

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00005

vom 24. Februar 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-02-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2024.00005

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00005 du 24 février 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00005 del 24 febbraio 2025

Erwägungen

E. 1

5. J uni 20 22 der AXA Versicherungen AG

mitteilen, dass er am

E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (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 un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädi gende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geis tige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene ge sundheitliche 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 Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse 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

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 ausschliesslich 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 150 V 188 E. 4.2, 146 V 51 E. 5.1, je 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. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2).

E. 1.4

Im Verfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Sozialversicherungsleistungen besteht kein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung (BGE 135 V 465 E. 4).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

4. Februar 20 22

beim Eishockeyspiel einen Sturz auf den ausgestreckte n Arm erlitten und sich an der rechten Schulter verletzt habe (Urk. 9 / A1). Die AXA Versicherungen AG trat auf den Schadenfall ein und teilte die vorläufige Übernahme der Versicherungsleistungen mit (Urk. 9/ A3- A4). A m 4. Juli 2023 informierte sie den Versicherten , dass kein Anspruch auf

Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung bestehe und sie ab dem 17. Juni 2022 keine weiteren Leistungen aus dem Ereignis vom 24. Februar 2022 erbringe (Urk. 9/A18). Daran hielt sie mit Verfügung vom 22.

August 2023 fest (Urk. 9/A2

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in ihrem Einspracheentscheid vom 1. Dezember 2023 fest (Urk. 2 S. 4

f f.), der Beschwerdeführer habe nach dem Ereignis vom 24. Februar 2022 erst mals am 13. Juni 2022 Dr.

med. Z.____

aufgesucht und angegeben,

seit einem Sturz bei einem Eishockey spiel

zuerst

einen lokalen Schmerz

und seit zweieinhalb Wochen eine enorme Schmerzzunahme verspürt zu haben. Zwischen dem 24.

Februar 2022 und anfangs Juni 2022

sei keine Brückensymptomatik dokumentiert. Ein Arztbesuch sei nicht indiziert gewesen und es habe auch keine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Es seien bei der MR-Arthrographie vom

15. Juli 2022 am AC-Gelenk rechts Zeichen einer Rockwood Typ II Läsion, eine Bursitis subacromialis

und subdeltoidea bei intakten Binnenstrukturen am Schultergelenk, jedoch keine ossären Läsionen am Glenohumeralgelenk und keine Stigmata einer stattgehabten Schulterluxation erkennbar gewesen. Die Bildgebung vom

24. Mai 2023 (Arthro-CT Schulter rechts) zeige ein irregulär konfiguriertes posteriores Labrum mit

oberflächlichen fissuralen Einrissen und einzelnen punktförmigen Verkalkungen, einen regelrechten

Knorpelüberzug und eine mässige AC-Gelenkarthrose (S. 4).

Dr.

med. A.____, Facharzt für Chirurgie FMH, sei in seiner Stellungnahme vom 25. Juli 2023 zum Schluss gelangt, dass im Arthro-MRI vom 15. Juli 2022 keine frischen, unfallbedingten, strukturellen Verletzungen hätten gesichert nachgewiesen werden können. Die Verdachtsdiagnose einer hinteren Labrumläsion sei anhand der Untersuchungen und Beschwerden

medizinisch zwar nachvollziehbar, hingegen aufgrund der Bildgebung nicht bewiesen. Der Beschwerdeführer habe beim Ereignis eine Distorsion der Schulter rechts erlitten.

Die Folgen dieser Distorsion, ohne gesicherten Nachweis von

frischen strukturellen Verletzungen, seien aber nach spätestens vier bis sechs Wochen abgeheilt gewesen. Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, habe in seiner Beurteilung vom 24. November 2023 festgehalten, dass der dokumentierte Schadensmechanismus grundsätzlich nicht zu einer isolierten SSP-Schädigung führen könne und im morphologischen Schadensbild nie ein kongruentes, logisch nachvollziehbares Muster einer Schulterschädigung dokumentiert worden sei. Im radiologischen Schadensbild seien tendinopathische Veränderungen der SSP erkennbar gewesen ohne Zeichen einer frischen Schulterschädigung, die zwar nach fünf Monaten nicht mehr eindeutig in Erscheinung treten müssten.

Aber die vorliegenden degenerativen Veränderungen seien bei einer Latenz von fünf Monaten

nicht als Unfallfolge vom 24. Februar 2022 plausibel. Es sei am ehesten davon auszugehen, dass die vorbestehende moderate ACG-Inkongruenz-Arthrose durch das Ereignis aktiviert worden sei (S. 5).

Der Nachweis, dass der Gesundheitsschaden

an der rechten Schulter über den 15. Juli 2022 hinaus in kausalem

Zusammenhang zum Ereignis vom 24. Februar 2022 stehe und dass der operative Eingriff vom 2. Oktober 2023 dadurch notwendig geworden sei, könne nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit erbracht werden (S. 8).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich auf den Standpunkt (Urk. 1 S. 4), er sei am 24.

Februar 2022 beim Eishockeyspielen auf den ausgestreckten Arm gestürzt und habe sich die rechte Schulter verletzt. Am 15. Juli 2022 sei eine Rockwood Typ II Verletzung diagnostiziert und am 2. Oktober 2023 sei er operiert worden. Intraoperativ hätten sich der präoperative Verdacht einer SLAP- und PASTA-Läsion bestätigt und

Rockwood Typ II Verletzungen seien

gemäss wissenschaftlicher Evidenz überwiegend traumatischer Genese.

Aus der Beurteilung von Dr. B.____ könne nicht abgeleitet werden, dass er die Rockwood II Verletzung nicht als unfallkausal eingestuft habe. Vielmehr komme er zum Schluss, dass diese Verletzung MR-tomografisch gesichert sei (S. 6 f.). Die CT-Aufnahme zeige

15 Monate nach dem Unfall auch gewisse degenerative Veränderungen, da es durch die Unfallverletzungen im zeitlichen Verlauf zu Abnützungen gekommen sei. Die von Dr. B.____ als tendinopathisch beschriebenen Veränderungen liessen nicht den Schluss zu, dass keine unfallkausalen Verletzungen vorliegen würden. Der Nachweis der initialen Rockwood II-Verletzung müsse als Beweis gelten, dass es anlässlich des Unfalles zu einer strukturellen Verletzung gekommen sei. Da es vorliegend zu einer Rockwood II Verletzung gekommen sei, seien die nachfolgend diagnostizierten Verletzungen PASTA- und SLAP-Läsion überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Die zeitliche Latenz zwischen Unfall und Bildgebung stelle eine bekannte und gewöhnliche Konstellation bei solchen Verletzungen dar und könne nicht gesondert gegen die Unfallkausalität ausgelegt werden,

sondern müsse im Gesamtkontext gewürdigt werden. Zum Operationsbericht sei festzuhalten, dass es nicht die Aufgabe des Behandlers sei, sich zur Genese zu äussern (S. 7). Die Ausführungen von Dr. B.____

dazu seien irrelevant und könnten auch nichts über

die Unfallkausalität aus sagen (S. 8) .

Replicando ergänzte der Beschwerdeführer, soweit die Beschwerdegegnerin behauptete, die diagnostizierte Rockwood Typ II Läsion sei nicht unfallkausal, sei dies nicht korrekt, denn die Diagnose sei nach dem Unfall gestellt worden (Urk. 13 S. 3) . Auf die Einschätzung der Dres . A.____ und B.____ dürfe nicht abgestellt werden, da es sich nicht um eine neutrale ganzheitliche und vollständige Beurteilung unter Wahrung der Parteirechte handle (S. 4). 3.

3.1

Dr. med. Z.____ , FMH Allgemeine Innere Medizin, notierte im Eintrag zur Erstkonsultation vom 13. Juni 2022 (Urk. 10/M8), der Beschwerdeführer habe am 24. Februar 2022 einen Eishockey - Unfall mit Sturz auf die rechte Schulter erlitten. Anfangs habe ein lokaler Schmerz, einschliessend bei gewissen Bewegungen , bestanden und seit zweieinhalb Wochen bestehe eine enorme Schmerzzunahme. Zum Prozedere hielt die Ärztin fest, es seien eine MRI - und Röntgenuntersuchung sowie Physiotherapie

aufgrund Kontusion der Schulter (vgl. Urk. 10/M1) vorgesehen . 3.2

Die bildgebenden Untersuchungen vom 15. Juli 2022 (Urk. 10/M5) im Spital C.____

erfolgten mit folgender

Indikation : Verdacht einer

Musculus subscapularis -Läsion

nach Sturz vom 24. Februar 2022

(und Musculus infraspinatus) , differentialdiagnostisch Rockwood Läsion. Zusätzlich beschrieb e der Beschwerdeführer vorbestehende Subluxationen im Schultergelenk

rechts . Es stelle sich die Frage einer

Rotatorenmanschettenruptur . Die Röntgen- Bildgebung erfolge mit der Frage nach Pfanne und Subluxation.

Die zuständigen Radiologen führten aus, in der Röntgenuntersuchung des rechten Schultergelenks zeigten

sich eine regelrechte Lage des Humeruskopfes im Schultergelenk mit akromiohumeraler Distanz von

E. 5

). Dagegen erhob der Versicherte am 31. August 2023 (Urk. 9/A30) vorsorglich Einsprache, welche er am 15. September 2023 (Urk. 9/A33) begründete . Am 2. Oktober 2023 unterzog er sich einer Schulterarthroskopie mit Rotatorenmanschettenrekonstruktion (Urk. 10/M13). Mit Einspracheentscheid vom 1. Dezember 2023 wies die AXA Versicherungen AG

die Einsprache ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 12. Januar 2024 Beschwerde mit den Anträgen, der Einspracheentscheid

sei aufzuheben und es sei ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zu rückzuweisen, damit sie ein orthopädisches Gutachten einhole und hernach erneut entscheide (Urk. 1 S. 2). Die AXA Versicherung an AG schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2024 (Urk.

E. 8

) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 31. Mai 2024 (Urk. 13) hielt der Beschwerdeführer an den beschwerdeweise gestellten Anträgen fest. Die AXA Versicherungen AG teilte mit Schreiben vom 4. Juli 2024 den Verzicht auf das Einreichen einer Duplik mit (Urk. 16), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 9. Juli 2024 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 9

mm, keine ossären Läsionen und ein intaktes Glenoid. Im AC-Gelenk bestehe eine geringe asymmetrische Höhe des lateralen Klavikulaendes rechts als zur Gegenseite, ohne abgrenzbare ossäre Läsion. Es bestehe eine leichte

Weichteilschwellung angrenzend an das AC-Gelenk rechts. Die MR-Arthrographie

der rechten Schulter zeige eine intakte Supraspinatus-, Infraspinatus- und Teres minor Sehne. Die lange Bizepssehne sei intakt mit normaler Lage im Sulcus

intertubercularis. Das Muskelvolumen im Bereich der Rotatorenmanschette

sei normal und von guter Qualität, es bestehe ein

Goutallier Grad 0. Der Knorpel und das Labrum mit Buford-Komplex seien intakt.

Glenohumeral bestünden keine ossären Läsionen,

lediglich eine sehr diskrete Zyste am Humeruskopf posterior an

der bare area.

Das AC-Gelenk zeige sich mit Knochenmarksödem im klavikulären Anteil, geringer auch im akromialen Anteil, und es bestehe ein Ödem in den angrenzenden Weichteilen um das Gelenk. Es bestünde n

Zeichen einer Ruptur des Ligamentum acromioclaviculare und ein Ödem am korakoklavikulären Ligament als Ausdruck einer Zerrung. Die Befundkonstellation entsprache

einer Rockwood Läsion Grad II. Bezüglich Weichteilen zeigen sich eine Signalanhebung

im Lagebereich der Bursa subakromialis und subdeltoidea wie bei einer Bursitis sowie ein inferiore

Gelenkrezessus mit Fältelung der Kapsel. Unter Beurteilung führten die Radiologen aus, am AC-Gelenk rechts zeigten sich Zeichen einer Rockwood Typ II-Läsion

sowie eine Bursitis subakromialis und subdeltoidea. Die Binnenstrukturen am Schultergelenk seien intakt. Es bestünden keine ossären Läsionen am Glenohumeralgelenk und es zeigten sich keine Stigmata einer stattgehabten Schulterluxation. 3. 3

Im Bericht der Universitätsklinik D.____ vom 4. Mai 2023 (Urk. 10/M6) hielten Prof. Dr. med. E.____ , Leiter Schulterchirurgie ,

und med. pract . F.____ , Assistenzarzt Orthopädie, fest, der Beschwerdeführer berichte von einem Sturz auf die rechte Schulter beim Eishockeyspielen am 24. Februar 2022 und seither auftretenden posterolateralen Schultergelenksschmerzen vor allem bei Liegestützen und beim Abstützen. Die Ärzte führten aus, im extern durchgeführten MRI lasse sich nicht klar sagen, ob es sich um eine posteriore Labrumläsion handle, welche die Beschwerden erklären könnte. Daher erfolge zur besseren Bilanzierung des Labrums und des Glenoids noch ein e

Arthro -CT. Sollte sich die Läsion bestätigen, müsste ein operatives Vorgehen besprochen werden, da die Beschwerden seit mehr als einem Jahr persistieren und der Beschwerdeführer langfristig nicht wirklich von der Physiotherapie profitiert habe. 3.4

Im Befund zur

Arthro -CT Schulter rechts der Universitätsklinik D.____ vom 24. Mai 2023 (Urk. 10/M17) führten die zuständigen Ärzte aus, es zeige sich keine frische Fraktur . Es bestünden ein irregulär konfiguriertes posteriores Labrum mit oberflächlichen Fissuren und

einzelnen punktförmigen Verkalkungen sowie ein hypoplastisches Labrum anterosuperior mit cord-like MGHL im Sinne eines Buford-Komplexes . Es ergäbe sich kein Nachweis eines Labrumrisses und kein fokaler tiefer

Knorpeldefekt . Es bestünden mäßiggradige degenerative Veränderungen im AC-Gelenk , jedoch keine artikulareseitige und transmurale

Rotatorenmanschetten -Sehnenruptur. Die

Muskeltrophik sei normal und der partiell miterfasste Thorax unauffällig . 3.5

Im Bericht der Universitätsklinik D.____

vom 25. Mai 2023

(Urk. 10/M9)

hielten

Prof. Dr. E.____

und Dr. med. G.____ , Assistenzarzt Orthopädie , fest , der Beschwerdeführer berichte über eine unveränderte Symptomatik seit der letzten Konsultation vom 3. Mai 2023. Die Schulterschmerzen würden vor allem bei Liegestützen und beim Abstützen auftreten.

CT-graphisch zeige sich der hohe Verdacht einer posterioren Labrumläsion , die mit der Klinik des Beschwerdeführers gut passe. Aufgrund der Schmerzsymptomatik könne dieser in seiner Freizeit keinen Sport mehr treiben und bei hohem Leidensdruck sei die Indikation zum arthroskopischen posterioren Bankart- Repair zu stellen. 3.6

Dr. med. A.____ , Facharzt für Chirurgie FMH, führte in seiner Aktenbeurteilung zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 25. Juli 2023 (Urk. 10/M12) aus , der Beschwerdeführer sei laut Schadenmeldung vom 15. Juni 2022 am 24. Februar 2022 beim Eishockeyspiel auf den rechten ausgestreckten Arm gestürzt. Das Arthro -MRI vom 15. Juli 2022 zeige im AC-Gelenk rechts Zeichen einer Rockwood Typ II-Läsion unbestimmten Alters sowie eine Bursitis subakromialis und subdeltoidea . Frische, unfallbedingte, strukturelle Verletzungen

hätten nicht gesichert nachgewiesen werden können. Die Verdachtsdiagnose einer hinteren Labrumläsion sei anhand der Untersuchungen und Beschwerden medizinisch nachvollziehbar, hingegen aufgrund der Bildgebung nicht bewiesen und stehe somit nicht mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 24. Februar 2022. Durch das Ereignis habe der Beschwerdeführer eine Distorsion der Schulter rechts erlitten. Die Folgen dieser Distorsion seien ohne gesicherten Nachweis von frischen strukturellen Verletzungen nach spätestens vier bis sechs Wochen abgeheilt. 3.7

Im Operationsbericht der Universitätsklinik D.____

vom 2. Oktober 2023 (Urk. 10/M13) über die Schulterarthroskopie mit Rotatorenmanschetten - rekonstruktion, subacromialem Débridement und subpektorale r Bizepsnodese rechts führte n Prof. Dr. E.____ und Dr. med. H.____, Assistenzärztin Orthopädie, aus, in der diagnostischen Arthroskopie zeige sich eine anteroposteriore Labrumläsion/deutliche SLAP-Läsion. Der glenohumerale Knorpelüberzug sei intakt. Es bestünden eine leicht tendinopathisch veränderte Bizepssehne sowie eine regelrechte Insertion der Infraspinatussehne und die Subscapularissehne sei intakt.

3.8

Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, führte in seiner Aktenbeurteilung vom 24. November 2023 (Urk.

E. 10

/ M22) zu Händen der Beschwerdegegnerin aus (S. 5), die Hausärztin Dr. Z.____

habe erstmals am 13. Juni 2022 einen Sturz auf die rechte Schulter beim Eishockey am 24. Februar 2022 erwähnt. Über den Schadensmechanismus gebe die Beschreibung des Beschwerdeführers über den Sturz auf die rechte Schulter mit der Armposition in Elevation am

besten Auskunft. Angaben über ein Riss- oder Verletzungsgefühl seien keine vorhanden. Die Befunde aufgrund der klinischen Untersuchungen durch mehrere orthopädische Fachärzte seien nicht deckungsgleich. Bezüglich einer posterioren Labrumschädigung erstaune die Diskrepanz zwischen den Befunden innerhalb von drei Wochen in der gleichen Instanz. Dabei sei schwer nachvollziehbar, dass der

entsprechende klinische Befund vor dem Arthro-CT explizit negativ und nach der CT-Untersuchung explizit positiv erschienen sein soll.

Bei persönlicher Betrachtung der MRI- Bilder

vom 15. Juli 2022

könne

in der Transversalebene der

Humeruskopf in guter Aussenrotation gelagert wahrgenommen werden. Die SSC (Subscapularissehne) und ISP (Infraspinatussehne) kämen korrekt

inszenieren und unauffällig zur Darstellung. Die BIC

(lange Bizepssehne) liegt stabil im Sulcus und zeigt kaum Unregelmäßigkeiten. Die Labrumstrukturen erscheinen dorsal und ventral intakt. Im

ACG (Akromioklavikulargelenk) findet man an der lateralen Clavicula breitflächig kleinzystische Veränderungen.

In Frontalebene zeigen sich an der BIC- Insertion strukturelle Unregelmäßigkeiten, vereinbar

mit degenerativen Veränderungen der BIC- Insertion oder einem Buford-Komplex. Die SSP

(Supraspinatussehne) zeigt deutliche Strukturveränderungen im peripheren Sehnenverlauf ohne Zeichen einer

Kontinuitätstrennung, vereinbar mit einer deutlichen Tendinose an der klassischen

Prädilektionsstelle . Das ACG zeigt die claviculären kleinzystischen

Knochenumbauveränderungen bei leichter Gelenkinkongruenz in Frontalebene . Der Discus

articularis sei nur noch rudimentär vorhanden. Die BIC-Struktur erscheint zart . In der

Arthro -CT-Untersuchung der rechten

Schulter am 24. Mai 2023 sei das posteriore Labrum als irregulär konfiguriert und mit

oberflächlichen Fissuren und einzelnen Verkalkungen dokumentiert. Der anterosuperiore

Labrumkomplex werde als Anlagevariante eines Buford-Komplexes wahrgenommen .

Die RM

(Rotatorenmanschette) werde wiederum als normal und das ACG als mäßig degenerativ verändert eingeschätzt.

Bilanzierend würden mit der Tendinose der SSP, der BIC- Insertion am Pfannenoberrand und

der ACG-Arthrose mit Restinkongruenz die Zeichen einer vorbestehenden chronischen

Schädigung auf Abnutzungsbasis vorliegen , wobei die arthrotische ACG-Schädigung an eine alte

Unfallfolge erinnere . Der CT-Befund am posterioren Labrum sei ausschlaggebend für die OP-Indikation gewesen (S. 6) .

Aufgrund der Angaben im Operationsbericht

müsse davon ausgegangen

werden, dass die ursprüngliche Einschätzung einer relevanten posterioren

Labrumschädigung nicht

zutreffend gewesen

und die als gut empfundene Kongruenz zum

klinischen Befund letztlich doch nicht evident erschienen sei . Radiologisch sei auch

zweifach ein Buford-Komplex anterosuperior als Normvariante beschrieben worden . Der Operateur mache sich dazu keine Gedanken und spreche von einer SLAP-Läsion, ohne

dies e zu

klassifizieren. In den OP-Bildern sei diese nicht klar dargestellt, um den Sachverhalt überprüfen zu können, und der Operateur äusser e sich auch nicht mehr zur Genese dieser Veränderungen, die er operiert habe. Er habe sie auch nicht

explizit als posttraumatisch gewürdigt, was auch seltsam wäre, wenn plötzlich etwas ganz anderes als angedacht als Unfallfolge vorgebracht worden wäre (S. 7).

Nach systematischer Analyse aller relevanten, versicherungsmedizinischen Kriterien liege zunächst ein Schadensmechanismus vor, welcher grundsätzlich nicht zu einer isolierten SSP-Schädigung führen könne, da diese Sehne bei eleviertem Arm nicht unter einen übermässigen, unphysiologischen funktionellen Stress gekommen sei. Im morphologischen Schadensbild sei nie ein kongruentes, logisch nachvollziehbares Muster einer Schulterschädigung dokumentiert worden. Im radiologischen Schadensbild seien tendinopathische Veränderungen der SSP deutlich erkennbar, jedoch seien keine nachvollziehbaren Zeichen einer frischen Schulterschädigung erkennbar gewesen, wobei solche grundsätzlich nach fünf Monaten nicht

mehr eindeutig in Erscheinung treten müssten. Die Latenz von fünf Monaten könne aber die vorliegenden degenerativen Veränderungen nicht als Unfallfolge vom 24. Februar 2022 plausibel machen (S. 7).

Die geltend gemachte Symptomatik sei einerseits auffallend heterogen, zeitlich erst nach knapp fünf Monaten klinisch und radiologisch erstmals dokumentiert, andererseits ohne Hinweise auf eine klar definierbare Unfallfolge an der rechten Schulter, sodass die Erfassung der Gesundheitsstörung bei verschiedenen Hypothesen geblieben sei, was zum Schluss führen müsse, dass überwiegend wahrscheinlich kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen der geltend gemachten Symptomatik und dem Ereignis vom 24. Februar 2022 bestehe. Es sei am ehesten davon auszugehen, dass die vorbestehende moderate ACG-Arthrose durch das Ereignis aktiviert und der Status

quo sine spätestens nach sechs Wochen erreicht gewesen sei. Für diese Annahme

spreche ein ärztlicherseits dokumentfreies Intervall von rund drei Monaten (S. 8). Es könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gesagt werden, dass bei der Operation vom 2. Oktober 2023 nicht Unfallfolgen behandelt worden seien. Die Tendinose der SSP sei im MRI derart offensichtlich, dass es sich bei dieser Texturstörung um eine relevante Schadenanlage gehandelt habe (S. 9). 4. 4.1

Es steht gestützt auf die Akten fest und es ist unbestritten, dass sich der Beschwerdeführer nach dem Sturzereignis beim Eishockey spielen vom 24. Februar 2022 aufgrund von Beschwerden an der rechten Schulter erstmals am 13. Juni 2022 bei seiner Hausärztin in medizinische Behandlung begeben hat (E.

3.1 hiervor). Seinen Angaben zufolge bestand sodann mit Subluxationen im Schultergelenk rechts bereits vor dem Ereignis ein Vorzustand (Urk. 10/M5). Die bildgebenden Untersuchungen vom 15.

Juli 2022 zeigten keine ossären Läsionen, jedoch ein

Knochenmarksödem am AC-Gelenk und ein Ödem in den angrenzenden Weichteilen um das Gelenk. Die Befundkonstellation wurde als Ausdruck einer Zerrung gesehen und einer

Rockwood Läsion Grad II zugeordnet (E. 3.2). Eine frische Fraktur sowie ein Verdacht auf eine posteriore Labrumläsion konnte auch das

Arthro-CT am 24.

Mai 2023 nicht bestätigt. Hingegen zeigten sich oberflächliche Fissuren, einzelne punktförmige Verkalkungen und mässiggradige degenerative Veränderungen im AC-Gelenk.

Eine transmurale Rotatorenmanschetten-Sehnenruptur konnte ebenso ausgeschlossen werden und die

Muskeltrophik wurde

als normal wahrgenommen (E. 3.4). 4.2

Vor diesem Hintergrund überzeugt die

eingehende fachärztliche Einschätzung durch Dr. B.____ (vgl. E. 3.8). Dieser legte in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den relevanten medizinischen Vorakten

und unter Berücksichtigung des vom Beschwerdeführer geschilderten Unfallhergangs nachvollziehbar dar, weshalb die Symptomatik nach dem Ereignis vom 24. Februar 2022 am ehesten einer aktivierten ACG-Arthrose zuzuordnen ist und der Status quo sine spätestens nach sechs Wochen, jedenfalls aber im Zeitpunkt der verfügten Leistungseinstellung ab dem 17. Juni 2022 erreicht gewesen ist. Für diese Annahme sprechen

– nebst einem Vorzustand und

der fehlenden

ärztlichen

Vorstellung nach dem Ereignis während mehr als drei Monaten –

insbesondere die in der MRI-Bildgebung vom

E. 15

.

Juli 2022 und im CT vom 24. Mai 2023

erhobenen Befunde. Dabei ist schlüssig dargelegt, dass mit der Tendinose der SSP, der BIC-Insertion am Pfannenoberrand und der ACG-Arthrose mit Restinkongruenz die Zeichen einer vorbestehenden chronischen Schädigung auf Abnutzungsbasis vorliegen und letztlich der CT-Befund am posterioren Labrum ausschlaggebend für die Operationsindikation war. Es überzeugt auch, dass, nachdem keine frischen Zeichen einer Schulterschädigung dokumentiert sind, auch wenn solche nach einer Latenz von fünf Monaten nicht mehr eindeutig in Erscheinung treten müssen, jedenfalls die vorliegenden degenerativen Veränderungen, insbesondere die Tendinose an der SSP,

bei einer zeitlichen Latenz von lediglich fünf Monaten seit dem Ereignis vom 24. Februar 2022 und der bildgebenden Untersuchungen sich nicht als Unfallfolge plausibilisieren lassen (vgl. Urk. 10/M22 S. 6 f.). Dr. B.____ kann auch darin gefolgt werden, dass im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. Februar 2022 weder ein Schadensmechanismus noch ein morphologisches Schadensbild dokumentiert werden konnte, das

zur vorliegenden Schulter pathologie

passt. Vielmehr ist davon auszugehen, dass eine residuelle Inkongruenz am AC-Gelenk rechts auf vorbestehende Schulterluxationen und

Verschleisserscheinungen bei Sportexposition zurückzuführen ist, zumal Stürze auf die Schulter standardmässig zu m Eishockey

gehören.

An den Ausführungen von Dr. B.____ vermag auch der Operationsbericht von Prof. Dr. E.____ vom

2. Oktober 2023

nichts zu ändern.

Im Bericht wird zwar entgegen dem CT-Befund als Diagnose (weiterhin) eine SLAP- und PASTA -Läsion Schulter rechts aufgeführt (vgl. Urk. 10/M13). Der Operateur äusserte sich aber weder zur Genese der Symptomatik noch würdigte er den Schaden als posttraumatisch. Die Angaben von Dr. B.____ begründen damit auch keine geringen Zweifel an der versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilung des Dr. B.____, weshalb auf letztere abzustellen ist. 4.3

Zusammengefasst kann die aufgrund der Schultersymptomatik

am 2. Oktober 2023 erfolgte

Rotatorenmanschettenrekonstruktion mit subacromialem Débride - ment und subpektorale r Bizepsstenodese damit nicht dem Ereignis vom 24. Februar 2022 zugeordnet werden. Der Hinweis, die Beschwerden seien erst nach diesem Ereignis aufgetreten, bedient sich der beweisrechtlich unzulässigen Formel « post hoc, ergo propter hoc», nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_672/2020 vom 15. April 2021 E. 4.2).

Nach dem Gesagten zeigte Dr. B.____

damit unter Berücksichtigung der erforderlichen Kriterien (vgl. E. 1.3) nachvollziehbar auf, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits vor dem Ereignis pathologische Veränderungen vorhanden waren, die durch das Ereignis vorübergehend verschlimmert wurden. Da keine Anhaltspunkte für eine unfallbedingte Schädigung von Strukturen vorliegen, ist auch begründet, dass spätestens sechs Wochen nach dem Unfall vom 24. Februar 2022 von einem Status quo sine auszugehen ist, was denn auch der Einschätzung des Dr. A.____ entspricht (E. 3.6). 4.4

Schliesslich bleibt anzufügen, dass vorliegend nicht zu prüfen ist, ob eine Leistungspflicht der Beschwerdegegerin gestützt auf Art. 6 Abs. 2 UVG gegeben ist. Wie das Bundesgericht festhielt, entfällt eine Deckungsprüfung unter dem Titel der Listendiagnose, wenn der Unfallversicherer das versicherte Ereignis als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG anerkennt, die diagnostizierten Verletzungen jedoch als nicht durch den Unfall verursacht beurteilt und kein Hinweis auf ein nach dem Unfall eingetretenes initiales Ereignis vorliegt (BGE 146 V 51 E. 9). 4.5

Es liegt keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes durch die Beschwerdegegnerin vor und es ist auch nicht davon auszugehen, dass ergänzende Beweismassnahmen zu einem anderen Ergebnis führen könnten, weshalb auf weitere Abklärungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen). Bei diesem Ausgang des Verfahrens kann auch von

der Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens abgesehen werden (E. 1.4). 5.

Die Beschwerdegegnerin hat damit ihre Leistungspflicht nach dem 17. Juni 2022 zu Recht verneint. Dementsprechend ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 1. Dezember 2023 (Urk. 2) nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Diane Günthart - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

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