

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00097 vom 11. November 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-11-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2024.00097

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00097 du 11 novembre 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00097 del 11 novembre 2025

Erwägungen

E. 1

Der 1975 geborene X.____

war seit dem 1. April 2017 bei der Y.____ AG als Lastwagenführer

in einem vollen Pensum angestellt und dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 19.

Oktober 2018 einen Motorradunfall erlitt und sich dabei diverse Verletzungen zuzog (Urk. 10/1). Die notfallmässige Erstbehandlung erfolgte gleichentags im Spital Z.____, wo die Diagnosen Hochrasanztrauma mit HWS/BWS/LWS Prellung, Ellenbogenprellung rechts und Aduktorenzerrung rechts gestellt wurden (Urk. 10/16). Das Arthro MRI der rechten Schulter vom 14. November 2018 ergab eine partielle Läsion der Supraspinatussehne und eine leichte Foot-Print Läsion (Urk. 10/23). Das MRI des rechten Daumens und CT der rechten Finger vom 27.

November 2018 zeigten eine Partialruptur des radialen Kollateralbandes und einen möglichen Kapsleinriss im Daumensattelgelenk (Urk. 10/32). Die Suva kam für die Kosten der Heilbehandlung auf und richtete Taggelder aus.

In der Folge persistierten Schulter- und Handbeschwerden mit Kraftverlust. Am 11.

November 2019 wurde eine kreisärztliche Untersuchung durchgeführt (Urk. 10/108). In der Folge wurde der Versicherte von der Suva an die Klinik A.____ zugewiesen, wo er handchirurgisch, neurologisch und neurophysiologisch untersucht wurde (Urk. 10/175, Urk. 10/191, Urk. 10/204 f. und Urk. 10/207). Die Suva holte eine neurologische Beurteilung ihres versicherungsmedizinischen Dienstes vom 8. April 2021 ein (Urk. 10/212). Am 4. Oktober 2021 wurde der Versicherte im Auftrag der Allianz Versicherungsgesellschaft im Kreiskrankenhaus C.____ unfallchirurgisch begutachtet (Urk. 10/262). Nach weiteren medizinischen Abklärungen verneinte die Suva mit Verfügung vom 21. November 2022 einen Leistungsanspruch des Versicherten für die Handgelenksbeschwerden rechts, da diese nicht unfallkausal seien (Urk. 10/290). Die dagegen erhobene Einsprache des Versicherten (Urk. 10/297) wies sie mit Einspracheentscheid vom 28. März 2024 ab (Urk. 10/311 = Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen,

sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des Referenzalters (bis Ende 2023: ordentlichen Rentenalters)

ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Praxisgemäss entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und 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 schicksals mässigen 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 Gesundheits schadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweis last anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzu sammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallver sicherer (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 Spät folgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundes gerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

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 Schluss folgerungen 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 14. Februar 2025 E. 2.3). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungs träger 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 versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklä rungen 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

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 7. Mai 2024 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien die gesetz lichen Leistungen aus der Unfallversicherung

zu erbringen . Eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung, insbesondere zwecks Einholung weiterer Gutachten und entsprechender Neubeurteilung , zurückzu weisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 25. Juni 2024

beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 27. Juni 2024 mitgeteilt wurde (Urk. 12).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, Dr. B.____ lege überzeugend dar, dass die noch beklagten Beschwerden an der rechten oberen Extremität nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem kausalen Zusammenhang zum Unfall vom 19. Oktober 2018 stünden. Die versicherungsmedizinischen Beurteilungen deckten sich mit den medizinischen Akten. Der in der medizinischen Aktenlage mehrfach notierte unklare Kraftverlust der rechten Hand lasse sich weder durch die unfallbedingten Traumafolgen an der rechten Schulter noch am rechten Daumengelenk erklären unter Berücksichtigung fehlender struktureller Traumafolgen im Rahmen der MRI Diagnostik des rechten Daumens am 8. Januar 2020 und kernspintomographisch am 7. Januar 2021 unauffällig beurteilte im Plexus brachialis rechts bei versicherungsmedizinisch-neurologischer Beurteilung am 8. April 2021

einer lediglich möglichen, aber nicht überwiegend wahrscheinlich anzunehmenden unfallbedingten Läsion des Plexus brachialis (Urk. 2 S. 13). Zwar werde im Gutachten der Unfallchirurgie des Krankenhauses C.____ vom 4. Oktober 2021 (Chefarzt D.____ und Dr. E.____) festgehalten, die Beschwerden seien auf eine initial nicht diagnostizierte traumatische Plexus brachialis Läsion durch den Unfall zurückzuführen. Diese Einschätzung widerspreche jedoch den medizinischen Akten. Das Gutachten vom 4.

Oktober 2021 werde von Versicherungsmediziner Dr. B.____ in überzeugender und nachvollziehbarer Weise widerlegt (Urk. 2 S. 15).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, in Bezug auf die rechte Hand bzw. den rechten Daumen habe anlässlich der Untersuchung vom 11. November 2019 durch Dr. B.____ klar festgestellt werden können, dass nebst einer Bewegungseinschränkung des rechten Daumens ein objektivierbarer massiver Kraftverlust beim Faustschluss nach Jamar Dynamometer von 9 kg rechts im Vergleich zu 57 kg links gemessen worden sei. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb der frappante Kraftverlust der rechten Hand in der Beurteilung von Dr. B.____ keine Erwähnung finde.

Dieser halte lediglich fest, dass sich der in der medizinischen Aktenlage mehrfach notierte Kraftverlust der rechten Hand weder durch die unfallbedingten Traumafolgen an der rechten Schulter noch am rechten Daumengrundgelenk erklären liessen. Im Gegensatz zum Einspracheentscheid

und zu den Ausführungen von Dr.

B.____ gebe es diverse Fachärzte, welche nachvollziehbar festhielten, dass die nach wie vor bestehenden Beschwerden der rechten Hand des Beschwerdeführers kausal auf das Unfallereignis vom 19. Oktober 2018 zurückzuführen seien. Dr.

B.____ setze sich nicht bzw. nicht hinreichend mit den Ausführungen von Dr.

E.____ und insbesondere dem von diesem erwähnten Umstand, dass ein nicht nachweisbarer struktureller Schaden im MRT eine Plexus brachialis Läsion nicht ausschliesse, auseinander. Auf die Beurteilungen von Dr. B.____ könne nicht abgestellt werden (Urk. 1 S.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

9

In seiner im Rahmen des Einspracheverfahrens eingeholten Beurteilung vom 19. März 2024 zum neu vorgelegten Gutachten von Dr. J.____ vom 8. Oktober 2020 (E. 3.10) hielt Versicherungsmediziner Dr. B.____ fest, an der rechten Schulter seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Traumafolgen mehr festzustellen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 19. Oktober 2018. Bei den pathologischen Befunden betreffend die Supraspinatussehne rechts im Rahmen der am 14. November 2018 durchgeführten Arthro-MRI-Diagnostik der rechten Schulter handle es sich überwiegend wahrscheinlich um unfallfremd krankhaft-/verschleissbedingte Veränderungen

der Supraspinatussehne (Tendinose) bei medizinisch am 16.

November 2020 nahezu seitengleiche beurteilte Schulterfunktion rechts. Die Arthro-MR-morphologisch am 14. November 2018 fachradiologisch befundete Flüssigkeitsansammlung zwischen den Muskelfasern des Musculus deltoideus unmittelbar ventral des AC-Gelenkes vereinbar mit Muskelfaserrissen und beurteilte Traumatisierung des rechten AC-Gelenkes mit leichtem Gelenkerguss und Knochenmarksödem im distalen Klavikulaende seien erfahrungsgemäss als zwischenzeitlich abgeheilt zu beurteilen. Im Rahmen der fachärztlich orthopädisch-traumatologischen Beurteilung vom 21. September 2021 sei zusammenfassend notiert worden, dass sich der in den medizinischen Akten mehrfach notierte unklare Kraftverlust der rechten Hand weder durch die unfallbedingten Traumafolgen an der rechten Schulter noch am rechten Daumen erklären lasse. Dies unter Berücksichtigung fehlender struktureller Traumafolgen, eines im Rahmen der MRI-Diagnostik am 8. Januar 2021 und kernspintomographisch am 7. Januar 2021 unauffällig beurteilten Plexus brachialis rechts bei versicherungsmedizinisch-neurologischer Beurteilung am 8. April 2021 einer lediglich möglichen, aber nicht überwiegend wahrscheinlich anzunehmenden unfallbedingten Läsion des Plexus brachialis rechts. Unter Berücksichtigung der mehrfach ausführlichen klinischen Befunddokumentation, wiederholten Bildgebungen und neurophysiologischen/elektromyographischen Untersuchungen lasse sich aus orthopädisch-traumatologischer Sicht die verbliebene Kraftminderung der rechten Hand allenfalls auf das unfallfremd-krankhafte Vorliegen eines Carpaltunnelsyndroms beidseits, rechts mehr als links, zurückführen bei neurologisch bereits am 16. November 2020 vergleichend zu extern vorliegenden Untersuchungen progredient verschlechtert beurteilten Neurographien (Urk. 10/309). 4.

4.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerden an der rechten Hand überwiegend wahrscheinlich in einem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 19. Oktober 2018 stehen. 4.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Leistungseinstellung im Wesentlichen auf die versicherungsinternen Stellungnahmen von Dr. B.____ und Dr.

K.____ . Orthopäde Dr. B.____

kam zum Schluss, dass gestützt auf die neurologische Beurteilung von Dr. H.____ vom 19. September 2019 keine Hinweise auf eine Läsion des Plexus brachialis rechts oder auf ein e

zervikoradikuläre Läsion C5 oder C6 oder C7 rechts, die bei Motorradunfällen mit Stürzen nicht selten anzutreffen seien, gefunden worden seien . Dies habe sich elektrophysiologisch und MR-morphologisch am 7. Januar 2021 bestätigt

(vgl.

vorne E. 3.8, E. 3.1 4 und E. 3.1 8) . Neurologe Dr. K.____ hielt eine unfallbedingte Läsion des Plexus brachialis rechts zwar für möglich, aber nicht für überwiegend wahr scheinlich (vgl. vorne E. 3.15) .

Im Bericht der Klinik A.____ vom 16. November 2020 wurde festgehalten, dass die klinische Untersuchung und Epikrise zwar für eine traumatische Armplexusläsion rechts sprächen ,

d ass sich n europhysiologisch aber keine floriden Denervierungszeichen

hätten nachweisen

lassen

(vgl. vorne E. 3.12) . Bereits die elektrophysiologische Untersuchung (Elektroneuro myographie) vom 19. September 2019 durch den Neurologen Dr. H.____ hatte keine Hinweise auf eine Läsion des Plexus brachialis rechts ergeben (vgl. E. 3.8). Aus den Berichten der Klinik A.____ vom Januar 2021 geht hervor , dass die radiologische Untersuchung mittels MRI morpho logisch unauffällige Verhältnisse und die elektrophysiologische Untersu chung unauffällige Befunde gezeigt hätten (vgl. E. 3.13).

Klinisch liege am ehes ten eine chronische Plexus brachialis-Läsion rechts vor, wobei hierfür kein unterstüt zender neurophysiologischer Befund bestehe . Das fehlende bildgebende und neurophysiologische Korrelat zwei Jahre nach dem Unfall schliesse eine chronische Plexus-Läsion rechts nicht aus, aber sie lasse sich auch nicht beweisen (vgl. E. 3.14).

Dr. E.____ führte die Beschwerden

auf eine initial nicht diagnos tizierte traumatische Plexus brachialis Läsion zurück und stützte sich dabei auf den Unfallmechanismus (Hochrasanztrauma), den typischerweise protrahierten Behandlungsverlauf, die vorliegenden Befunde und verwies auf die Literatur .

Objektivi vierbar lägen mehrere handchirurgische Befunde vor, welche einen mess baren Kraftverlust der rechten Hand offenlegten.

Ein

entsprechende r

Kraftverlust wurde auch von Versicherungsmediziner Dr. B.____ anlässlich der Untersuchung vom 11. November 2019 gemessen (vgl. Urk. 10/ 108 S. 5) .

Dr. E.____ wies darauf hin,

dass ein Streckdefizit der Langfinger beschrieben worden sei, welches sich bei einer Läsion im oberen Plexusstrang typischerweise finde.

Es finde sich die klassische Symptomkombination einer Parese/Einschränkung der Abduktion und Aussenrotation im Schultergelenk und der Dorsalextension der Hand für eine Läsionshöhe C6/7. Ein nicht nachweisbarer struktureller Schaden im MRT schliesse eine Plexus brachialis Läsion nicht aus. Zum elektrophysiologischen Untersuchungsbefund von Dr. H.____ äusserte er sich nicht (vgl. vorne E. 3.17).

Dr. B.____

ging schliesslich in Würdigung der gesamten medizinischen Aktenlage

unter Berücksichtigung der wiederholten Bildgebungen und neurophysiologischen/elektromyographischen Untersuchungen bei fehlenden strukturellen Traumafolgen von einer lediglich möglichen, aber nicht überwiegend wahrscheinlich anzunehmenden unfallbedingten Läsion des Plexus brachialis rechts aus (vgl. vorne E. 3.19). 4.3

Aus den medizinischen Akten geht insgesamt hervor, dass die diversen Untersuchungen des Plexus brachialis kein bildgebend ersichtliches

oder neurophysiologisch messbares Korrelat

einer Läsion ergeben haben. Die involvierten Ärzte vermuten zwar eine unfallbedingte Läsion des Plexus brachialis, eine solche konnte jedoch trotz diverser Abklärungen nicht objektiv untermauert werden. Eine weitere Untersuchungsmethode, die geeignet wäre, den Nachweis einer unfallbedingten Plexus brachialis Läsion zu erbringen, steht nicht zur Diskussion. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind daher keine verwertbaren

Erkenntnisse zu erwarten. 4.4

Im Sozialversicherungsprozess tragen die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweislastregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6; 117 V 261 E. 3b). Die Frage nach der Verteilung der Beweislast stellt sich im Sozialversicherungsrecht demnach erst, wenn von weiteren Abklärungen kein verwertbares Ergebnis mehr zu erwarten wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_739/2011 vom 20. August 2012 E. 4.4).

Dies ist vorliegend der Fall, da es sich trotz umfassender Abklärungen als unmöglich erweist, die Unfallkausalität der bestehenden Handgelenkbeschwerden mit dem massgebenden

Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nach zuweisen. Die Folgen der Beweislosigkeit trägt der Beschwerdeführer. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Advokatin Dominique Anwander - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4 .

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

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

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

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin Arnold GramignaLeicht

E. 3.2

Das Arthro MRI der Schulter rechts vom 14. November 2018 ergab eine Tendinose und ein

gelenkseitige n Partialriss der Supraspinatussehne sowie eine klei nflächige n partielle n Abriss der Sehne von der Ansatzfläche am Tuberculum majus ,

keine transmurale Ruptur der Rotatorenmanschette, keine Muskelatrophie oder fettige Degeneration. Beurteilt wurde ein t r a u matisiertes AC-Gelenk mit leichtem Gelenkserguss und Knochenmarködem im distalen Klavikul a ende und

kleinere Muskelfaserrisse ventral im angrenzenden Musculus deltoideus (Urk. 10/23).

E. 3.3

Das MRI Daumen und CT Finger rechts vom 27. November 2018 zeigte eine Partial ruptur des radialen Kollateralbandes und einen möglichen Kapsleinriss im Daumengrundgelenk rechts, ein fokales Kontusionsareal im Caput des Os metakarpale D1 ohne Hinweis auf anderweitige ossäre Läsionen (Urk. 10/32).

E. 3.4

Dr. med. F.____ , Facharzt für O rthopädische Chirurgie, hielt in seinem Bericht vom 12. Februar 2019 fest,

von Seiten der Schulter gehe es nun langsam besser, die Abduktion bis zur Horizontalen sei fast schmerzfrei möglich. Die Rotation sei ebenfalls recht ordentlich. Der Beschwerdeführer zeige mehr Probleme in der Hand, könne schwere Lasten noch nicht von oben runter heben, da die Greif funktion der Hand nicht funktioniere (Urk. 10/54) .

In seinem Bericht vom 26.

März 2019 führte Dr. F.____ aus, der Beschwerdeführer könne mit seiner rechten Schulter schon einigermaßen Kraftübungen durchführen, bis zur Horizontalen seien 1,5 kg möglich, so dass die Muskulatur auftrainiert werde. Von Seiten der Hand bestehe immer noch das

Problem, dass er immer noch nicht einen kompletten Faustschluss machen könne , so dass er keine Flasche aufdrehen könne und auch starkes Heben nicht möglich sei (Urk.

E. 3.5

Dr. med. G.____ , Fachärztin für Orthopädie, führte in ihrem Bericht vom 18. Juli 2019 betreffend die Konsultationen vom 15. und 17. Juli 2019 aus, beim Beschwerdeführer bestehe seit dem Unfall am 19. Oktober 2018 eine mittlerweile als chronifiziert zu bezeichnende Beschwerdesymptomatik, die betont die obere rechte Extremität betreffe. Der im Januar 2019 festgestellte kleine zervikale Bandscheiben vorfall sowie die partielle Supraspinatusläsion , die bisher auf therapeutische Massnahmen nicht angesprochen habe , könnten für die beklagten Beschwerden und vor allem auch die erhobenen Befunde nicht vollumfänglich verantwortlich gemacht werden. Auch der Kraftverlust, der sich in der rechten oberen Extremität bis in die Hand erstreckt, bei gleichzeitig noch deutlicher Einschränkung des verletzten Daumens, könne nicht auf die Daumenverletzung alleine zurückgeführt werden (Urk. 10/71 /4).

E. 3.6

Dr. med. H.____ , Facharzt für Neurologie, nannte in seinem Bericht vom 5.

September 2019 betreffend die Untersuchung vom 4. September 2019 u.a. die folgenden Diagnosen : - Unklare diffuse sensomotorische Ausfälle sowie anhaltende Beschwerden bei St. n. Motorradunfall 19.10.2018 mit - Schulterkontusion/-distorsion rechts und partieller Supraspinatusläsion rechts - Daumenkontusion/-distorsion rechts und radialer Seitenbandruptur MP I, knöcherner Absprengung streckseitig IP I rechts - kleinem BSV C4/5 - unklare generalisierte Schwäche Arm und Schulter rechts - DD neurologisch (Plexusläsion ?), DD funktionell

Dr. H.____ hielt fest, beim Beschwerdeführer bestünden unklare sensomotorische Ausfälle der rechten oberen Extremität sowie anhaltende Schulter-Armschmerzen rechts bei St. n. Motorradunfall am 19. Oktober 2018. Die Befunde der klinischen neurologischen Untersuchung sprächen eher für eine funktionelle Genese dieser sensomotorischen Ausfälle (Urk. 10/84).

E. 3.7

Im Bericht der I.____ vom 9.

September 2019 betreffend die gleichen tags erfolgte handchirurgische Untersuchung wurde festgehalten , die Hauptbeschwerden schienen von Seiten der Bewegungseinschränkung des Grundgelenkes und der Schwäche der Streckbarkeit des Daumens zu kommen (Urk. 10/85).

E. 3.8

Dr. H.____

führte in seinem Bericht vom 19. September 2019 aus, die Befunde der Elektroneurographie vom 19.

September 2019 sprächen für ein mittel schweres bis schweres, überwiegend sensibles Karpaltunnelsyndrom rechts sowie für ein leichtes bis mittelschweres, überwiegend sensibles Karpaltunnelsyndrom links. Weitere Auffälligkeiten fanden sich nicht. Insbesondere fanden sich keine Hinweise auf eine Läsion des Plexus brachialis rechts oder

auf eine zervikoradi kuläre Läsion C5 oder C6 oder C7 rechts, die bei Motorradunfällen mit Stürzen nicht selten anzutreffen seien. Derzeit seien keine Hinweise auf eine unfallbedingte Läsion des peripheren oder des zentralen Nervensystems festzustellen (Urk. 10/89).

E. 3.9

Am 11.

November 2019 wurde der Beschwerdeführer kreisärztlich untersucht. Versicherungsmediziner Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte die folgenden Diagnosen: - Kollisionsunfall am 19.10.2018 als Motorradfahrer mit einem PKW mit Rücken-/Schulter-Ellenbogenprellung rechts und Adduktorenzerrung rechts mit/bei - 14.11.2018 MR-morphologisch Befund vereinbar mit kleineren internus kulären Faserrissen des Musculus deltoideus unmittelbar ventral des AC-Gelenkes, Traumatisierung des AC-Gelenkes mit leichtem Gelenkerguss und Knochenmarksödem vereinbar mit Muskelfaserrissen, Tendinose Supraspinatussehne mit gelenkseitigem Partialriss und kleinflächigem partiellem Abriss der Sehne von der Ansatzfläche am Tuberculum majus ohne transmurale Ruptur der Rotatorenmanschette - 27.11.2018 MRI-/CT-morphologisch Partialruptur radiales Kollateralband und möglicherweise Kapsleinriss im Daumengrundgelenk rechts, fokales Kontusionsereignis im Caput des Os metacarpale D1

Als unfallfremde Diagnosen nannte Dr. B.____ die folgenden: - Subligamentärer Bandscheibenprolaps HWK 4/5 - medialer bis links mediolateraler Bandscheibenprolaps nach kaudal umgeschlagen im Segment LWK 5/SWK 1 bei ausgeprägter Osteochondrose LWK 5/SWK 1 - überwiegend sensiblen Karpaltunnelsyndrom rechts ausgeprägter als links - Status nach vorderer Kreuzbandplastik rechtes Knie 2013

Dr. B.____ führte aus, die vom Beschwerdeführer beklagten Gefühlsstörungen im Bereich beider oberer Extremitäten, die von der Halswirbelsäule in beide obere Extremitäten ausstrahlenden Beschwerden, die Tennisellbogen sowie die Schulterbeschwerden links seien überwiegend wahrscheinlich auf unfallfremde Befunde zurückzuführen (Urk.

10/108).

E. 3.10

Im handchirurgischen Gutachten vom 8. Oktober 2020 (Untersuchung vom

E. 5

ff.) . 3.

E. 10

/64).

E. 13

Juli 2020) zuhanden der Allianz Versicherungsgesellschaft hielt Dr. J.____ fest, die schmerzbedingte Bewegungseinschränkung am rechten Daumen sowie die Beeinträchtigung der rechten Hand bei Kraft und Faustschluss sowie die schmerzbedingte Bewegungseinschränkung an der rechten Schulter seien als Folgen des Unfalles vom 19. Oktober 2018 zu

betrachten (Urk.

10/273).

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