

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00052 vom 26. Juni 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-06-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2024.00052

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00052 du 26 juin 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00052 del 26 giugno 2025

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss

Art.

E. 1.2

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
ändern
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

E. 1.5

Seit

dem

Inkrafttreten

der

Revision

des

UVG

und

der

dazugehörigen

Verordnung

über

die

Unfallversicherung

(UVV)

per

1.

Januar

2017
ist
das
Bestehen
einer
vom
Unfallversicherer
zu
übernehmenden
unfallähnlichen
Körperschädigung
nicht
länger
vom
Vorliegen
eines
äusseren
Ereignisses
abhängig.
Die
Tatsache,
dass
eine
in
Art.
6
Abs.
2
UVG
genannte
Körperschädigung
vorliegt,
führt
zur

Vermutung,
dass
es
sich
hierbei
um
eine
unfallähnliche
Körperschädigung
handelt,
die
vom
Unfallversicherer
übernommen
werden
muss.
Dieser
kann
sich
aber
von
der
Leistungspflicht
befreien,
wenn
er
beweist,
dass
die
Körperschädigung
vorwiegend
auf
Abnutzung
oder

Krankheit
zurückzuführen
ist
(Zusatzbotschaft
zur
Ände rung
des
Bundesgesetzes
über
die
Unfallversicherung
[Unfallversicherung
und
Unfallverhütung;
Organisation
und
Nebentätigkeiten
der
Suva]
vom
19.
September
2014,
BBl
2014
7922
7934
f.).
Gemäss
BGE
146
V
51
ergibt

sich
aus
der
in
Art.
6
Abs.
2
UVG
vorgesehenen
Möglichkeit
des
Gegenbeweises
weiterhin
die
Notwendigkeit
der
Abgrenzung
der
vom
Unfallversicherer
zu
übernehmenden
unfallähnlichen
Körperschädigung
von
der
abnützungs-
und
erkrankungsbedingten
Ursache
einer
Listenverletzung
und

damit
letztlich
zur
Leistungspflicht
des
Krankenversicherers.
Insoweit
ist
die
Frage
nach
einem
initialen
erinnerlichen
und
benennbaren
Ereignis
-
nicht
zuletzt
auch
aufgrund
der
Bedeutung
eines
zeitlichen
Anknüpfungspunktes
(Versicherungs deckung;
Zuständigkeit
des
Unfallversicherers;
Berechnung
des
versicherten

Verdienstes;
intertemporalrechtliche
Fragestellungen)

-

auch

nach

der

UVG-Revision

relevant.

Lässt

sich

dabei

kein

initiales

Ereignis

erheben

oder

lediglich

ein

solches

ganz

untergeordneter

respektive

harmloser

Art,

so

vereinfacht

dies

zwangsläufig

in

aller

Regel

den

Entlastungsbeweis

des
Unfallver sicherers.
Denn
bei
der
in
erster
Linie
von
medizinischen
Fachpersonen
zu
beur teilenden
Abgrenzungsfrage
ist
das
gesamte
Ursachenspektrum
der
in
Frage
stehenden
Körperschädigung
zu
berücksichtigen.
Nebst
dem
Vorzustand
sind
somit
auch
die
Umstände
des

erstmaligen
Auftretens
der
Beschwerden
näher
zu
beleuchten.
Die
verschiedenen
Indizien,
die
für
oder
gegen
Abnützung
oder
Erkrankung
sprechen,
müssen
aus
medizinischer
Sicht
gewichtet
werden.
Damit
der
Entlastungsbeweis
gelingt,
hat
der
Unfallversicherer
gestützt
auf
beweiskräftige

ärztliche
Einschätzungen
-
mit
dem
Beweisgrad
der
überwiegenden
Wahrscheinlichkeit
-
nachzuweisen,
dass
die
fragliche
Listenerletzung
vorwiegend,
das
heißt
im
gesamten
Ursachenspektrum
zu
mehr
als
50
%,
auf
Abnützung
oder
Erkrankung
zurückzuführen
ist.
Besteht
das

Ursachenspektrum

einzig

aus

Elementen,

die

für

Abnützung

oder

Erkrankung

sprechen,

so

folgt

daraus

unweigerlich,

dass

der

Entlastungsbeweis

des

Unfallversicherers

erbracht

ist

und

sich

weitere

Abklärungen

erübrigen

(E.

8.6 ;

vgl.

auch

Urteile

des

Bundesgerichts

8C_52/2023

vom

6.

Juli

2023

E.

2.2

und

8C_25/2023

vom

26.

April

2023

E.

2.3). 1. 6

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_16/2025
vom
24.
April
2025
E.
4.3.1).
Nach
der
Rechtsprechung
kommt
auch
den
Berichten
und
Gutachten
versicherungs interner
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 ;
Urteil
des
Bundesgerichts
8C_381/2024
vom

E. 6

UVG

werden

–

soweit

das

Gesetz

nichts

anderes

bestimmt

–

die

Versicherungsleistungen

bei

Berufsunfällen,

Nichtberufsunfällen

und

Berufs krankheiten

gewährt

(Abs.

1).

Die

Versicherung

erbringt

ihre

Leistungen

auch

bei

den

im

Einzelnen

in

Abs.

2

aufgeführten
Körperschädigungen,
sofern
sie
nicht
vorwiegend
auf
Abnützung
oder
Erkrankung
zurückzuführen
sind.

Nach
Art.

E. 6.5

)

w eitere
medizinische
Abklärungen

(vgl.

Urk.

1

S.

2

Ziff.

3

oben) .

4.3

Dr.

Z.____

legte

dar,

dass

die

in
der
MR-Arthrographie
der
rechten
Schulter
vom
10.
Februar
2023
verglichen
mit
der
Untersuchung
von
August
2014
neu
festgestellt
geringgradige
gelenkseitige
Partialruptur
der
Supraspinatussehne
sowie
eine
geringgradige
nicht
dehiszente
partielle
Avulsion
der
anterioren
Infraspinatussehne

überwiegend
wahrscheinlich
degenerativ
bedingt
sind ,
wobei
d er
Befund
insbesondere
durch
die
strenge
körperliche
Tätigkeit
des
Beschwerde führers
mit
Klettern
und
repetitiven
Überkopfarbeiten
als
begünstigt
erschei nt .
Hierfür
sprechen
gemäss
der
Versicherungsmedizinerin
unter
anderem
die
im
Bericht

von
Dr.
B.____
vom
20.
März
2023
gestützt
auf
die
Konsultationen
vom
6.,
13.
und
20.
März
2023
erhobenen
Befunde.
So
ergab
die
isometrische
resistive
Kraftprüfung
der
Rotorenmanschette
keine
erkennbaren
Defizite.
Dies
gilt
auch

für
den
unspektakulären
Befund
im
Bericht
vom
4.
April
2023.
Eine
neurogene
Ursache
der
Schulterbeschwerden
konnte
ebenfalls
ausgeschlossen
werden
(vorstehend
E.
3.4 - 3.6).
Der
behandelnde
Arzt
Prof.
A. ___
selber
verneinte
im
Operationsbericht
vom
14.
November

2023

-

bei

mehreren

degenerativen

Veränderungen

-

das

Vorliegen

eines

klaren

strukturellen

Defizits

an

der

rechten

Schulter

wie

eine

Ruptur

der

Rotatorenmanschette

oder

eine

andere

Läsion

(E.

3.11).

Außerdem

wurden

bereits

in

der

MR-Arthrographie

der
rechten
Schulter
vom
20.
August
2014
degenerative
Befunde
an
der
rechten
Schulter
festgestellt
(E.
3.1).
Weiter
wäre
bei
einer
akuten
Schädigung
der
Rotatorenmanschette
die
sofortige
Inanspruchnahme
ärztlicher
Behandlung
und
die
sofortige
Arbeitsniederlegung
zu

erwarten
gewesen ,
was
insbesondere
für
die
schwere
körperliche
Tätigkeit
des
Beschwerdeführers
zu
gelten
hat .
Nach
den
Angaben
des
Beschwerdeführers
arbeitete
er
jedoch
nach
dem
Unfall
vom
1 3.
September
2022 ,
wenn
auch
mit
gewissen
Schmerzen ,

bis
Ende
Januar
2023
weiter
und
begab
sich
erst
zu
diesem
Zeitpunkt
erstmal
in
ärztliche
Behandlung
(E.
3.2).
Nach
der
bundesgerichtlichen
Rechtsprechung
stellt
eine
sofortige
erhebliche
Funktionseinbusse
das
typische
Merkmal
für
den
Nachweis
einer

traumatischen
Verursachung
einer
Rotatoren manschettenläsion
dar
(vgl.
Urteile
des
Bundesgerichts
8C_43/2022
vom
24.
Mai
2022
E.
5.1
und
8C_253/2021
vom
2.
Juli
2021
E.
5.3).
Die
Fortsetzung
der
körperlich
schweren
Arbeit
des
Beschwerdeführers
nach
dem

Unfall
wäre
bei
einer
akuten
Schädigung
der
Rotatorenmanschette
somit
nicht
möglich
gewesen.
Gemäss
Prof.
A.____
könn t e
das
Unfallereignis
zu
einer
Hypoaktivität
des
Musculus
serratus
anterior
und
einer
Hyperaktivität
des
Musculus
pectoralis
min o r
geführt
haben

(E.
3.10).
Nach
den
Angaben
von
Prof.
A.____
handelt
es
sich
dabei
um
die
blosse
Möglichkeit
eines
natürlichen
Kausalzusammenhangs,
was
im
Hinblick
auf
das
erforderliche
Beweismass
der
überwiegenden
Wahrscheinlichkeit
nicht
genügt
(E.
1.2;
BGE

129

V

177

E.

3.1).

Gemäss

der

Recht sprechung

des

Bundesgerichts

lässt

sich

aus

der

blossen

Tatsache,

dass

die

Beschwerden

erst

nach

dem

Unfall

aufgetreten

sind,

sodann

kein

Beweis

über

de ren

Unfallkausalität

führen .

Die

Argumentation

von
Prof.
A.____
in
der
Stellung nahme
vom
1 8.
Oktober
2023 ,
wonach
das
Anprallen
der
rechten
Schulter
die
erwähnten
Befunde
verursacht
haben
könnte,
kann
sodann
im
Sinne
der
unzulässigen
Formel
«post
hoc
ergo
propter
hoc»

interpretiert
werden
(Urteile
des
Bundesgerichts
8C_518/2024
vom
23.
Dezember
2024
E.
5.2.2
und
8C_474/2022
vom
29.
März
2023
E.
5.2.3) .
Der
Beschwerdeführer
vermag
daraus
nichts
zu
seinen
Gunsten
abzuleiten.
Die
Ursache
der
festgestellten
Schulterdyskinesie

kann
sodann
offengelassen
werden,
nachdem
das
das
Unfall ereignis
nicht
zu
zusätzlichen
strukturellen
Läsionen
führte.
Der
Unfall
vom
13.
September
2022
führte
nach
dem
Gesagten
mit
überwiegender
Wahrscheinlichkeit
nicht
zu
einer
objektivierbaren ,
strukturellen
Läsion
an

der
rechten
Schulter.
Der
Beschwerdeführer
zog
sich
stattdessen
eine
Kontusion
oder
Prellung
an
der
rechten
Schulter
zu,
wobei
ein
solches
Ereignis
gemäss
Dr.
Z.____
spätestens
nach
acht
Wochen
als
abgeheilt
zu
betrachten
ist.
4.4

Festzuhalten
bleibt
der
Vollständigkeit
halber
hinsichtlich
der
diagnostizierten
geringgradigen
Partialruptur
der
Supraspinatussehne
und
partiellen
Avulsion
der
anterioren
Infraspinatussehne ,
dass
es
sich
bei
Ereignis
vom
13.
September
2022
(Sturz
auf
die
rechte
Schulter)
um
einen

Unfall
im
Rechtssinne
handelt.
Nach
der
Rechtsprechung
des
Bundesgerichts
(BGE
146
V
51
E.
9.2,
Urteil
des
Bundesgerichts
8C_355/2021
vom
25.
November
2021
E.
6.1)
gilt,
dass
die
Beschwerde gegnerin
eine
Leistungspflicht
für
eine
unfallähnliche

Körperschädigung
nach
Art.
6
Abs.
2
UVG
nicht
zusätzlich
prüfen
musste,
nachdem
unbestrittenem
ein
Unfall
vorliegt.
Nach
den
medizinischen
Akten
ist
mit
Dr.
Z.____
davon
auszugehen,
dass
sich
der
Beschwerdeführer
am
13.
September
2022

lediglich
eine
Prellung
am
bereits
vorgeschädigten
rechten
Schultergelenk
zuzog
und
die
nachgewiesenen
Verletzungen
acht
Wochen
später,
spätestens
am
27.
April
2023 ,
nicht
mehr
auf
das
Unfallereignis
zurückzuführen
waren.
Dabei
handelt
es
sich
um
einen

mit
BGE
146
V
51
E.
9.2
vergleichbaren
Sachverhalt.
Die
Beschwerdegegnerin
hat
die
Umstände
der
am
13.
September
2022
erlittenen
Verletzungen
zudem
ausreichend
abgeklärt.
Nach
dem
Gesagten
ergibt
sich,
dass
eine
Listenverletzung
nach
Art.

6

Abs.

2

UVG

von

der

Beschwerdegegnerin

nicht

gesondert

geprüft

werden

musste. 4. 5

Zusammenfassend

hat

die

Beschwerdegegnerin

den

Nachweis

erbracht,

dass

spä testens

am

27.

April

2023

keine

Unfallfolgen

im

Sinn

eines

natürlichen

Kausal zusammenhangs

mehr

vorlagen ,

so
dass
die
Einstellung
der
Versicherungsleistungen
durch
die
Beschwerdegegnerin
zu
Recht
erfolgte
(vgl.
E.
1.3).
Der
angefochtene
Einspracheentscheid
vom
15.
April
2024
erweist
sich
nach
dem
Gesagten
als
rechtens.
Die
Beschwerde
ist
daher
abzuweisen.

Das
Gericht
erkennt: 1.
Die
Beschwerde
wird
abgewiesen. 2.
Das
Verfahren
ist
kostenlos. 3.
Zustellung
gegen
Empfangsschein
an: - Rechtsanwalt
Marcel
Strehler - 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
E. 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. 13

April

2023

E.

3.1).

Ob

zwischen

einem

schädigenden

Ereignis

und

einer

gesundheitlichen

Störung

ein

natürlicher

Kausalzusammenhang

besteht,

ist

eine

Tatfrage,

worüber

die

Ver waltung

beziehungsweise

im

Beschwerdefall

das

Gericht
im
Rahmen
der
ihm
obliegen den
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). 1. 3

Praxisgemäss

entfällt

die

Leistungspflicht

des

Unfallversicherers

bei

einem

durch

den

Unfall

verschlimmerten

oder

überhaupt
erst
manifest
gewordenen
krankhaf ten
Vorzustand
erst
dann,
wenn
der
Unfall
nicht
mehr
die
natürliche
und
adäquate
Ursache
darstellt,
der
Gesundheitsschaden
also
nur
noch
und
ausschliess lich
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
schicksals mässigen
Verlauf
eines
krankhaften
Vorzustandes
auch
ohne
Unfall
früher
oder

später
eingestellt
hätte
(Status
quo
sine),
erreicht
ist.
Ebenso
wie
der
leistungsbe gründende
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
anspruchauf hebende
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). 1. 4
Die
Leistungspflicht
des
Unfallversicherers
setzt
im
Weiteren

voraus,
dass
zwischen
dem
Unfallereignis
und
dem
eingetretenen
Schaden
ein
adäquater
Kausal zusammenhang
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
Unfall folgen
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
Bundes gerichts
8C_640/2022
vom
9.
August
2023
E.
4).

E. 14

Februar
2025

E.
2.3).

Das
Anstellungs verhältnis
einer
versicherungsinternen
Fachperson
zum
Versiche rungsträger
alleine
lässt
nicht
schon
auf
mangelnde
Objektivität
und
Befangen heit
schliessen
(BGE

137

V

210

E.

1.4,

135

V

465

E.

4.4).

Soll

ein

Versicherungs fall

jedoch

ohne

Einholung

eines

externen

Gutachtens

entschieden

werden,

so

sind

an

die

Beweiswürdigung

strenge

Anforderungen

zu

stellen.

Bestehen

auch

nur

geringe

Zweifel
an
der
Zuverlässigkeit
und
Schlüssigkeit
der
versicherungs internen
ärztlichen
Feststellungen,
so
sind
ergänzende
Abklärungen
vorzu nehmen

(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. 2.1
Die
Beschwerdegegnerin
hielt
im
angefochtenen
Entscheid
(Urk.
2)
fest,
d ie
Versicherungs medizinerin
Dr.
med.
Z.____ ,
Fachärztin
für
Chirurgie,
habe
in
der
Beurteilung
vom
2 5.
Juli
2023
festgehalten ,
dass
die
Gesundheit

des
Beschwerdeführers
überwiegend
wahrscheinlich
schon
vor
dem
Ereignis
vom
13.
September
2022
in
stummer
oder
manifeste
Weise
beeinträchtigt
gewesen
sei.
In
der
Untersuchung
(Kernspintomographie,
MRI)
vom
20.
August
2024
(richtig:
2014 ;
vgl.
Urk.
8/95/1)

zeigten
sich
ein
Status
nach
Tosy
I -Läsion
des
Akromioklavikulär
(AC)-Gelenks
mit
Verdacht
auf
Luxation
des
Discus
articularis
nach
kranial
sowie
ein
Sta tus
nach
leichter
Zerrung.
Differentialdiagnostisch
werde
eine
Partialruptur
der
inferioren
Gelenkkapsel
abgebildet .
Gemäss

Dr.
Z.____
habe
das
Ereignis
mit
überwiegender
Wahrscheinlichkeit
nicht
zu
zusätzli chen
objektivierbaren,
strukturellen
Läsionen
geführt .
Die
im
MRI
der
rechten
Schulter
vom
1 0.
Februar
2023
neu
erhobenen
Befunde
sein
im
Ver gleich
zum
MRI
vo n

August
2014
überwiegend
wahrscheinlich
als
degenerativ
respektive
als
vorbestehend
bekannt
und
begünstigt
durch
die
repetitive n
Arbei ten
(Überkopfarbeit,
Klettern)
anzusehen .
Hierfür
sprächen
auch
der
klinisch
unauf fällige
Untersuchungsbefund
der
Rotatorenmanschette
im
Bericht
vom
20.
März
2023

zu
den
Konsultationen
vom
6.,
13.
und
20.
März
2023
und
die
orthopädische
Untersuchung
vom
4.
April
2023.
Eine
neurogene
Ursache
sei
sodann
in
der
fachärztlich - neurologischen
Untersuchung
vom
19.
Mai
2023
aus geschlossen
worden .
Bei

einer
akuten
Schädigung
der
Rotatorenmanschette
wäre
ausserdem
eine
sofortige
Inanspruchnahme
ärztlicher
Behandlung
und
eine
sofortige
Arbeitsniederlegung
zu
erwarten
gewesen,
wobei
insbesondere
die
Tätigkeit
mit
Klettern
und
Überkopfarbeiten
nicht
mehr
durchführbar
gewesen
wäre
(S.
7

f.
E.
4.7).
Gemäss
der
Beurteilung
durch
die
Versicherungsmedizinerin
habe
sich
der
Beschwerdeführer
am
13.
September
2022
eine
Kontusion/Prellung
der
rechten
Schulter
zugezogen,
deren
Folgen
in
der
Regel
bei
Fehlen
zusätzlicher
struktureller
Läsionen
nach

spätestens
acht
Wochen
als
ausgeheilt
zu
betrachten
sein
(S.
8
E.
4.7).
Intraoperativ
habe
sich
eine
Ruptur
der
Rotatorenmanschette
nicht
bestätigt
(S.
9
E.
4.10).
Es
hätten
sich
an
der
rechten
Schulter
mannigfaltige
degenerative

Veränderungen
gezeigt.
Welche
Ursache
die
vom
behandelnden
Arzt
in
der
klinischen
Untersuchung
befundete
Scapuladyskinesie
haben,
können
offengelassen
werden,
nachdem
das
Ereignis
erwiesenermaßen
nicht
zu
zusätzlichen
objektivierbaren,
strukturellen
Läsionen
geführt
haben.
Da
es
lediglich
zu

einer
Schulter prellung/-kontusion
gekommen
sei,
hätten
der en
Folgen
nach
der
Einstellung
der
Leistungen
per
27.
April
2023
keine
Rolle
mehr
gespielt
(S.
9
E.
4.11).
Gemäss
Prof.
Dr.
med.
A.____ ,
Facharzt
für
Orthopädische
Chirurgie
und

Traumatologie
des
Bewegungsapparates
und
behandelnder
Arzt
des
Beschwerde führers ,
habe
der
Unfall
einen
Zusammenhang
mit
dem
gestörten
scapul o thorakalen
Rhythmus,
weil
der
Patient
die
rechte,
betroffene
Schulter
ange schlagen
habe.
Dies
könn t e
gemäss
Prof.
A.____
eine
Hypoaktivität

des
Musculus
serratus
anterior
und
der
Hyperaktivität
des
Musculus
pectoralis
minor
verursachen,
welche
zu
einer
abnormalen
scapulothorakalen
Bewegung
rechts
geführt
habe.
Die
Ausführungen
des
behandelnden
Arztes
entsprechen
jedoch
einer
blossen
Behauptung
ohne
jegliche
medizinische

Begründung .

Dessen

Stellungnahme

vermöge

bereits

aus

diesem

Grund

keine

Zweifel

an

der

versicherungsmedizinischen

Beurteilung

zu

wecken.

Prof.

A.____

habe

sodann

anlässlich

der

Sprechstunde

vom

11.

August

2023

ausgeführt,

dass

sich

bildgebend

diverse

degenerative

Veränderungen

an
der
rechten
Schulter
gezeigt
hätten.
Anlässlich
des
Ereignisses
sei
es
demnach
lediglich
zu
einer
vorübergehenden
Verschlimmerung
der
bereits
vorbestehenden
degenerativen
Veränderungen
gekommen
(S.
10).
2.2
Der
Beschwerdeführer
brachte
vor,
es
sei
aufgezeigt
worden,

dass
die
versicherungs medizinische
Beurteilung
den
Anforderungen
an
einen
ärztlichen
Bericht
nicht
genüge,
weshalb
darauf
nicht
abgestellt
werden
könne.
Im
Vergleich
zum
MRI
vom
20.
August
2014
werde
neu
eine
geringgradige ,
gelenkseitige
Partial ruptur
der
Supraspinatussehne

sowie
eine
geringgradige
nicht
dehiszente
partielle
Avulsion
der
anterioren
Infraspinatussehne
abgebildet.
Dabei
werde
nicht
nachvollziehbar
begründet,
inwiefern
es
sich
dabei
um
einen
degenerativen
Befund
handeln
solle.
Prof.
A.____
habe
sodann
konkrete
und
differenzierte
Einwendungen

gegen
die
Beurteilung
durch
Dr.
Z.____
vorgebracht.
Nach
seinen
Ausführungen
habe
der
Unfall
einen
Zusammenhang
mit
dem
gestörten
scapulotho rakalen
Rhythmus,
weil
er
(der
Beschwerdeführer)
die
betroffene
rechte
Schulter
angeschlagen
habe.
Die
Einwände
von
Prof.

A.____
vermöchten
Zweifel
an
der
Schlüssigkeit
der
versicherungsmedizinischen
Feststellungen
zu
erwecken
(Urk.
1
S.
4
Ziff.
3-4).
Die
Beschwerdegegnerin
halte
im
Einspracheentscheid
an
ihrer
Beurteilung
fest,
ohne
auf
die
Vorbringen
von
Prof.
A.____
einzugehen.

Es
handle
sich
um
fundierte
und
nachvollziehbare
Einwände
gegen
die
Beurteilung
durch
die
Versicherungsmedizinerin
und
nicht
um
blosse
Behauptungen
ohne
medizinische
Begründung.
Die
Formulierung
sei
sodann
klar
und
lasse
keinen
Raum
für
eine
blosse

Möglichkeit
eines
Kausalzusammenhangs
(S.
5
Ziff.
6).
2.3
Die
Beschwerdegegnerin
gab
in
ihrer
Beschwerdeantwort
ergänzend
an,
die
Ausführungen
von
Prof.
A.____
vermöchten
keine
auch
nur
geringen
Zweifel
an
der
Beurteilung
durch
Dr.
Z.____
zu

wecken.
Bei
den
Angaben
von
Prof.
A.____ ,
wonach
der
Unfall
nicht
zu
einer
bloss
vorübergehenden
Verschlimmerung
geführt
habe,
handle
es
sich
um
die
subjektive
Meinung
des
behandelnden
Arztes ,
und
nicht
um
eine
differenzierte
Begründung

der
Unfallkausalität.
Dessen
Argumentation
entspreche
sodann
im
Wesentlichen
einer
nach
ständiger
Rechtssprechung
unzulässigen
«post
hoc,
ergo
propter
hoc»-Argumentation,
nach
deren
Bedeutung
eine
gesundheitliche
Schädigung
schon
dann
als
durch
den
Unfall
verursacht
gelte,
weil
sie

nach
diesem
aufgetreten
sei.
Die
Argumentation
ver möge
einen
natürlichen
Kausalzusammenhang
nicht
mit
dem
geforderten
Beweis grad
der
überwiegenden
Wahrscheinlichkeit
nachzuweisen.
Weiter
sei
der
Erfahrungstatsache
Rechnung
zu
tragen,
dass
behandelnde
Ärzte
mitunter
im
Hinblick
auf
ihre

Vertrauensstellung

im

Zweifelsfall

eher

zu

Gunsten

ihrer

Patienten

aussagen

würden

(Urk.

7

S.

2

f.).

Der

behandelnde

Arzt

habe

sodann

angegeben,

dass

der

Unfall

eine

Hypoaktivität

des

Musculus

serratus

anterior

und

der

Hyperaktivität

des

Musculus
pectoralis
minor
verursacht
haben
könnte,
welche
zu
einer
abnormen
scapulothorakalen
Bewegung
rechts
geführt
habe.
Dies
entspreche
einer
blossen
Möglichkeit
eines
Kausalzusammenhangs
(S.
3).
2.4
Streitig
ist
vorliegend,
ob
die
Beschwerdegegnerin
die
erbrachten
Versicherungsleistungen

zu
Recht
per
27.
April
2023
eingestellt
hat.
In
diesem
Zusammenhang
ist
zu
prüfen ,
ob
von
Seiten
der
Beschwerdegegnerin
der
Nachweis
erbracht
wurde ,
dass
die
über
den
27.
April
2023
hinaus
angegebenen
Beschwerden
an

der
rechten
Schulter
nicht
mehr
im
Sinne
eines
natürlichen
Kausalzusammenhangs
auf
den
Unfall
vom
1 3.
September
2022
zurückzuführen
sind.
3. 3.1
Im
Bericht
vom
2 1.
August
2014
(Urk.
8/95 /1)
wurde
zur
nach
einem
Sturz
des

Beschwerdeführers
vom
11.
August
2014
auf
die
rechte
Seite
und
Schulter
veranlassten
MR-Arthrographie
der
rechten
Schulter
vom
Vortag
festgestellt,
bei
vorbestehenden
geringfügigen
degenerativen
Veränderungen
beständen
höchstwahrscheinlich
ein
Status
nach
Tosy
I-Läsion
des
AC-Gelenks
mit

Verdacht
auf
Luxation
des
Discus
articularis
nach
kranial
und
ein
Status
nach
leichter
Zerrung.
Differentialdiagnostisch
sei
von
einer
Partialruptur
der
inferioren
Gelenkkapsel
auszugehen.
Weiter e
Gelenkbinnenläsionen
bestünden
nicht,
die
Rotatoren manschette
sei
intakt.
3.2
In
der

Schadenmeldung

vom

6.

Februar

2023

(Urk.

8/1)

wurde

zum

Ereignis

vom

13.

September

2022

angegeben ,

der

Beschwerdeführer

habe

bei

der

Arbeit

einen

kleinen

Wurzelstock

übersehen,

sei

darüber

gestolpert

und

schliesslich

auf

die

rechte

Schulter

gefallen.
Er
habe
danach
grosse
Schmerzen
gehabt
und
fortan
unter
grossen
Schmerzen
bis
Weihnachten
weitergearbeitet.
Als
er
seine
Arbeit
nach
den
Betriebsferien
am
8.
Januar
2023
wieder
aufgenommen
habe,
sei
ihm
schnell
klar
geworden,

dass
er
bald
seinen
Hausarzt
aufsuchen
müsse .
Er
habe
sich
dann
bis
am
3 1.
Januar
2023
“durchgekämpft”.
Mit
starken
Schmerzen
habe
er
am
gleichen
Tag
den
Hausarzt
aufgesucht,
der
ihm
empfohlen
habe,
seine
körperlich

strenge
Tätigkeit
ab
dem
1.
Februar
2023
niederzulegen,
was
er
getan
habe
(S.
1
Ziff.
4,
S.
2
oben).
3. 3
Im
Bericht
vom
10.
Februar
2023
(Urk.
8/7 /2-3)
zur
MR-Arthrographie
der
rechten
Schulter
vom

gleichen
Tag
wurde
ausgeführt,
es
seien
eine
geringgradige,
gelenkseitige
Partialruptur
der
Supraspinatussehne
sowie
eine
geringgradige
nicht
dehiszente
partielle
Avulsion
der
anterioren
Infraspinatussehne
festgestellt
worden.
Weiter
bestünden
ein
mäßig
breit
übergreifendes
Akromion,
was
ein
subakromiales

Impingement
begünstigt,
und
eine
geringgradige
Bursitis
subacromialis.
Es
handelt
sich
wahrscheinlich
um
einen
chronischen
posttraumatischen
Zustand
am
inferioren
glenohumeralen
Kapselbandkomplex.
Zudem
besteht
eine
mässiggradige,
nicht
aktivierte
AC-Arthrose.
3.4
Dr.
med.
B.____,
Facharzt
für
Rheumatologie,

berichtete
am
20.
März
2023
(Urk.
8/5 /2-3)
über
die
Konsultationen
vom
6.,
13.
und
20.
März
2023.
Er
stellte
folgende
Diagnosen
(S.
1): Verdacht
auf
posttraumatische
inferiore
Instabilität
Schulter
rechts - posttraumatischer
Zustand
am
inferioren
gleno-humeralen
Kapselbandkomplex,

kleine
gelenkseitige
Teilruptur
der
Supraspinatussehne
sowie
der
anterioren
Infraspinatussehne,
geringgrad i ge
Bursitis
subacromialis,
nicht
aktivierte
mässiggradige
AC-Gelenksarthrose
(Arthro-MRI
Schulter
rechts
vom
1 0.
Februar
2023) - Schulterdistorsion
bei
Baumklettern
am
1 3.
September
2022 - Status
nach
ventraler
Diskektomie
C4/5
und

C5/6,
Dekompression
und
Sequestrotomie
C4/5,
bilaterale
foraminale
Dekompression
C5/6
und
Cage-Implantation
am
8.
Mai
2020
Dr.
B.____
führte
in
seiner
Beurteilung
aus,
der
Beschwerdeführer
habe
am
13.
September
2022
eine
Schulterdistorsion
rechts
erlitten.
Seither

beständen
bewegungs induzierte
Schmerzen
und
eine
erschwerte
Beweglichkeit
der
rechten
Schulter.
Er
beklage
auch
Nachtschmerzen.
Es
beständen
eine
Druckdolenz
über
dem
Processus
coracoideus,
über
dem
Ansatz
der
Supra-
und
Infraspinatussehne
sowie
im
Verlauf
der
langen

Bicipessehne.
Die
isometrisch
resistive
Kraftprüfung
der
Rotatorenmanschette
habe
keine
erkennbaren
Defizite
ergeben.
Zusammen fassend
liege
ein
dringender
Verdacht
auf
eine
traumatisch
induzierte
caudale
Instabilität
der
rechten
Schulter
bei
den
in
der
Diagnoseliste
genannten
Faktoren
vor

(S.
1
unten).
Vom
1.
Februar
bis
voraussichtlich
am
14.
April
2023
bestehe
eine
Arbeitsunfähigkeit
von
100
%
(S.
2).
3.5
Dr.
med.
C.____ ,
Facharzt
für
Orthopädische
Chirurgie
und
Traumatologie
des
Bewegungsapparates,
stellte
im

Bericht
vom
4.
April
2023
(Urk.
8 /8 /2-3)
gestützt
auf
die
Untersuchung
vom
gleichen
Tag
die
Diagnosen
(S.
1): - Schulterdyskinesie
rechts - Status
nach
Schulterdistorsion/Kontusion
vom
13.
September
2022 - Status
nach
ventraler
Diskektomie
C4/5
und
C5/6,
Dekompression
und
Sequestrotomie

C4/5,
bilateraler
foramin aler
Dekompression
C5/6
und
Cage-Implantation
am
8.
Mai
2020 - aktuell:
Diskushernie
C5/7
mit
Affektion
der
Nervenwurzel
C7
rechts,
Februar
2023
Dr.
C.____
führte
zur
Anamnese
aus,
der
Beschwerdeführer
arbeite
als
Forstwart
und
sei

aktuell
vor
allem
in
der
Baumpflege
tätig .
In
dieser
Funktion
klettere
und
arbeite
er
vor wiegend
auf
den
Bäumen.
Er
sei
wegen
zervikale r
Discushernien
seit
Längerem
in
neurochirurgischer
Behandlung.
Bezüglich
des
rechten
Schulter gelenks
sei
er

bis
am
13.
September
2022
beschwerdefrei
gewesen.
Er
sei
damals
gestolpert
und
habe
sich
eine
Kontusion
des
rechten
Schultergelenks
zugezogen.
Konsekutiv
habe
er
starke
Schmerzen
verspürt
sowie
eine
eingeschränkte
Schulterfunktion
und
Belastbarkeit.
Seitdem
sei

er
arbeitsunfähig
geschrieben.
Vor
wenigen
Wochen
seien
Infiltrationen
erfolgt.
Der
Beschwerdeführer
habe
davon
allerdings
wenig
profitiert.
Die
AC-Gelenke
seien
beidseits
indolent.
Bezüglich
der
rechten
Schulter
bestehe
eine
auffallende
Scapuladyskinesie
mit
entsprechendem
Winging
der
Scapula ,

keine
klassische
Scapula
alata .
Die
rein
glenohumerale
Beweglichkeit
in
der
Aus sen-
und
Innenrotation
betrage
 $50/0/90^\circ$,
die
Abduktion
liege
bei
 90°
und
die
Elevation
bei
 120° .
Weiter
sein
ein
harmonisches
Gelenkspiel
und
eine
kräftige
Rotatoren manschette

mit
negativen
Insuffizienzzeichen
und
negativen
Impingementzeichen
festgestellt
worden.
Eine
Kapsulitis
besteht
nicht
(S.
1
unten).
Aufgrund
der
Vorgeschichte
der
Halswirbelsäule
(HWS)
kamen
differentialdiagnostisch
auch
eine
Beeinträchtigung
der
Innervation
des
Levator
scapulae
respektive
der
Rhomboidei

(C4/5)

sowie

eine

Dysfunktion

des

Serratus

anterior

(C5-7)

in

Frage.

Denkbar

sei

jedoch

auch

eine

reine

Dysfunktion

im

Rahmen

der

erlittenen

Kontusion.

Ein

chirurgisches

Vorgehen

dränge

sich

nicht

auf .

Es

werde

empfohlen,

eine

gezielte

Physio-Rehabilitation

zur

Verbesserung

der

Scapuladyskinesie

zu

beginnen

(S.

2).

3. 6

Dr.

med.

D.____ ,

Facharzt

für

Neurologie,

berichtete

am

23.

Mai

2023

(Urk.

8/41/2-3)

über

die

neurologische

Untersuchung

(Elektromyographie)

vom

19.

Mai

2023.

Er

stellte

folgende
Diagnosen
(S.
1): - Status
nach
Schulterdyskinesie
im
Anschluss
an
eine
Schulterdistorsion
rechts
am
13.
September
2022 - klinisch
und
elektromyographisch
keine
Hinweise
auf
Schädigung
des
Nervus
thoraci cus
longus,
des
Nervus
dorsalis
scapulae
und
des
Nervus
accessorius

rechts - Status
nach
operativer
Dekompression
und
Cage-Implantation
C4/5
und
C5/6
am
8.
Mai
2020
Dr.
D.____
führte
zur
Anamnese
aus,
der
Beschwerdeführer
sei
am
13.
September
2022
nach
vorne
auf
den
rechten
Arm
gestürzt
und

habe
sofort
einen
«Zwick»
in
der
rechten
Schulter
verspürt.
Danach
hätten
bewegungsabhängige
rechtsseitige
Schulerschmerzen
mit
Einschränkung
der
Schulterfunktion
rechts
bestanden.
Er
sei
immer
noch
arbeitsunfähig
geschrieben .
Als
Baumpfleger
könne
er
weder
über
Kopf
arbeiten

noch
klettern.
Es
sei
eine
Schulterdyskinesie
rechts
mit
Winging
der
Scapula
festgestellt
worden
(S.
1).
Die
Schulterdyskinesie
sei
mit
grösster
Wahrscheinlichkeit
nicht-neurogener
Natur,
zumal
auch
keine
Hinweise
für
eine
zervikoradikuläre
Ursache
zu
finden
seien

(S.

2).

3. 7

Dr.

C.____

führte

im

Bericht

vom

27.

Juni

2023

(Urk.

8/

E. 17

/2-3)

aus,

der

Beschwerde führer

habe

nach

der

konsequent

durchgeführten

Physiotherapie

keine

relevante

Verbesserung

der

Schulterfunktion

oder

der

Belastbarkeit

bemerkt.

Er
sei
als
Forstwart
nach
wie
vor
nicht
arbeitsfähig.
Es
bestehe
eine
persistierende
Scapula-Dyskinesie
mit
insbesondere
beim
Rück führen
des
Armes
aus
der
vollen
Elevation
deutlichem
Winging
der
Scapula.
Der
Beschwerdeführer
zeige
weiterhin
eine
deutliche

Dysfunktion
des
rechten
Schultergelenks.
Klinisch
sind
die
eigentlichen
Schulterbefunde
jedoch
wenig
richtungsweisend.
Auch
MR-tomographisch
sind
eine
relevante
Binnenläsion
weitgehend
ausgeschlossen
worden.
Das
Nichtansprechen
auf
die
probatorischen
Infiltrationen
(subakromial,
intraartikulär)
spreche
ebenfalls
eher
gegen
ein

s chulterorthopädisches

Problem.

Eine

neurogene

Ursache

der

Scapula-Dyskinesie

habe

ebenfalls

nicht

nachgewiesen

werden

können.

Ein

chirurgisches

Vorgehen

sei

definitiv

nicht

indiziert

(S.

1

f.).

3. 8

Versicherungsmedizinerin

Dr.

Z.____

antwortete

in

der

Beurteilung

vom

2 5.

Juli

2023

(Urk.

8/44)

auf

die

Fragen

der

Beschwerdegegnerin.

Sie

bejahte,

dass

die

Gesundheit

des

Beschwerdeführers

mit

überwiegender

Wahrscheinlichkeit

schon

vor

dem

Unfall

in

stummer

oder

manifestester

Weise

beeinträchtigt

gewesen

sei.

So

seien

im

MRI

vom
20.
August
2014
bereits
ein
Status
nach
Tosy
I-Läsion
des
AC-Gelenks
mit
Verdacht
auf
Luxation
des
Discus
articularis
nach
kranial
sowie
ein
Status
nach
leichter
Zerrung
abgebildet
gewesen .
Differentialdiagnostisch
sei
eine
Partialruptur
der

inferioren
Gelenkkapsel
festgestellt
worden
(S.
1
Ziff.
1
und
1.1).
Der
Unfall
habe
mit
überwiegender
Wahrscheinlichkeit
nicht
zu
zusätzlichen
objektivier baren,
strukturellen
Läsionen
geführt
(S.
1
Ziff.
3.1).
Nach
dem
MRI
der
rechten
Schulter
vom

10.

Februar

2023

bestünden

als

Befunde

eine

gering gradige

Bursitis

subacromialis,

ein

wahrscheinlich

chronischer

posttraumatischer

Zustand

am

inferioren

glenohumeralen

Kapselbandkomplex

und

eine

mässiggradige,

nicht

aktivierte

AC-Arthrose.

Diese

seien

überwiegend

wahrscheinlich

als

degenerativ

beziehungsweise

als

vorbestehend

bekannt
anzusehen .
Die
im
Ver gleich
zum
MRI
vom
2 0.
August
2014
neu
abgebildete
geringgradige,
gelenks seitige
Partialruptur
der
Supraspinatussehne
sowie
die
geringgradige
nicht
dehis zente
partielle
Avulsion
der
anterioren
Infraspinatussehne
sein
ebenfalls
über wiegend
wahrscheinlich
degenerativ
bedingt

und
begünstigt
durch
die
repetitive n
Überkopfarbeiten
und
das
Klettern.
Dafür
sprächen
auch
der
klinisch
unauffällige
Untersuchungsbefund
bezüglich
der
Kraft
der
Rotatorenmanschette
im
Bericht
vom
20.
März
2023
zu
den
Konsultationen
vom
6.,
13.
und

20.

März

2023

und

die

orthopädische

Untersuchung

vom

4.

April

2023.

Eine

neurogene

Ursache

sei

am

19.

Mai

2023

fachärztlich

ausgeschlossen

worden .

Überwiegend

wahrscheinlich

liege

somit

auch

keine

unfallkausale

strukturelle,

neuronale

Läsion

vor

(S.

2

oben).

Bei

einer

akuten

Schädigung

der

Rotatorenmanschette

wäre

ausser dem

die

sofortige

Inanspruchnahme

ärztlicher

Behandlung

und

die

sofortige

Arbeits niederlegung

zu

erwarten

gewesen,

wobei

insbesondere

die

Tätigkeit

mit

Baumklettern

und

Überkopfarbeiten

nicht

mehr

durchführbar

gewesen

wäre.
Der
Beschwerdeführer
beschreibe
eine
Einbusse
der
Leistungsfähigkeit
und
der
Über kopfarbeit.
Dies
korreliere
im
beschriebenen
Ausmass
jedoch
nicht
mit
den
dokumen tierten
Untersuchungsbefunden.
Gemäss
der
schulterorthopädischen
Untersuchung
vom
27.
Juni
2023
spreche
das
Nichtansprechen
auf

die
probato rischen
Infiltrationen
ebenfalls
eher
gegen
ein
s chulterorthopädisches
Problem
(S.
2
Mitte).
Der
Beschwerdeführer
habe
sich
am
1 3.
September
2022
mit
überwiegender
Wahrscheinlichkeit
eine
Kontusion/Prellung
der
rechten
Schulter
zugezogen .
Dies
ergebe
sich
auch
aus

der
Schilderung
des
Ereignisses
durch
den
Beschwerdeführer
im
Rapport
vom
1 2.
Juli
202 3,
wonach
er
gestolpert,
auf
die
rechte
Seite
gestürzt
und
dann
direkt
mit
der
rechten
Schulter
am
Boden
aufgeprallt
sei
(vgl.
Urk.

8/27).

Eine

Kontusion/Prellung

ohne

unfallkausale

objektivierbare ,

struktu ruelle

Läsionen

sei

in

der

Regel

nach

spätestens

acht

Wochen

als

ausgeheilt

zu

betrachten

(S.

2

Ziff.

3.2).

Die

geltend

gemachte

Arbeitsunfähigkeit

sei

nicht

mit

überwiegender

Wahrscheinlichkeit

auf

das
Ereignis
vom
13.
September
2022
zurückzuführen.
Die
rheumatologischen
und
orthopädischen
Konsultationen
und
das
MRI
der
rechten
Schulter
vom
10.
Februar
2023
zeigten
überwiegend
wahrscheinlich
keinen
auf
das
Ereignis
vom
13.
September
2022
zurückzuführenden

pathologischen
Befund,
der
eine
unfallkausale
Arbeitsunfähigkeit
erklären
würde
(S.
2
Ziff.
4
und
4.1).
3.9
Dr.
med.
E.____ ,
Assistenzärztin,
und
Prof.
A.____ ,
Klinik
F.____ ,
stellten
im
Bericht
vom
28.
August
2023
(Urk.
8/48/2-3)
gestützt

auf
die
Sprechstunde
vom
1. 1.
August
2023
folgende
Diagnosen
(S.
1): Scapulothoracic
abnormal
motion
rechts - Musculus
Pectoralis
minor
Hyperaktivität
and
Musculus
Serratus
anterior
Hypoaktivität
- Schmerzexazerbation
nach
Sturz
im
Herbst
2022 - EMG :
Musculus
Serratus
anterior
unauffällig - Status
nach
mehrfachen

Cortisoninfiltrationen

glenohumeral

und

subacromial ,

mit

wenig

bis

kein

Anspr e chen

Der

Patient

habe

berichtet,

dass

er

vor

fast

einem

Jahr

die

rechte

Schulter

ange schlagen

habe.

Seitdem

bestünden

vor

allem

bei

Bewegung en

starke

Schmerzen.

Es

seien

mehrere
Kortisoninfiltrationen
durchgeführt
worden,
ohne
Ansprechen
auf
die
Behandlung .
Dies
gelte
ebenfalls
für
die
längere
physiotherapeutische
Behandlung.
Er
sei
aufgrund
der
Schulterproblematik
seit
Februar
dieses
Jahr es
arbeitsunfähig.
Als
Befund
bestehe
eine
in
allen
Aspekten

kräftige
Rotatoren manschette.
Eine
Druckdolenz
über
dem
AC-Gelenk
bestehe
nicht ,
eine
solche
liege
aber
über
dem
caracoiden
Ansatz
der
Pectoralis
minor- Sehne
vor.
Weiter
sei
ein
Scapula-Winging
sichtbar.
Die
Scapula
stelle
sich
ab
einer
Flexion
gegen

Widerstand
bei
ungefähr
100°
ein.
Nach
dem
Arthro-MRI
der
rechten
Schulter
vom
10.
Februar
2023
beständen
eine
geringgradige,
gelenkseitige
Partialruptur
der
Supraspinatussehne
sowie
eine
geringgradige
nicht
dehiszente
partielle
Avulsion
der
anterioren
Infraspinatussehne.
Weiter
sein

ein
mässig
breit
über greifendes
Akromion,
was
ein
subakromiales
Impingement
begünstige,
und
eine
geringgradige
Bursitis
subacromi a lis
festgestellt
worden .
Es
lägen
ein
wahr scheinlich
chronischer
posttraumatischer
Zustand
am
inferioren
glen o humeralen
Kapselbandkomplex
und
eine
mässiggradige,
nicht
aktivierte
AC-Arthrose

vor
(S.
1
f.).
MR-radiologisch
zeigten
sich
mehrere
degenerative
Veränderungen,
welche
für
die
Beschwerden
des
Patienten
als
nicht
ursächlich
erschiene(n).
Klinisch
imponierte
eine
abnorme
scapulothorakale
Beweglichkeit,
welche
sich
durch
die
Stabilisierung
der
Scapula
deutlich

bessere.
Ausserdem
bestünden
eine
Druck dolenz
und
ein
Verdacht
auf
eine
Hyperaktivität
des
Musculus
Pectoralis
minor.
In
der
ex ternen
neurologischen
Untersuchung
sei
eine
normale
Innervation
des
Musculus
serratus
anterior
nachgewiesen
worden.
Nach
ausgeschöpfter
konser vativer
Therapie

und
persistierendem ,
hohem
Leidensdruck
des
Patienten
sei
ein
arthroskopische r
Pectoralis
minor-Relea se
mit
offener
Scapulopexie
rechts
besprochen
worden
(S.
2).
3.10
Dr.
med.
G.____ ,
Assistenzarzt,
und
Prof.
A.____
antworteten
am
18.
Oktober
2023
(Urk.
8/75/1-2

=

Urk.

3)

auf

die

Fragen

des

Rechtsvertreters

des

Beschwerdeführers.

Sie

gaben

an,

die

versicherungsmedizinische

Beurteilung

von

Dr.

Z.____

vom

25.

Juli

2023

erweise

sich

als

nicht

nachvollziehbar .

Die

Tossy

I Läsion

des

AC-Gelenks

mit

Verdacht
auf
Luxation
des
Discus
articularis
nach
kranial,
die
im
MRI
vom
20.
August
2014
nachgewiesen
worden
sei,
habe
keinen
Zusammenhang
mit
dem
gestörten
scapulathorakalen
Rhythmus
und
der
Musculus
pectoralis
minor-Hyperaktivität
und
der
Musculus

serratus

anterior Hypoaktivität

(S.

1

Ziff.

1).

Es

bestünden

Zweifel

an

der

Zuverlässigkeit

und

Schlüssigkeit

der

Feststellung

durch

die

Versicherungsmedizinerin.

Der

Unfall

habe

einen

Zusammenhang

mit

dem

gestörten

scapulothorakalen

Rhythmus,

weil

der

Patient

die

rechte,

betroffene
Schulter
angeschlagen
habe.
Dies
kann te
eine
Hypoaktivität
des
Musculus
serratus
anterior
und
der
Hyperaktivität
des
Musculus
pectoralis
minor
verursacht
haben ,
welche
zu
einer
abnormalen
scapulothorakalen
Bewegung
rechts
geführt
haben
(S.
1
Ziff.
2).

Es
sei
davon
auszugehen,
dass
der
gestörte
scapulothorakalen
Rhythmus
auf
den
Unfall
des
Patienten
zurückzuführen
ist
und
dass
der
Unfall
nicht
zu
einer
Verschlimmerung
eines
Vorzustandes
geführt
habe.
Man
sei
überzeugt,
dass
die
vorgeschlagene

Operation
des
Leidensdruck
des
Patienten
reduzieren
werde
(S.
2
Ziff.
4).
3.11
Die
behandelnden
Ärzte
der
Klinik
F.____
gaben
im
Operationsbericht
vom
14.
November
2023
(Urk.
8/84)
an,
es
besteht
eine
komplexe
Situation
mit

einer
schmerzhaften
abnormen
Scapulabeweglichkeit.
MR-radiologisch
zeigten
sich
mehrere
degenerative
Veränderungen,
jedoch
kein
klares
strukturelles
Defizit,
welches
für
die
Beschwerden
des
Patienten
ursächlich
sei.
Nach
ausgeschöpfter
konservativer
Therapie
würden
die
operative
Ablösung
des
hyperaktiven
Pectoralis

minor
sowie
eine
offene
Scapulapexie
zur
Wiederherstellung
der
scapulothoracalen
Balance
durchgeführt
(S.
1).
In
der
diagnostischen
Arthroskopie
habe
eine
strukturelle
Läsion
ausgeschlossen
werden
könne.
Eine
Rotatorenmanschettenruptur
und
eine
SLAP-Läsion
beständen
nicht
und
es
sei

von
einem
regelrechten
glenohumeralen
Knorpelüberzug
auszugehen
(S.
2
oben).
4. 4.1
Der
Beschwerdeführer
fiel
beim
Unfall
vom
1 3.
September
2022
auf
die
rechte
Schulter
(Urk.
1
S.
3
Ziff.
III
1;
E.
3.2 ,
Urk.
8/27

S.
1
Mitte).
Bildgebend
wurden
am
10.
Februar
2023
eine
geringgradig e
gelenkseitige
Partialruptur
der
Supraspinatussehne
sowie
eine
geringgradige
nicht
dehiszente
partielle
Avulsion
(Ablösung)
der
anterioren
Infraspinatussehne ,
ein
mässig
breit
übergreifendes
Akromion
und
eine
geringgradige

Bursitis
subacromialis
festgestellt.
Zudem
zeigte
sich
eine
mässiggradige,
nicht
aktivierte
AC-Arthrose
(vgl.
vorstehend
E.
3.3) .
Versicherungsmedizin erin
Dr.
Z.____
kam
am
25.
Juli
2023
zur
Einschätzung,
dass
sich
der
Beschwerdeführer
beim
Unfall
vom
13.
September

2022
mit
überwiegender
Wahrscheinlichkeit
lediglich
eine
Kontusion
oder
Prellung
an
der
rechten
Schulter
zugezogen
habe.
E in
solches
Ereignis
ist
gemäss
ihrer
Einschätzung
ohne
eine
unfallkausale
objektivierbare,
strukturelle
Läsion
nach
spätestens
acht
Wochen
als
ausgeheilt

zu
betrachten
(E.
3.8).
Der
behandelnde
Arzt
Prof.
A.____
wandte
sich
gegen
die
Beurteilung
durch
Dr.
Z.____ .
Er
wies
in
der
Stellung nahme
vom
1 8.
Oktober
2023
darauf
hin,
dass
das
Anschlagen
der
rechten
Schulter

eine
Hypoaktivität
des
Musculus
serratus
anterior
und
eine
Hyperaktivität
des
Musculus
pectoralis
minor
verursacht
haben
könnte,
was
zu
einer
abnormen
scapulothorakalen
Bewegung
geführt
habe
(E.
3.10).
Der
Beschwerde führer
wurde
am
14.
November
2023
in

der
Klinik
F.____
an
der
rechten
Schulter
operiert
(E.
3.11).
4.2
Die
Beurteilung
durch
Versicherungsmedizinerin
Dr.
Z.____
vom
25.
Juli
2023
erweist
sich
als
schlüssig,
nachvollziehbar
begründet
und
in
sich
widerspruchsfrei.
Entgegen
dem
Beschwerdeführer

(Urk.
1
S.
4
Ziff.
3)
vermögen
die
Aussagen
von
Prof.
A.____
in
der
Stellungnahme
vom
1 8.
Oktober
2023
keine
Zweifel
an
der
Beurteilung
durch
Dr.
Z.____
zu
begründen.
Diese
erfüllt
zusam men
mit
den

von
den
behandelnden
Ärzte n
erhobenen
Befunde
die
Anforde rungen
an
den
Beweiswert
einer
versicherungsinternen
ärztlichen
Einschätzung
(vgl.
E.
1. 5) .
Bezüglich
der
Angaben
von
Prof.
A. ____
ist
sodann
auf
die
Erfahrungs tatsache
hinzuweisen,
dass
Hausärzte
-
beziehungsweise

regelmässig
behandelnde
Spezialärzte
(vgl.
Urteil
des
Bundesgerichts
I
551/06
vom
2.
April
2007
E.
4.2)
-
mitunter
im
Hinblick
auf
ihre
auftragsrechtliche
Vertrauensstellung
im
Zweifelsfall
eher
zu
Gunsten
ihrer
Patienten
aussagen
(vgl.
Urteil
des

Bundes gerichts

8C_1055/2010

vom

17.

Februar

2011

E.

4.1).

Die

Einschätzung

durch

Prof.

A.____

ist

daher

zurückhaltend

zu

bewerten.

Da ,

wie

nachfolgend

zu

zeigen

ist,

auf

die

versicherungsmedizinische

Beurteilung

durch

Dr.

Z.____

abgestellt

werden

kann,

erübrigen
sich
in
antizipierter
Beweiswürdigung
(BGE
144
V
361
E.
E. 18
Dezember
bis
und
mit
dem
2.
Januar
(Art.
46
BGG).
Die
Beschwerdeschrift
ist
dem
Bundesgericht,
Schweizerhofquai
6,
6004
Luzern,
zuzu stellen.
Die
Beschwerdeschrift
hat

die
Begehren,
deren
Begründung
mit
Angabe
der
Beweis mittel
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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber Grieder-MartensBrugger

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