

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00099 vom 11. April 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-04-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00099

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00099 du 11 avril 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00099 del 11 aprile 2024

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art.

E. 1.2

Die Unfallversicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den in Art. 6 Abs. 2 UVG aufgeführten Körperschädigungen (Knochenbrüche , Verrenkungen von Gelenken , Meniskusrisse , Muskelrisse , Muskelzerrungen , Sehnenrisse , Bandläsionen , Trommelfellverletzungen) , sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind.

Die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 UVG genannte Körperschädigung vorliegt, führt zur Vermutung, dass es sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Dieser kann sich aber von der Leistungspflicht befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen ist (Zusatzbotschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der Suva] vom 19. September 2014, BBl 2014 7922 7934 f.).

Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen - mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit - nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, das heisst im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50

%, auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnutzung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (E. 8.6 ; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C_52/2023 vom 6. Juli 2023 E. 2.2 und 8C_25/2023 vom 26. April 2023 E. 2.3).

E. 1.3

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 Versicherer 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 versicherungs internen 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

) anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht. In der Folge tätigte sie medizinische Abklärungen und holte unter anderem bei Kreisärztin Dr. med. A.____, Fachärztin für Chirurgie, wiederholte Stellungnahmen ein (Urk. 14/3

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk.

2) davon aus, dass sich am 11. November 2021 kein Unfall im Sinne von Art.

4 ATSG ereignet habe und, dass - gestützt auf die kreisärztlichen Stellungnahmen von Dr. A.____

- mit der Teilruptur der Supraspinatussehne bzw. der Rotatormanschette der linken Schulter zwar eine Listendiagnose gegeben, diese aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativer Natur sei (vgl. auch die Beschwerdeantwort vom 19. September 2023 [Urk. 12 S. 4-10] und die Duplik vom 19. Januar 2024 [Urk. 25]).

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) im Wesentlichen geltend, es handle sich beim Ereignis vom 11. November 2021 um einen Unfall. Allenfalls seien diesbezüglich ergänzende Abklärungen zu tätigen (S. 5-8 ; vgl. dazu auch die Replik vom 19. Dezember 2023 [Urk. 20]). Gemäss den Behandlern sei eine traumatische Ursache des Sehnenrisses überwiegend wahrscheinlich. An der diametral entgegengesetzten kreisärztlichen Beurteilung bestünden zumindest geringe Zweifel (S. 8-10; vgl. dazu auch die Eingabe des Beschwerdeführers vom 7. Juli 2023 [Urk. 7 S. 2 f.]). Zudem handle es sich um eine unzulässige Leistungseinstellung. Mit Schreiben vom 3. Dezember 2021 habe die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zunächst anerkannt gehabt. In der angefochtenen Verfügung werde denn auch erst mit Wirkung ab 7. April 2022 ein Anspruch auf Heilungskosten im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 11. November 2021 verneint. Inwiefern sich die gesundheitliche Situation ab 7. April 2022 gebessert habe, sei nicht ersichtlich (S. 11). 3. 3.1 3.1.1

In der

Schadenmeldung UVG vom 17. November 2021 (Urk. 14 / 1) notierte der Beschwerdeführer zum

Sachverhalt : «Beim aufheben einer Kiste bei Kopfhöhe, zog es mich nach links. Ich bemühte mich die Kiste noch festzuhalten, da spürte ich den Schmerz in meiner Schulter und liess die Kiste fallen ». 3.1.2

Im Fragebogen zum Ereignis beantwortete der Beschwerdeführer die Frage zur ausführlichen Schilderung des Vorfalles am 25. November 2021 (Urk. 14 /

E. 2.9

) in Bezug auf die Frage, ob die transmurale Ruptur der Supraspinatussehne überwiegend auf Abnutzung respektive Erkrankung zurückzuführen und damit degenerativer Natur

oder im Gegensatz dazu traumatischer Natur ist, diametral entgegen.

Sowohl Dr. A.____ als auch die behandelnden Fachärzte Prof. Dr. C.____

und med. pract . D.____

begründeten ihre Auffassungen für den medizinischen Laien nachvollziehbar, aber eben in gegensätzlicher Weise . Dr. A.____

erachtete die transmurale Ruptur der Supraspinatussehne als überwiegend degenerativ bedingt

gestützt auf die wissenschaftliche Literatur, aufgrund der nicht vorhandenen Kombinationsverletzung mit dem Musculus deltoideus oder dessen Sehne und der Supraspinatussehne (E. 3.2.6) und

aufgrund des

Vorliegens der gleichen Problematik bei der rechten Schulter (E. 3.2.8) . Sie erachtete das vorliegende Knochenmarködem als reaktive Folge von Abnutzung/Arthrose und deutete die vorliegende Bursitis subacromialis als Hinweis für eine Überlastungs- bzw. Abnutzungsproblematik (E. 3.2.8 und E. 3.2.10). Prof. Dr. C.____

und med. pract . D.____

waren dagegen dezidiert anderer Meinung und gingen von einer traumatischen Genese der Ruptur aus. Ihrer Ansicht nach sei die Sehne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, da die bildmorphologische Darstellung (MRI vom 25. November 2021) zu einem traumatischen Ereignis mit begleitendem Knochenödem, kurzstreckiger Sehnenverletzung ohne Retraktion und erhaltener Muskeltrophik ohne Verfettungszeichen passe (E. 3.2.3) und im zum Sehnenriss angrenzenden Knochen des Tuberculum majus ein Bone

Bruise sowie ein Flüssigkeitssaum in der Bursa oberhalb der Sehne (Bursa subacromialis) feststellbar gewesen seien , was gehäuft mit einem traumatischen Ereignis assoziiert werde (E. 3.2.5 und E. 3.2.9). Sie erachteten die Abwesenheit einer SLAP-Läsion nicht für ein Argument, welches automatisch gegen ein traumatisches Geschehen sprechen würde (E. 3.2.9). Ebenso wenig würdigten sie den Umstand, dass keine Kombinationsverletzung der

Musculi deltoideus und supraspinatus vorlag, als eindeutiges Zeichen gegen eine traumatische Genese (E. 3.2.9).

Dieser Expertenstreit lässt sich mit Blick auf die vorliegenden Akten durch das erkennende Gericht nicht entscheiden. 4.3.2

Gemäss ständiger Praxis ist zwar auf eine kreisärztliche Einschätzung ohne Weiteres abzustellen, so lange keine Zweifel an ihrer Richtigkeit bestehen. Bestehen allerdings auch nur geringe Zweifel , so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen beziehungsweise ist ein Gutachten einzuholen (E. 1 . 3). Vorliegend bestehen aufgrund der konkreten und differenzierten Einwände der behandelnden Fachärzte solche Zweifel , weshalb die Beschwerdegegnerin ein externes medizinisches Gutachten hätte einholen müssen (Urteil des Bundesgerichts 8C_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.3) . 4.3.3

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Sache nicht spruchreif ist. Es besteht weiterer Abklärungsbedarf. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. Mai 2023 (Urk. 2) ist

demzufolge aufzuheben und die Sache zur Einholung eines versicherungsunabhängigen Gutachtens und anschliessend neuen Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 5.

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als weitere Bemessungskriterien nennt § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Demzufolge ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung in der Höhe von Fr. 3'050.60 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) entsprechend dem geltend gemachten, angemessenen Aufwand seiner Rechtsvertreterin (Urk. 22) zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom

E. 5

, Urk. 14/131, Urk. 14/133 und Urk. 14/136). Nach der ersten Stellungnahme von Dr. A.____ vom 1. März 2023 (Urk. 14/35) teilte die Suva dem Versicherten am 23. März 2023 (Urk. 14/46) mit, dass die Leistungs zusage vom 3. Dezember 2021 unrichtig gewesen sei, da vorliegend weder ein Unfall noch eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne des Gesetzes vorliege, weshalb die Leistungen per 6. April 2022 eingestellt würden. Dagegen wandte der Versicherte am 13. Juni 2022 (Urk. 14/66) ein, dass der Unfallbegriff erfüllt sei und , falls die Suva dies verneinen würde, zumindest eine unfallähnliche Körperschädigung vor liege . Mit Verfügung vom 23. September 2022 (Urk. 14/94) forderte die Suva vom Versicherten die vom 11. November bis 19. Dezember 2021 erbrachten Taggeldleistungen zurück. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft (vgl. Urk. 2 S. 3 oben Ziff. I).

E. 6

Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Unfallversicherung (UVG) werden Versicherungsleistungen des Unfallversicherers bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetz es über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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.

E. 8

) folgen dermassen: « Beim aufheben einer Kiste bei Kopfhöhe, zog es mich nach links. Ich bemühte mich die Kiste noch festzuhalten, da spürte ich schmerz in meiner Schulter und liess die Kiste fallen ». Die Frage, ob sich dabei etwas Besonderes (Ausgleiten, Sturz, Anschlagen, usw.) ereignet e, verneinte der Beschwerdeführer. 3.1.3

In einer versicherungsinternen Notiz über ein Telefonat vom 28. Februar 2022 (Urk. 14 / 32) hielt die zuständige Sachbearbeiterin fest, der Beschwerdeführer habe zum Hergang folgende Angaben gemacht: « In meinem Lager wollte ich ein Paket etwas verschieben. Das Paket hatte in etwa die Grösse einer Bananenschachtel und wog ca. 20-25 kg, genau weiss ich das aber nicht. Die Schachtel war oben im Regal, ich muss mich auf der Leiter etwas strecken um dahin zu gelangen. Das Paket ist etwas nach links gerutscht und drohte, runterzufallen. Ich habe, ich glaube mit gestreckten Armen, versucht, das Paket aufzufangen. Leider ist mir das nicht gelungen und die Schachtel fiel runter ». 3.2 3.2. 1

Dr.

Z.____

führte zu m MRI

der linken Schulter vom 25. November 2021 (Urk. 14 / 6) aus, es sei kein Gelenkserguss im Schultergelenk

feststellbar, aber Flüssigkeit in der Bursa subacromialis, eine kurzstreckige transmurale Ruptur der Supraspinatussehne ventral und partiell vom Tuberculum majus abgehobene Unterfläche weiter dorsal; hier unter Einbezug von Infraspinatusanteilen mit konsekutiv etwas ausgedünnter Supraspinatussehne. Die Muskelqualität des Supraspinatus sei aber gut. Die restliche Rotatorenmanschette stelle sich intakt mit guter Muskelqualität dar. Die lange Bizepssehne verlaufe korrekt im Sulcus

bicipitalis. Soweit ohne intraartikulären Kontrast zu beurteilen, bestehe ein intakter Bizepsanker.

Erkennbar sei eine deutliche AC-Gelenksarthrose mit etwas Gelenkserguss, subchondralen Zysten vor allem am Akromion und deutlicher Kapselschwellung. Ebenso feststellbar seien ein bogenförmiges Akromion sowie im T1 ein reduziertes Signal im freien Intervall. Es bestünden Zeichen einer mindestens beginnenden Kapsulitis adhäsiva / frozen

shoulder. 3.2. 2

Kreisärztin

Dr. A.____

hielt in ihrer Stellungnahme vom 1.

März 2022 (Urk. 14/35) fest, es liege eine Körperschädigung vor, die vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sei. In der vorliegenden bildgebenden Diagnostik (MRI der Schulter links vom 25. November 2021) werde eine kurzstreckige transmurale Ruptur ventral in der Supraspinatussehne beschrieben bei deutlicher AC-Gelenksarthrose. In der wissenschaftlichen Literatur sei es unbestritten und mit einer 2019 veröffentlichten Arbeit von Lädermann und Mitarbeiterinnen bestätigt worden, dass die

meisten Läsionen der Rotatorenmanchette auf der Grundlage degenerativer Veränderungen entstünden und diese ebenso bei beschwerdefreien Personen festzustellen seien .

Mit den Leitlinien Rotatorenmanchette der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaft AWMF würden als Ursache einer Läsion neben einem geeigneten akuten

Trauma extrinsische und intrinsische Tendinopathien , repetitive Mikrotraumen, medikamentöse toxische Einwirkungen, Infektionen, Bestrahlung, Injektionen und Rauchen angegeben.

Das heisse , bis auf die akute Gewalteinwirkung, also dem erklärenden Trauma, entsprächen alle übrigen möglichen Ursachen einer vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführenden

Genese.

In Zusammenschau der vorliegenden Literatur sei die vorliegende kurzstreckige transmurale Ruptur

vorwiegend auf Abnutzung/

Erkrankung zurückzuführen und nicht als Listendiagnose zu werten, da sich Rotatorenmanschettenläsionen

entweder traumatisch auf dem Boden adäquater Unfallereignisse

entwickeln oder auf dem Boden einer degenerativen Genese entstünden .

Entsprechend vorliegender bildgebender Diagnostik (MRI Schulter links vom 25. November 2021) liege keine Listendiagnose vor. Es sei kein ossärer, ligamentärer oder durchgehender Sehnenriss oder Muskelriss/-zerrung nachweisbar (S. 1). 3.2. 3

Prof. Dr. med. C.____ und pract . med. D.____ von der Abteilung für Schulter- und Ellbogenchirurgie von der Klinik B.____ führten am 7. Juni 2022 (Urk. 14/66/3-5) aus, gestützt auf die MRI-Bildgebung vom 25. November 2021 der linken Schulter in der Praxis Dr. Z.____ lasse sich der Nachweis einer transmuralen Verletzung der Supraspinatussehne erbringen. Es zeige sich eine deutliche Kontrastmittel-Unterminierung im Sehnenverlauf.

Die im MRI dargestellte transmurale Ruptur der ventralen Supraspinatussehne sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit traumatischer Natur. Diesbezüglich bestehe eine klare Patientenanamnese mit einem zuzuordnenden

Verhebetauma . Auch die bildmorphologische Darstellung passe zu einem traumatischen Ereignis mit begleitendem Knochenödem, kurzstreckiger Sehnenverletzung ohne Retraktion und erhaltener Muskeltrophik ohne Verfettungszeichen. 3.2. 4

Am 2. November 2022 wurde der Beschwerdeführer an der Klinik B.____ an der linken Schulter operiert (Schulterarthroskopie mit Rotatorenmanschetten -Rekonstruktion und subpectoraler LBS- Tenodese , Akromioplastik und ACG-Co- Planening ; vgl. Operationsbericht vom 3. November 2022; Urk. 14/112) . Prof. Dr. C.____ und pract . med. D.____ notierten im Operationsbericht, glenohumeral seien regelrechte Knorpelüberzüge feststellbar. Ausser einem massigen chondral Print Sign

seien hier keine degenerativen Veränderungen dokumentierbar. Die lange Bizepssehne sei mit regelrechtem Ansatz . Es bestehe keine SLAP-Läsion . Der Sehnenverlauf sei nicht tendinopathisch

verändert .

Im Pulley -Bereich sei er medial intakt, lateral jedoch vollständig gerissen . Damit bestehe eine Bizeps sehneninstabilität . Die Subscapularis-Sehne sei unauffällig mit regelrechter Insertion. Bei der Supraspinatussehne sei eine transmurale Komplettruptur vom ventralen bis dorsalen Drittel mit minimaler Retraktion feststellbar. Die Infraspinatussehne und Teres minor würden regelrecht inserieren. Der inferiore Rezessus , das

posteriore Labrum, das inferiore Labrum und das anteriore Labrum seien unauffällig (S. 2) .
3.2. 5

In ihrem Schreiben «Versicherungsbericht vom 22.11.2022» vom 12. Dezember 2022 (Urk. 14/126) notierten Prof. Dr. C.____ und med. pract . D.____ , im MRI vom 25. November 2021 sei der Sehneneinriss eindeutig zu erkennen. Zusätzlich erschienen im angrenzenden Knochen des Tuberculum majus ein Bone

Bruise sowie ein Flüssigkeitssaum in der Bursa oberhalb der Sehne (Bursa subacromialis). Insgesamt sei damit festzuhalten, dass eine Traumaanamnese eindeutig bestehe. Zudem habe eine zeitnahe und präzise Diagnostik mittels MRI-Schnitt bildgebung stattgefunden. Hierbei sei eine Sehnenverletzung mit akuter Genese bei umgebendem Knochenödem und Flüssigkeitssaum in der Bursa zu identifizieren. Diese bereits früh und eindeutig diagnostizierte Sehnenruptur habe im Verlauf unter versuchter konservativer Therapie leider eine Rupturprogredienz gezeigt , hierzu liege ein Verlaufs-MRI vom 4. Oktober 2022 vor. Daraufhin hätten sie die Indikation für ein operatives Vorgehen gestellt, welches am 2. November 2022 planmässig durchgeführt worden sei. Bei Patientenalter unter 60 Jahren, eindeutiger Traumaanamnese und gut dokumentiertem Verlauf sei es aus ihrer Sicht nicht nachvollziehbar, warum nachträglich die Einschätzung durch den Unfallversicherer revidiert worden sei. Ihrer medizinischen Einschätzung nach sei die Sehnenverletzung mit der erfolgten Körperschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dem Unfallereignis zuzuschreiben. 3.2.6

In ihrer ärztlichen Beurteilung vom 3. April 2023 (Urk. 14/131) hielt Kreisärztin Dr. A.____ an ihrer Einschätzung vom 1. März 2022 (E. 3.2.2) fest, dass die vorliegende kurzstreckige transmurale Ruptur der Supraspinatussehne keinem durchgehenden Sehnenriss/ keiner durchgehenden

Supraspinatussehnenruptur entspreche und somit formal nicht als Listendiagnose beurteilt werden könne.

Zweitens sei intraoperativ im Operationsbericht vom 2. November 2022 (E. 3.2.4) keine SLAP II - bzw. SLAP IV-Läsion dokumentiert worden, bei welcher eine erneute Beurteilung einer Listendiagnose in Betracht gezogen hätte werden müssen. Ob eine Listendiagnose zu überprüfen sei bzw. die Unfallkausalität, obliege der Einschätzung der Administration. Gemäss Ereignisschilderung sei es beim Anheben einer Kiste über Kopf zu Schmerzen in der Schulter gekommen. Für das Anheben der Arme nach vorne Anteversion/über Kopf seien folgende Muskeln hauptsächlich beteiligt: Musculus deltoideus pars clavicularis , Musculus coracobrachialis , Musculus biceps brachii, Musculus pectoralis major , sodass bei dem angegebenen Vorgang in erster Linie in diesen

Muskeln eine Muskel zerrung/ ein Muskel riss hätte entstehen müssen. Nur wenn eine Kombinationsverletzung mit dem Musculus deltoideus oder dessen Sehne und der Supraspinatussehne gegeben wäre, könne eine tatsächliche traumatische Rotatorenruptur erwartet werden, welche im vorliegenden Fall nicht vorliege, da der Musculus deltoideus in der vorliegenden Bildgebung (MRI vom 25. November 2021) völlig unauffällig sei (S. 2 f.).
3.2.7

Am 13. April 2023 (Urk. 14/133) notierte Kreisärztin Dr. A.____, nach nochmaliger Durchsicht der vorliegenden medizinischen Akten und bildgebenden Diagnostik müsse sie ihre Einschätzung vom 1. März 2022 (E. 3.2.2) insofern revidieren, dass aufgrund der bildgebenden Diagnostik eine Teilruptur der Rotatorenmanschette /Supraspinatussehne vorliege und entsprechend formal eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG bestehe. Diese Sehnenveränderung sei vorwiegend auf Abnutzung zurückzuführen, wie sie am 1. März 2022 beurteilt und begründet habe. 3.2.8

Am 9. Mai 2023 (Urk. 14/136) hielt Kreisärztin Dr. A.____

auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin fest, aus ihrer Sicht sei die vorliegende transmurale Ruptur der Supraspinatussehne überwiegend wahrscheinlich degenerativer Natur. Es liege nämlich in der vorliegenden bildgebenden Diagnostik (MRI der Schulter links vom 25. November 2021) auch eine deutliche AC-Gelenksarthrose mit subchondralen Zysten und Kapselschwellung vor. Die Supraspinatussehne schliesse den Oberarmkopf flächig wie eine Manschette ein, liege unter dem knöchernen Schulterdach und zwischen zwei gegeneinander beweglichen Knochen, sodass die Supraspinatussehne durch ihre eingegengte Lage am häufigsten von einer Degeneration/ einem Verschleiss durch das Impingementsyndrom betroffen sei. Durch die vorliegende deutliche AC-Gelenksarthrose im vorliegenden MRI der Schulter links vom 25. November 2021 liege sicherlich eine Impingementkonstellation bzw. eine Einengung des subakromialen Raums vor, welche zu einer verstärkten Reibung durch das Akromion am Schulterdach und zu einer Sehnenreizung und vorzeitigem Verschleiss der Sehne führe. Diese Konstellation werde auch untermauert durch die vorliegende Bursitis subacromialis, welche in das pathognomonische Geschehen eingeschlossen sei. Des Weiteren zeigten epidemiologische Studien, dass die Prävalenz der kompletten Rotatorenmanschettenruptur signifikant mit zunehmendem Alter steige. Entsprechend liege sie im 5. Lebensjahrzehnt etwa bei 13 % und im 6. Lebensjahrzehnt bei 30 %. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer im Bereich der rechten Schulter bereits 2019 die gleiche Problematik mit einer transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne bei im Vergleich des AC-Gelenks geringerer Arthrose-Ausmass gehabt. In Zusammenschau, da in etwa an beiden Schultergelenken eine gleiche/ähnliche Konstellation vorliege, könne man davon ausgehen, dass es sich überwiegend wahrscheinlich um eine degenerative, altersbedingte Veränderung handle (S. 1).

Weiter notierte Dr. A.____ zu den Aussagen von Prof. Dr. C.____ vom 7. Juni und 12. Dezember 2022 («Zusätzlich erscheint im angrenzenden Knochen des Tuberculum majus ein Bone

Bruise, sowie ein Flüssigkeitssaum in der Bursa oberhalb der Sehne [Bursa subacromialis] » und «Auch die bildmorphologische Darstellung passt zu einem traumatischen Ereignis mit begleitetem Knochenödem»), nach nochmaliger Durchsicht der bildgebenden Diagnostik Schulter links vom 25. November 2021 stelle sich ein begleitendes Knochenmarködem geringen Ausmasses im Bereich des Humeruskopfs/Tuberculum majus

dar sowie ausgeprägt im Bereich des AC-Gelenks. Aus ihrer Sicht entspreche dies einem reaktiven Knochenmarködem, welches als Folge einer Abnutzung/Arthrose entstehe. Weshalb Prof. Dr. C. ___ nur das leichte Knochenmarködem am Tuberculum majus erwähne, jedoch nicht das ausgeprägtere Knochenmarködem im Bereich der AC-Gelenksarthrose, sei nicht erklärbar. Der dargestellte Flüssigkeitssaum im Bereich der Bursa sei als Reizzustand anzusehen und komme häufig bei Überlastung infolge von ungewohnten, kraftintensiven sich wiederholenden Bewegungen vor oder bei Verschleiss.

Ein Bone

bruise sei eine Verletzung des Knochens, die durch direkte stumpfe Gewalteinwirkung, zum Beispiel Sturz oder Anstossen an einem harten Gegenstand, entstehe. In der vorliegenden Her gangsschilderung werde weder ein Sturz noch ein Anschlagen der Schulter dokumentiert.

Bei einem Knochenmarksödem liege eine vermehrte Flüssigkeitsansammlung im Knochen vor, welche in der Magnetresonanztomografie hell aufleuchte. Es gebe mehrere Arten von Knochenmarksödemen. Entsprechend könne nicht davon ausgegangen werden, dass jedes Knochenmarködem gleich bedeutend sei mit einer Traumafolge. Sondern es trete häufiger wegen anderer Faktoren auf (S. 2).

Dr. A. ___ schloss, in Zusammenschau halte sie an ihrer Stellungnahme fest, dass die vorliegende transmurale Supraspinatussehnenruptur links überwiegend wahr scheinlich degenerativer Natur sei, da die Veränderungen an beiden Schultergelenken vorkämen, eine deutliche AC-Gelenksarthrose links vorliege, welche zu einer Einengung des Subakromialraums führe, und das vorliegende Knochenmarködem aus ihrer Sicht reaktiv als Folge von Abnutzung/Arthrose sei. Auch die vorliegende Bursitis subacromialis deute auf eine Überlastungs-/Abnutzungsproblematik hin (S. 3). 3.2.

E. 9

In ihrer mit Beschwerde eingereichten Stellungnahme vom 4. Juli 2023 (Urk. 8) führten Prof. Dr.

C. ___ und med. pract. D. ___ aus, Dr. A. ___ begründe ihre Ansicht mit einer deutlichen AC-Gelenksarthrose, subchondralen Zysten und einer Kapselschwellung im AC-Gelenk. Sie möchten diesbezüglich darauf hin weisen, dass die Supraspinatussehne nicht am AC-Gelenk ansetze, sondern Teil des glenohumeralen Gelenkes sei. Der aus ihrer Sicht einzige plausible Einwand wäre der eines ausgeprägten subklavikulären Osteophyten. Dieser sei weder in der Bildgebung vom 25. November 2021 noch in der Bildgebung vom 4. Oktober 2022 verifizierbar. Bezüglich der erwähnten Zeichen eines Flüssigkeitssaums in der Bursa und einer Knochenmarködembildung / Bone

Bruise - Bildung im Tuberculum majus sei festzuhalten, dass diese gehäuft mit einem traumatischen Ereignis assoziiert seien, dennoch nicht exklusiv bei diesem aufträten. Sicherlich sei jedoch nicht bei Auftreten eines Bone

Bruises oder einer ödematösen Bursa automatisch auf ein degeneratives Geschehen zu schliessen. Auch

spreche die Abwesenheit einer SLAP-Läsion nicht automatisch für ein nicht traumatisches Geschehen. Letztlich sei die Annahme von Dr. A. ___ , dass eine rein isolierte Aktivierung des Musculus deltoideus, des Musculus coracobrachialis und Musculus biceps

brachii sowie Musculus pectoralis major bei Arbeiten vor dem Körper und über der Horizontale n auszugehen sei, schlichtweg nicht korrekt. Der Musculus supraspinatus sei zusammen mit dem Musculus deltoideus die hauptbeteiligte Muskulatur der Armabduktion, dies insbesondere in der Scapula ebene , welche sich in ca. 30° im Vergleich zur Körperhorizontalen befinde. Die Angabe, dass nur bei einer Kombinationsverletzung mit dem Musculus deltoideus und dem Musculus supraspinatus eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion vorliegen könne, sei nicht nachvollziehbar und unbegründet. Aus dem klinischen Alltag heraus könne berichtet werden, dass auch eine traumatische Rotatoren manschettenruptur in praktisch allen Fällen isoliert und ohne Begleitruptur des Musculus deltoideus vorliege. 3.2.

E. 10

Nach Vorlage der Stellungnahme von Prof. Dr. C.____ und med. pract . D.____ vom 4.

Juli 2023 (E. 3.2. 9) hielt Kreisärztin Dr. A.____ am 15. August 2023 (Urk. 14/152) fest, es sei ihr natürlich bewusst, dass der Musculus supraspinatus seinen Ursprung an der Fossa supraspinata /Fascia supraspinata habe und seinen Ansatz an der oberen Fazette des Tuberculum majus und nicht am AC-Gelenk s ans a tz, dies habe sie in keiner Beurteilung so beschrieben. Durch seinen Verlauf verlaufe der Musculus supraspinatus subakromial . Dies sei ein knöcherner Kanal zwischen Oberarmkopf und Schulterblatthöhe. Dabei könne es durch Entzündung des Gleitgewebes/Schleimbeutel s und bei Ausbildung einer AC-Gelenksarthrose zu einem Engpass in diesem Bereich kommen, welcher im zeitlichen Verlauf zur Schädigung der Supraspinatussehne führe. Im vorliegenden Fall hätten sich bereits bildmorphologisch im MRI der Schulter links vom 25. November 2021 eine Bursitis subacromialis sowie eine deutliche AC-Gelenks arthrose mit Kapselschwellung gezeigt, welche für eine Einengung des Subakromialraums verantwortlich sei und im zeitlichen Verlauf zum vorliegenden Sehnen Schaden an der Supraspinatussehne geführt habe. Von Seiten Prof. Dr. C.____ s wäre die Veränderung der Supraspinatussehne im Rahmen eines Engpasssyndroms nur bei einem ausgeprägten subklavikulären Osteophyten gegeben, dies entspreche nicht dem gängigen anatomischen/patho physio logischen Wissensstand. Hier werde eindeutig vermerkt, dass ein Engpass - Syn drom an der Schulter durch eine Bursitis, AC-Gelenksarthrose und Kapsel schwellung hervorgerufen werden könne (S. 1 f.) .

Weiter führte

Dr. A.____ aus , sie gebe Prof. Dr. C.____ recht, dass Knochen marksödembildungen / Bone bruise nicht exklusiv bei traumatischen Ereignissen aufträten, ebenso auch, dass eine ödematöse Bursitis nicht automatisch auf ein degeneratives Geschehen schliessen lasse. Jedoch im Gesamtkontext im vorlie genden Fall bleibe sie bei ihrer Einschätzung, dass das dargestellte Knochen marksödem sowie die ödematöse Bursaveränderung wahrscheinlich degenerativ bedingt seien. Auch stimme sie Prof. Dr. C.____ zu, dass das Fehlen einer SLAP-Läsion nicht automatisch für ein nicht traumatisches Geschehen spreche. Dies habe sie aber so auch nicht behauptet. Prof. Dr. C.____ nehme nochmals Bezug auf ihre Beurteilung vom 3. April 2023, wobei hier von zwei unterschiedlichen Sachverhalten ausgegangen werde. Sie habe das Bewegungsausmass der Ante version beschrieben, da der Beschwerdeführer ja eine Tätigkeit über Kopfhöhe absolviert hab e, während Prof. Dr. C.____ den Bewegungsablauf einer Abduktion in den Vordergrund stelle und somit die Abduktion mit der Anteversion verglichen werde. Sie gebe Prof. Dr. C.____ recht, dass der Supraspinatus zusammen mit dem Musculus deltoideus die hauptbeteiligte Muskulatur der

Armabduktion entspreche, da beides Abduktoren seien. Vereinfacht ausgedrückt bedeute Abduktion den Arm vom Körper seitlich abzuspreizen, während Anteversion bedeute, den Arm nach vorne anzuheben.

Somit seien die Aussagen bezüglich der Armabduktion von Prof. Dr. C. ___ richtig, jedoch habe sie in ihrer Beurteilung nicht die Abduktion, sondern die Anteversion beschrieben.

In Zusammenschau der vorliegenden Aktenlage halte sie an ihrer Stellungnahme fest, dass die

vorliegende transmurale Supraspinatussehnenruptur überwiegend wahrscheinlich auf eine Abnutzung zurückzuführen bzw. degenerativer Natur sei (S. 2). 4.

4.1

4.1.1

Laut Sachverhaltsschilderung in der Schadenmeldung vom 17. November 2021

(E. 3.1.1) - es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer diese selbst ausgefüllt hat («ich»-Form) - und

im

Fragebogen vom 25. November 2021 (E. 3.1.2) hat

dieser

beim Aufheben (Hochheben) einer Kiste auf Kopfhöhe, wobei es ihn nach links zog, einen Schmerz in der linken Schulter verspürt, sodass er die hochzuhebende Kiste fallen liess.

Demgemäss zog sich der Beschwerdeführer die Beschwerden beim Hochheben zu. Bei einem Telefonat rund drei Monate später passte er dann seine Sachverhaltsschilderung so an, dass er in seinem Lager auf einer Leiter stehend ein bananenschachtelgrosses Paket von ca. 20-25 kg

verschieben wollte, welches sich auf einem Regal befand, wobei dieses nach links gerutscht sei, runterzufallen drohte und

er dann versuchte habe,

dieses mit gestreckten Armen aufzufangen, was ihm nicht gelungen sei (E. 3.1.3).

Bei der letzten Schilderung, welche der Beschwerdeführer vertreten durch seine Rechtschutzversicherung bei der Eingabe am 13. Juni 2022 (Urk. 14/66) bestätigte, handelt es sich nicht um eine Präzisierung der ursprünglichen Aussage, sondern vielmehr um eine Änderung der Sachverhaltsschilderung weg von einem Hochheben, hin zu einem Verschieben, allenfalls gar reflexartigen Nachfassen.

Dazu ist festzuhalten, dass die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts praxisgemäss in der Regel auf die sogenannten Aussagen der ersten Stunde abstellen, denen in beweismässiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 143 V 168 E. 5.2.2, 121 V 45 E. 2a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis). Grundsätzlich ist demnach also von einem Hochheben einer Kiste /eines Paketes

als massgebliche m

Geschehensablauf auszugehen.

Eine erneute Befragung des Beschwerdeführers zum Hergang vom 11. November 2021 - wie beschwerdeweise beantragt (Urk. 1 S. 2) - erweist sich als nicht notwendig. So liegt das

besagte Ereignis

bereits rund

zwei einhalb Jahre zurück. Gerade in Anbetracht der verstrichenen Zeit wäre n von einer Befragung keine neuen , über die von ihm bereits getätigten Angaben hinausgehenden , präzisere n

Antworten zu erwarten. Mit den zeitnahen Sachverha l tswiedergabe n im Anmel deformular und im Fragebogen zur ausführlichen Schilderung zum Geschehens ablauf sowie dem folgenden Telefonat hat er zudem bereits hinreichend

die Möglichkeit wahrgenommen , sich zu den Umständen zu äussern.

Wie die folgenden Ausführungen zeigen, spielt es vorliegend aber angesichts der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auch keine Rolle, ob nun von einem Auf heben (Hochheben) auf Kopfhöhe, einem Verschieben oder gar einem reflex artigen Nachfassen einer Kiste/eines Pakets ausgegangen wird . 4.1.2

Der für die Erfüllung des Unfallbegriffs im Rechtssinne notwendige äussere Faktor kann vorliegend nur in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Eine solche liegt dann vor, wenn der Bewegungsablauf durch eine gewisse Programm widrigkeit, wie Stolpern, Ausgleiten oder Anstossen gestört wird , was aber vom Beschwerdeführer im Fragebogen zum U n fallvorgang am 25. November 2021 (E. 3.1.2) ausdrücklich verneint wurde. Ebenso wenig gab er etwa an, auf der Leiter aus dem Gleichgewicht gekommen oder runtergefallen zu sein . Bei gewissen typischen Gesundheitsschäden, die erfahrungsgemäss auch als alleinige Folgen von Krankheit, namentlich von vorbestehenden degenerativen Verände rungen eines Körperteils innerhalb eines normalen Geschehensablaufs eintreten können - wie dies insbesondere auch bei der vorliegenden Ruptur der Supraspinatussehne der Fall ist (vgl. E. 3.2.2) - , muss das Begriffsmerkmal der Aussergewöhnlichkeit besonders deutlich erfüllt beziehungsweise die Schädigung unter besonders sinnfälligen Umständen gesetzt worden sein. Dasselbe gilt für körpereigene Traumen, das heisst für Schädigungen infolge einer im Körper innern vor sich gehenden Krafteinwirkung. Die unmittelbare Ursache der Schädigung muss in diesen Fällen entweder die Folge einer bestimmten sinn fälligen Überanstrengung sein oder unter besonders sinnfälligen Umständen gesetzt worden sein . Die Ungewöhnlichkeit ist etwa zu bejahen, wenn beim Heben oder Verschieben einer Last ein ganz ausserordentlicher Kraftaufwand erfolgt und zu einer Schädigung führt. Es ist jedoch von Fall zu Fall zu prüfen, ob die Anstrengung im Hinblick auf Konstitution und berufliche oder ausserberufliche Gewöhnung der betreffenden Person ausserordentlicher Art war (Urteil des Bundesgerichts 8C_395/2020 vom 28. September 2020 E. 4.2).

Auch eine Nachfassbewegung ist als solche weder ungewöhnlich noch in besonderer, einem Ausgleiten oder einem Stu r z vergleichbarer Weise geeig ne t, zu einer unphysiologischen Belastung einzelner Muskeln oder Muskelgruppen zu führen. Das Vorliegen eines ungewöhnlichen äusseren Faktors ist auch nicht bereits deshalb zu bejahen, weil die

Bewegung reflexartig ausgeführt wurde (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 360/02 vom 9. Oktober 2003 E. 3.4). 4.1.3

Das Aufheben oder Verschieben eines Pakets auf einem Regal oder auch das reflexartige Nachfassen bei einem fallenden Paket stellen

damit keinen ausser gewöhnlichen schädigenden äusseren Faktor dar. Ein solcher könnte daher nur in einer Überanstrengung bestehen, welche beim Aufheben oder Verschieben der Kiste/ des Paketes oder dem geltend gemachten reflexartigen Auffangversuch eingetreten sein könnte . Beim Aufheben, Verschieben oder Auffangen stellt die Rechtsprechung in aller Regel entscheidend auf die beteiligten Gewichte ab . Gemäss Angaben des Beschwerdeführers dürfte die Kiste/ das Paket zwischen 20 und 25 kg schwer gewesen sein (E. 3.1.3) . Damit kann angesichts der bundes gerichtlichen Rechtsprechung nicht von einer ungewöhnlichen Überanstrengung gesprochen werden , welche diese bei Gewichten von 25-30 kg (Nachfassen bei einer abrutschenden Vakuumstufe) oder 60 kg (Heben eines Papierstapels und reflexartiges Nachfassen, als dieser in sich zusammenfallen drohte) und gar bei Gewichten von 100 kg (Nachfassen bei einem weggleitenden Radiator)

verneint hat (vgl. dazu etwa die Urteile des vormaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 360/02 vom 9. Oktober 2003 E. 2.1 sowie E. 3.4 und U 144/06 vom 23. Mai 2006 E. 2.2 mit zahlreichen Hinweisen sowie das Urteil des Bundesgerichts 8C_395/2020 vom 28. September 2020 E. 4 ; vgl. auch Kieser, ATSG- Kommentar , 4. Aufl. 2020, N 56 f. zu Art. 4) . Darüber hinaus darf davon ausgegangen werden, dass es sich der Beschwerdeführer als Dachdecker gewohnt war, Gewichte in dieser Grössenordnung zu tragen und in die Höhe zu heben. Die Beschwerdegegnerin ist demnach zu Recht davon ausgegangen, dass der Unfallbegriff nicht erfüllt ist. 4.2

Die mittels Bildgebung vom 25. November 2021 (E. 3.2.1) festgestellte trans murale Ruptur der Supraspinatussehne , welche am 2. November 2022 operativ saniert wurde (E. 3.2.4), fällt unter die in Art.

6 Abs.

2 UVG aufgelisteten Körperschädigungen im Sinne von Sehnenverletzungen (lit . f) , wie dies auch von Kreisärztin Dr. A.____ ausdrücklich anerkannt wurde (E. 3.2.7) .

Demnach muss die Behandlung vom Unfallversicherer übernommen werden, sofern nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, dass die Körperschädigungen zu mehr als 50 % auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen sind (vgl. vorstehend E.

1.2). 4.3 4.3.1

Die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. A.____

(E. 3. 2.2., E. 3.2.6-8 und E. 3.2.10) stehen den Beurteilungen der behandelnden Fachärzte Prof. Dr. C.____ und med. pract . D.____ (E. 3. 2.3, E. 3.2.5 und E. 3.

E. 12

. Mai 2023 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfähre

und hernach über ihre Leistungspflicht neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'050.60 (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie Schwarz - Suva - Bundesamt für Gesundheit 5.

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
GräubMüller

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