

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00120 vom 1. Juli 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-07-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2023.00120](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00120)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00120 du 1 juillet 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00120 del 1 luglio 2024

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1960, war seit April 2021 als Reiseleiter bei der Y.\_\_\_\_ AG angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 12. April 2022 stürzte er gemäss Schadenmeldung vom 1. Juli 2022 beim Skifahren auf die rechte Schulter (Urk.

7/1). Am 22. April 2022 suchte der Versicherte aufgrund persistierender Schulterbe schwer den Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, auf. Dieser hielt in seinem der Suva am 8. September 2022 elektronisch übermittelten Arztzeugnis fest, der Versicherte habe sich beim Sturz vom 12.

April 2022 eine Hirnerschütterung und eine Schulterdistorsion rechts mit traumatischer Ruptur der Supraspinatussehne zugezogen. Geplant sei eine operative Versorgung der Schulterverletzung in der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ sowie eine neurologische Untersuchung aufgrund unklarer Synkope (Urk.

7/26 /2

### 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 Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art.

16

Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des Referenzalters ereignet hat (Art.

18

Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden

kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

### **E. 1.2.1**

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

### **E. 1.2.2**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_640/2022 vom 9. August 2023 E. 3.4).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (vgl. BGE 138 V 248 E. 4, 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/bb mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_640/2022 vom 9. August 2023 E. 4).

### **E. 1.3**

Praxisgemäss entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der

Gesundheitsschaden also nur noch und aus schliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast

anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 mit Hinweisen; zur Publikation vorgesehene Urteile des Bundesgerichts 8C\_434/2023, 8C\_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.2 mit Hinweisen). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

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

#### **E. 1.4.1**

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 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).

#### **E. 1.4.2**

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und

zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderen Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.). 2. 2.1 2.1.1

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Einspracheentscheid aus, strittig und zu prüfen sei die Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung per 12. Juli 2022. Der Entscheid stütze sich auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_, der bezüglich der Kausalitätsfrage zur Schlussfolgerung gelangt sei, der Kausalzusammenhang sei zu verneinen, da sich der Beschwerdeführer bezüglich der Unfallfolgen am 22. April 2022 und damit erst rund zwei Wochen nach dem Vorfall in ärztliche Behandlung begeben und zwischenzeitlich bereits wieder Fahrradtouren unternommen habe, weswegen von einer nur vorübergehenden Verschlimmerung auszugehen sei. Auch die prä- und die intraoperativen Befunde bestätigten diese Annahme. Da rechtsprechungsgemäss auch Beurteilungen versicherungsinterner Experten Beweiseignung zukomme, könne auf die Schlussfolgerungen von Dr. B.\_\_\_\_ abgestellt werden und es sei vom Eintritt des status quo sine am 12. Juli 2022 auszugehen, was die Einstellung der bis dahin gewährten Versicherungsleistungen rechtfertige (Urk. 2 S. 4 ff.). 2.1.2

In der Beschwerdeantwort vom

### **E. 3**

). Auf Veranlassung von Dr.

Z.\_\_\_\_ untersuchten die Ärzte der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ den Verstorbenen am 18.

Juli 2022. Im Bericht vom 19. Juli 2022 nannten sie

insbesondere gestützt auf den MRI-Befund vom 9.

Juni

2022

(vgl. Urk. 7/23)

als Diagnose eine traumatische Ruptur der Supraspinatussehne rechts nach Skisturz am 12.

April 2022 und bestätigten die Notwendigkeit einer operativen Versorgung (Urk. 7/24/2 f.). Diese fand am 28.

Juli 2022 im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ in Form einer arthroskopischen

Rekonstruktion der rechten Rotatorenmanschette statt (Urk. 7/9/2-3). Der Austritt am 30. Juli 2022 erfolgte in guten Allgemeinzustand, mit intakter Sensomotorik und mit reizlosen Wundverhältnissen (Urk. 7/25/2-3). Anlässlich der Kontrolle sechs Wochen postoperativ vermerkten die Ärzte der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ einen erfreulichen Verlauf bei reizlosen Hautverhältnissen, bei guter Beweglichkeit und Beschwerdefreiheit. Die Ärzte empfahlen eine Aktivierung der Schulterbeweglichkeit ohne Belastung für die kommenden sechs Wochen und hernach den Belastungsaufbau mittels Physiotherapie (Urk. 7/32/2-3; vgl. auch Urk. 7/33 ff.). Im weiteren Verlauf holte die Suva von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für

Allgemeinmedizin, die versicherungsmedizinische Stellungnahme vom 1.

Februar 2023 ein (Urk. 7/47/1-2) und teilte dem Versicherten anschliessend mit Schreiben vom 7. Februar 2023 mit, sie gehe davon aus, die Folgen des Unfall ereignisses vom 12. April 2022 seien drei Monate später abgeheilt gewesen. Per 12. Juli 2022 würden die Leistungen eingestellt. Insbesondere die Kosten der Operation vom 28. Juli 2022 könnten nicht zu Lasten der Unfallversicherung übernommen werden (Urk. 7/48). Nach Einholung eines Berichts des behandelnden Arztes der Universitätsklinik A.\_\_\_\_, Dr. med. C.\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie, vom 3. März 2023 (Urk. 7/63/2-3) bestätigte die Suva mit Verfügung vom 22. Februar 2023 die Leistungseinstellung per 12.

Juli

2022 auch formell (Urk. 7/59). Gegen die Verfügung erhob der Krankenversicherer des Versicherten, die Swica Krankenversicherung AG, am 13.

März 2023 vorsorglich Einsprache (Urk.

7/77), zog diese am 28. März 2023 aber wieder zurück (Urk.

7/81). Am 14. März 2023 hatte auch der Versicherte Einsprache gegen die Verfügung vom 22. Februar 2023 erhoben (Urk. 7/73/1; vgl.

auch Urk.

7/80/1). Mit Einspracheentscheid vom 4. Juli 2023 wies die Suva die Einsprache ab (Urk.

7/85 = Urk. 2). 2.

Gegen den Einspracheentscheid vom 4. Juli 2023 erhob der Versicherte am 22.

August 2023 Beschwerde mit dem Antrag, in Aufhebung des angefochtenen Entscheides sei die Suva zu verpflichten, ihm die gesetzlichen UVG-Leistungen (Taggeld/Heilbehandlung/Invalidenrente/Integritätsentschädigung) auszurichten. Eventualiter sei die Suva zu verpflichten, über die Frage der Unfallkausalität eine unabhängige Begutachtung in die Wege zu leiten. Gestützt auf jenes Gutachten sei über den Anspruch auf UVG-Leistungen ab 12. Juli 2022 neu zu verfügen (Urk. 1). In der Vernehmlassung vom 4. September 2023 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Davon wurde dem Beschwerdeführer am 5.

September 2023 Kenntnis gegeben (Urk. 8). Mit Eingaben vom 26. September 2023 (Urk. 9), vom 11. respektive 19. Januar 2024 (Urk. 17, Urk. 21) und vom 20.

März 2024 (Urk. 29) reichte der Beschwerdeführer

drei Stellungnahmen von Dr.

C.\_\_\_\_

vom 11. September 2023 (Urk. 10/1), vom 13. Dezember 2023

(Urk. 18 = Urk. 22) und vom 18. März 2024 ein (Urk. 30/2).

Diese wurden der Beschwerdegegnerin zugestellt (Urk.

11, Urk. 19, Urk. 23, Urk. 31). Zur Stellungnahme von Dr.

C.\_\_\_\_ vom 11.

September 2023 äusserte sich Suva-Arzt Dr.

B.\_\_\_\_ am 16. Oktober 2023 (Urk. 14) und zur Stellungnahme von Dr.

C.\_\_\_\_

vom 13.

Dezember 2023 äusserte sich Suva - Arzt Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Speziell Allgemeine Chirurgie und Traumatologie, am 9. Februar 2024 (Urk. 27). Die ärztlichen Darlegungen reichte die Suva am 18. Oktober 2023 sowie am 15. Februar 2024 dem Gericht ein (Urk.

13, Urk.

26) und diese wurden jeweils dem Beschwerdeführer zugestellt (Urk.

15, Urk. 28). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Am 12. April 2022 stürzte der Beschwerdeführer beim Skisport auf die rechte Schulter (Urk. 7/1). Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers ereignete sich der Sturz ohne Fremdeinwirkung. Die herbeigerufene Pistenrettung verzichtete nach einer kurzen Einschätzung auf die Überweisung in ein Spital (Urk. 7/2 / 1). Erst am 22. April 2022 suchte der Versicherte aufgrund persistierender Schulterbeschwerden Dr. Z.\_\_\_\_ auf, der als Folge des Sturzes ein Ereignis vom 12.

April 2022 eine Hirnerschütterung und eine Schulterdistorsion rechts mit traumatischer Ruptur der Supraspinatussehne diagnostizierte (Urk. 7/26/2-3). Die Diagnose einer Ruptur der Supraspinatussehne bestätigte die MRI- Untersuchung vom 9. Juni 2022 (Urk. 7/23). Die als notwendig beurteilte operative Versorgung der Schulterverletzung (Urk. 7/24/2 f.) fand unter Führung von Dr.

C.\_\_\_\_

am 28. Juli 2022 in der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ in Form einer arthroskopischen Rekonstruktion der rechten Rotatorenmanschette statt (Urk.

7/9/2-3). Dieser Sachverhalt ist dokumentiert und im Übrigen unbestritten.

### **E. 3.2**

Unstrittig ist ferner die Qualifikation des Sturzes beim Skifahren am 12. April 2022 als Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG. Die Beschwerdegegnerin anerkannte zunächst ihre Leistungspflicht hinsichtlich der erlittenen Sturzfolgen.

In Bezug auf die nach dem 12. Juli 2022, mithin drei Monate nach dem Sturzereignis weiterhin vorhandenen rechtsseitigen Schulterbeschwerden stellte sie sich im Verlauf allerdings auf den Standpunkt, es lägen keine Unfallfolgen mehr vor, weswegen insbesondere für deren ärztliche Behandlung keine Leistungspflicht mehr bestehe, was sie dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 7. Februar 2023 mitteilte

(Urk. 7/48) und woran sie hernach mit Verfügung vom 22. Februar 2023 (Urk. 7/59) respektive dem angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) festhielt.

### **E. 3.3**

Die Beschwerdeführerin betonte im Einspracheentscheid, die Formel « post hoc ergo propter hoc », gemäss der gesundheitlichen Beschwerden als durch den Unfall verursacht

gelten, weil sie nach diesem aufgetreten sind, könne nicht als Beweis gelten (Urk. 2 S. 3). Dieser Grundsatz ist zutreffend (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb ; vgl.

auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_244/2023 vom 19. Oktober 2023 E. 5.1 mit Hinweisen). Somit kommt dem Standpunkt des Beschwerdeführers und von Dr.

C.\_\_\_\_, dass vor dem Unfall in Bezug auf die rechte Schulter weder Funktionsbeeinträchtigungen noch Schmerzen vorhanden gewesen seien (Urk. 1 S. 7 Rz 19, Urk. 7/63/2), beweisrechtlich keine massgebliche Bedeutung zu.

### **E. 3.4**

Bei der Prüfung der Unfallkausalität der über den 12. Juli 2022 hinaus bestehenden rechtsseitigen Schulterbeschwerden fällt ins Gewicht, dass für eine anspruchsaufhebende Tatsache, das heisst das Entfallen des Unfalls als natürliche Ursache der weiterhin geklagten Beschwerden, mithin für den Eintritt des Satus quo sine/ante, die Beschwerdegegnerin beweispflichtig ist (vgl. vorstehende E.

1.3) . 4.

### **E. 4**

September 2023 hielt die Beschwerdegegnerin fest, der Versicherungsmediziner habe in sorgfältiger und überzeugender Weise dargelegt, weswegen die Schulterbeschwerden rechts nicht mehr unfallkausal, sondern ausschliesslich auf den krankhaften resp. anlagebedingten Vorzustand zurückzuführen seien. Dafür spreche, dass erst zehn Tage nach dem Vorfall ein Arzt aufgesucht worden sei und bereits zwei Monate nach dem Unfall eine ausgeprägte Retraktion der Supraspinatussehne feststellbar gewesen sei. Aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei, lasse sich nichts in Bezug auf die Frage des Kausalzusammenhanges ableiten (Urk.

#### **E. 4.1**

Zur Kausalität hielt

Suva-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 1.

Februar 2023 fest, der Unfall habe keine strukturelle Läsion zur Folge gehabt. Insbesondere sei der Schaden, welcher operiert wurde, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen, denn im Falle einer akut-traumatischen Zerreissung der Supraspinatussehne wäre zusätzlich zu einer unmittelbaren Schmerzsymptomatik auch eine akute funktionelle und eindrucksvolle Beeinträchtigung im Sinne einer Pseudoparese aufgetreten. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer nach dem Sturz zunächst ein Mittagessen eingenommen, dann nach Hause gefahren sei und sich erst zwei Wochen nach dem Vorfall in ärztliche Behandlung begeben habe, wobei er dort angegeben habe, es gehe ihm seither sehr gut und er habe auch bereits wieder Velotouren unternommen (vgl.

Urk. 7/26/2), spreche gegen eine richtunggebende Verschlimmerung. Dementsprechend hätten die präoperative Bildgebungen bei intakten ossären Strukturen und umgebenden Weichteilen keine Traumafolgen, sondern namentlich bei einer ausgeprägten subakromialen Enge, einer AC-Gelenkdegeneration und einer frisch-traumatisch nicht erklärten Humeruskopfglatze und bei komplexen Veränderungen der Rotatorenmanschette sowie einer bereits ausgeprägten Retraktion der Supraspinatussehne einen fortgeschrittenen, in stummer oder manifester Weise vorbestehenden älteren degenerativen Schaden des

Schultergelenkes des bald 63-jährigen, multisportiven Versicherten im Sinne einer Impingementproblematik ergeben. Dazu passend seien die intraoperativen Befunde mit Bestätigung der Sehnenretraktion und einem sehr engen Subakromialraum bei einem kritischen Schulterwinkel (critical

shoulder angle; CSA) von

42°. Hinzu kämen das Lebensalter und die sportiven Belastungen als Prädispositionsfaktoren für einen Verschleisschaden des Schultergelenks. Als Unfallfolge könne die Schulter betreffend von einer unklaren Distorsion ausgegangen werden, deren Folgen innert zwei bis drei Monaten abgeheilt gewesen seien

(Urk. 7/47/1 f.).

#### **E. 4.2**

Im von der Beschwerdeführerin eingeholten Bericht vom 3. März 2023 verwies Dr. C.\_\_\_\_ auf den Status nach arthroskopischer Rekonstruktion der Rotatorenmanschette rechts am 28. Juli 2022 als Folge einer traumatischen Ruptur der Supraspinatussehne rechts nach Skisturz am 12. April 2022 und hielt fest, bei guter Muskelqualität ohne Verfettung gäbe es keine Hinweise auf eine degenerative Läsion der Rotatorenmanschette. Obwohl der genaue Unfallmechanismus schwierig zu rekonstruieren sei, könne eine traumatische Rotatorenmanschetteläsion durch den in der Anamnese beschriebenen Traumahergang entstehen. Mit den vorhandenen Daten lasse sich feststellen, dass die Gesundheit des Beschwerdeführers an der rechten Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor dem Unfall nicht beeinträchtigt gewesen sei (Urk. 7/63/2).

#### **E. 4.3**

In seiner Stellungnahme vom 11. September 2023 äusserten sich Dr. C.\_\_\_\_ und die mitunterzeichnende Dr. med. E.\_\_\_\_, Assistenzärztin Orthopädie an der Universitätsklinik A.\_\_\_\_, zu verschiedenen vom Beschwerdeführer vorgelegten Fragen (vgl. Urk. 10/3). Sie führten aus, es habe sich um ein traumatisches Ereignis nach Skisturz am 12. April 2022 mit sofortiger schmerzhafter Bewegungseinschränkung der Schulter gehandelt. Die Pseudoparalyse sei kein zwingendes diagnostisches Kriterium (Urk. 10/1 S. 1 f. Ziff. 1). Für eine traumatische Ursache spreche der im Operationsbericht vom 28.

Juli 2022 erwähnte Umstand, dass glenohumeral keine Arthrose festzustellen gewesen sei. Des Weiteren habe sich in der MRI-Diagnostik vom 9. Juni 2022 keine fettige Infiltration Grad 3 oder 4 nach Goutallier gezeigt. Ausgehend vom

dem Bericht beiliegenden Übersichtsartikel der Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie von Swiss Orthopaedics (Urk. 10/2: PD Dr. med. Alexander Lädermann et al., Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette, in: Swiss Medical Forum, 2019-19 (15-16), S. 260-267; nachfolgend: Übersichtsartikel) manifestierten sich bei massiven Läsionen fettige Infiltrationen schneller. Ein Patient mit einer erheblichen fettigen Infiltration habe demzufolge wahrscheinlich eine bereits vor bestehende

Läsion entwickelt (Urk. 10/1 S. 2 Ziff. 2). Zum Argument von Dr.

B.\_\_\_\_ betreffend den engen Subakromialraum und den CSA von 42° sei wie derum auf den Übersichtsartikel (vgl. Urk. 10/2) zu verweisen, wonach der CSA kein ausreichendes Kriterium zur Feststellung der Läsionsursache sei. Die Morphologie des Akromions als

ursächlicher Faktor für die Entstehung einer RM-Läsion werde in der Wissenschaft kontrovers diskutiert .

Die sagittale Morphologie des Akromions , der abfallende Akromionverlauf , die laterale Extension des Akromions und der glenohumerale Winkel (CSA) seien nicht eindeutig mit Läsionen der Rotatorenmanschette

assoziiert . Auch die Entstehung eines knöchernen Anbaus an der Unterfläche des Akromions sowie die Präsenz eines Os acromiale und einer AC-Gelenksarthrose stünden ebenfalls nicht in kausalem Zusammenhang mit einer Rotatorenmanschettenläsion . Die einzige eindeutig mit einer solchen Läsion assoziierte Veränderung sei eine Azetabulisierung des Akromions (Urk. 10/1 S. 3 Ziff. 3). Auch zum Argument von Dr. B.\_\_\_\_ , die erfolgte Operation im Sinne einer Dekompression zur ausgiebigen Akromioplastik , einer Bizepsnodese und eines subakromialen

Débridements seien Anzeichen für das Vorliegen einer älteren und degenerativen Erkrankung sei auf den Übersichtsartikel zu verweisen, der aussage , dass diese Kriterien nicht sicher für eine chronische Läsion der Rotatorenmanschette sprächen. Dasselbe gelte für die von Dr.

B.\_\_\_\_ erwähnte Anlagevariante der Schulter, das Lebensalter und die sportiven Belastungen. Auch hier könne nicht sicher auf einen Verschleisschaden an der Schulter geschlossen werden (Urk. 10/1 S. 2 f. Ziff. 4 f.) .

#### **E. 4.4**

Am 16. Oktober 2023 äusserte sich Dr. B.\_\_\_\_ erneut zur Sache. Er kam zum Schluss, an seiner Beurteilung vom 1. Februar 2023 (vgl. Urk. 7/47) könne weiterhin festgehalten werden . Zusammengefasst führte er aus, dem Arthro-MRI vom 9. Juni 2022 könnten gestützt auf die eigene Einsichtnahme und gestützt auf die fachärztlich radiologische Fremdbeurteilung keine frisch-traumatischen, dafür Anzeichen für eine bereits vorbestehende degenerative arthrotische Veränderung entnommen werden. Auch spreche die bildgebend nachgewiesene und bei der Operation festgestellte Retraktion der Sehnen, die sich in der Regel nur sehr langsam entwickle, für eine in stummer oder manifester Weise vorbestehende krankhafte degenerative Veränderung der vorhandenen Strukturen. Passend habe Dr.

C.\_\_\_\_ auf ein rasches operatives Vorgehen gedrängt, um die bereits absehbare Entwicklung eines inoperablen Zustandes des vorgeschädigten Sehnen gewebes zu vermeiden (Urk. 14 S. 6 f.) . Kein eindeutiger Hinweis auf eine traumatische Läsion sei der Umstand, dass Dr. C.\_\_\_\_ anlässlich der Operation eine gute Muskelqualität ohne Verfettung festgestellt habe. Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen stelle sich auch im Falle einer traumatischen Läsion erst nach Jahren eine Atrophie und Verfettung der Muskeln ein (Urk.

#### **E. 4.5**

Am 13.

Dezember 2023 nahm Dr. C.\_\_\_\_ zur Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ vom 16.

Oktober 2023 Stellung und führte aus, die Durchsicht des MRI-Befundes vom 9. Juni 2022 zeige eine hervorragende Muskelqualität, was für ein nicht degeneriertes Schultergelenk spreche. Eine Degeneration des AC-Gelenks gehe nicht einher mit der Degeneration des Schultergelenks. Die Begründung des gegenteiligen Standpunktes von Dr. B.\_\_\_\_ sei weder

evidenzbasiert noch nachvollziehbar . Sowohl bezogen auf den Unfallmechanismus als auch ausgehend vom MRI-Befund sei von einer traumatischen Unfallfolge auszugehen (Urk.

22 S. 1 f. Ziff. 1). Das Ausmass der Retraktion der Supraspinatussehne vermöge eine degenerative Ursache nicht zu belegen. Bei einer traumatischen Rotatorenmanschetten-Sehnenruptur komme es zu einer starken Retraktion. Entsprechend habe die Retraktion keinen Stellenwert hinsichtlich Kausalität der Ruptur. Dies bezüglich aussagekräftiger sei in erster Linie die Verfettung, wobei im MRI-Befund vom 9. Juni 2022 keine Verfettung der rupturierten Stelle sichtbar gewesen sei

(Urk. 22 S. 2 Ziff. 2). Was den CSA betreffe, so stelle dieser ein Risiko für eine Rotatorenmanschetten -Sehnenruptur dar. Dies gelte aber für traumatische wie auch degenerative Rupturen gleichermaßen. Der vorhandene CSA belege somit noch keine degenerative Ursache einer später tatsächlich erfolgten Ruptur (Urk. 22 S. 2 Ziff. 3). Die Feststellung von Dr. B.\_\_\_\_, eine gute Muskelqualität ohne Verfettung spreche nicht gegen eine degenerative Läsion der Rotatorenmanschette, sei keine evidenzbasierte Aussage (Urk. 22 S. 2 Ziff. 4). Zum Argument von Dr. B.\_\_\_\_ sodann, die blosser Schmerzhaftigkeit der Schulter nach dem Sturz am 12. April 2022 belege noch keine traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette sei zu erwidern, dass ein Sturz auf Skiern mit entsprechender Kontusion oder Distorsion der Schulter ein typischer Unfallmechanismus sei, bei dem es zu einer Zerreissung der Rotatorenmanschette komme. Hier sei eine akute Verschlechterung der Schulterfunktion die Folge gewesen. Entsprechend sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer traumatischen Sehnenruptur auszugehen (Urk. 22 S. 2 f. Ziff. 5). Hinzu komme, dass eine Pseudoparalyse keine Voraussetzung für das Vorliegen einer traumatischen Sehnenruptur sei. Die Symptome einer traumatischen oder auch einer degenerativ bedingten Sehnenruptur liessen sich voneinander nicht unterscheiden. Einzig vom Verlauf her komme es bei einer traumatischen Sehnenruptur typischerweise zu einer akuten Verschlechterung der Symptomatik, wie dies hier auch der Fall gewesen sei. Das Ausmass der Dysfunktion könne indessen unterschiedlich sein

(Urk. 22 S. 3 Ziff. 6). Ein Knochenmarködem könne zwei Monate nach dem Vorfall bereits wieder resorbiert sein, weswegen es nicht gegen eine traumatische Ruptur spreche, wenn die MRI-Bildgebung vom 9. Juni 2022 keine entsprechenden Befunde gezeigt habe (Urk. 22 S. 3 Ziff. 7). Eine subakromiale Dekompression werde bei allen Eingriffen zur Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durchgeführt, da nur so die Sicht auf die Rotatorenmanschette möglich sei, was wiederum Voraussetzung für die Vornahme der Rekonstruktion sei. Von der operativen subakromialen Dekompression könne nicht auf die Genese der Ruptur geschlossen werden. Das selbe gelte für die subakromiale

Débridement. Der CSA sei sodann ein Risiko sowohl für eine traumatische wie auch für eine degenerative Ruptur. Die anteriore Akromioplastik sei durchgeführt worden, um den CSA von 42°

beim Beschwerdeführer zu verringern.

Ausgehend von der Art des Eingriffs, könne nicht auf die Ursache der Sehnenruptur geschlossen werden (Urk. 22 S. 3 f. Ziff.

8). Äussere Verletzungszeichen seien nicht erforderlich für die Entstehung einer traumatischen Ruptur der Rotatorenmanschette (Urk. 22 S. 4 Ziff. 9). Der vorliegende Fall sei in

typisches Beispiel für eine traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette . Die von Dr. B.\_\_\_\_ vorgetragene Gegenargumente seien nicht stichhaltig. Das Hauptargument für eine traumatische Ruptur sei die einwandfreie Qualität der Muskulatur an der Rotatorenmanschette . Das AC-Gelenk, die Form des Akromions und auch die durchgeführte Operation mit subakromialer Dekompression und

subakromialem

Débridement sei kein genügender Hinweis auf die Ursache der Sehnenruptur (Urk. 22 S. 4 Ziff. 10 ).

#### **E. 4.6.1**

Zu den Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_

vom 13. Dezember 2022 (Urk. 22) äusserte sich

Prof. D.\_\_\_\_ am 9. Februar 2024 (Urk. 27). Der Argumentation von Dr. C.\_\_\_\_

gemäss Urk. 22 S. 1 f. Ziff. 1 hielt er entgegen, eine gute Muskelqualität spreche nicht automatisch für ein intaktes, nicht degeneriertes Schultergelenk. Degenerative Veränderungen könnten lange vor einer Muskelatrophie und einer fettigen Infiltration auftreten. Dr. F.\_\_\_\_ habe zu den von ihm am 9.

Juni 2022 erhobenen bildgebenden Befunden festgehalten, es bestehe ein Hochstand des Humeruskopfes mit einem verschmälerten akromiohumeralen Raum von etwa 3

mm. Gemäss Übersichtsartikel sei eine Verkürzung des subakromialen Raumes von weniger als 7 mm gemessen auf dem konventionellen

Röntgenbild der Schulter ein zuverlässiges Zeichen für eine chronische Rotatorenmanschettenläsion (vgl. Urk. 10/2 S. 5) . Bei eigener Einsichtnahme in das Bildmaterial messe er ( Prof. D.\_\_\_\_ ) im MRI eine akromiohumerale Distanz von

2,55

mm und im konventionellen Röntgenbild eine solche von

5,26

mm. Beide Werte lägen deutlich unter dem geforderten Wert von 7 mm. Die Entwicklungsdauer der fettigen Infiltration der Muskulatur liege in allen Fällen, traumatisch bedingt oder nicht, zwischen 2,5 oder 3,25 Jahren für die Musculi supraspinatus, infraspinatus respektive subscapularis. Die Dauer variere aber je nach der Ausgangslage. Bei einem massiven traumatischen

Ereignis manifestiere sich die Infiltration schneller. Bei allmählich fortschreitender Ausgangssituation bei einem degenerativen Geschehen sei der Zeitraum länger . Er umfasse mindestens 29

Monate. Atrophie und fettige Infiltration seien Folge einer fehlenden Muskelaktivität. Das Ausmass der Atrophie hänge davon ab, inwieweit der Muskel noch Aktivität gegen den Widerstand aufbauen könne. Bei einer vollständigen Durchtrennung einer Sehne fehle dem Muskel der Widerstand, um sich immer wieder neu aufzubauen respektive sein Volumen zu halten. Bei einer nur teilweisen Durchtrennung der Sehne, könnten die Muskelfasern wenigstens teilweise gegen den Widerstand trainieren und verlören so viel langsamer an Volumen. Bei einer chronischen Läsion der Rotatorenmanschette träten die Atrophie und

fettige Infiltration daher nur langsam und viel später auf. Im Falle des Beschwerdeführers könne es durchaus sein, dass die Muskulatur bildgebend noch normal erschienen sei, obschon die Supraspinatussehne bereits komplett unterbrochen gewesen sei. Es lasse sich nicht feststellen, zu welchem Zeitpunkt der degenerative Prozess zu einem vollständigen Unterbruch der Sehne geführt habe. Die Subscapularis-, die Infraspinatus- und die Teres-minor-Sehne zeigten ein unregelmässiges Signalmuster, entsprechend einer interstitiellen Partialläsion, seien aber in der Kontinuität noch erhalten. Solche Binnenschäden seien nach wissenschaftlicher Erkenntnis Folge eines degenerativen Prozesses. Bei einem tatsächlichen traumatisch bedingten Rotatorenmanschettenriss lägen Begleitverletzungen vor. Strukturelle Zeichen für eine frische Rotatorenmanschettenruptur seien anhand der bildgebenden Befunde acht Wochen nach dem Ereignis nicht feststellbar, namentlich keine Kontusionsoedeme des Knochens und der Weichteile, die in der Regel vier bis acht Wochen nach dem traumatischen Ereignis bildgebend zur Darstellung kämen. Andere Begleiterscheinungen, beispielsweise eine Läsion des Kapselbandes lägen nicht vor. Bei einer traumatischen Ruptur der Rotatorenmanschette sei ein distaler Sehnenstumpf zu erwarten. Bei einer chronischen Ruptur hingegen sei der distale Stumpf in der Regel verschleissbedingt nicht mehr vorhanden. Die proximale Sehne ziehe sich langsam zurück, so dass wie hier ein Sehnenstumpf auf Höhe des Humerus Apex eher für ein chronisches Geschehen spreche. Im Operationsbericht habe Dr. C. \_\_\_ eine Ruptur der transmuralen Supraspinatus- und Infraspinatussehne beschrieben und ebenso einen Riss der Subscapularissehne mit Retraktion bis auf den Gelenkspalt. Diese Befunde stimmten nicht mit den Befunden der sieben Wochen zuvor durchgeführten bildgebenden Untersuchung überein (Urk. 27 S. 8 ff. Ziff. 1 u. S.

#### **E. 4.6.2**

Zu den Darlegungen von Dr. C. \_\_\_

gemäss Urk. 22 Ziff. 2 hielt Prof. D. \_\_\_ fest, die Experten im Übersichtsartikel stellen fest, nach einer traumatischen Läsion der Rotatorenmanschette komme es im Verlauf zu einer Retraktion des proximalen Sehnenabschnitts, was im Allgemeinen langsam geschehe. Anhand einer Studie sei belegt worden, dass zwölf Wochen nach einer traumatischen Sehnenläsion der proximale Sehnenstumpf sich noch nicht bis zum Glenoid oder darüber hinaus zurückgezogen habe (vgl. Urk. 10/2 S. 6). Beim Beschwerdeführer habe die bildgebende Untersuchung gezeigt, dass der Sehnenstumpf acht Wochen nach dem Sturzereignis bereits bis auf den Apex des Humeruskopfes zurückgezogen gewesen und im Zeitpunkt der Operation vom 28. Juli 2022 bis zum Gelenkspalt retrahiert gewesen sei, was gegen eine akute Ruptur spreche. Was das Argument der Verfettung für die Bestimmung der Kausalität betreffe, sei festzuhalten, dass es nie zu einer Verfettung der Sehne komme, wie dies seitens von Dr. C. \_\_\_ postuliert worden sei, sondern zur fettigen Infiltration der Muskulatur. Entscheidend sei, dass es weder bei der akuten Ruptur der Rotatorenmanschette noch bei der degenerativen Läsion innerhalb acht Wochen zu einer fettigen Infiltration komme. Daher könne das Fehlen einer solchen im Fall des Beschwerdeführers nicht zur Differenzierung zwischen akut und chronisch herangezogen werden (Urk. 27 S. 12 Ziff. 2 u. S. 14 f. Ziff. 4).

#### **E. 4.6.3**

Zu den Argumenten von Dr. C. \_\_\_ in Ziff. 3 von Urk. 22 hielt Prof. D. \_\_\_ fest, nicht haltbar sei der Standpunkt von Dr. C. \_\_\_, der CSA sei kein Hinweis für eine degenerative

Sehnenruptur. Natürlich könne es auch bei einem Winkel von weniger als 35°

zu einer akuten Rotatorenmanschettenruptur kommen, insbesondere wenn die Sehne bereits degenerativ verändert sei. Gemäss den Experten des Übersichtsartikels sei die Azetabulisierung des Akromions, mithin

eine konkave Unterfläche des Akromions, eine eindeutige, mit Läsionen der Rotatorenmanschette assoziierte Veränderung des Akromions, wie sie auch im Falle des Beschwerdeführers vorhanden sei. Eine solche knöcherne Veränderung entstehe nicht innerhalb von Wochen nach einem Trauma und sei somit ein Hinweis auf eine vorbestehende Pathologie (Urk. 27 S. 13 Ziff. 3).

#### **E. 4.6.4**

Zum Standpunkt von Dr. C.\_\_\_\_ in Ziff. 5 von Urk. 22 führte Prof. D.\_\_\_\_ aus, die Unfallmechanik als Argument für oder gegen eine traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette werde in der Wissenschaft kontrovers diskutiert. In diesem Fall sei der Unfallmechanismus überdies gar nicht bekannt. Der Sturz habe sich unbeobachtet ereignet und der Beschwerdeführer habe keine Erinnerung daran. Die erste Erinnerung nach dem Ereignis betreffe das Eintreffen des Rettungsschlittens. Die fehlende Erinnerung an den Vorfall sei in den ärztlichen Unterlagen mehrfach erwähnt. Ebenso sei dokumentiert, dass hernach eine rasche Besserung eingetreten sei. Nach dem Sturz habe der Beschwerdeführer mit seinem Bruder ein Mittagessen eingenommen und sei dann nach Hause gefahren. Einen Arzt habe der Beschwerdeführer erst zehn Tage nach dem Sturz aufgesucht. Aufgrund der Dokumentation müsse davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer nach dem Sturz weder über massive Schmerzen noch über eine Pseudoparalyse geklagt habe. Bereits wenige Tage nach dem Unfall sei der Beschwerdeführer zur Durchführung von Fahrradtouren in der Lage gewesen. Die alles spreche gegen eine akute Rotatorenmanschettenruptur (Urk. 27 S. 15 f. Ziff. 5).

#### **E. 4.6.5**

Prof. D.\_\_\_\_ äusserte sich auch zu den Darlegungen in Ziff. 6 von Urk. 22 und hielt fest, aufgrund seiner eigenen Erfahrung in der Unfallchirurgie lasse sich festhalten, dass akute Sehnenverletzungen stets zu ausgeprägtem Schmerz und zu einem Funktionsverlust führten. Dies bestätige auch die Fachliteratur. Hier könne nicht davon ausgegangen werden, dass primär ein heftiger Schmerz und/oder eine Pseudoparalyse bestanden habe. Nach dem Sturz habe sich der Beschwerdeführer rasch besser gefühlt, habe mit seinem Bruder zu Mittag gegessen und sei anschliessend nach Haus gefahren. Einen Arzt habe er erst 10 Tage später aufgesucht. Gemäss dem Bericht über die Erstkonsultation sei es dem Beschwerdeführer damals gut gegangen und er sei auch bereits wieder in der Lage gewesen, Velotouren zu unternehmen (Urk. 27 S. 16 f. Ziff. 6).

#### **E. 4.6.6**

Zu den Argumenten von Dr. C.\_\_\_\_ in Urk. 22 Ziff. 7 führte

Prof. D.\_\_\_\_

aus, es sei möglich, dass acht Wochen nach dem Unfall ein Ödem des Knochenmarks oder der Weichteile nicht mehr nachweisbar sei, jedoch sei dies unwahrscheinlich. Bei eigener Einsichtnahme in das Bildmaterial liessen sich keine Hinweise auf neu aufgetretene strukturelle Läsionen im Bereich des rechten Schultergelenks rechts nachweisen (Urk. 27 S.

17 f. Ziff. 7) .

#### **E. 4.6.7**

Zu den Argumenten von Dr. C.\_\_\_\_ in Urk. 22 Ziff. 8 hielt Prof. D.\_\_\_\_ fest , korrekt sei, dass zur Beurteilung (richtig: Rekonstruktion) der Rotatorenmanchette von extraartikulär in den subakromialen Raum eingegangen werden müsse. Um Übersicht zu bekommen, werde der subakromiale Raum débridiert ( subakromiale Dekompression). Die anteriore Akromioplastik diene aber auch dazu, den Druck auf die Sehne zu reduzieren, um damit das Risiko einer Re-Ruptur zu verringern. Der Eingriff erlaube keinen Rückschluss auf die Kausalität der Rotatorenmanschettenläsion (Urk. 27 S. 18 Ziff. 8).

#### **E. 4.6.8**

Sodann hielt Prof. D.\_\_\_\_ zu den Argumenten von Dr. C.\_\_\_\_ in Ziff. 9

und 10 Urk. 22 fest , die Sehnenreissfähigkeit respektive die Bruchlast einer Supraspinatussehne sei dreimal höher zu bewerten als die eigene Muskelkraft und somit gälten die Voraussetzungen, wie sie auch bei der Achillessehne gegeben seien. Der eigene Muskel könne die Supraspinatussehne unter normalen Bedingungen nicht zerreißen. Hierfür sei ein heftiges Unfallereignis erforderlich. Die Folge seien Begleitverletzungen, die entweder bei der klinischen Untersuchung (Schwellung, Hämatom) oder in der Bildgebung zu Tage träten. Die Beurteilung der Unfallkausalität dürfe sich nicht auf die Gewichtung einzelner Aspekte wie die einwandfreie Muskelqualität beschränken, sondern sie müsse immer umfassend unter Würdigung der Vorgeschichte, des Unfallereignisses, der initialen Klinik , des Verhaltens unmittelbar nach dem Unfall, des Zeitpunkts der ersten ärztlichen Konsultation, der initialen Bildgebung und der operativen Befunde erfolgen. Hier sei bekannt, dass der Beschwerdeführer polysportiv aktiv gewesen sei und insbesondere verschiedene schulterbelastende Sportarten (Tennis, Skifahren, Volleyball, Klettern) betrieben habe. Der Unfallhergang sei nicht bekannt. Das Verhalten nach dem Sturz mit Einnahme eines Mittagessens unmittelbar danach, der Fahrt nach Hause ohne Aufsuchen eines Arztes und der Teilnahme an Velotouren vor der ersten ärztlichen Konsultation zehn Tage nach dem Ereignis spreche überwiegend gegen eine akute Ruptur der Rotatorenmanschette als Folge des Sturzes. Die Bildgebung acht Wochen nach dem Vorfall habe keine Hinweise auf eine frische strukturelle Läsion ergeben, hingegen mehrere Zeichen für ein degeneratives Geschehen (verminderte akromiohumerale Distanz, fehlender distaler Sehnenstumpf, verdickter, nicht welliger und auf den Apex des Humeruskopfes zurück gezogener proximaler Stumpf, erhöhter CSA, Azetabularisierung des Akromions , Tendinopathie im Bereich der Infraspinatus- und Subscapularissehne , partielle Humerusglatze ). Zusammenfassend könne an der versicherungsmedizinischen Beurteilung durch Dr. B.\_\_\_\_ festgehalten werden (Urk. 27 S. 18-20 Ziff. 9-10).

#### **E. 4.7**

8 ). Eine inhaltliche Stellungnahme zu den Argumenten von Prof. D.\_\_\_\_ stellt dies nicht dar. Selbige erweisen sich als nachvollziehbar und vermögen sowohl bezüglich der Beurteilung der bildgebenden Befunde hinsichtlich frischer struktureller Schädigungen, als auch hinsichtlich der Einschätzung betreffend Eignung der Akromioplastik

als Nachweis für eine traumatische Läsionsursache und schliesslich auch hinsichtlich der Würdigung der verschiedenen Belastungsfaktoren des polysportiven Versicherten als Risikofaktor für eine degenerative Sehnenruptur zu überzeugen. 5.8

Vor diesem Hintergrund und angesichts dessen, dass auch die Ausführungen von Prof. D.\_\_\_\_ in Ziff. 1-6 seiner Beurteilung vom 9. Februar 2024 insgesamt als überzeugend zu bewerten sind, was bereits dargelegt wurde (vgl.

vorstehende E.

5.2-6) , ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das Ereignis vom 12. April 2022 zu keiner strukturellen Läsion der rechten Schulter geführt hat, sondern für die bildgebend festgestellte Ruptur der Supraspinatus sehne rechts (Urk. 7/23/2) ein degeneratives Geschehen ursächlich ist. Der Vorfall vom 12. April 2022 hat demzufolge höchstens zu einer Distorsion der rechten Schulter geführt, deren Folgen spätestens drei Monate nach dem Ereignis abgeheilt waren (Urk. 7/47/2 ). Die Leistungsterminierung per 12. Juli 2022 ist demnach nicht zu beanstanden. Weitere Beweismassnahmen, insbesondere die Einholung eines ärztlichen Gutachtens, sind nicht erforderlich. Die gegen den Entscheid der Beschwerdegegnerin erhobene Beschwerde erweist vielmehr als unbegründet und ist demzufolge abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grieder-Martens Wilhelm

#### **E. 4.7.1**

Am 18. März 2024 äusserte sich Dr. C.\_\_\_\_ zu Fragen des Beschwerdeführers die Darlegungen von Prof. D.\_\_\_\_

vom 9. Februar 2024 betreffend. Die Fragen sind im Fragenkatalog vom 6. März 2024 zusammengefasst (Urk. 30/1). Zur ersten Frage betreffend Ziff. 1 der Ausführungen von Prof. D.\_\_\_\_

(Urk. 30/1 S. 1 f.) hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, er könne die Messungen von Prof. D.\_\_\_\_ nicht nachvollziehen. Die Messung dürfe nicht in einem MRI-Bild durchgeführt werden, da der Patient in einer liegenden Position sei. Entsprechend sei die Messung von 2,5

mm unbrauchbar. Die Messung im Röntgenbild von 5,26 mm könne ebenfalls nicht nachvollzogen werden. In der ap-Ebene ergebe sich ein ACHD von 7,46. Entsprechend sei

keine ACHD-Verkleinerung zu sehen (Urk. 30/2 S. 1 Ziff. 1) .

#### **E. 4.7.2**

Zur zweiten wiederum Ziff. 1 der Ausführungen von Prof. D.\_\_\_\_

betreffend en

Frage (Urk. 30/1 S. 2) hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, die Beschreibung von Prof.

D.\_\_\_\_ könne nicht nachvollzogen werden. In den axialen Schnittbildern der Serie 201, Bild 13-15 zeige sich eine sehr schöne homogene parallele Faseranordnung der Infraspinatussehne und in derselben Serie Bild 7-13 zeige sich eine sehr homogene parallele Anordnung der Sehnenfasern der Subscapularissehne (Urk.

30/2 S. 1 Ziff. 2).

#### **E. 4.7.3**

Zur dritten Frage, ebenfalls Ziff. 1 der Darlegungen von Prof. D.\_\_\_\_ betreffend , führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, in der MRI-Untersuchung Serie 301, Bild 10 sei deutlich die ödematöse Aufreibung des distalen Stumpfs der Supraspinatussehne erkennbar . Dies sei als sog. Cobra Zeichen beschrieben. Dieses Zeichen sei typisch für eine traumatische Sehnenruptur und in der untenstehenden Publikation (Literaturangabe Nr. 1; Urk. 30/2 S. 2 unten ) auch veröffentlicht worden. Entsprechend sei anhand der MRI-Bildgebung , aufgrund der Anamnese und auch vom Unfallmechanismus her mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es sich um eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur handle (Urk. 30/2 S. 1 f. Ziff. 3).

#### **E. 4.7.4**

Zur

vierten, auf Ziff. 2 der Darlegungen von Prof. D.\_\_\_\_

Bezug

nehmenden Frage gemäss Urk. 30/1 führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, er halte fest, dass insbesondere die chronische degenerative Ruptur der Rotatorenmanschette mit einer fettigen Infiltration und auch einer Atrophie assoziiert sei, wie sich dies auch aus der Literaturangabe Nr. 2 (vgl. Urk. 30/2 S. 2 unten) ergebe (Urk. 30/2 S. 2 Ziff. 4).

#### **E. 4.7.5**

Den Darlegungen von Prof. D.\_\_\_\_

in Ziff. 3 von dessen Stellungnahme vom 9.

Februar 2024 hielt Dr. C.\_\_\_\_ am 18. März 2024 entgegen (vgl. Frage Nr. 5 des Fragenkatalogs vom 6. März 2024; Urk. 30/1 S. 3), der CSA sei im Falle einer prominenten Akromionüberdachung (grosser CSA) mit einer transmuralen Ruptur der Rotatorenmanschetten

assoziiert. In der von der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ diesbezüglich durchgeführten Studie sei jedoch nicht nach Kausalität (traumatisch oder degenerativ) untersucht worden (Urk. 30/2 S. 2 Ziff. 5).

#### **E. 4.7.6**

In Beantwortung der Frage Nr. 6 des Fragenkataloges des Beschwerdeführers vom 6. März 2024 (Urk. 30/1 S. 2), die im Zusammenhang mit den Darlegungen von Prof. D.\_\_\_\_ in Ziff. 5

von dessen Stellungnahme vom 9. Februar 2024 steht (vgl. Urk.

27 S. 15 -16), hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, die Schwere des Unfalles mit einem Schädelhirntrauma weise doch auf eine erhebliche Krafteinwirkung hin. Jedenfalls habe es sich in keinsten Weise um einen Bagatellunfall gehandelt. Es sei davon auszugehen, dass die Energie, die auf den Körper des Beschwerdeführers eingewirkt habe, ausreichend gewesen sei, um eine Ruptur der Rotatoren manschette zu bewirken. Aufgrund der Akten sei aber nicht klar, ob der Beschwerdeführer nach dem Vorfall starke Schmerzen verspürt und eine Pseudo paralysen bestanden habe. Ihm (Dr. C.\_\_\_\_ ) habe der Beschwerdeführer mitgeteilt, dass er den Arm nach dem Unfall nicht mehr heben könne, was für eine Pseudoparalyse spreche (Urk. 30/2 S. 2 Ziff. 6).

#### **E. 4.7.7**

Den Darlegungen von Prof. D.\_\_\_\_ in Ziff. 6 von dessen Stellungnahme vom 9.

Februar 2024 hielt Dr. C.\_\_\_\_ am 18. März 2024 entgegen (vgl. Frage Nr. 7 des Fragenkataloges vom 6. März 2024; Urk. 30/1 S. 3 f. ), die Argumentation von Prof. D.\_\_\_\_ sei nicht nachvollziehbar. In der Medizin seien Begriffe wie «nie» oder «immer» sehr selten korrekt (Urk. 30/2 S. 2 Ziff. 7).

#### **E. 4.7.8**

Zu den Fragen Nr. 8 und 9 des Fragenkataloges vom 6.

März 2024 (Urk. 30/1 S.

4 ) führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, zusammenfassend sei festzuhalten, dass er in allen Punkten anders als Prof. D.\_\_\_\_ argumentiere, weswegen er die Einholung eines Gutachtens für angezeigt erachte (Urk. 30/2 S. 2 Ziff. 8/9). 5. 5.1

Zur bildgebend ausgewiesenen Ruptur der Supraspinatussehne (Urk. 7/23/2) ist zunächst festzuhalten, dass es keinen eindeutigen Beweis hinsichtlich deren Ursache gibt. Es sind vielmehr die ärztlicherseits erörterten verschiedenen Indizien abzuwägen, die für respektive gegen ein Unfalltrauma sprechen. Da die Beschwerdegegnerin für die Gründe des nachträglichen Entfallens der zunächst anerkannten Leistungspflicht beweispflichtig ist (vgl. vorstehende E. 1.3) , ist der Nachweis dann erbracht, wenn ausgehend von den gegebenen Umständen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer degenerativen Ursache für die Ruptur der Rotatorenmanschette auszugehen ist. Bei der Würdigung der verschiedenen ärztlichen Beurteilungen grundsätzlich zu beachten ist, dass es sich bei Dr.

B.\_\_\_\_ um einen Facharzt für Allgemeine Medizin handelt (Urk.

7/47/2 ), womit er grundsätzlich nicht über spezifische Kenntnisse der hier im Zentrum stehenden Fachbereiche Chirurgie respektive Orthopädische Chirurgie und Traumatologie verfügt. Bei Prof. D.\_\_\_\_ als Facharzt für Chirurgie und Traumatologie (Urk. 27 S. 20 ) und bei Dr. C.\_\_\_\_ als leitender Oberarzt Orthopädie der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ mit Facharzt titel Orthopädische Chirurgie und Traumatologie ( Urk. 7/9/3 ), ist dies hingegen der Fall. Nachdem die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ , der Sturz vom 12. April 2022 habe bezüglich der rechten Schulter lediglich eine Distorsion der rechten Schulter zur Folge gehabt, deren Folgen innert zwei bis drei Monaten abgeheilt

seien (Urk.

7/4712), zum Schluss gekommen war, per 12. Juli 2022 bestehe hinsichtlich der Problematik im Bereich der rechten Schulter keine Leistungspflicht mehr (Urk.

7/48, Urk. 7/59), und dies mit dem angefochtenen Einspracheentscheid bestätigt hatte (Urk. 2), holte die Beschwerdegegnerin im Beschwerdeverfahren das versicherungsmedizinische Gutachten von Prof.

D.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2024 ein, in welchem dieser die gesamten zuvor von Dr.

B.\_\_\_\_ und von Dr. C.\_\_\_\_ geäußerten Standpunkte detailliert und umfassend würdigte (Urk. 27). Wie zuvor bereits Dr.

B.\_\_\_\_ kam auch Prof.

D.\_\_\_\_

zum Schluss, die Ruptur der Rotatorenmanschette, die am 28.

Juli 2022 operativ behandelt wurde (Urk. 7/9), sei nicht unfallkausal (Urk.

27

S.

20). Der behandelnde Arzt Dr.

C.\_\_\_\_, der sich im Verwaltungs-

und im Beschwerdeverfahren

zur Frage der Unfallkausalität der beim Beschwerdeführer am 9. Juni 2022 bildgebend festgestellten Ruptur der Supraspinatussehne rechts (Urk. 7/23) geäußert hatte, kam zum gegenteiligen Schluss. Er ging von einer traumatisch bedingten Ruptur der Rotatorenmanschette aus (Urk. 7/73/3-4, Urk. 10/1, Urk. 22, Urk. 30/2). Somit ist

insbesondere die ausführliche Beurteilung von Prof.

D.\_\_\_\_

(Urk. 27) unter Berücksichtigung der abschliessenden Standpunkte des behandelnden Arztes Dr. C.\_\_\_\_

dazu zu würdigen (Urk.

30/2). Bezüglich Prof. D.\_\_\_\_ wie auch bezüglich Dr. B.\_\_\_\_ gelten die in vorstehender E.

1.4.1 dargestellten Beweisgrundsätze für Einschätzungen verwaltungsinterner Ärzte.

Mithin ist eine solche Beurteilung beweiskräftig, sofern keine Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen, wobei bereits geringe Zweifel genügen.

Betreffend Dr. C.\_\_\_\_ sodann gilt es auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass die

Beurteilung behandelnder Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche

Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten ausfallen (vgl.

vorstehende E. 1.4.2). Auch dies ist bei der Beweiswürdigung zu beachten. 5.2 5.2.1

Prof. D.\_\_\_\_ äusserte sich zunächst zum Hochstand des Humeruskopfes mit einem verschmälerten akromiohumeralen Raum und der damit einhergehenden Verkürzung des

subakromialen Raumes als zuverlässiges Zeichen für eine chronische Läsion der Rotatorenmanschette und zur Entwicklungsdauer der fettigen Infiltration und Atrophie der Muskulatur nach einer Sehnenläsion (Urk.

27 S. 8 ff. Ziff. 1). Dr. C. \_\_\_ kritisierte in diesem Zusammenhang in erster Linie die von Prof. D. \_\_\_ angegebenen Masse die Verschmälerung des akromiohumeralen Raums betreffend, indem er geltend machte, Prof. D. \_\_\_ habe falsch gemessen. Die gemessenen 2,5 mm seien unbrauchbar, da die Messung nicht anhand eines MRI-Bildes durchgeführt werden dürfe, da hier der Patient liege (Urk. 30/2 S. 1 Ziff. 1). Hierzu ist zu bemerken, dass sich Prof.

D. \_\_\_ nicht nur auf eigene Messungen, sondern auch auf diesbezügliche Angaben des Radiologen Dr. F. \_\_\_ bezog, der in seinem Bericht vom 9. Juni 2022 zur gleichentags von ihm durchgeführten Bildgebung (MR-Arthrographie und Röntgenarthrographie des rechten Schultergelenks) zum akromiohumeralen Raum vermerkte, dieser betrage 3 mm (Urk. 7/23/2). Auch den von Prof. D. \_\_\_ anhand des konventionellen Röntgenbildes gemessenen Wert von 5,26 mm stellte Dr. C. \_\_\_ in Frage mit der Erwähnung, er selber habe 7,46 gemessen (Urk.

30/2 S. 1 Ziff. 1). Prof. D. \_\_\_

ergänzte seine Ausführungen mit Abbildungen, in denen auch das konventionelle Röntgenbild der rechten Schulter, aufgenommen am 18. Juli 2022, wiedergegeben wird, auf dem die fragliche Verschmälerung des akromiohumeralen Raums mit der Massanhabe bezeichnet ist (Urk. 27 S. 9 Abb. 1 oben rechts). Die bloss Gegenüberstellung eines abweichenden Wertes ohne Bezugnahme auf die Details der Darlegungen von Prof.

D. \_\_\_ vermag die Aussagequalität von dessen Darlegungen nicht zu erschüttern. Insbesondere bleibt offen, auf welchen bildgebenden Befund sich Dr.

C. \_\_\_ letztlich bezogen hat. Somit ist gemäss Prof. D. \_\_\_ von einer

akromiohumeralen Distanz von jedenfalls weniger als 7 mm auszugehen, was entsprechend der Erkenntnisse der Autoren des Übersichtsartikels ein zuverlässiges Zeichen für eine chronische Läsion der Rotatorenmanschette darstellt (Urk. 27 S. 9 oben; vgl. auch Urk. 10/2 S. 5). Die betreffenden im Übersichtsartikel wiedergegebenen Erkenntnisse zog Dr. C. \_\_\_ im Übrigen nicht in Zweifel. 5.2.2

Ebenfalls in Ziff. 1 seiner Darlegungen vom 9. Februar 2024 hielt Prof. D. \_\_\_ fest, dass die Subscapularis-, die Infraspinatus- und die Teres-minor-Sehne zeigten ein unregelmässiges Signalmuster, entsprechend einer interstitiellen Partialläsion, seien aber in der Kontinuität noch erhalten. Solche Binnenschäden seien nach wissenschaftlicher Erkenntnis Folge eines degenerativen Prozesses (Urk. 27 S. 10). Diesen Ausführungen zur Verdeutlichung beigefügt sind wiederum Abbildungen mit zusätzlichen Erläuterungen zu seinen Darlegungen (Urk. 27 S. 11 Abb. 2). Dr.

C. \_\_\_ hielt am 18. März 2024

hierzu fest, er könne dies nicht nachvollziehen. Auf den axialen Schnittbildern der Serie 201, Bild 13-15 zeige sich eine sehr schöne homogene parallele Faseranordnung der Infraspinatussehne und in derselben Serie auf Bild 7-13 zeige sich eine sehr homogene parallele Anordnung der Sehnenfasern der Subscapularissehne (Urk. 30/2 S. 1 Ziff. 2). Inwiefern dies gegen die Feststellungen von Prof. D. \_\_\_ , erkennbar sei

ein unregelmässiges Signalmuster der Subscapularis-, Infraspinatus- und Teresminorsehne) spricht, erläutert Dr. C.\_\_\_\_ nicht näher und nahm auch sonst auf die Argumente von Prof. D.\_\_\_\_ keinen Bezug. Es ist zudem auch nicht klar, auf welches Bildmaterial er sich konkret bezog. Zweifel an der Beurteilung von Prof. D.\_\_\_\_ ergeben sich dadurch nicht. 5.2.3

Die Einschätzung von Prof. D.\_\_\_\_, wiederum Ziff.1 seiner Darlegungen vom 9. Februar 2024 betreffend, bei einer chronischen Ruptur der Rotatorenmanschette

sei der distale Sehnenstumpf verschleissbedingt nicht mehr vorhanden und die proximale Sehne ziehe sich langsam zurück, so dass wie hier ein Sehnenstumpf auf Höhe des Humerus Apex eher für ein chronisches Geschehen spreche (Urk. 27 S. 11), kommentierte Dr.

C.\_\_\_\_ gemäss Ziff. 3 des Fragenkatalogs des Beschwerdeführers vom 6.

März 2024 (Urk. 30/1 S. 2) damit, in der MRI-Bildgebung (Serie 301, Bild 10) sei deutlich eine ödematöse Aufreibung am Sehnenstumpf der Supraspinatussehne erkennbar (sog. Cobrazzeichen), was typisch für eine traumatische Sehnenruptur sei. Auch ausgehend vom Unfallmechanismus sei von einer traumatischen Ruptur der Supraspinatussehne auszugehen (Urk. 30/2 S. 1 f.). Hierzu ist festzuhalten, dass Dr. C.\_\_\_\_ einen einzigen Aspekt nennt (ödematöse Aufreibung am Sehnenstumpf) und dies offenbar als ausreichend für den Nachweis einer traumatischen Ruptur erachtete. Auf die von Prof. D.\_\_\_\_ beschriebene Lage des Sehnenstumpfes (auf Höhe des Humerus Apex) und auf die weiteren Argumente von Prof. D.\_\_\_\_, namentlich das Fehlen von akuten Rupturzeichen, und den Hinweis von Prof. D.\_\_\_\_, dass sich die aus der Bildgebung vom 9. Juni 2022 ergebenden Befunde nicht mit denjenigen anlässlich der Operation sieben Wochen später deckten (Urk. 27 S. 11 f.), ging Dr.

C.\_\_\_\_ gar nicht ein. Sein Verweis auf die in Urk. 30/2 angefügte Literaturstelle (Literaturhinweis Nr.

1) erfolgte nur pauschal. Die sich daraus ergebenden Erkenntnisse hätten für den Rechtsanwender der näheren Erklärung bedurft. Was den weiteren Verweis von Dr. C.\_\_\_\_ auf den Unfallmechanismus betrifft (Urk. 30/2 S. 2 Ziff. 3), so legte Prof. D.\_\_\_\_ detailliert dar, dass hierüber gerade keine Gewissheit besteht (Urk.

27 S. 15 Ziff. 5), so dass sich hierauf keine eindeutigen Schlussfolgerungen abstützen lassen. 5.2.4

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Einwände von Dr. C.\_\_\_\_ gegen die Darlegungen von Prof. D.\_\_\_\_ in Ziff. 1 seiner Beurteilung vom 9.

Februar 2024 (Urk. 27 S. 8 ff.) als nicht stichhaltig erweisen. Die Ausführungen von Prof. D.\_\_\_\_ zur Entwicklungsdauer von Muskelatrophien und Verfettungen nach traumatischen Ereignissen respektive bei degenerativen Prozessen sowie diejenigen

betreffend das Fehlen von eindeutigen Hinweisen für eine traumatische Sehnenzerreissung erweisen sich insgesamt als nachvollziehbar und schlüssig. 5.3

Der Argumentation von Prof. D.\_\_\_\_ zur Retraktion der rupturierten Sehne und zur Zeitdauer für das Auftreten einer fettigen Infiltration und einer Muskelatrophie (Urk. 27 S. 12 Ziff. 2 ; vgl. auch Urk. 27 S. 14 f. Ziff. 4 ) hielt Dr.

C.\_\_\_\_ ausgehend von Frage Nr. 4 gemäss dem Fragenkatalog des Beschwerdeführers vom 6. März 2024 (Urk.

30/1 S. 4) entgegen, chronische degenerative Rupturen der Rotatorenmanschette seien mit einer fettigen Infiltration und Atrophie assoziiert (Urk. 30/2 S. 2 Ziff. 4). Zu den entscheidenden Darlegungen von Prof. D.\_\_\_\_ zur Entwicklungsdauer einer fettigen Infiltration und einer Muskelatrophie und zu seiner Schlussfolgerung, dass es weder bei der akuten Ruptur der Rotatorenmanschette noch bei der degenerativen Läsion innerhalb acht Wochen zu einer fettigen Infiltration komme, weswegen das Fehlen einer solchen im Fall des Beschwerdeführers nicht zur Differenzierung zwischen akuter respektive chronischer Ruptur herangezogen werden könne (Urk. 27 S. 12) , äusserte sich Dr. C.\_\_\_\_ nicht. Daraus ergibt sich, dass ungeachtet der Ursache der Sehnenruptur jedoch nicht bereits innerhalb acht Wochen danach mit einer fettigen Infiltration und im Verlauf auch mit einer Muskelatrophie zu rechnen ist, weswegen aus dem Fehlen einer fettigen Infiltration hier keine Differenzierung hinsichtlich chronischer oder akuter Läsion gezogen werden kann. Diese Schlussfolgerung zog Dr.

C.\_\_\_\_ nicht begründet in Zweifel. 5.4

In Ziff. 3 seiner Beurteilung vom 9. Februar 2024 äusserte sich Prof. D.\_\_\_\_ zu einem eindeutigen Zusammenhang zwischen

degenerativen Rotatorenmanschettenrupturen und einem CSA von über 35 ° ( beim Beschwerdeführer besteht ein CSA von 42 ° ; Urk.

7/9/3 , vgl. auch Urk. 7/47/2 ) und hielt des Weiteren fest, über dies sei auch die Azetabulisierung des Akromions , die beim Beschwerdeführer vorhanden sei, eine eindeutige, mit Läsionen der Rotatorenmanschette assoziierte Anlage (Urk. 27 S. 13 u. S. 14 Abb. 3 u. 4 ). Dr.

C.\_\_\_\_

bemerkte (vgl. Ziff. 5 des Fragenkatalogs vom 6. März 2024; Urk.

30/1 S.3), der CSA sei im Falle einer prominenten Akromionüberdachung , mithin bei grossem CSA , mit einer transmuralem Ruptur der Rotatorenmanschetten assoziiert , wobei in der von der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ diesbezüglich durchgeführten Studie nicht nach Kausalität (traumatisch oder degenerativ) untersucht worden sei (Urk. 30/2 S. 2 Ziff. 5). In Abrede stellte Dr.

C.\_\_\_\_ damit nicht mehr die Korrelation von grossem CSA und Rupturen der Rotatorenmanschette , sondern lediglich , dass gleichzeitig auf die Ursache der Ruptur (traumatisch oder degenerativ) geschlossen werden könne. Welche Studie gemeint ist, erwähnt Dr. C.\_\_\_\_ nicht. Prof.

D.\_\_\_\_ hingegen bezog sich auf mehrere, im Einzelnen genannte und in seinen Darlegungen erläuterte Fundstellen, aus denen der Schluss gezogen werden kann , es bestehe ein

eindeutiger Zusammenhang zwischen einem grossen CSA und degenerativen Rupturen der Rotatorenmanschette (Urk. 27 S. 13 u. S. 21). Die Schlussfolgerungen von Prof.

D.\_\_\_\_ werden somit, soweit sie von Dr.

C.\_\_\_\_

bezweifelt wurden, im Ergebnis nicht erschüttert. 5.5

In Ziff. 5 seiner Beurteilung vom 9. Februar 2024 äusserte sich Prof. D.\_\_\_\_ zur Unfallmechanik als Argument für oder gegen eine traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette und zu den aus dem Verhalten des Beschwerdeführers nach dem Ereignis vom 12. April 2022 zu ziehenden Schlüssen. Er hielt einerseits fest, vorliegend sei der Unfallmechanismus nicht hinreichend bekannt, weswegen daraus keine Feststellungen zur Genese der Sehnenruptur getroffen werden könnten. Hingegen spreche das unmittelbare Verhalten des Beschwerdeführers nach dem Sturz gegen eine akute Ruptur (Urk. 27 S. 15 f. Ziff. 5; vgl. vorstehende E.

4.6.4). Hierzu bemerkte Dr. C.\_\_\_\_ (vgl. Ziff. 6 des Fragenkatalogs vom 6.

März 2024; Urk. 30/1 S.

3), der Unfall habe doch zu einer erheblichen Krafterwirkung geführt, weswegen nicht von einem Bagatellunfall auszugehen sei. Die Energie, die auf den Körper des Beschwerdeführers eingewirkt habe, sei ausreichend gewesen, um eine Ruptur der Rotatorenmanschette zu bewirken. Aufgrund der Akten sei indessen nicht klar, ob der Beschwerdeführer hernach unter starken Schmerzen oder einer Pseudoparalyse gelitten habe. Der Beschwerdeführer jedenfalls habe mitgeteilt, nach dem Vorfall habe er den Arm nicht mehr heben können, was für eine Pseudoparalyse spreche (Urk. 30/2 S. 2 Ziff. 6). Was die Einschätzung von Dr.

C.\_\_\_\_ zur Unfallenergie betrifft, handelt es sich um Mutmassungen, die nicht weiter belegt sind. Prof. D.\_\_\_\_

hingegen war namentlich unter Bezugnahme auf die Angaben des Beschwerdeführers gegenüber Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie (Urk. 7/7, Urk. 7/26), nachvollziehbarerweise zum Schluss gelangt, der Unfallmechanismus selber müsse offen bleiben (vgl. Urk. 27 S. 15). Gemäss Aktennotiz der Beschwerdegegnerin vom 8. Juli 2022 gab der Beschwerdeführer anlässlich des gleichentags geführten Telefonats zwar an, er sei mit der rechten Hand sowie mit der rechten Schulter auf den Schnee geprallt und ebenso auch mit dem Kopf (Urk.

7/2/1). Da Dr. Z.\_\_\_\_ allerdings festhielt, bezüglich des Ereignisses bestehe eine Amnesie (Urk. 7/26/2), was auch der Neurologe Dr. G.\_\_\_\_ vermerkte (Urk.

7/7/1 u. 2), und die neurologische Untersuchung keine Hinweise auf eine relevante Kopfverletzung ergab (Urk. 7/7/2 f.), folgte Prof. D.\_\_\_\_ richtigerweise, der Unfallmechanismus habe offen zu bleiben. Da die neurologische Untersuchung keine Hinweise auf eine Kopfverletzung ergab, ist auch das

von Dr.

C.\_\_\_\_ erwähnte Schädelhirntrauma (Urk. 30/2 Ziff. 6) nicht ausgewiesen. Auch die Erwähnung von Dr.

C.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer habe den Arm nach dem Sturz nicht mehr anheben können (Urk. 30/2 Ziff. 6), findet in den Akten keine Stütze. Der Beschwerdeführer selber und Dr. H.\_\_\_\_ berichteten lediglich von einer Einschränkung der Belastbarkeit und der Beweglichkeit von Arm und Schulter rechts (Urk. 7/2/1, Urk. 7/7/2). Gemäss Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ erwähnte der Beschwerdeführer anlässlich der Konsultation vom 22. April 2022 gar, es gehe ihm gut und er habe bereits wieder Velotouren geführt (Urk. 7/26/2). Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Sturz von einer ärztlichen Untersuchung abgesehen und stattdessen mit seinem Bruder ein Mittagessen eingenommen hatte (Urk. 7/7/2). Die Darlegungen von Prof. D.\_\_\_\_ zum Unfallmechanismus und zum Verhalten des Beschwerdeführers nach dem Unfall und den daraus zu ziehenden Schlüssen vermögen somit insgesamt zu überzeugen. 5.6

In Ziff. 6 seiner Beurteilung vom 9. Februar 2024 fasste Prof. D.\_\_\_\_

zusammen, dass bei akuten Sehnenverletzungen initial stets ausgeprägte Schmerzen und ein ausgeprägter Funktionsverlust aufträten, wobei hier aufgrund der gesamten Umstände nicht davon ausgegangen werden könne, dass dies der Fall gewesen sei. Nach dem Sturz habe sich der Beschwerdeführer vielmehr rasch besser gefühlt, habe mit seinem Bruder zu Mittag gegessen und sei anschliessend nach Hause gefahren. Einen Arzt habe er erst zehn Tage später aufgesucht. Gemäss dem Bericht über die Erstkonsultation sei es dem Beschwerdeführer damals gut gegangen und er sei auch bereits wieder in der Lage gewesen, Velotouren zu unternehmen (Urk. 27 S. 16 f. Ziff. 6; vgl.

vorstehende E. 4.6.5). Die Angaben zum Verhalten nach dem Sturz am 12.

April 2022 sind zutreffend (Urk. 7/2/1, Urk. 7/7/1 f., Urk. 7/26/2). Zu den Ausführungen von Prof. D.\_\_\_\_ bemerkte Dr.

C.\_\_\_\_ (vgl. Ziff. 7 des Fragenkatalogs vom 6. März 2024; Urk. 30/1 S.

3

f.), Begriffe wie immer oder nie seien in der Medizin selten korrekt (Urk. 30/2 S. 2 Ziff. 7; vgl. vorstehende E. 4.7.7). Dies es pauschale Gegenargument vermag die im Einzelnen begründeten Darlegungen von Prof. D.\_\_\_\_ nicht zu entkräften. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den Darlegungen von Prof.

D.\_\_\_\_ erfolgte nicht. 5.7

In Ziff. 7 seiner Beurteilung vom 9. Februar 2024 äusserte sich Prof. D.\_\_\_\_

zur Dauer der Nachweisbarkeit von Knochenödemen und hielt fest, nach Einsichtnahme in das Bildmaterial ergäben sich keine Anhaltspunkte für neu aufgetretene strukturelle Läsionen im Bereich des rechten Schultergelenks (Urk. 27 S. 17 f. Ziff. 7; vgl. vorstehende E. 4.6.6).

In Ziff. 8 seiner Beurteilung vom 9. Februar 2024 legte er dar, eine anteriore Akromioplastik diene namentlich dazu, den Druck auf die Sehne zu reduzieren, um damit das Risiko einer Re-Ruptur zu verringern, allerdings erlaube der Eingriff keinen Rückschluss auf die Kausalität der Rotatormanchettenläsion, namentlich nicht auf eine traumatische Ursache (Urk. 27 S. 18 Ziff. 8; vgl. auch Urk. 4.6.7). In Ziff. 9

und 10 seiner Beurteilung vom 9.

Februar 2024 legte Prof. D.\_\_\_\_

sodann dar, aufgrund der im Vergleich zur Muskelkraft dreimal höheren Bruchlast einer Supraspinatussehne sei ein

heftiges Unfallereignis erforderlich, das zu klinisch oder bildgebend feststellbaren Begleitverletzungen führe, was aber hier nicht der Fall gewesen sei. Erneut hielt er fest, die Bildgebung acht Wochen nach dem Vorfall habe denn auch keine Hinweise auf eine frische strukturelle Läsion ergeben, hingegen mehrere Zeichen für ein degeneratives Geschehen (verminderte akromiohumerale Distanz, fehlender distaler Sehnenstumpf, verdickter, nicht welliger und auf den Apex des Humeruskopfes zurückgezogener proximaler Stumpf, erhöhter CSA, Azetabulisierung des Akromions, Tendinopathie im Bereich der Infraspinatus- und Subscapularissehne und partielle Humerusglatze). Ferner würdigte Prof. D. \_\_\_ die

Polysportivität des Beschwerdeführers bezüglich verschiedene r

vom Beschwerdeführer betriebener und schulterbelastender Sportarten (Tennis, Skifahren, Volleyball, Klettern) als Risikofaktor für eine degenerative Schädigung an der Rotatorenmanschette und hielt erneut fest, das Verhalten nach dem Sturz mit Einnahme eines Mittagessens unmittelbar nach dem Sturz ohne Arztkonsultation und die Teilnahme an einer Velotour noch vor der ersten ärztlichen Konsultation zehn Tage nach dem Ereignis spreche gegen eine akute Ruptur der Rotatorenmanschette als Folge des Sturzes. Zusammenfassend kam Prof. D. \_\_\_ zum Schluss, es könne an der versicherungsmedizinischen Beurteilung durch Dr.

B. \_\_\_ festgehalten werden (Urk. 27 S. 18-20 Ziff. 9-10; vgl. vorstehende E. 4.6.8). Zu diesen Ausführungen von Prof. D. \_\_\_ bemerkte Dr. C. \_\_\_ (vgl. Ziff. 8 u. 9 des Fragenkatalogs vom 6. März 2024; Urk. 30/1 S. 4), zusammenfassend sei festzuhalten, dass er in allen Punkten anders als Prof. D. \_\_\_ argumentiere, weswegen er die Einholung eines Gutachtens für angezeigt erachte

(Urk. 30/2 S. 2 Ziff. 8 u. 9; vgl. vorstehende E.

## **E. 6**

### **S. 1). 2.1.3**

In den Stellungnahmen vom 18. Oktober 2023 und 15. Februar 2024 (Urk. 13, Urk. 26) hielt die Beschwerdegegnerin unter Verweisung auf die erneuten Darlegungen von Dr. B. \_\_\_ vom 16. Oktober 2023 (Urk. 14) und diejenigen von Prof. D. \_\_\_

vom 9. Februar 2024 (Urk. 27) an ihren Standpunkten fest. 2.2 2.2.1

Der Beschwerdeführer führte in seiner Beschwerdeschrift vom 22. August 2023 aus, bei der Beurteilung der Kausalität seien praxisgemäss die einzelnen Kriterien, welche für respektive gegen eine traumatische Entstehung der Schulterverletzung sprächen gegeneinander abzuwägen. Relevant seien in diesem Zusammenhang die bildgebenden Befunde, die Vorgeschichte, der Unfallhergang, die Primärbefunde und der weitere Verlauf. Vor dem Unfall habe eine völlige Beschwerdefreiheit vorgelegen und die rechte Schulter sei normal einsetzbar gewesen. Nach dem Unfall habe der rechte Arm nicht mehr belastet werden können. Eine degenerative Genese hätte vorbestehende Beschwerden vorausgesetzt. Der Umstand, dass nach dem Vorfall nicht unmittelbar ein Arzt konsultiert worden sei, belege noch nicht, dass keine akuten Beschwerden aufgetreten seien. Aus der Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin vom 8. Juli 2022 (Urk. 7/2) ergebe sich, dass der

Arm nach dem Ereignis nicht mehr belastet werden können und auch die Beweglichkeit eingeschränkt gewesen sei. Medizinisch sei es belegt, dass selbst nach einer kompletten Ruptur der Rotatorenmanschette Betroffene binnen drei bis fünf Tagen die Einschränkungen bis zu einem gewissen Grad hätten kompensieren können. Das Argument des Versicherungsarztes, dass im Falle einer traumatischen Sehnenruptur typischerweise eine Pseudoparalyse hätte auftreten müssen, sei mithin nicht belegt. Richtig sei, worauf auch Dr. B. \_\_\_ hingewiesen habe, dass am AC-Gelenk Aktivierungszeichen hätten festgestellt werden können. Aus der medizinischen Literatur sei allerdings bekannt, dass eine Impingementsymptomatik oder auch eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose nicht direkt in kausalem Zusammenhang mit einer degenerativen Rotatorenmanschettenschädigung stehen müsse. Ein synovialer Reizzustand könne auch durch eine Binnenläsion der Schulter entstehen, wobei die Verletzung unfallbedingt oder degenerativ sein könne. Gegen eine degenerative Ruptur spreche die fehlende fettige Infiltration der Muskulatur, die fehlende Arthrose und die gute Flexibilität der Musculi infraspinatus und supraspinatus. Zu beachten sei auch, dass sich infolge eines Traumas der Humeruskopf in einer Frühphase anheben könne. Allein aufgrund des festgestellten Abstandes zwischen Humeruskopf und Akromion könne demnach nicht auf eine degenerative Schädigung geschlossen werden. Vorliegend habe zudem auch keine Atrophie der Muskulatur festgestellt werden können. Aus der Retraktion des Muskels könne somit nicht auf eine degenerative Ursache geschlossen werden. Der MRI-Befund vom 9. Juni 2022 weise aufgrund der Merkmale der Läsion auch deutlich auf eine traumatische Ursache hin. Insgesamt lägen hier genügend klare Anhaltspunkte

auf das Vorliegen einer traumatischen Schädigung hin (Urk. 1 S. 5 ff.). 2.2.2

In den weiteren Eingaben vom 26. September 2023 (Urk. 9), vom

#### **E. 11**

Januar 2024 (Urk. 17) und vom 20. März 2024 (Urk. 29) hielt der Beschwerdeführer unter Verweisung auf die beigelegten ärztlichen Stellungnahmen von Dr. C. \_\_\_ (Urk. 10/1, Urk. 22, Urk. 30/2) weiterhin an seinem Standpunkt fest, auch über

den

#### **E. 12**

Juli 2022 hinaus sei von Unfallfolgen auszugehen.

3.

#### **E. 14**

f. Ziff. 4).

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