

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00081 vom 21. Februar 2025**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-02-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2024.00081](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2024.00081)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00081 du 21 février 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00081 del 21 febbraio 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1**

.

Der 1978 geborene X.\_\_\_\_\_

ist

seit dem 1. Juni 2016 als Automechaniker bei der in seinem Eigentum stehenden

Y.\_\_\_\_\_ GmbH ange stellt und im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Schadenmeldung UVG vom

#### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 13. Januar 2023 ereignet, weshalb die ab dem 1. Januar 2017 gültigen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

#### **E. 1.2**

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; BGE 144 V 354 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_527/2020 vom 2. November 2020 E. 4.1 mit Hinweisen). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C\_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.1).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine

weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_299/2022 vom 5. September 2022 E. 2.3 und 8C\_682/2021 vom 13. April 2022 E. 5.1, je mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder 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 sund heitliche Störung entfiel (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloss e 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. 1.4**

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachge wiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallver sicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheits schadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfall fremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begrün dende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsscha dens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls

genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteile des Bundesgerichts 8C\_600/2021 vom 3. März 2022 E. 3.2 und 8C\_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2., je mit Hinweisen).

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

### **E. 1.5**

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**

6. Januar 2023 konsultierte erstbehandelnde Dr. med. Z. \_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, attestierte rückwirkend ab 13. Januar 2023 eine 90%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/2). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld; Urk. 10/

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Einspracheentscheidung (Urk. 2) damit, dass auf die Einschätzung der Versicherungsmedizinerin A. \_\_\_\_, abzustellen sei. Es handle sich um eine zeitlich limitierte unfallbedingte Verschlimmerung des Vorzustandes an der rechten Schulter und es sei davon auszugehen, dass Unfallfolgen im Beschwerdebild des Beschwerdeführers nach maximal drei Monaten keine Rolle mehr gespielt hätten. Eine Arbeitsunfähigkeit mit sofortiger Arbeitsniederlegung am Unfalltag sei nicht nachgewiesen, zudem seien im Arztzeugnis keinerlei Schmerzen beschrieben worden, obgleich eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur heftigste Schmerzen auslöse. Diese Umstände würden - neben den bildgebenden Befunden von tendinopathischen Veränderungen an praktisch allen Sehnen der Rotatorenmanschette - auf eine rein krankhaft-degenerative Ursache des Schulterleidens hinweisen. Der Befund einer Partialruptur zweier Rotatorenmanschettensehnen für sich alleine beweise demgegenüber noch keine traumatische Verursachung, seien diese Veränderungen doch in den meisten Fällen auf Verschleiss zurückzuführen (S. 7-8). Stelle ein Ereignis wie vorliegend einen

Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) dar, sei die Leistungspflicht einzig unter dem Blickwinkel von Art. 6 Abs. 1 UVG zu prüfen, auch wenn es sich bei der streitigen Verletzung um eine Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG handle. Der vom Unfallversicherer zu erbringende Entlastungsbeweis erübrige sich daher in einem solchen Fall. Die Einstellung der Versicherungsleistungen per 27. September 2023 sei zu Recht erfolgt (S. 9).

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1),

bei der nachgewiesenen postero - superioren Partialruptur der Rotatorenmanschette handle es sich um eine Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG. Die Beschwerdegegnerin habe den Nachweis, dass dieser Sehnenriss vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sei, nicht erbracht. Der Anwendungsbereich von Art. 6 Abs. 2 UVG entfalle entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht, wenn das Ereignis einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstelle (S. 4-

### **E. 5**

).

Mit Verfügung vom 27. September 2023 schloss die Suva den Fall per sofort ab und stellte ihre Leistungen ein. Einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen verneinte sie mit der Begründung, die heute bestehenden Schulterbeschwerden rechts seien nicht mehr unfall-, sondern ausschliesslich krankheitsbedingt (Urk. 10/38).

Die vom Versicherten gegen diesen Entscheid erhobene Einsprache vom 18. Oktober 2023 (Urk. 10/43, ergänzt am 10. November 2023, Urk. 10/50) wies die Suva mit Entscheid vom 4. April 2024 ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 29. April 2024 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und es sei die Vorinstanz zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 13. Januar 2023 über den 27. September 2023 hinaus zuzusprechen und auszurichten. Am 6. August 2024 beantragte die Suva, die Beschwerde sei abzuweisen (Urk.

### **E. 5.2**

und 8C\_855/2018 vom 14. März 2019) nicht zu beanstanden ist.

Für das Einstellen der Leistungen ist entgegen der impliziten Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 12) keine Beschwerdefreiheit erforderlich, sondern es genügt, wenn die verbleibenden Beschwerden in keinem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis mehr stehen, wovon bei vorliegendem Unfallhergang

im Zeitpunkt der Leistungseinstellung ohne Weiteres auszugehen ist.

Mit Blick auf das Dargelegte ist nicht anzunehmen, dass weitere Abklärungen dazu führen würden, dass am Erreichen des Status quo sine vel ante per 27.

September 2023 zu zweifeln wäre, weshalb auf die vom Beschwerdeführer beantragte Befragung seines Vaters und seines Angestellten in antizipierter Beweiswürdigung (vgl.

BGE 146 V 240 E. 8.2, 122 V 157 E. 1d je m.w.H. ) zu verzichten ist, dies umso mehr, da der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_704/2022 vom 27.

September 2023 E. 3.3), wozu die vom Beschwerdeführer offerierten Zeugen als medizinische Laien kaum etwas beitragen könnten. 4.7

Abschliessend ist festzuhalten, dass der Versicherer mit dem Nachweis, dass nach einem Unfallereignis, bei welchem sich der Versicherte eine in Art. 6 Abs. 2 UVG aufgeführte Körperschädigung zugezogen hat, der Status quo sine vel ante eingetreten ist, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht (vgl. dazu vorstehend E. 1.4), automatisch auch den Nachweis erbracht hat, dass die verbleibenden Beschwerden vorwiegend, das heisst zu mehr als 50 % (vgl. dazu BGE 146 V 51 E. 8.2.2.1 und E. 8.6) auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_59/2020 vom 14. April 2020 E. 6.2). Nachdem die Beschwerdeführerin erstgenannten Nachweis erbracht hat, erübrigen sich entsprechende Weiterungen in Bezug auf die von den Parteien aufgeworfenen Fragen zum Anwendungsbereich von Art. 6 Abs. 2 UVG (vorstehend E. 2.1-2.2). Dass med. pract. A.\_\_\_\_

zu den Listenverletzungen explizit keine Stellung genommen hat, ist entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk.

## **E. 8**

). Auf den Aktenbericht von med. pract. A.\_\_\_\_ könne - aus näher dargelegten Gründen - nicht abgestellt werden. Insbesondere begründe die Versicherungsmedizinerin nicht, weshalb die Befunde im MRI als anlage- und verschleissbedingt zu erachten seien. Über weitere Beweismittel verfüge die Beschwerdeführerin nicht, weshalb sich ihre Leistungseinstellung per 27. September 2023 als willkürlich erweise (S. 8-12).

Im Laufe des Verfahrens ergänzte der Beschwerdeführer (Urk. 14), die Röntgenuntersuchung seiner rechten Schulter vom 6. Februar 2019 habe unauffällige Verhältnisse ergeben. Dass die festgestellte Listenverletzung schon vor dem Unfallereignis bestanden habe, sei damit nicht nachgewiesen (S. 1-2 und S. 12). Er halte daran fest, dass er ab dem Unfalltag unter so starken Schmerzen gelitten habe, dass er nicht mehr arbeiten könne. Er habe Schmerzmittel eingenommen und auf Besserung gehofft, bevor er seinen Hausarzt aufgesucht habe (S. 2-3). Die Kausalitätsbeurteilung von med. pract. A.\_\_\_\_ vermöge - aus näher dargelegten Gründen - trotz der Ergänzungen nicht zu überzeugen (S. 5-11). 3. 3.1

Der am 26. Januar 2023 erstbehandelnde Hausarzt Dr. Z.\_\_\_\_ attestierte nach dem Untersuchung des Beschwerdeführers rückwirkend eine seit dem Unfalltag bestehende 90%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/2) und stellte ihm ein Rezept für Voltaren und ein

Primofenac Emulsions-Gel aus (Urk. 10/7). In der Folge attestierte er ihm bis am 19. März 2023 weiterhin eine 90%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/6 und Urk. 10/9/2) und reduzierte diese vom 20. März 2023 bis 10. April 2023 auf 75 % (Urk. 10/9/2) und ab dem 11.

April 2023 auf 60 % (Urk. 10/40/2).

In seinem Bericht vom 10. Juli 2023 zur Erstbehandlung (Urk. 10/23/2-3) hielt er als Erstbefund eine Schwellung, Schürfwunden an der rechten Schulter sowie eine verminderte Beweglichkeit im rechten Schultergelenk fest. Er wies auf eine Medikation mit Ecofenac, Dafalgan, Novalgin und Pantoprazol sowie auf eine Physiotherapie hin. Am 21. Mai 2023 habe er den Beschwerdeführer zudem an die Klinik B.\_\_\_\_ überwiesen. 3.2

Oberärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ von der D.\_\_\_\_ AG beurteilte das am 27. April 2023 durchgeführte Arthro-MR der rechten Schulter wie folgt (Urk. 10/14/3) : - Tendinose der Supraspinatussehne mit gelenkseitiger Partialruptur im dorsalen Ansatzbereich am Humerus. Keine Retraktion - Tendinose der Subscapularissehne mit geringgradiger und gelenkseitiger Partialruptur - Labrumriss dorsal - Tendinose der langen Bizepssehne ohne Hinweis auf eine Sehnenruptur - diskreter Gelenkerguss und diskreter Hochstand der Clavicula im AC-Gelenk, Rockwood Grad I I 3. 3

Dr. med .

E.\_\_\_\_, Stv. Chefarzt Orthopädie an der Klinik B.\_\_\_\_, Schulter- und Ellbogenchirurgie, stellte im Sprechstundenbericht vom 16. Juni 2023 (Urk. 10/30/2-3) folgende Hauptdiagnosen: - Status nach Fahrradsturz vom 13. Januar 2023 mit/bei: - persistierenden Restbeschwerden im Bereich der rechten Schulter - Arthro MR-tomographisch Nachweis einer postero-superioren Partialruptur der Rotatorenmanschette

Dazu führte er aus, der Beschwerdeführer sei am 13. Januar 2023 mit seinem Fahrrad gestürzt. Initial seien konservative Massnahmen eingeleitet worden. Da sich die Situation nicht verbessert habe, sei am 27. April 2023 eine MRI-Untersuchung durchgeführt worden. Dieser sei eine Partialruptur der Supraspinatussehne im dorsalen Ansatz ohne Retraktion zu entnehmen gewesen. Bei der klinischen Untersuchung habe er eine freie Schulterfunktion, symmetrisch im Vergleich zur

Gegenseite gefunden. Der Beschwerdeführer habe im Bereich der möglichen postero-superioren Manschettenruptur Schmerzen angegeben. Die Befunde seien diskret, es beständen

keine eigentliche Kapsulitis und keine Impingementzeichen. Er habe dem Beschwerdeführer erklärt, dass hier grundsätzlich eine Schulterarthroskopie

evaluiert werden könne mit pathologiekonformem Vorgehen. Sollte sich intraoperativ eine relevante Ruptur zeigen, dann sei hier die Indikation für eine arthroskopische Rotatorenmanschettenrekonstruktion zu stellen. Eine solche Massnahme richte sich nach dem Beschwerdebild des Beschwerdeführers. Dieser werde sich die gesamte Sachlage überlegen. 3. 4

Versicherungsmedizinerin med. pract. A.\_\_\_\_ hielt in ihrer Kurzbeurteilung vom 19. September 2023 (Urk. 10/33) fest, der Unfall habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar seien, geführt. Dies habe klinisch und bildgebend ausgeschlossen werden können. Zudem habe sich der Beschwerdeführer erstmalig nach knapp zwei Wochen beim Hausarzt vorgestellt, dies bei bis dahin erhaltener Arbeitsunfähigkeit (richtig wohl: Arbeitsfähigkeit) beziehungsweise sei dann die Arbeitsunfähigkeit rückwirkend attestiert worden. Letztlich wäre unter Annahme einer frischen unfallbedingten strukturellen Läsion eine direkte Arbeitsniederlegung und Vorstellung beim Arzt zu erwarten gewesen. Zudem seien die Befunde im MRI als anlage- und verschleissbedingt zu erachten, für die postulierte

AC-Gelenksluxation ergäben sich klinisch keine Hinweise. Im Vordergrund ständen die tendinopathischen Veränderungen der Rotatorenmanschette, vor allem der Supraspinatussehne. Auffallend sei auch das geringe Einfordern von Therapie. So habe der Beschwerdeführer zwar angegeben, die Physiotherapie regelmässig zu besuchen, Rechnungen und Folgeverordnungen fänden sich aber keine. Davon, dass der Schaden, welcher allenfalls operiert werde, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen sei, sei beim Fehlen von unfallbedingten strukturellen Läsionen nicht überwiegend wahrscheinlich auszugehen. Es sei von einer zeitlich limitierten Verschlimmerung für maximal drei Monate auszugehen, ab dann würden Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen. 3. 5

Mit ärztlicher Beurteilung vom 20. Juni 2024 (Urk. 9) ergänzte Versicherungsmedizinerin A.\_\_\_\_, die Rotatorenmanschette unterliege ab dem 30.

Lebensjahr einer zunehmenden Degeneration. Es gebe Untersuchungen, nach denen Patienten mit Schulterbeschwerden im Alter zwischen dem 40. und 56. Jahr in 25 %

Rotatorenmanschettendefekte hätten. Ein Sehnenriss entstehe durch eine unnatürliche Zugbelastung, eine plötzliche, von aussen auf das Sehngewebe einwirkende dehnende Kraft. In der Literatur bestehe Einigkeit, dass der direkte Schulteranprall einen ungeeigneten Mechanismus darstelle, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen, da die Rotatorenmanschette in der Tiefe unter dem Deltamuskel und unter dem Schulterdach geschützt liege. Im Einzelfall könne auch ein Sturz ursächlich sein, dazu müssten weitere Puzzlesteine aber perfekt passen (S. 4). Im vorliegenden Fall sprächen mehrere Gründe gegen die überwiegend wahrscheinliche Kausalität

der weiterhin beklagten Beschwerden. So sei gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers betreffend Traumahergang von einer direkten Kontusion, sprich einem Anpralltrauma auszugehen. Grundsätzlich seien nur Zugbelastungen geeignet, eine Sehnenruptur unfallbedingt

hervorzurufen, aber auch extreme Muskelkontraktionen könnten sie im Ausnahmefall verursachen.

Direkte Anpralltraumen (Sturz auf die Schulter, Sturz auf harte Kante, Anpralltrauma an scharfer Kante) könnten eine Rotatorenmanschette nicht verletzen. Sie könnten allerdings Hämatome und Kontusionen der Deltamuskulatur hervorrufen, die schmerzhaft sein könnten.

Die in der Tiefe unter dem Deltamuskel und unter dem Schulterdach gelegene Rotatorenmanschette

werde durch eine direkte Kraft isoliert nicht tangiert. Das Trauma sei damit eher nicht geeignet, die im MRI gefundenen Sehnenveränderungen hervorzurufen

(S. 5).

Typischerweise verbunden mit einer traumatischen Sehnenruptur seien zudem eine Functio

laesa mit Bewegungseinschränkung, ein Einstellen der Tätigkeit (z.B. der Arbeit) und

ein zeitnaher Arztbesuch. Der Beschwerdeführer habe sich zeitnah nicht beim Arzt vorgestellt und die erste Arbeitsunfähigkeit sei rückwirkend attestiert worden, was beim selbständig in einer Autogarage tätigen Beschwerdeführer doch sehr auffallend sei. Unter Annahme einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bzw. bei Vorliegen einer relevanten Verletzung wäre im Kontext der schweren, körperlich belastenden Arbeit eine zeitnahe Vorstellung bei Dr. Z.\_\_\_\_ - gegebenenfalls sogar im Notfall eines Spitals - zu erwarten gewesen.

Die initiale Beschwerdearmut und der gesamte zeitliche Verlauf sprächen gegen die Unfallkausalität der Rotatorenmanschettenläsion (S. 5). Zu erwarten wäre nach einer traumatischen Verletzung eher eine *functio*

*laesa*,

was nur fraglich der Fall gewesen sei. Der Hausarzt spreche zwar noch von einer eingeschränkten Schulterbeweglichkeit, anlässlich der orthopädischen Untersuchung sei die Schulterbeweglichkeit jedoch seitengleich gewesen.

Auch der klinische Befund spreche gegen die Unfallkausalität der Rotatorenmanschettenläsion.

Zu erwarten wäre bei Annahme eines relevanten Traumas eine zeitnahe bildgebende Abklärung der Schulter, initial im Rahmen einer Übersicht und zum Ausschluss von ossären Läsionen als konventionelles Röntgenbild. Dies sei jedoch unterblieben, Dr. Z.\_\_\_\_

habe (nachvollziehbar) keine Notwendigkeit eines

Röntgens gesehen. Dies erstaune nicht, habe das Trauma ja schon knapp zwei Wochen zurück gelegen.

Erst auf Nachfrage/Empfehlung der Beschwerdegegnerin sei dann ein MRI durchgeführt worden. In der

Indikation seien persistierende Beschwerden und Bewegungsschmerzen angegeben worden. In diesem MRI fänden sich dann tendinopathische Veränderungen insbesondere der Supraspinatus-, aber auch der Subscapularissehne mit geringgradigen Partialrupturen, zudem eine

Tendinose der langen Bizepssehne, eine Labrumläsion und ein diskreter Gelenkerguss im AC-Gelenk, DD Rockwood Grad II.

Das AC - Gelenk habe klinisch nie im Vordergrund gestanden, eine AC - Gelenkluxation sei somit

auszuschliessen. Gemäss medizinischer Literatur seien bei verletzungsbedingter Schädigung der Supraspinatussehne Verletzungszeichen am Musculus deltoideus zu erwarten, was vorliegend nicht der Fall sei. Ruptur sei zudem meistens kein Riss, sondern ein Sehndefekt aufgrund der Texturstörung bei Tendinose, wie auch im vorliegenden Fall.

Die Pathogenese von Rotatorenmanschettenrupturen werde weiterhin kontrovers diskutiert. Weit häufiger als traumatische seien degenerative Rupturen,

deren Ätiologie multifaktoriell sei . Extrinsische, mechanische Faktoren sowie intrinsische Faktoren in der Sehne selbst würden eine Rolle spielen. Das Sehnen gewebe selbst unterliege lebenszeitabhängigen Veränderungen, die zu

mukoider Degeneration sowie der Einlagerung von Hydroxyapatitmikrokalzifikationen führen würden . Zudem liege eine Hypovaskularität in der Sehnenansatzzone, dem rotator crescent , vor. Repetitive Zug-, Druck- und Scherbelastungen würden zu einem Kontinuum mit Progression tendinopathischer Veränderungen in Partial rupturen und schließlich transmuralen Rupturen führen . Als Risikofaktoren gälten Rauchen, metabolische Erkrankungen und genetische Faktoren (S. 5-6) .

Die im MRI erhobenen Befunde einer fehlenden Retraktion, einer fehlenden Atrophie, einer fehlenden fettigen Degeneration im Sinne einer Goutallier Grad 0 seien nicht beweisend für einen frischen traumatischen Sehnenriss.

Eine Retraktion sei bei tendinopathischen Veränderungen und auch bei einer (wie vorliegend leichten) Partialruptur nicht zu erwarten - Sehnen würden sich im Regelfall nur bei vollständiger/transmuraler Ruptur ( gegebenenfalls eines Blattes) zurück ziehen .

Die fehlende Retraktion könne somit nicht als Indiz für einen frischen Riss herangezogen werden.

Ähnliches gelte für die fehlende Atrophie und die fehlende fettige Degeneration - beide Befunde tr ä ten erst bei einem fortgeschritten veränd erten Befund (degenerativ oder auch traumatisch) und nicht bei tendinopathi schen Veränderungen und leichter Partialruptur auf.

Das Fehlen der Atrophie und der fettigen Degeneration sei sicher kein Beleg für eine frische Rotatorenman schettenruptur (S. 6 -7).

Es handle sich um eine verschleissbedingte tendinopathische Veränderung der Sehnen . Dieser Vorzustand sei beim Fehlen von unfallbedingten strukturellen Läsionen nur zeitlich limitiert und nicht richtungsweisend verschlimmert worden. Insofern müsse nicht der Nachweis erbracht werden, dass eine unfallbedingte Schulterverletzung drei Monate nach dem Unfall abgeklungen sei , sondern es müsse belegt werden, dass die zeitlich limitierte Verschlimmerung abgeklungen sei (S. 8) . Zusammenfassend sei festzuhalten, dass versicherungsmedizinisch nicht bestritten werde , dass Schultergelenksbeschwerden ab dem 13. Januar 2023 bestanden hätten , bestritten werde auch nicht der Velosturz vom 13. Januar 2023. Bestritten werde versicherungsmedizinisch jedoch das Vorliegen einer richtungsweisenden Verschlimmerung und somit die Annahme einer dauerhaften Zuständigkeit der Beschwerdegegnerin .

Angenommen werde nur eine zeitlich limitierte Verschlimmerung für drei Monate. Die Einstellung der Versicherungs leistungen per 7. September 2023 dürfe bereits als grosszügiges Entgegenkom men ihrerseits

erachtet werden

(S. 9) . 4. 4.1

Einleitend ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer sich am 22. Januar 2019 den rechten Arm verdreht und in der Folge Schulterschmerzen hatte, welcher Vorfall von der Beschwerdegegnerin aber weder als Unfall noch als unfallähnliche Körperschädigung eingestuft wurde (vgl. Urk. 15/1, Urk. 15/3 und Urk. 15/4). Aus diesem Umstand kann jedoch entgegen seiner Ansicht nicht geschlossen werden, dass vor dem vorliegend massgebenden Unfall vom 13.

Januar 2023 kein degenerativer Vorzustand der rechten Schulter bestand, wurde 2019 doch lediglich festgestellt, dass die Gelenkstellung akromioklavikulär und glenohumeral regelrecht und die ossären Strukturen intakt waren und keine periartikulären Verkalkungen vorlagen. Die Rotatorenmanschette hätte demgegenüber mit einem MRI beurteilt werden müssen (vgl. dazu Schulter a.-p./ transscapular rechts vom 6. Februar 2019, Urk. 15/2). Allfällige bereits dazumal bestehende

degenerative Sehnenveränderungen können entsprechend nicht ausgeschlossen werden. Auch aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall offenbar beschwerdefrei war (vgl. Urk. 1 S. 12), vermag er nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, ist doch die Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc », nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_244/2023 vom 19. Oktober 2023 E. 5.1 mit Hinweisen). 4.2

Der Schadenmeldung UVG vom 26. Januar 2023 (Urk. 10/1) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 13. Januar 2023 beim Fahrradfahren ausgerutscht ist und sich beim Sturz an der rechten Schulter verletzt hat, wobei er als Verletzung eine Prellung der rechten Schulter angab. Nähere Angaben zum Unfallhergang sind weder der Unfallmeldung noch den weiteren Unterlagen zu entnehmen, doch ist mit Blick auf die vom Beschwerdeführer genannte Verletzung sowie die Feststellungen des erstbehandelnden Dr. Z.\_\_\_\_, welcher als Erstbefund eine Schwellung und Schürfungen an der rechten Schulter anführte (vorstehend E.

3. 1),

davon auszugehen, dass er ein direktes Anpralltrauma erlitten und nicht etwa versucht hatte, den Sturz mit dem ausgestreckten rechten Arm aufzufangen. Wie Versicherungsmedizinerin A.\_\_\_\_ nachvollziehbar darlegte, spricht damit das Unfallgeschehen gegen eine traumatische Ursache der Verletzungen an der Supraspinatus- und Subscapularissehne, stellt der direkte Schulteranprall doch einen ungeeigneten Mechanismus dar, um eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen (vorstehend E. 3. 5). Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (Urk. 14 S. 5) behauptete med. pract. A.\_\_\_\_ nicht, dass ein Trauma nie geeignet ist, eine Rotatorenmanschettenläsion zu verursachen. Versicherungsmedizinerin A.\_\_\_\_ hielt lediglich fest, dass ein wie vorliegend direktes Anpralltrauma dazu nicht geeignet ist, was nachvollziehbar erscheint. Dass sie sich mit der vom Beschwerdeführer eingereichten Publikation von Porschke / Loew / Schnetzke - welche im Übrigen ebendiese Ansicht auch vertreten (Urk. 15/5 S. 174) - nicht auseinandersetzte, ist entsprechend nicht von Belang. 4. 3

Gegen eine traumatische Genese spricht weiter das Verhalten des Beschwerdeführers nach dem Unfall, begab dieser sich doch erst knapp zwei Wochen danach erstmals in medizinische Behandlung. Typisches Merkmal einer traumatischen Verursachung einer Rotatorenmanschettenläsion

sind die sofortige Beeinträchtigung der aktiven Mobilität beziehungsweise Entwicklung einer Pseudoparalyse der Schulter

sowie starke Schmerzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_43/2022 vom 24. Mai 2022 E. 5.1 und 8C\_253/2021 vom 2.

Juli 2021 E. 5.3). Der Beschwerdeführer ist als selbständiger Automechaniker tätig. Dass er infolge des Schulteranpralls sofort eine erhebliche Funktionseinbusse erlitten und so starke Schmerzen hatte, dass er umgehend vollumfänglich arbeitsunfähig wurde, ist nicht glaubhaft, ist doch äusserst unwahrscheinlich, dass er diesfalls knapp zwei Wochen abgewartet hätte, bis

er sich erstmals in ärztliche Behandlung begab. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Schulteranprall zwar zu Schmerzen führte, kann ein Anpralltrauma gemäss med. pract. A.\_\_\_\_ doch schmerzhafte Hämatome und Kontusionen der Deltamuskulatur hervorrufen, nicht aber zu Schmerzen im

vom Beschwerdeführer nun behaupteten und einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion

entsprechenden

Ausmass. Dazu passt, dass der erstbehandelnde Dr. Z.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer ein Rezept für Voltaren und ein en

Primofenac Emulsions-Gel ausstellte, weitere Abklärungen hingegen nicht als angezeigt erachtete (vorstehend E. 3.1). Gegenüber seinem Physiotherapeuten mag der Beschwerdeführer zudem zwar Schulterschmerzen erwähnt haben (vgl. Urk. 3/3), dass diese bei der am 12. Januar 2023 eingeleiteten Craniosacraltherapie

jedoch im Vordergrund gestanden hätten, was bei einer traumabedingten vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit zu erwarten gewesen wäre, ist nicht erstellt, wäre die Therapie doch sonst kaum mit dem Behandlungsgrund «Krankheit» abgerechnet (vgl. Urk. 3/4) und die Rechnung der Beschwerdegegnerin erst im Rahmen des Einspracheverfahrens eingereicht (vgl. Urk. 10/49/1) worden. 4.4

Weiter spricht auch das MRI vom 27. April 2023 gegen eine traumatische Ursache der Beschwerden. Diesem ist eine Tendinose der Supraspinatus- und der Subscapularissehne zu entnehmen, wobei bei beiden Sehnen eine gelenkseitige Partialruptur festgestellt wurde. Diesbezüglich wies med. pract. A.\_\_\_\_ darauf hin, dass - wie vorliegend - eine Ruptur meistens kein Riss, sondern ein Sehndefekt aufgrund der Texturstörung bei Tendinose ist, wobei repetitive Zug-, Druck- und Scherbelastungen zu einer Progression tendinopathischer Veränderungen in Partialrupturen und schließlich transmuralen Rupturen führen. Die fehlende Retraktion der Supraspinatussehne ist gemäss Versicherungsmedizinerin A.\_\_\_\_ und entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S.

**E. 9**

) nicht beweisend für einen frischen traumatischen Sehnenriss, wobei sie dies nachvollziehbar damit begründete, dass sich Sehnen im Regelfall nur bei vollständiger/transmuraler Ruptur zurückziehen, nicht aber bei wie vorliegend leichten Partialrupturen. Der vom Beschwerdeführer eingereichten Publikation von Porschke / Loew / Schnetzke sind keine Ausführungen zu Partialrupturen zu entnehmen (vgl. Urk. 15/5 S. 17 5 ), weshalb sich Weiterungen zu den diesbezüglichen Ausführungen des Beschwerdeführers sowie zu seinen Vorbringen bezüglich wissenschaftlicher Literatur ( Urk.

#### **E. 14**

S. 11) demzufolge ebenfalls irrelevant .

Die Beschwerde ist damit abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur . André Largier - 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, zuzu stellen.

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 Die Gerichtsschreiberin  
Gräub Lanzicher

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