotatorenmanschettenruptur beschrieben

(Urk.

8/51). 3. 4

Dr. E.____ erklärte in der Beurteilung vom 11. April 2023, dass es sich um eine chronische degenerative

Rotatorenmanschettschädigung im Bereich der linken Schulter handle . Entgegen der Meinung von Dr. F.____

sei eine vorbestehende Läsion auch des Infraspinatus muskels ehenkomplexes gegeben, als Ausdruck des natürlichen Verlaufs einer vorbestehenden, ca. 2004 beginnenden degenerativen Entwicklung einer Rotatorenmanschettenläsion

(Urk.

8/81/2-3). 3. 5

Dr. F.____

legte in der an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gerichteten Stellungnahme vom 11. Mai 2023 dar , dass in der Beurteilung von Dr. E.____ die

Supraspinatus - und Infraspinatusläsion als Einheit betrachtet würden . Er (Dr. F.____) habe im Bericht vom 29. November 2021 lediglich geschrieben , dass in der Universitätsklinik Z.____

eine Partilläsion postuliert worden sei . Es habe zwar bereits eine Supraspinatussehnenläsion bestanden . Es gehe jedoch um die

Infraspinatussehnenläsion , welche in den vorangegangenen MRI so nicht ersichtlich gewesen sei . Dr. E.____ beschreibe

eine zweitgradige , fettige Infiltration der Infraspinatusmuskulatur . Als Zeichen einer degenerativen

Läsion sei eine höhergradige, fettige Degeneration dritten oder vierten Grades zu werten, so dass dies keinen

Beweis für eine chronisch bestehende Infraspinatussehnenläsion

darstelle . Des Weiteren

gebe Dr. E.____ an , dass sich ein Verlauf der

Ausbreitung einer Rotatorenmanschettenläsion

zeige und dies im konventionellen Röntgenbild zu einem typischerweise leichten Hochstand und

einer Sklerosierung des Acromions sowie zur Ausbildung eines Acromions Typ III geführt habe.

Der Acromiontyp

sei naturgegeben. Eine Sklerosierung im Bereich des Acromions sei nicht

beweisführend für eine chronische Rotatorenmanschetteläsion (mit Hinweis auf Schweizer

Expertengruppe, Ledermann et al. 2019). Somit besteht weiterhin eine Unfallkausalität der

Infraspinatussehnenläsion. Die unfallbedingte Ausbreitung der

Rotatorenmanschettenläsion habe klinisch zu einer Pseudoparalyse geführt. Dies

sei als typische direkte klinische Antwort auf ein die Schulterfunktion plötzlich beeinträchtigendes Unfallereignis zu werten (Urk. 3/5). 4. 4. 1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Entscheid in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Beurteilung von Dr. E. ____

vom 11. April 2023 (Urk. 8/81). 4. 2

Dr. E. ____

erklärte in dieser Beurteilung, dass im Jahr 2012 eine articulareseitige Läsion der Supraspinatussehne mit einer interlaminären

Komponente vorliegen habe, die sich über eine ventrale transmurale Läsion (22. Juni 2018) zu einer postero-superioren Läsion (11. Juni 2021) entwickelt habe. Dies habe im konventionellen Röntgenbild vom 23. Juli 2021

typischerweise zu einem leichten Hochstand des Humeruskopfes mit einer Sklerosierung des Acromions sowie zur Ausbildung eines Acromions Typ III geführt. Parallel dazu sei ebenfalls und

sehr eindrücklich die Entstehung der dazugehörigen Muskelatrophie über die drei MRI sichtbar. Im

Supraspinatusmuskel zeige das letzte MRI vom 11. Juni 2021 als Folge der zunehmenden Degeneration

ein positives Tangenten-Zeichen und eine Volumenminderung im ventralen Anteil sowie eine Verfettung Grad 1 bis 2. Im Infraspinatusmuskel

sei eine leichte Volumenminderung und eine Verfettung

Grad 2 gegeben.

Bemerkenswert und schliesslich beweisend dafür, dass es sich hier um eine chronische degenerative

Rotatorenmanschettschädigung im Bereich der linken Schulter handle, seien die Berichte von Dr. G. ____, Orthopädische Chirurgie, aus Zürich. Dr. G. ____ schreibe

im ersten Bericht vom

21. Mai 2012, dass der Beschwerdeführer seit acht Jahren rezidivierend Schulterschmerzen links ohne Trauma

verspüre. Somit habe die Problematik im Bereich der linken Schulter c. a. im Jahr 2004 ohne Unfallursache begonnen.

Die Volumenminderung und die Verfettung des Infraspinatusmuskels, wie sie im MRI vom 11. Juni 2021 sichtbar würden, könnten

unmöglich in der Zeit zwischen dem Unfallereignis vom

26. April 2021 und dem MRI vom 11. Juni 2021

entstanden sein. Dies

sei eine klare Beweise dafür, dass die postero-superiore Rotatorenmanschettenläsion bereits seit langer Zeit bestanden haben müsste

(Urk.

8/81/1-2). 4.3

Diese fachärztliche Beurteilung von Dr. E.____

zu den Folgen des Unfallereignisses vom 26. April 2021 - in der Bagatellunfall-Meldung UVG vom 31. Mai 2021 war die Rede von einem Sturz auf einem Parkplatz mit Schlag auf die linke Schulter (Urk. 8/1, vgl. auch Urk. 8/68), im Arztzeugnis UVG des erstbehandelnden Dr. B.____ vom 21. August 2021 dagegen von einem Sturz auf der Treppe mit Anschlagen der linken Schulter (Urk. 8/15) - ist plausibel. Dr. E.____ setzte sich dabei auch ausführlich mit dem Bericht von Dr. F.____ vom 29. November 2021 auseinander und erläuterte in nachvollziehbarer Weise, dass im Jahr 2018

keine Partiaalläsion der Supraspinatussehne,

sondern bereits eine ventrale transmurale Läsion bestanden habe. Erstaunlicherweise habe Dr. F.____ nicht berücksichtigt, dass nicht nur die fettige Degeneration, sondern

auch die Atrophie der Rotatorenmanschettenmuskeln eine Abgrenzung zwischen einer akuten und

einer länger bestehenden Läsion der Muskelsehneneinheiten erlaube.

Zudem

sei eine zweitgradige Verfettung gegeben, sodass der Beobachtung von Dr.

F.____, der aufgrund der fehlenden Verfettung von einer frischen Läsion ausgehe, widersprochen werden müsse.

Der Bemerkung von Dr. F.____, dass allfällige Blutergüsse oder Ödeme drei Monate nach dem Unfallereignis bereits

wieder abgeheilt und im dann durchgeführten MRI nicht mehr zu sehen seien, könne zwar nicht widersprochen werden.

Allerdings sei es durch das Unfallereignis nicht zu frischen strukturellen Läsionen gekommen. Die Hinweise von Dr. F.____ bezüglich einer fehlenden höhergradigen Omarthrose und dass

eine drittgradige Retraktion der Rotatorenmanschette kein beweisführender Gegenstand für einen chronischen Vorschaden darstelle, würden

ins Leere laufen, da dies gar nicht als

Argument für das Vorliegen eines Vorschadens herangezogen worden sei (Urk. 8/81/2-3). Ebenfalls nachvollziehbar ist, dass Dr. E.____ im Rahmen seiner Argumentation auch berücksichtigte, dass Dr. G.____ im Bericht vom 21. Mai 2012 (Urk. 8/74/2)

seit ca. acht Jahren bestehende rezidivierende Schulterschmerzen links ohne Trauma erwähnte.

Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin die medizinischen Akten im Rahmen des Einspracheverfahrens vervollständigte – aktenkundig ist insbesondere auch der Operationsbericht der Klinik D.____ vom 14. Dezember 2021 (vgl. Urk. 8/63) - und die Beurteilung von Dr. E.____ vom 11.

April 2023 in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit sämtlichen relevanten Vorakten erging. Die Akten des früheren Schadenfalls vom 1. März 2018 sowie das vervollständigte Dossier zum Unfall vom 26. April 2021 stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 9. Februar 2023 zu (vgl. Urk. 8/78). Eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs ist unter diesen Umständen nicht ersichtlich. Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2012 einen weiteren Unfall erlitten haben soll, sind keine gegeben. Ein entsprechendes Dossier gibt es deshalb nicht.

Ebenfalls nicht zu beanstanden ist, dass Dr. E.____ eine Aktenbeurteilung vornahm, nachdem der Beschwerdeführer vorliegend fachärztlich untersucht und drei MRI (24. Mai 2012, Urk. 8/73/2; 22. Juni 2018, Urk. 8/39; 11. Juni 2021, Urk. 8/6)

durchgeführt worden waren. Betreffend die linke Schulter war damit ein lückenloser Befund respektive ein im Wesentlichen feststehender medizinischer Sachverhalt gegeben. Das Anstellungsverhältnis von Dr. E.____ zur Beschwerdegegnerin allein lässt ferner

rechtsprechungsgemäss nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (Urteil des Bundesgerichts 8C_37/2023 vom 12. Oktober 2023 E. 4.1; BGE 137 V 210 E).

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