

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00117 vom 12. Dezember 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-12-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2024.00117

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00117 du 12 décembre 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00117 del 12 dicembre 2024

Erwägungen

E. 1

9. Januar 2023 , worin

der beurteilende Radiologe

näher bezeichnete degenerative Veränderungen, eine ausgeprägte Bursitis subacromialis/subdeltoidale sowie hochgradige

Partiellläsionen der Supraspinatus- und Infraspinatussehne festhielt, (Urk. 9/26) .

Der ab Januar 2023 behandelnde Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates ,

verordnete eine Physiotherapie und führte eine Infiltration der Bursa subacromialis durch (vgl. Urk. 9/2ff., Urk. 9/29/2f.) . Die Suva anerkannte den Schadenfall und erbrachte die versicherten Leistungen. Gestützt auf die MR Arthrographie

des linken Schultergelenks vom 28. April 2023 notierte der beurteilende Radiologe eine progrediente, transmurale Ruptur der Supraspinatussehne am Footprint mit Beteiligung des Vorrandes der Infraspinatussehne sowie diskreter Retraktion der Supraspinatussehne, ohne relevante Atrophie oder Mehrverfettung der Rotatorenmanschette und ohne relevante Degeneration des humeralen AC-Gelenks, jedoch mit leichter Degeneration des AC-Gelenks, ohne eindeutigen Reizzustand (Urk. 9/27) . Am 4. Juli 2023 nahm Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Allgemeinchirurgie und Traumatologie, zur Sache Stellung (Urk. 9/36). Gestützt darauf stellte die Suva die bisher erbrachten Leistungen mit Verfügung vom 10.

Juli 2023 per 21. Juni 2023 ein (Urk. 9/48) . Zwischenzeitlich hatte Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik D.____, am 14. Juli 2023 eine arthroskopische Bizepsstenotomie und Rotatorenmanschettenrekonstruktion (Supraspinatus, Infraspinatus) mit mini-offener supraakromialer Bizepsstenodese rechts [recte wohl: links] durchgeführt (vgl. Operationsbericht, Urk. 9/62; vgl. auch Austrittsbericht vom 17. Juli 2023, Urk. 9/83). Am

7. September 2023 erhob der Versicherte Einsprache gegen die Leistungseinstellung (Urk. 9/58) und reichte die Stellungnahme von Dr. C.____ vom 1. September 2023 (Urk. 9/61) zu den Akten. Daraufhin veranlasste die Suva die kreisärztliche Beurteilung von Dr.

B.____ vom 2. Mai 2024 (Urk. 9/86) . Gestützt darauf wies sie die Einsprache des Versicherten mit Einspracheentscheid vom 3. Mai 2024 ab (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 ereignet hat (Art.

18

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 un mittelbare 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 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 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

Praxismässig entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor

dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines 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 Kausal zusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfall versicherer (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

Praxisgemäss sind die Kreisärzte nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, Körperschädigungen im Sinne des Art. 6 Abs. 2 UVG (früher: unfallähnliche Körperschädigungen gemäss Art. 9 Abs. 2 aUVV) und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Dies gilt unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharzttitel (Urteile des Bundesgerichts 8C_51/2023 vom 15. Juni 2023 E. 5.2 und 8C_219/2022 vom 2. Juni 2022 E. 3.2, je mit Hinweisen). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 5. Juni 2024 Beschwerde und beantragte, es seien in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids die gesetzlichen Leistungen über den 21. Juni 2023 hinaus zu erbringen; eventualiter sei ein medizinisches Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben; subeventualiter sei die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung, insbesondere Einholung eines medizinischen Gutachtens nach Art. 44 A T SG, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Zudem legte er unter anderem die Stellungnahme von Dr. C.____ vom 17. Mai 202

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. B.____ habe der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt. Die Kontusionsfolgen seien sechs Wochen nach dem Unfall folgenlos ausgeheilt; der Status quo sine sei am 21. Juni 2023 erreicht. Mithin seien die bisher erbrachten Leistungen zu Recht auf diesen Zeitpunkt hin eingestellt worden (Urk. 2).

E. 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, es bestünden gestützt auf die – in der Beschwerde wiedergegebenen - Argumente von Dr. C.____

erhebliche Zweifel an den Beurteilungen von Dr. B.____. Letzterer argumentiere weitestgehend aktenwidrig und entgegen der medizinischen Literatur. Mithin könne darauf nicht abgestellt werden. Den Ausführungen von Dr. C.____ folgend sei mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Verletzungen des Beschwerdeführers traumatisch sind und damit im Zusammenhang mit dem Unfall vom 29. Oktober 2022 stünden. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen oder die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein Gutachten nach Art. 44 ATSG einhole (Urk. 1). 3.

3.1

Der Beschwerdeführer schilderte seinen Unfall vom 29. Oktober 2022 in der Bagatellunfall-Meldung vom 4. November 2022 (Urk. 9/1) wie folgt: «Velo fahren/Bike: Ich wollte mit dem Velo auf einem Waldweg einem Ast eines Baumes ausweichen. Da ist mir das Vorderrad weggerutscht und ich bin auf die linke Seite gestürzt.» Die Art der Verletzung wird als Prellung der linken Schulter und des Rückens links bezeichnet. Der am 10. November 2022 erstbehandelnde Dr. Z.____ hielt im Bericht vom 15. Juni 2023 (Eingang) unter Hinweis auf die MR-Tomographie vom 19. Januar 2023 (vgl. nachfolgend E. 3.2) eine posttraumatische Partialruptur der Supraspinatussehne links und Bursitis subacromialis links fest und überwies den Beschwerdeführer ab Januar 2023 an Dr. A.____

(Urk. 9/17). Dieser hielt am 1.

Februar 2023 eine eingeschränkte aktive Schulterbeweglichkeit (Abduktion und Flexion bis 70°) bei passiv freier Beweglichkeit fest. Klinisch habe sich zudem ein deutlich positiver Job-Test und ein positives Impingementzeichen gezeigt. Die Kraft bei der Innen- und Aussenrotation sei normal. Bizepszeichen bestünden nicht und das AC-Gelenk sei indolent. Dr. A.____ verordnete eine Physiotherapie und führte eine Infiltration der Bursa subacromialis durch

(Urk. 9/29 /2f., Urk. 9/2ff.). 3.2

Im Befundbericht der MR

Arthrographie der linken Schulter vom 19. Januar 2023 hielt der beurteilende Radiologe eine gering- bis mässiggradige Omarthrose, geringgradige fettige Atrophie des Musculus infraspinatus (Gout aller Grad 1) bei im Übrigen nicht atrophierte Muskulatur der Rotatorenmanschette, ausgeprägte Bursitis subacromialis/subdeltoidea, geringgradige glenohumerales Synovitis sowie Tendinosen der Sehnen der Rotatorenmanschette ohne substantielle Verkalkungen mit insbesondere hochgradigen breiten gelenkseitigen Partialrupturen der Supraspinatussehne und des kranialen Drittels der Infraspinatussehne fest. Zudem bestünden kleine Zysten im Tuberculum minus et majus und im dorsalen Caput humeri, ein geringgradiges diffuses Knochenmarksödem und eine irreguläre Corticalis des Tuberculum majus. Der Gelenkknorpel zeige gering- bis fokal mässiggradige Unregelmässigkeiten gelenkseitig betont

(Urk. 9/26). 3.3

Im März 2023 notierte Dr. A.____ eine völlig freie Schulterbeweglichkeit links, ohne Impingement. Nach initialer Besserung im Nachgang der Infiltration habe der Beschwerdeführer im April 2023 wieder Schmerzen beklagt, nunmehr ventral. Die Schulterbeweglichkeit sei absolut frei, sowohl aktiv wie passiv. Es zeige sich weder ein Schulterimpingement noch eine Schwäche der Rotatorenmanschette, jedoch bestünden Schmerzen über dem Sulcus bicipitalis links mit positivem Palm up Test und schwach

positive m O'Brien Test. Sonographisch zeige sich ein un auffälliges AC-Gelenk, eine intakte Bizepssehne mit jedoch deutlich verdicktem Dach des Sulcus bicipitalis und auch etwas Mehrdurchblutung im Power-Doppler sowie die bekannte Oberflächenläsion am Supraspinatus und Infraspinatus. Mit hin sei es aktuell z u einer Reizung der langen Bizepssehne im Sulcus bicipitalis gekommen , woraufhin

Dr. A.____ eine orale und lokale Analgesie

verordnete . Anlässlich der Nachkontrolle Ende April 2023 habe der Beschwerdeführer dorsale und laterale Restbeschwerden bei der forcierten Abduktion berichtet. Klinisch habe sich kein eigentlicher Impingementschmerz mehr gezeigt, jedoch bestünden Schmerzen beim Jobe-Test und auch bei der forcierten Aussenrotation gegen Widerstand; weniger Schmerzen bestünden bei der Innenrotation. Nunmehr schmerzfrei sei der Bereich über dem Sulcus bicipitalis. Sonographisch ergebe sich der Verdacht auf eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne sowie Partialruptur der Infraspinatussehne. Es stelle sich damit die Frage, ob sich aus der Partiaalläsion eine transmurale Ruptur entwickelt habe (Urk. 9/29 /3 f.). 3.4

Dem Bericht der daraufhin von Dr. A.____ veranlassten

Arthro- MR T der linken Schulter vom 2 8. April 2023 ist folgende Beurteilung zu entnehmen: Progremente, aktuell transmurale Ruptur der Supraspinatussehne am Footprint mit Beteiligung des Vorderrandes der Infraspinatussehne sowie diskreter Retraktion der Supra spinatussehne; keine releva n te Atrophie oder Mehr verfettung der Rotatorenmanschette; keine wesentliche Degeneration glenohumeral; leichte Degeneration des AC-Gelenks, ohne eindeutigen Reiz zustand (Urk. 9/27). 3.5

Dr. B.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 4. Juli 2023 fest, der Unfall hab e nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt. Die Schulterkontusion sei sechs Wochen nach dem Unfall aus geheilt. Die initiale Partiaalläsion habe sich im weiteren Verlauf zu einer trans muralen Läsion erweitert mit jedoch voller Erholung der Beweglichkeit gemäss den Verlaufsberichten von Dr. A.____ . Dies sei mit einer unfallkausalen Schädigung nicht vereinbar. Zudem sei der erste Arztbesuch erst zwei Wochen nach dem Unfallereignis erfolgt. Eine Arbeitsunfähigkeit habe sich nicht ergeben . Die Läsion liege im crescent-Bereich der Supraspinatussehne, der bekannt sei für eine schlechte Durchblutung mit entsprechender Degeneration und Spontanläsion wie im vorliegenden Fall (Urk. 9/36). 3.

E. 4

auf (Urk. 3/6). Mit Beschwerdeantwort vom 1 5. Juli 2024 schloss die Beschwerdegegnerin unter Beilage der kreisärzt lichen Beurteilung von Dr. B.____ vom 1 2. Juli 2024 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7, Urk. 8) , welche Eingaben dem Beschwerdeführer mit Ver fügung vom 1 6. Juli bzw. 3 1. Juli 2024 zugestellt wurden In seiner S tellung n ahme vom 1 2. September 2024 hielt der Beschwerdeführer an seinen beschwerdeweisen Anträgen fest (Urk. 15) und gab unter anderem die Stellung nahme von Dr. C.____ vom 3. September 2024 zu den Akten (Urk. 16/1) . Je eine Kopie dieser Eingaben wurde n der Beschwerdegegnerin zur Kenntnis nahme zugestellt (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stellte im angefochtenen Entscheid auf die Beurteilung von Dr. B.____ ab, welche r zum Schluss kam, es sei anlässlich des Unfalls vom 29. Oktober 2022 nicht überwiegend wahrscheinlich zu einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur, sondern blossen Kontusion der linken Schulter ohne strukturelle Schädigung gekommen. Dr.

C.____ hingegen postuliert eine traumatische Ruptur der Supraspinatussehne. Dabei kommt der ebenfalls umstrittenen Frage, ob initial eine partielle oder bereits transmurale Ruptur vor gelegen hat, keine

Entscheidrelevanz zu, wie nachfolgend zu zeigen sein wird. Die erste bildgebende Untersuchung der linken Schulter erfolgte am 19. Januar 2023, mithin fast drei Monate nach dem Unfallereignis. Dass sich darin kaum Zeichen einer akuten traumatischen Läsion darstellten, ist unter Drs. C.____ und B.____

unbestritten. Soweit sich ein geringgradiges Knochenmarködem gezeigt hat, welches laut Dr. B.____ nicht im Bereich der fraglichen Ruptur lag, gemäss Dr. C.____ hingegen sehr wohl, führte letzterer gleichzeitig aus, das Kriterium des Ödems im Knochen sei nicht beweisbildend für eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur (Urk. 3/6/2).

Wenn überhaupt – so Dr. C.____ weiter

-, könne eine Biopsie der Sehne in den ersten drei Monaten nach Trauma aussagekräftig sein (Urk. 3/6/4). Andernorts führte der selbe aus, beweisbildend könnten auch in den ersten Wochen nach dem Unfall sichtbare [Faser-]Reste [am Tuberculum majus] sein. Vorliegend liegt weder das eine noch

das andere vor.

Kommt hinzu, dass dem Bericht der Erstkonsultation von Dr. Z.____ bis auf eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit keine Befunde

(auch keine Klage über unmittelbar eingetretener

Parese oder Paralyse) und damit auch keine typischen Traumazeichen (etwa äusserlich wahrnehmbare

Ödeme, Hautläsionen)

zu entnehmen sind, welche auf einen heftigen Sturz im Sinne eines im Hinblick auf eine allfällige Rotatorenmaschettenruptur adäquaten Traumas hinweisen würden (Urk. 9/17/1). Hervorzuheben ist auch, dass sich der Beschwerdeführer erst am 10.

November 2022, mithin fast zwei Wochen nach dem Unfall erstmals – bei einem Chiropraktiker – medizinisch untersuchen liess. In Abwesenheit entsprechender zum Unfall zeitnaher bildgebender, klinischer und/oder histologischer Befunde

kann eine traumatische Genese der – wie auch immer gearteten – Ruptur der Supraspinatus und Infraspinatussehne jedenfalls nicht als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt gelten und tragen die Parteien in sofern eine Beweislast, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 144 V 427 E. 3.2 mit Hinweis, 115 V 133 E. 8a). Daran ändern auch die

dogmatisch-akademischen

Ausführungen

von Dres. C.____ und B.____ , womit sie

- teilweise auf Nebenschauplätzen – ihre Argumente gegenseitig für ungültig erklären, nichts. Dabei fällt immerhin auf, dass Dr.

C.____ den

durchaus einleuchtenden Ausführungen von Dr. B.____ , wonach die gut erhaltene Supraspinatusmuskulatur kein en Hinweis auf eine traumatische Genese darstellt , sondern auf das intakt gebliebene Rotatorenkabel der Supraspinatussehne zurückzuführen

sei und dass bei einem «isolierten Loch» im Halbmondbereich des Rotatorenansatzes bei intakte m Kabelsystem eine zug bedingte Kraft auszuschliessen und von einer Texturstörung auszugehen sei (Urk.

9/89 /6),

nichts entgegenhält. Der Vollständigkeit halber anzumerken ist auch , dass die UV170570 Post hoc ergo propter hoc 12.2023 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 ist und zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen vermag (BGE 119 V 335 E. 2b/bb, vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_244/2023 vom 19. Oktober 2023 E. 5.1 mit Hinweisen).

Schliesslich berichteten die behandelnden Fachärzte unisono im Verlauf regrediente Schmerzen und Bewegungseinschränkungen; Dr. C.____ hielt am 13. Juni 2023 fest, die starken Schmerzen mit Bewegungseinschränkungen hätten sich schnell gebessert. Der Beschwerdeführer könne seine Schulter frei bewegen und sei im Alltag wenig eingeschränkt (Urk. 9/80).

E. 4.2

Zusammenfassend ist bei der vorliegenden Aktenlage

eine traumatische Genese der bildgebend dargestellten Ruptur der Supraspinatus- und Infraspinatussehne jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt und von einer Kontusion der linken Schulter auszugehen, welche nach

maximal sechs Wochen ausgeheilt war (vgl.

Reintegrationsleitfaden Unfall [Release 2010, Ziff. 5a], welcher - für schwere Schulterkontusionen - eine Behandlungsbedürftigkeit von maximal sechs Wochen vorsieht) ; für die darüber hinaus fortbestehenden Beschwerden ist eine Unfallkausalität nicht hinreichend erstellt. Mithin ist nicht zu beanstanden , wenn die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen per 21. Juni 2023 ein gestellt hat . Bei diesem Beweisergebnis erübrigen sich auch weitere Abklärungen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361

E. 6.5 S. 368 f., 136 I 229 E. 5.3 S. 236) .

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
HurstHediger

E. 6

Dr. C.____ untersuchte den Beschwerdeführer am 8. Juni 2023. Im Konsiliarbericht vom 13. Juni 2023 hielt

er eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne mit Bizepsstendinopathie und Buritis subacromialis der linken Schulter fest. Der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall absolut beschwerdefrei gewesen. Nach dem Unfall hätten die Schmerzen stark zugenommen mit Bewegungseinschränkungen, welche sich jedoch schnell wieder gebessert hätten. Er könne die Schulter zwar frei bewegen, habe jedoch vor allem in der Abduktionsebene Schmerzen. Im Alltag sei der Beschwerdeführer wenig eingeschränkt, vor allem beim Sport verspüre er jedoch ein Ziehen. Die bisher durchgeführte Physiotherapie und Infiltration hätten nicht zur gewünschten Kraftverbesserung geführt. Inspektorisch bestehe eine leichte Atrophie der Supraspinatussehne. Klinisch zeige sich keine Radikulopathie. Die Beweglichkeit sei identisch zur Gegenseite bis auf die Innenrotation (Flexion und Abduktion 150° bzw. 180°, Aussenrotation 50°, Innenrotation bis L4 Gegenseite L1). MR-Tomographisch habe sich am 8. Juni 2023 eine Komplettruptur des Supraspinatus gezeigt. Die Muskulatur sei noch gut, ohne Atrophie, und es zeige sich höchstens eine Verfettung Grad I des Supraspinatus und Infraspinatus. Eine baldige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette wäre sinnvoll. Insbesondere traumatische Rupturen würden innerhalb eines Jahres zur irreparablen Verfettung neigen (Urk. 9/80 ; vgl. auch Bericht vom 20. Juni 2023, Urk. 9/81). 3.7

Am 14. Juli 2023 führte Dr. C.____

eine arthroskopische Bizepsstenotomie und Rotatorenmanschettenrekonstruktion (Supraspinatus, Infraspinatus) mit mini-offener suprapektoraler Bizepsstenodese rechts [recte: links] durch; intraoperativ diagnostizierte er eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne und der Infraspinatussehne am Oberrand links. Zudem notierte er physiologische Knorpelverhältnisse am Humerus und Glenoid. Das Labrum sei bis auf eine SLAP-I-Läsion zirkumferentiell intakt, das Pulley auf der Seite des Supraspinatus rupturiert und die Bizepssehne subluxiert (vgl. Operationsbericht, Urk. 9/62 ; vgl. auch Austrittsbericht vom 17. Juli 2023, Urk. 9/83). 3.

E. 8

In der ein sprache weise eingereichten S tellungnahme vom 1. September 2023 führte Dr. C.____ aus, die Läsion sei überwiegend wahrscheinlich unfall kausal. Einerseits habe der Beschwerd e führer eine n Mou n tain-Bike-Sturz erlitten. Andererseits habe Dr.

A.____ – entgegen Dr.

B.____ , welche r behaupte, der Beschwerdeführer habe keine «Funtio laesa» entwickelt - am 1. Februar 2023 Schmerzen und eine Pseudoparalyse festgehalten. Das passe gut zur Entwicklung einer grossen Ruptur der Rotatorenmanschette. Bei postero-superioren Rotatorenmanschettenrupturen erhole sich die Beweglichkeit gut. Das Argument von Dr. B.____ , wonach keine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, sei auch nicht stichhaltig ; bei administrativ tätigen Menschen resultiere nicht automatisch eine Arbeitsunfähigkeit. Alsdann sei in den MR T -Bildern vom Januar 2023 und April 2023 klar eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne zu sehen. Es handle sich nicht um eine Partialruptur, wie von Dr. B.____ behauptet. Die rupturierte Sehne habe intraoperativ eine hervorragende Muskelqualität ohne A trophyie gezeigt , was auch gegen ein vorbestehendes Problem spreche. Zudem seien keine degenerativen Veränderungen am Knochen (Zysten) oder im glenohumeralen Gelenk zu sehen. Hinweise auf vorbestehende Pathologien, etwa in Form einer erhöhten Critical Shoulder angle oder vorbestehende transmurale n oder partielle n Rupturen , bestünden auch nicht. Schliesslich sei der Beschwerdeführer sehr sport lich. Eine vorbestehend derart grosse Ruptur wäre sicherlich symptomatisch gewesen. Vorliegend seien daher alles ereigniskausale Läsion en (Urk. 9/61). 3.

E. 9

Dazu nahm Dr. B.____ am

2. Mai 2024 wie folgt Stellung: D er Beschwerdeführer sei am 29. Oktober 2022 im Wald vom Fahrrad auf die linke Schulter gestürzt. Der erste Arztbesuch sei erst zwei Wochen später erfolgt. I n der MR T vom 19. Januar 2023 habe sich eine artikulareseitige Partiaalläsion der Supraspinatus sehne sowie des oberen Drittels der Infraspinatussehne gezeigt, wobei der Infraspinatusmuskel bereits eine erstgradige Verfettung aufgewiesen habe. Die Weichteile hätten sich unauffällig abgebildet. Hinweise auf eine heftige Prellung, welche geeignet gewesen wäre, eine Läsion der Rotatorenmanschette herbeizu führen und auch 11 Wochen nach dem Unfall nachweisbar gewesen wäre, fehlten gänzlich. Es hätten sich ein geringgradiges Knochenmarködem und eine irreguläre Corticalis am Tuberculum majus gezeigt. Diese Veränderungen seien aber nicht dort lokalisiert, wo die Sehne vom Knochen abgelöst worden sei. Mit hin könne dieses Ödem nicht durch das Abreissen der Sehne zustande

gekommen sein. Die teilabgelöste Sehne bilde sich verdickt und «verplumpt» ab, was deutlich darauf hinweise, dass diese Läsion schon seit einiger Z eit bestanden habe; eine frische, traumatische Läsion hätte eine Ausfransung der Sehnenenden wie bei einem zerrissenen Seil zur Folge. Zudem müsste die ZerreiSSung der Sehne in der Sehne selbst liegen und hätte nicht, wie i n der MR T abgebildet, eine direkte Ab lösung am Knochen hinterlassen. Alsdann bef ä nden sich in unmittelbarer Nachbarschaft am abgelösten Sehnteil kleine subkortikale Zystchen im Tuberculum majus, im dorsalen Humeruskopf und im Tuberculum minus; Veränderungen, welche auf eine vorbestehende Schädigung im Bereich des Sehnenansatzes der Rotatorenmanschette hinweisen würden . Der beurteilende

Radiologe habe zudem eine geringe bis mässiggradige Omarthrose festgehalten. Somit könne bereits aus der Bildgebung darauf geschlossen werden, dass kein adäquates Trauma erfolgt sei. Alsdann habe Dr.

A. ___ bereits am 9. März 2023 eine völlig freie Schultergelenksbeweglichkeit dokumentiert; am 6. April 2023 habe er eine absolut freie Schultergelenksbeweglichkeit ohne Schwäche bei der Prüfung der Rotatorenmanschette festgehalten. Dies lasse sich nicht mit einer traumatischen Läsion der Rotatorenmanschette vereinbaren. So führe letztere zu einer Pseudoparalyse (aktive vordere Elevation nicht möglich). Gestützt auf die – näher bezeichnete – medizinische Fachliteratur lasse eine freie aktive Beweglichkeit zeitnah zum Unfall eine traumatische Genese kaum zu. Zudem könne der Kraftverlust im Gegensatz zu einer degenerativen Schädigung in der Regel nicht vollständig kompensiert werden. Somit würden auch die klinischen Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegen eine traumatische Genese der Rotatorenmanschette sprechen. Alsdann habe die MRT vom 28. April 2023 eine Progression der partiellen zu einer transmuralen Läsion der Supraspinatussehne am Footprint gezeigt mit Beteiligung des Vorderrandes der Infraspinatussehne. Das heisse, dass sich der noch stehende artikulare Rest der Sehne nun voll ständig vom Knochen abgelöst habe, was einem typischen Verlauf einer progressiven Degeneration entspreche. Dr. C. ___ habe intraoperativ am 14.

Juli 2023 eine SLAP - I-Läsion der Bizepssehne mit Bizepstenomie und Bursitis subacromialis links diagnostiziert. Eine SLAP - I-Läsion der Bizepssehne sei definitionsgemäss degenerativen Ursprungs. Die Knorpelbeschaffenheit vom Humeruskopf und Glenoid habe Dr. C. ___ als physiologisch beschrieben, obwohl sich in der MRT eine beginnende mässige Omarthrose gezeigt habe. Die intraoperativen Bilder hätten einen nackten Footprint am Tuberculum majus gezeigt, dort wo sich die Sehne abgelöst habe. Wie bereits ausgeführt müssten bei einer traumatischen Sehnenläsion Reste der Sehne am Tuberculum majus zurück geblieben sein. Die Bilder zeigten zudem einen halbmondförmigen Defekt in der Supraspinatussehne mit einer plumpen und abgerundeten Begrenzung, wie bereits von der ersten MRT vorbekannt, was degenerative Veränderungen bestätige. Da die Operation neun Monate nach dem Ereignis durchgeführt worden sei, hätten sich dabei naturgemäss keine akuten Zeichen einer traumatischen Läsion, etwa ein blutiger Erguss oder blutig tingierte Sehnenenden, gezeigt. So weit Dr.

C. ___ vorbringe, er (Dr. B. ___) habe behauptet, es habe keine Pseudoparalyse gegeben und es habe sich die Beweglichkeit voll erholt, so ergebe sich dies aus den Berichten von Dr. A. ___ vom 9. März und 6. April 2023. Alsdann habe Dr. C. ___ anlässlich seiner Erstuntersuchung vom 8. Juni 2023 selbst keine Pseudoparalyse dokumentiert, sondern eine Beweglichkeit identisch zur Gegenseite mit einer Flexions- und Abduktionsfähigkeit von 150° bzw. 180°, einer Aussenrotation von 50° und Innenrotation bis L4 (Gegenseite L1). Dem gegenüber handle es sich bei einer Pseudoparalyse um die Unfähigkeit, den Arm in der Skapulaebene auf mehr als 45° zu heben. Eine derart schlechte Beweglichkeit sei nicht einmal von Dr. A. ___ am 1. Februar 2023 festgehalten worden. Vielmehr habe er damals eine aktive Abduktion und Flexion bis 70° beobachtet. Damit habe nie eine Pseudoparalyse vorzulegen, welche pathologisch für eine traumatische Läsion der Rotatorenmanschette gewesen wäre. Die Ausführungen von Dr. A. ___ , wonach sich die Beweglichkeit von postero-superioren Rotatorenmanschetten-Rupturen sehr gut erholen würden, würden der Ansicht der E. ___ deutlich wider sprechen. Im Gegensatz zu traumatischen Läsionen,

welche akut auftreten würden und somit zu einem Funktionsausfall führten, entwickle sich eine degenerative Läsion über die Jahre. Dadurch würden sich adaptive Vorgänge entwickeln, welche die Bewegungseinschränkung kompensieren könnten. Es sei Dr. C.____ immerhin insoweit zuzustimmen, als dass eine Schulterkontusion bei einer administrativ tätigen Person nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit führen müsse. Demgegenüber widerspreche Dr. C.____ der radiologischen Diagnostik, wenn er vorbringe, in der ersten MRT vom 19. Januar 2023 habe sich klar eine transmurale Läsion der Supraspinatussehne, eine einwandfreie Muskelqualität ohne Atrophie und keine degenerativen Veränderungen im glenohumeralen Gelenk ergeben. Vielmehr habe der Radiologe damals eine partielle Läsion der Supraspinatussehne, eine geringgradige fettige Atrophie des Musculus infraspinatus (Goutallier Grad I) und eine geringe bis mässige Omarthrose (Arthrose im Glenohumeralgelenk) beschrieben; diese Befunde könne er (Dr. B.____) beim Studieren der MRT-Bilder ohne weiteres nachvollziehen. Mit Hinweis könne Dr. C.____ auch nicht gefolgt werden, wenn er ausführe, es fehle nicht eine Verfettung der Muskulatur oder Zysten im Tuberculum majus als Hinweise auf eine vorbestehende Pathologie. So hätten die bildgebenden Befunde vom 19. Januar 2023 und 28. April 2023 den natürlichen Verlauf einer degenerativen Partiaalläsion gezeigt, welche in eine transmurale übergegangen sei. Die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer Progression von einer partiellen zu einer transmuralen Läsion komme, werde gestützt auf die – näher bezeichnete – Fachliteratur mit 10-15% angegeben. Die beginnende Degeneration zeige sich am Ursprung der Läsion, also an der knochenahnen Ablösung vom Tuberculum majus (ohne Restfasern), einer Zone, die auch Crescent-Bereich der Supraspinatussehne genannt werde und bekannt sei für eine schlechte Vaskularisation. Dies erkläre, weshalb ab dieser Stelle Degenerationen zumeist ihren Ursprung hätten; ohne Blut, kein Leben. Dass es trotz der ausgedehnten Partiaalläsion zu keiner Einschränkung der Beweglichkeit und keinem Kraftverlust gekommen sei, liege einerseits an den oben genannten adaptiven Vorgängen. Andererseits sei das Rotatorenkabel der Supraspinatussehne intakt geblieben. Dies sei auch der Grund dafür, dass die Läsion vor dem Unfall stumm geblieben und es trotz partieller Ablösung der Sehne vom Knochen nicht zu einer Atrophie des Supraspinatusmuskels gekommen sei.

Gestützt auf die – näher bezeichnete – Fachliteratur müsse ein Rotatorenkabelriss nachweisbar sein, wenn eine Ruptur der Supraspinatussehne angenommen werde, zumal nur dann eine zugbedingte Kraft eingewirkt haben könne. Ein «isoliertes Loch» im Halbmondbereich des Rotatorenansatzes «crescent» bei erhaltenem intaktem Kabelsystem – wie vorliegend – sei lediglich Folge der Texturstörung. Zusammenfassend sei nach einem Sturz auf die linke Schulter knapp drei Monate später in der Schulter-MRT vom 19. Januar 2023 eine zuvor wohl asymptomatische, aber ausgedehntere Partiaalläsion der Supraspinatussehne detektiert worden, welche sich im weiteren Verlauf zu einer transmuralen Läsion entwickelt habe. Infolge der Anamnese, Klinik, Bildgebung und intraoperativen Befunde sei – wie dargetan – von einer degenerativen Läsion auszugehen. Somit habe das Unfallereignis zu einer vorübergehenden, nicht aber richtunggebenden Verschlimmerung geführt. Diese sei sechs Wochen nach dem Unfall ausgeheilt gewesen, was sich auch mit dem Reintegrationsleitfaden Unfall (Release 2010, Version 1.0) des Schweizerischen Versicherungsverbandes decke, woraus sich bei einer schweren Kontusion der Schulter – was vorliegend nicht der Fall sei –

bei einer geistigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von drei Wochen ergebe (Urk. 9/86).
3.10

Im beschwerdeweise eingereichten Bericht vom 17. Mai 2024 hielt Dr. C.____ daran fest, dass die MRT vom 19. Januar 2023 eine transmurale Läsion zeige. Zudem sei zu sehen, dass das Kontrastmittel ins subacromiale Gelenk gelangt sei. Dies sei ein Zeichen für eine transmurale Läsion. Das Bild zeige zudem, dass das Ödem sehr wohl im Bereich der Ruptur liege. Hervorzuheben sei auch, dass die MRT rund 2,5 Monate nach dem Ereignis durchgeführt worden sei. Zu diesem Zeitpunkt hätten sich die meisten frischen posttraumatischen Erscheinungen (Ödem, Hämatom) bereits zurückgebildet. Darüber hinaus zeigten neue –

näher bezeichnete - Studien, dass das Kriterium Ödem im Knochen nicht beweisbildend sei für eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur. Entgegen Dr. B.____ zeigten die MRT-Bilder vom 28. April 2023 keine Zysten im Bereich der Ruptur. Leider verwechsle letzterer die sogenannte Bare Area, bei welchem es sich um ein Areal vor dem Ansatz der Infraspinatus handle, welches wie ein Mondkrater aussehe, mit Zysten, welche zudem nicht einmal im Bereich der Ruptur liegen. Alsdann könne die von Dr. B.____ erwähnte Verplumpung nicht als Kriterium für die Pathogenese verwendet werden. Wenn überhaupt, könne eine Biopsie in den ersten drei Monaten nach Trauma aussagekräftig sein. Entgegen Dr. B.____ würden sich in den MRT-Bildern vom 19. Januar und 28. April 2023 keine Arthrosen zeigen. Dies ergebe sich auch aus dem Befundbericht des beurteilenden Radiologen, einem spezialisierten muskulo-skelettalen Radiologen. Im Übrigen gelte die Arthroskopie, woraus sich als degeneratives Zeichen lediglich eine SLAP - I - Läsion, aber keine Arthrose ergeben habe, in der Befundung des Knorpels und der Pathologie der Rotatorenmanschette als Goldstandard. Diese Tatsache ignoriere Dr. B.____. Er habe die intraoperativen Bilder offenbar eingesehen, könne eine Arthrose von einem physiologischen Knorpel aber nicht unterscheiden. Alsdann missachte Dr. B.____

die aktuelle – näher bezeichnete - Literatur, wonach eine schmerzbedingte Pseudoparalyse unmittelbar nach einer traumatischen Ruptur eintrete. Eine persistierende Pseudoparalyse sei ein pathognomonisches Zeichen einer chronischen, irreparablen Ruptur. Bei chronischen Rupturen erhole sich die Pseudoparalyse nicht, bei traumatischen schon. Deshalb habe sich die Pseudoparalyse vorliegend in der Untersuchung durch Dr. A.____ erholt. Dr. B.____

verwechsle eine chronische mit einer akuten Pseudoparalyse. Ferner schreite eine Progression sehr langsam voran. Es müsse unterschieden werden zwischen einer Progression und einer Retraktion. Nach einer traumatischen Ruptur könne es bis zu 12 Monaten gehen, bis sich der Stumpf bis zum Glenoid zurückziehe. Hier spreche man von einer Retraktion. Eine Retraktion, wie beim Beschwerdeführer, sei absolut möglich im Rahmen der erfolgten transmuralen Ruptur, die auch in der MRT vom Januar 2023 zu sehen sei. Eine sogenannte Progression, also der Übergang einer partiellen in eine transmurale Ruptur, zeige sich gestützt auf die – näher bezeichnete – Literatur innert 35-46 Monaten. Eine Progression innert drei Monaten sei hingegen nicht möglich. Mithin könne auch in diesem Punkt der Argumentation von Dr.

B.____ nicht gefolgt werden. Schliesslich zeige sich bildgebend auch weder eine Atrophie noch eine fettige Degeneration. Bei der Prävalenz der Rupturen müsse zwischen Partialrupturen und transmuralen Rupturen unterschieden werden. Gemäss der – näher bezeichneten – Literatur liege die Inzidenz von Partialrupturen bei bis zu 38 % beschrieben; jene von transmuralen Rupturen bei 15-20 % . Der Beschwerdeführer habe eine transmurale Ruptur erlitten. Der Behauptung von Dr.

B.____, wonach hierfür eine Inzidenz von 47 % liege, könne nicht gefolgt werden. Entgegen Dr. B.____ gehe eine Ruptur des Supraspinatus und Infraspinatus auch nicht immer mit einem Verlust der Flexion, Abduktion und Aussenrotation einher. Bei intaktem Subscapularis könne die Flexion problemlos durchgeführt werden. Zusammenfassen d könne der Argumentation von Dr. B.____ nicht gefolgt werden und sei vorliegend von einer traumatischen Ruptur auszugehen (Urk. 3/6). 3.11

Auf Vorhalt dieser Ausführungen nahm Dr. B.____ am 10. Juli 2024 erneut zur Sache Stellung. Er habe mittels verschiedene r «Mosaiksteine», welche er zu einem Ganzen zusammengefügt habe, dargelegt, weshalb der Unfall nicht mit über wiegender Wahrscheinlich eine strukturelle Schädigung der Schulter verursacht habe. Dabei komme nicht jedem Mosaikstein das gleiche Gewicht zu. Gemäss der – näher bezeichnete n – Fachliteratur sei unbestritten, dass die meiste n Läsionen der Rotatorenmanschette auf der Grundlage degenerative r Veränderungen ent stünden. Entscheidend sei, ob eine richtunggebende Verschlechterung bewiesen werden könne. Vorliegend zeige die MR T vom 19.

Januar 2023 eine articular seitige Partialläsion der Supraspinatussehne. Diesen Befund habe er vom damals beurteilenden Radiologen übernommen und könne er nach eigener Einsicht nahme in das Bildmaterial auch bestätigen. Ob eine Partialläsion oder trans murale Läsion vorgelegen habe, trage auch wenig zur Entscheidung bei, ob von eine r degenerative n oder traumatische n Genese auszugehen sei. Entscheidend sei viel

eher, ob Zeichen einer akuten Läsion im Sinne einer richtunggebenden Verschlimmerung vorhanden seien. Dies sei nicht der Fall. Ausserdem halte er (Dr. B.____) daran fest, dass die Bildgebung vom 19. Januar 2023 kein Ödem im Bereich des Tuberculum majus darstelle. Es sei auch nicht klar, weshalb Dr.

C.____ auf dieses Ödem hinweise, wenn er doch gleichzeitig ausführe, 2.5 Monate nach dem Unfall hätten sich die meisten frischen posttraumatischen Erscheinungen bereits zurück gebildet. Zudem habe er selbst auf eine Studie hin gewiesen, welche besage, dass das Kriterium des Ödems im Knochen nicht beweisbildend sei für eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur. Soweit Dr.

C.____ unter Hinweis auf die – näher bezeichnete - Fachliteratur weiter ausführe, dass die Form und Grösse der Rotatorenmanschettenruptur nicht als Kriterium für die Pathogenese verwendet werden könne, so lasse sich dies mit der von ihm zitierten Literatur nicht bestätigen. Mithin könne die Tatsache, dass sich die Läsion in der MR T vom 19.

Januar 2023 am abgelösten Sehnenende aus geprägt entrundet respektive verplumpt darstelle, durch die zitierte Literatur nicht entkräftet werden. Eine solche, eindruckliche Veränderung des freien Sehnenendes (eine Zerreissung einer Sehne sehe auch wie ein zerrissenes Seil) könne nicht binnen 11 Wochen (Delay zwischen Unfall und MR T) verschwinden und zu einem stark verplumpten Sehnenrand führen. Ferner habe er (Dr. B.____) die Zystchen dem MR T -Befund vom 19. Januar 2023 entnommen und dabei ergänzt, dass in unmittelbarer Nachbarschaft zum abgelösten Sehnenteil kleine subkortikale Zystchen liegen würden. Er habe also nicht gesagt, dass sich Zystchen im Bereich der Sehnenläsion, sondern in unmittelbarer Nachbarschaft dazu befinden würden. Entgegen Dr. C.____ liege keine Verwechslung der Zystchen mit der Bare Area vor. In der Literatur sei umstritten, ob die subchondralen Zysten des tuberculum majus ein Prädiktor für eine chronische Rotatorenmanschettenläsion darstelle oder nicht. Mithin komme diesen bei der

Entscheidung, ob der Läsion eine Degeneration oder ein Trauma zugrundeliege, wenig Bedeutung zu. Immerhin würden sie einen Hinweis liefern für eine Degeneration im Gelenk. Dass eine Omarthrose vorliege, habe er (Dr. B.____) dem Befundbericht des Radiologen entnommen. Dieser habe eine geringe bis mässiggradige Omarthrose festgehalten. Die intraoperativen Befunde von Dr. C.____, worin dieser die Knorpelbeschaffenheit des Humeruskopfes und Glenoids als physiologisch bezeichnet habe, habe er (Dr. B.____)

lediglich zitiert und nicht bewertet. Der Vorwurf von Dr. C.____, wonach er (Dr. B.____) zwischen einer Arthrose und einem physiologischen Knorpel nicht unterscheiden könne, sei damit ziemlich aus der Luft gegriffen. Die Arthroskopie sei in der Tat der Goldstandard zur Knorpelbeurteilung und der Radiologe könne sich getäuscht haben. Ob eine Omarthrose vorzulegen habe, sei für sich allein nicht ausschlaggebend. So spreche nicht die Omarthrose für sich allein, sondern die gesamte Bildgebung gegen eine traumatische Läsion. Alsdann werde in der Literatur nicht klar definiert, wo eine akute Pseudoparalyse aufhöre und wo eine chronische beginne. Wie bereits ausgeführt, lasse

eine aktive freie Beweglichkeit zeitnah zum Unfall kaum eine traumatische Genese zu und der Kraftverlust könne im Gegensatz zu einer degenerativen Schädigung in der Regel nicht vollständig kompensiert werden. Letzteres sei hier aber klar der Fall gewesen. Die Pseudoparalyse habe sich vorliegend verbessert, nachdem Dr. A.____ subakromial infiltriert habe. Im Übrigen habe Dr.

C.____ nicht erwähnt, dass eine chronische irreparable Läsion sowohl degenerativ als auch traumatisch bedingt sein könne. Entgegen Dr. C.____ sei von einer Progression auszugehen. Da die Partialruptur bereits in der MRT vom 19. Januar 2023 als hochgradig interpretiert worden sei, sei es denn auch nicht erstaunlich, dass sich daraus bereits ein paar Monate später eine transmurale Ruptur entwickelt habe. Die Literaturangabe von Dr. C.____, wonach für diesen Vorgang eine Zeitspanne von 35-46 Monaten angegeben werde, sei nicht auffindbar. Die einzigen bedeutsamen Kriterien für eine traumatische Genese seien ein auf dem Tuberculum majus verbliebener Sehnenstumpf, ein Hämarthros und blutige, ausgefranste Ränder der Sehne. Ein Sehnenstumpf am Tuberculum majus könne weder in der MRT noch auf den intraoperativen Bildern gesehen werden. Dies sei ein gewichtiges Argument für eine Degeneration. Da die Operation neun Monate nach dem Unfall erfolgt sei, hätten andere akute Zeichen einer traumatischen Läsion wie ein blutiger Erguss oder blutig tingierte Sehnenenden nicht mehr dokumentiert werden können. Eine Prävalenz von transmuralen Rupturen in Höhe von 47% habe er (Dr. B.____) nirgends behauptet. Vielmehr habe er eine Prävalenz von asymptomatischen Läsionen im Alter des Beschwerdeführers von 5.7-45% angegeben. Dies gestützt auf die aktuellen Zahlen der F.____ (Oktober 2022). Die Prävalenz bilde einen kleinen Mosaikstein zur Untermauerung einer Degeneration. Schliesslich habe Dr. C.____ gemäss Operationsbericht sowohl die Supraspinatussehne als auch die Infraspinatussehne genäht. Somit liege definitionsgemäss eine posterosuperiore Läsion vor, die gemäss E.____-Zitat mit einem nicht erholbaren Verlust der Flexion, Abduktion und Aussenrotation einhergehe. Beweglichkeit und Kraft hätten sich beim Beschwerdeführer jedoch nachweislich ad integrum erholt. Dies sei mit einer akuten posterosuperioren Läsion gemäss den Schulter spezialisten der E.____ nicht vereinbar. Dabei handle es sich um einen grösseren Mosaikstein, welcher die Degeneration bestätigte. Es brauche denn auch sehr viel Aufmerksamkeit, der Argumentation der E.____ nicht zu folgen. Nach dem Gesagten habe Dr.

C.____ eine traumatische Läsion nicht schlüssig begründet (Urk. 8). 3.12

Zu den Ausführungen von Dr. B.____ nahm Dr. C.____ auf Veranlassung des Beschwerdeführers am 3. September 2024 abermals Stellung. Dabei bestätigte er erneut , dass sich am 19. Januar 2023 eine transmurale Läsion und ein Ödem im Bereich des Tuberculum majus abgebildet habe und sich aus der Form der Rotatorenmanschettenruptur («plu mp») nicht auf die Ereigniskausalität schliessen lasse. Im Bereich der Ruptur befänden sich keine Zysten, weshalb deren Vorhandensein nicht als Kriterium zur Begründung einer Degeneration herangezogen werden könne. Dass Dr. B.____ die Arthrose des glenohumeralen Gelenks bei reparabler Rotatorenmanschettenruptur als mögliches «Mosaikstein» verwende, könne nicht nachvollzogen werden. Dr. B.____

habe seinerseits nicht die richtigen resp. veraltete Studien zitiert. Das Hauptargument von Dr. B.____ , wonach keine Restfasern am Tuberculum majus sichtbar seien , könne problemlos mit einer Abbildung der – näher bezeichneten – Fachliteratur entkräftet werden. Darauf sei erkennbar, dass sechs Monate nach einer Partialruptur keine Restfasern mehr zu sehen seien. Die MRT sei 2.5 Monate und die Operation 9 Monate

nach dem Unfall durchgeführt worden. Dass nach drei Monaten immer noch Fasern am Tuberculum majus vorzufinden seien, sei in der Literatur nirgends belegt. Beweisbildend für eine Degeneration seien in den ersten Wochen nach dem Unfall sichtbare Reste oder eine histologische Untersuchung der Sehne . Ferner missachte Dr. B.____ die klaren Definitionen der Pseudoparalyse und Pseudoparese. Dass sich eine Pseudoparalyse bei einer reparablen Rotatorenmanschettenruptur nicht erholen könne, sei medizinisch nicht haltbar. Soweit der beurteilende Radiologe die in der Bildgebung vom 19. Januar 2023 klar sichtbare transmurale Ruptur ignoriert habe, sei dies nicht akzeptabel. Ferner solle Dr. B.____ bitte die Literatur zitieren, wonach die Supraspinatusatrophie in der MRT klar mit der klinischen korreliere. Sie existiere leider nicht. Eine Schonung der Schulter werde nicht nur Folgen für die Rotatorenmanschette, sondern auch die skapulothorakale Muskulatur haben, weshalb der Patient eine Skapuladyskinesie entwickle. Dass der Trapezius auch atrophieren könne, entgehe Dr. B.____ offenbar.

Entgegen Dr. B.____ betrage die Prävalenz von degenerativen Rupturen der Rotatorenmanschette in der Altersklasse des Beschwerdeführers gestützt auf die Expertenmeinung der G.____ weniger als 10 % . Bei der von Dr. B.____ zitierten E.____ handle es sich um eine Gesellschaft für Arthroskopie aller Gelenke; die H.____ wäre viel aussagekräftiger. Zudem gehe eine postero-superiore Rotatorenmanschettenruptur nicht mit einem Verlust der Flexion einher, wenn der Subscapularis noch intakt sei. Dies hätten mehrere Arbeiten gezeigt. Es komme bei einer reparablen Ruptur der Supraspinatus- und Infraspinatussehne zu einem Kraftverlust, aber nicht zu einer kompletten Pseudoparalyse. Das beste klinische Zeichen zur Diagnostizierung einer postero-superioren Rotatorenmanschettenruptur sei ein Aussenrotations-Lag. Ein partieller Lag spreche für eine reparable Ruptur; ein kompletter Lag für eine irreparable Ruptur. Mithin könne Dr. B.____ nicht gefolgt werden, wenn er postuliere , eine Pseudoparalyse heile bei einer posttraumatischen reparablen Ruptur ohne Operation nicht von selbst. Dies treffe auf den Lag zu, nicht aber auf die Pseudoparalyse oder Pseudoparese. Dr. B.____ mache hier grosse Verwechslungen. Er (Dr. C.____) könne die meisten so genannten Mosaiksteine von Dr. B.____ entkräftigen. Damit sei auch gesagt, dass keiner der Argumente von Dr. B.____ eine degenerative Ruptur eindeutig beweise. Zudem habe letzterer die Expertenmeinung der G.____ missachtet und Argumente hervorgebracht, welche er aus der Literatur falsch interpretiert habe oder möglicherweise

nicht im Detail kenne. Schliesslich habe Dr. B.____ das Unfallereignis komplett ausser Acht gelassen. Der Beschwerdeführer sei mit dem Fahrrad gestützt. Dabei handle es sich nicht um ein niederenergetisches Trauma (Urk. 16/1). 4.

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