

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00151

vom 17. Juni 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-06-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2024.00151

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00151 du 17 juin 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00151 del 17 giugno 2025

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, war seit dem 1. Oktober 2011 als Hilfsarbeiter TCN bei der Y.____ AG in Birmenstorf angestellt und damit bei der Suva für Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert, als er am 9. Dezember 2021

auf vereistem Boden beim Öffnen eines Schachtes ausrutschte und sich beim Sturz in den Schacht den linken Fuss verdrehte (vgl. Unfallmeldung vom

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 Abnutzung 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). 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 weg gedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (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 Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich hierbei um eine anspruchaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 150 V 188 E. 4.2, 146 V 51 E. 5.1, je mit Hinweisen). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

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

E. 1.4

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_640/2022 vom 9. August 2023 E. 3.4).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (vgl. BGE 138 V 248 E. 4, 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/ bb mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_640/2022 vom 9. August 2023 E. 4).

E. 1.5

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

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). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungs träger 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 versicherungs internen 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).

E. 2

S. 4 f.).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Ablehnung einer Leistungspflicht hinsichtlich der beklagten beidseitigen Schulterbeschwerden damit, dass die se gestützt auf die beweiskräftige versicherungsinterne Beurteilung durch Prof.

Z. ___ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativ und nicht kausal auf das Ereignis vom 9. Dezember 2021 zurückzuführen seien. Es lägen keine hiervon abweichenden medizinischen Kausalitätsbeurteilungen vor (vgl. Urk.

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt, er leide seit dem Unfallereignis an erheblichen Fuss- und Schulterbeschwerden. Trotz erfolgter Operation habe er weiterhin Beschwerden an der rechten Schulter. Er sei überzeugt, dass die Schulterbeschwerden durch diesen Unfall verursacht worden seien. Vor dem Unfall hätte er keine Beschwerden gehabt und es läge kein anderer plausibler Grund hierfür vor. Es seien ihm deshalb die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen (vgl. Urk. 1 S. 2).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers hinsichtlich der beidseitigen Schulterproblematik zu Recht verneint hat.

E. 3

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte mit Bericht vom 5. April 2022 (Urk. 6/21/2-3) als Diagnose eine Lisfranc-Instabilität der Tarsometatarsalgelenke (TMT) I-III nach Fraktur (Fx) am

9. Dezember 2021 bei

Lisfranc

Fx Os cuboideum und Ruptur des Ligament s cuneiforme TMT I-III (S. 1 Ziff. 5). Der Beschwerdeführer sei vom 13. Dezember 2021 bis 17. April 2022 vollständig arbeitsunfähig. Der Behandlungsabschluss sei voraussichtlich in 16 Wochen (S. 2 Ziff. 8-9). Die Fraktur sei im Spital A.____ verpasst worden. Die Röntgenbilder seien normal gewesen. Erst anlässlich eines am 10. Januar 2022 erfolgten MRI sei die Diagnose ersichtlich gewesen. Seither finde eine spezialärztliche Betreuung im Spital C.____ statt (S. 2 Ziff. 10).

E. 3.1

5

Dr. med. F.____, Facharzt für Rheumatologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Spital C.____, nannte mit Bericht vom 13. Juni 2023 (Urk. 6/185/1-2) folgende Diagnosen (S. 1): - komplexes chronisches Schmerzsyndrom des linken Fußes bei Status nach Arthrodesen TMT I-III am 25. Mai 2022 mit/bei: - Lisfranc-Instabilität TMT I-III nach Lisfranc-Verletzung im Dezember 2021 - weiterhin Zeichen einer unvollständigen ossären Durchbauung, keiner sekundären Dislokation, bekanntem Materialbruch der 3. Schraube von proximal im Os metatarsale I, keinen Lockerungszeichen oder neu abgrenzbarem Materialbruch, vorbestehend zum Teil intraartikulär reichen den Schraubenspitzen (CT linker Fuß, 11. April 2023) - Fussfehlstatik und muskulärer Insuffizienz mit Pronationstendenz im unteren Sprunggelenk (USG), Zeichen der Fasziitis plantaris und myofaszialen Befunden Fuß und linker Unterschenkel (klinisch, 13. Juni 2023) - transmurale Rupturen posterosuperiore

Rotatorenmanschette beidseits, rechts mehr als links, nach Unfall vom 9. Dezember 2021 mit/bei: - traumatisierter AC-Gelenksarthrose beidseits - subacromialem Impingement beidseits, rechts mehr als links - kleinem Lipom Spina scapulae rechts - arterielle Hypertonie

Es könnten Schmerzen im Bereich der angrenzenden Gelenke an die Arthrodesen provoziert werden. Es fänden sich deutliche myofasziale Befunde und eine Metatarsalgie bei Fussfehlstatik beziehungsweise unzureichender muskulärer Stabilisierung. Dem Beschwerdeführer sei Physiotherapie verordnet worden (S. 2). 3. 16

Dem Bericht der Ärzte des Spitals C.____ vom 24. August 2023 (Urk. 6/183/1-2) sind folgende, hier gekürzt aufgeführte Diagnosen zu entnehmen (S. 1): - transmurale Rupturen posterosuperiore

Rotatorenmanschette beidseits, rechts mehr als links, nach Unfall vom 9. Dezember 2021 bei Status nach Schulterarthroskopie rechts am 30. Mai 2023 - komplexes chronisches

Schmerzsyndrom des linken Fusses bei Status nach Arthrodesen TMT I-III am 25. Mai 2022

Es zeigte sich drei Monate postoperativ ein regelrechter klinisch-radiologischer Verlauf. Die Schulterbeweglichkeit habe sich deutlich gebessert. Die Ruhigstellung in der Mittellaschlinge könne beendet werden und es erfolge nun ein schrittweiser Bewegungs- und Kraftaufbau mittels Physiotherapie. Der Beschwerdeführer möchte mit der Versorgung der linken Schulter noch zuwarten. Aktuell sei er weiterhin bis zum 31. Oktober 2023 vollständig arbeitsunfähig (S. 2). 3. 17

Mit Bericht vom 26. Oktober 2023 (Urk. 6/189) bestätigten die Ärzte des Spitals C.____ die bisher gestellten Diagnosen und informierten über die klinische Verlaufskontrolle fünf Monate postoperativ (S. 1). Es habe sich wieder eine leichte Beschwerdeverbesserung im Vergleich zur letzten Kontrolle gezeigt. Insbesondere die Funktionalität sei im Vergleich zu vor der Operation deutlich verbessert. Aktuell stünden für den Beschwerdeführer nun die Fussbeschwerden im Vordergrund. In zwei Monaten erfolge eine klinische Verlaufskontrolle. Bis dahin werde das Arbeitsunfähigkeitszeugnis verlängert (S. 2). 3. 18

Dem Bericht von med. pract. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital C.____, vom 17. November 2023 (Urk. 6/193) ist zu entnehmen, dass sich im durchgeführten SPECT/CT keine Konsolidierung der Arthrodesen TMT I-III zeige. Der Beschwerdeführer beklage Schmerzen unter dem Metatarsale I-Köpfchen. Aufgrund des langen Leidensweges werde eine second

opinion in der Klinik H.____ eingeholt. Bei Nicht-Fusionierung der Arthrodesen müsse gegebenenfalls eine Reoperation erfolgen, wobei der Beschwerdeführer aufgrund der Schulterproblematik jedoch wahrscheinlich nicht vollständig entlastet könne (S.

2). 3. 19

Am 13. Dezember 2023 erfolgte eine versicherungsinterne Beurteilung durch Prof. Dr. med. Z.____, Facharzt für Chirurgie (Urk. 6/195). Dabei nannte er die folgenden, hier gekürzt aufgeführten Diagnosen (S. 13): - Fuss links: nicht durchgeheilte tarsometatarsale Arthrodesen I bis III am 25. Mai 2022 mit/bei: - Lisfranc -Instabilität TMT I bis III nach Lisfranc -Verletzung am 9. Dezember 2021 - in schmerztherapeutischer Behandlung - transmurale Rupturen posterosuperiore

Rotatorenmanschette beidseits, rechts mehr als links, Partialruptur Subscapularis rechts - kleines Lipom Spina scapulae rechts - koronare Eingefässerkrankung, Erstdiagnose (ED) 2016 - hypertensive Herzkrankheit, ED Mai 2023 - arterielle Hypertonie - Diabetes mellitus Typ 2 - Adipositas

Der Beschwerdeführer sei am 21. Dezember 2021 (richtig: 9. Dezember 2021) bei der Arbeit ausgerutscht und mit dem linken Fuss etwa 60 cm nach unten in einen Schacht gefallen, wobei er sich eine Lisfranc -Luxationsfraktur links zugezogen habe. Nach primär konservativer Therapie sei infolge der chronischen

Lisfranc -Instabilität am 25. Mai 2022 eine Lisfranc -Arthrodesen (TMT I - III Arthrodesen) links durchgeführt worden. Der knapp sechs Monate postoperativ von Versicherungsarzt Dr. E.____ festgehaltene fortschreitende knöcherne Durchbau basiere wahrscheinlich auf den konventionellen Röntgenaufnahmen vom 18. August 2022. Das drei Tage zuvor durchgeführte CT zeige allerdings eindeutig eine noch ausgebliebene Heilung der Arthrodesen, womit die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Beschwerden nachvollziehbar und nicht als «läsional üblich» zu bewerten seien. Den Gelenkspalt erkenne man auch in den

neuesten Aufnahmen vom 11. April 2023. Dies bedeute, dass die Arthrorese zu diesem Zeitpunkt nicht knöchern durchgebaut sei. Sowohl der vorbeurteilende Versicherungsmediziner als auch der behandelnde Chirurg würden sich auf das konventionell-radiologische Röntgenbild verlassen, welches eine sichere Beurteilung der Lisfranc-Arthrorese nicht zulasse. Die Behandlung des Fußes könne seines Erachtens nicht abgeschlossen werden und es bedürfe einer erneuten Abklärung mittels CT und einer allfälligen Re-Arthrorese (S. 14 ff.).

Hinsichtlich der Schulterproblematik könne dagegen der durch Dr. E.____ am 1. November 2022 erfolgte versicherungsinterne Beurteilung gefolgt werden. Der Beschwerdeführer habe anlässlich der Erstuntersuchung am Unfalltag keine Schulterbeschwerden beklagt. Der Unfallmechanismus sei ebenfalls untypisch für eine Rotatorenmanschettenläsion. Erstmals am 6. April 2022, mithin fast vier Monate nach dem Unfallereignis, werde bei der Indikation zum ArthroKernspintomogramm der linken Schulter eine Prellung im Rahmen des am 9. Dezember 2021 erfolgten Unfalles erwähnt. Akute Rotatorenmanschetten-Rupturen würden unmittelbar zu starken Schmerzen und zu einem Funktionsausfall führen. Im Erstbefund sei dies nicht beschrieben worden. Am 20. Juni 2022

habe der Beschwerdeführer erstmals gegenüber dem Case Manager erwähnt, dass es im Rahmen des Unfalles ebenfalls zu einer Verdrehung an der linken Schulter gekommen sei. Die rechte Schulter werde sodann erstmals am 9. September 2022 ins Spiel gebracht. So werde bei der Indikation zum Arthro-Kernspintomogramm nun eine beidseitige Schulterprellung anlässlich des Baustellenunfalles vom 9. Dezember 2021 erwähnt. Über die Beschwerden an der rechten Schulter habe der Beschwerdeführer den Case Manager in einer am 13. Oktober 2022 erfolgten Besprechung informiert. Dabei habe er angegeben, dass er nicht mehr genau wisse, wie er sich beim Sturz verletzt habe, doch vermute er, dass ursächlich das «Aufstützen/Abfangen» gewesen sei. Nach dem Unfall habe er Schmerzen an beiden Schultern verspürt, jedoch stärker auf der linken Seite, weshalb zuerst nur diese abgeklärt worden sei. Eine Verknüpfung mit dem Unfallereignis vom 9. Dezember 2021 sei seines Erachtens allerdings nicht nachvollziehbar. Vielmehr würden die Beschwerden zu der eher schweren beruflichen Tätigkeit auf dem Bau passen. Eine eindeutige Unterscheidung zwischen traumatischer respektive degenerativer Genese sei in der Bildgebung vier und zehn Monate danach nicht mehr möglich. Die Beurteilung habe daher aufgrund der initialen Anamnese, des Unfallmechanismus, der Befunde und des Verhaltens in der Frühphase nach dem Unfallereignis zu erfolgen. Die Schulterbeschwerden seien seines Erachtens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine degenerative Genese zurückzuführen (S. 18 ff.).

In Beantwortung der gestellten Fragen hielt Prof.

Z.____ abschliessend fest, dass die Schulterbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine degenerative Genese zurückzuführen seien und nicht in kausalem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 9. Dezember 2021 stünden. Hinsichtlich des linken Fußes könne nicht an der bisherigen Beurteilung festgehalten werden. Aufgrund der erfolgten CT-Untersuchungen sei die Arthrorese am 11. April 2023 nicht durchgeheilt. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die aktuell beklagten Beschwerden im Bereich des linken Fußes auf ein Ausbleiben des knöchernen Durchbaus und somit auf eine persistierende Instabilität zurückzuführen seien. Der Fall könne deshalb nicht abgeschlossen werden. Eine Schätzung des

Integritätsschadens sei somit noch nicht angezeigt. Aktuell sei der Beschwerdeführer aufgrund der nicht verheilten Arthrodese in seinem angestammten Beruf nicht arbeitsfähig (S. 21).

E. 3.2

3

Die Ärzte der K linik H.____ informierten m it Bericht vom 2 3. Mai 2024 (Urk. 6/281/2-3) über die klinisch-radiologische Verlaufskontrolle drei Monate postoperativ nach erfolgter Re-Arthrodese TMT I-III, wonach noch relevante Restbeschwerden bestünden. K onventionell-radiologisch zeige sich eine regel rechte Lage des Osteosynthesematerials. Die nächste Verlaufskontrolle erfolge in sechs Wochen. Das Arbeitsunfähigkeitszeugnis werde bis dahin verlän gert (S. 1 f.). 3. 2 4

Mit Bericht vom 4. Juli 2024 (Urk. 6/295/2-3) informierten die Ärzte der K linik H.____ über die klinisch-radiologische Verlaufskontrolle fünf Monate postoperativ , wonach sich eine noch bestehende Schmerzsymptomatik zeige . Die Situation sei gemäss dem Beschwerdeführer dennoch viel besser als präoperativ. Aktuell bestehe keine Limite bezüglich der Mobilisation. Eine Voll belastung könne erfolgen. Die Physiotherapie sei weiterzuführen. Eine Nachkon trolle sei in drei Monaten geplant (S. 2). 4.

E. 4

Ein am 6. April 2022 erfolgte s MRI der linken Schulter ergab eine partielle trans murale Ruptur im dorsalen Anteil der Sehne des Musculus supraspinatus, ein kleines Ödem am Tuberculum majus, ein en kleine n

intratendinöse n Riss im kranialen Anteil des Musculus infraspinatus sowie eine schwere AC-Gelenksarthrose mit Hinweisen auf ein subakromiales

Impingement und eine Bursitis subacromialis/ subdeltoidea . Eine Fraktur zeigte sich nicht und es ergaben sich auch keine Anhaltspunkte für Läsionen des Nervus axillaris im Untersu chungsvolumen . Als Indikation für das MRI wurde unter anderem ein Status nach komplexem Sturz in ein Loch auf de r Baustelle mit Mittelfussfraktur links und Prellung der linken Schulter angegeben (vgl. Bericht vom 6. April 2022, Urk. 6/60/2-3 S. 1 f.). 3.

E. 4.1

Vorab ist fest zu halten, dass vorliegend einzig d ie strittige

Unfallkausalität der beidseitigen Schulterproblematik des Beschwerdeführers zu beurteilen ist. In Bezug auf die linksseitigen Fussbeschwerden anerkannte die Beschwerdegegnerin dagegen die weitere Übernahme der entsprechenden Behandlungskosten und stellte fest, dass der Abschluss der medizinischen Behandlung zu früh erfolgt sei (vgl. Schreiben vom 2 1. Dezember 2023, Urk. 6/197; Verfügung vom 1 8. Januar 2024, Urk. 6/223).

E. 4.2

Anhand der zum Unfallereignis zeitnahen Unterlagen ergeben sich keinerlei kon kreten Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Sturzes in den Schacht mit den Schulter n aufgeprallt wäre und dadurch eine Schulterverletzung erlitten hätte. In der Unfallmeldung w ird

sowohl beim beschriebenen Unfallhergang als auch beim betroffenen Körperteil einzig eine Beteiligung des linken Fusses erwähnt (vgl. Urk. 6/6). Auch in dem durch die Ärzte des Spitals A.____ erstellten Bericht vom 21. Dezember 2021 über die unmittelbar nach dem Unfallereignis erfolgte Notfallkonsultation lässt sich nichts Gegenteiliges erkennen. So wird in der Anamneseerhebung festgehalten, dass der Beschwerdeführer mit einem Pickel einen Schachtdeckel aufgemacht, dabei mit dem linken Fuss etwa 60 cm nach unten gefallen und sich diesen fraglich umgeknickt habe. Ein e

Beteiligung der Schultern wird nicht erwähnt. Auch erfolgten einzig bildgebende und klinische Untersuchungen hinsichtlich des linken Fusses. Ein Befund betreffend die Schultern wurde nicht erhoben (vgl. Urk. 6/16/2-3 S. 1 f.). Dem durch

Dr. B.____ am 5. April 2022 erstellten Bericht sind ebenfalls weder den vom Beschwerdeführer geschilderten Angaben zum Unfallhergang noch der Befunderhebung Anhaltspunkte für eine Beteiligung der Schultern zu entnehmen (vgl. Urk. 6/21/2-3 S. 1 f.).

Erstmals am 6. April 2022 und damit vier Monate nach dem Unfallereignis wurde bei der Indikation zu einem MRI der linken Schulter eine Prellung genau dieser Schulter bei einem komplexen Sturz in ein Loch auf der Baustelle angegeben (vgl. Urk. 6/60/2-3 S. 1). Anlässlich einer am 20. Juni 2022 erfolgten Besprechung zwischen dem Case Manager der Beschwerdegegnerin und dem Beschwerdeführer erwähnte dieser sodann, dass es nebst der Verdrehung des linken Fusses auch zu einer Verdrehung an der linken Schulter (nach hinten/oben, allenfalls sogar vorher zu einem Direktanprall an der Kante, da alles sehr schnell gegangen sei) gekommen sei (vgl. Urk. 6/52 S. 1). Dass anlässlich des Unfallereignisses nebst der linken Schulter auch die rechte Schulter geprellt worden sei, wird schliesslich erstmals bei der Indikation zu einem am 9. September 2022 erfolgten MRI der rechten Schulter erwähnt und damit neun Monate nach dem Unfallereignis (vgl. Urk. 6/137 S. 1).

Anlässlich einer am 13. Oktober 2022 erfolgten Besprechung mit dem Case Manager gab der Beschwerdeführer diesbezüglich an, dass er nicht mehr wisse, wie er sich die rechte Schulter beim Sturz verletzt habe. Er vermute, dass das «Aufstützen/Abfangen» die Ursache sei (vgl. Urk. 6/70 S. 1). Eine ausführliche klinische Untersuchung der Schultern des Beschwerdeführers

erfolgte nach Lage der Akten erstmals Mitte September 2022 durch Dr. D.____ und damit neun Monate nach dem Unfallereignis (vgl. Urk. 6/76 S. 1 f.; Urk. 6/239 S. 1). 4. 3

Gestützt auf die schlüssigen, nachvollziehbaren und überzeugenden versicherungs internen Beurteilungen durch Dr. E.____ (vorstehend E. 3.9) und Prof. Z.____ (vorstehend E. 3.19) ist das Unfallereignis vom 9. Dezember 2021 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ursächlich für die Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers. Darauf ist abzustellen. Den Beurteilungen durch Dr. E.____ und Prof. Z.____ schadet nicht, dass diese den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht haben, da auch reinen Aktengutachten voller Beweiswert zukommt, sofern – wie im konkreten Fall – ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_647/2020 vom 26. August 2021 E. 4.2 und 8C_750/2020 vom 23. April 2021 E. 4).

Wesentlich dabei ist, dass in den zeitnahen Unterlagen zum Unfallereignis – wie zuvor erwähnt (vorstehend E. 4.2) – weder Schulterschmerzen beklagt wurden noch ein

schulterspezifischer Befund – etwa eine eingeschränkte Beweglichkeit – erhoben wurde. Gemäss Prof. Z.____ würden akute Rotatorenmanschetten Rupturen unmittelbar zu starken Schmerzen und zu einem Funktionsausfall führen (vgl. Urk. 6/ 195 S. 1

E. 5

Am 25. Mai 2022 erfolgte im Spital C.____ am linken Fuss des Beschwerdeführers eine Arthrodesis TMT I-III. Der peri- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Die postoperative Röntgenkontrolle habe regelrechte Stellungsverhältnisse gezeigt. Der Beschwerdeführer sei am 28. Mai 2022 entlassen worden (vgl. Austrittsbericht vom 28. Mai 2022, Urk. 6/49 /1-2 S. 1; vgl. auch Operationsbericht vom 1. Juni 2022, Urk. 6/41/1-2). 3.

E. 6

Das am 9. September 2022 im Spital C.____ durchgeführte MRI der rechten Schulter sowie die ebenfalls erfolgte Schulterarthrographie rechts ergaben eine totale transmurale Ruptur der Supraspinatussehne am Fusspunkt ohne Retraktion bei in erster Linie vorbestehender Tendinopathie, eine Degeneration des bicipito lateralen Komplexes ohne abgrenzbaren Riss sowie eine Degeneration im AC Gelenk. Ein Hinweis für eine Bursitis liess sich nicht erkennen. Als Indikation für die erfolgten Untersuchungen wurde unter anderem ein Status nach komplexem Sturz in ein Loch auf der Baustelle mit Fussfraktur links und beidseitiger Prellung der Schulter angegeben (vgl. Bericht vom 9. September 2022, Urk. 6/137 S. 1 f.). 3.

E. 7

Dr. med. D.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital C.____, diagnostizierte mit Bericht vom 16. September 2022 (Urk. 6/76) transmurale Rupturen posterosuperiore

Rotatorenmanschetten beidseits nach am 9. Dezember 2021 erlittenem Unfall mit traumatisierter AC-Gelenksarthrose beidseits und beidseitigem subakromialem

Impingement, links grösser als rechts. Ausserdem nannte sie mehrere Nebendiagnosen. Der Beschwerdeführer beklage seit dem im Dezember 2021 erlittenen Sturz persistierende Schulterschmerzen. Er habe jedoch zunächst seinen Fuss behandeln lassen. Nach erfolgter Operation möchte er nun die Schulterproblematik angehen (S. 1). Es zeige sich magnetresonanztomographisch eine beidseitige transmurale kleine Ruptur der posterosuperioren Manschette. Klinisch zeige sich eine gute Kraft, jedoch eine deutliche Bursitis subacromialis sowie AC Gelenkspathologie beidseits. Es erfolge eine intensive Physiotherapie. Bei ausbleibender Verbesserung werde die operative Therapie besprochen. Der Beschwerdeführer sei aufgrund des Fusses noch bis Dezember 2022 arbeitsunfähig geschrieben (S. 2). 3.

E. 8

Mit Bericht vom 23. Oktober 2022 (Urk. 6 / 78) nannte Dr. B.____

folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1): - transmurale Rupturen posterosuperiore

Rotatorenmanschetten beidseits nach Unfall vom 9. Dezember 2021 mit/bei: - traumatisierter AC-Gelenksarthrose beidseits - subakromialem

Impingement beidseits, links grösser als rechts - Lisfranc -Instabilität TMT I-III nach Fx vom 9. Dezember 2021 mit/bei: - Status nach Gips für sechs Wochen - Arthroese TMT I-III Fuss links am 25. Mai 2022

Trotz erfolgter Arthroese habe am linken Fuss keine Schmerzfreiheit erzielt werden können. Der Beschwerdeführer hinke und laufe an einem Stock. Der Fuss sei im Alltag zu wenig belastbar. Hinsichtlich der Schultern bestehe eine beidseitige rechtsbetonte Bewegungs- und Belastungseinschränkung. Die Prognose scheine ungünstig. Es werde wahrscheinlich zu einer Invalidität führen (S.

1 Ziff. 2). 3.

E. 9

).

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung stellt eine sofortige erhebliche Funktionseinbusse das typische Merkmal für den Nachweis einer traumatischen Verursachung einer Rotatorenmanschettenläsion dar (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_43/2022 vom 24. Mai 2022 E. 5.1 und 8C_253/2021 vom

2. Juli 2021 E. 5.3). Ein solcher unmittelbarer Funktionsausfall wird in den medizinischen Berichten allerdings gerade nicht beschrieben, wird ein klinischer Befund hinsichtlich der Schultern denn auch erst mals neun Monate nach dem Unfallereignis erhoben. Zeitnah zum Unfallereignis wurden auch keine Prellmarken oder Hämatome festgestellt, welche auf einen heftigen Anprall hin weisen würden. Folgen von Prellungen und Zerrungen wären gemäss Dr. E.____ denn auch im Rahmen des natürlichen Reparationsvorgangs nach vier bis spätestens sechs Wochen folgenlos verheilt (vgl. Urk. 6/83 S. 2). Der Unfallmechanismus – wobei ein Schulteraufprall erst viel später geltend gemacht wurde und vom Beschwerdeführer auch nicht detailliert beschrieben werden konnte – ist gemäss Prof. Z.____ ebenfalls untypisch für eine Rotatorenmanschettenläsion (vgl. diesbezüglich die Urteile des Bundesgerichts 8C_672/2020 vom 15. April 2021 E. 4.5, 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.4 und 8C_446/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 5.2.3 zur medizinischen Literatur).

4. 4

Indizien gegen die Zuverlässigkeit dieser versicherungsinternen Beurteilungen bestehen nicht. Soweit die behandelnden Ärzte von transmuralen Rupturen posterosuperiore

Rotatorenmanschetten beidseits nach am 9. Dezember 2021 erlittenem Unfall sprechen (vgl. Urk. 6/76 S. 1; Urk. 6/78 S. 1; Urk. 6/183/1-2 S. 1; Urk. 6/185/1-2 S. 1; Urk. 6/209/2-4 S. 1), so kann dies nicht eindeutig die Kausalitätsfrage betreffend interpretiert werden, sondern ist lediglich auf die zeitliche Reihenfolge bezogen zu verstehen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_524/2014 vom 20. August 2014 E. 4.3.3 betreffend « posttraumatisch»). Einzig Dr. D.____ äusserte sich explizit zur Kausalitätsfrage und kam zum Schluss, dass die sehr gute Muskelqualität mit negativen Tantezeichen in beiden Fällen eher für

eine frische anstatt chronische Läsion spreche. Da der Beschwerdeführer vorgängig keinerlei Schulterbeschwerden beklagt habe, sei das Unfallereignis wahrscheinlich zu einem grossen Teil für diese Läsionen verantwortlich

(Urk. 6/239 S. 2). Damit folgt sie – ebenso wie der Beschwerdeführer selbst (vgl. Urk. 1 S. 2) – der 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. Diese ist beweis rechtlich 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). Ärztliche Auskünfte, die allein auf dieser Argumentation beruhen, sind beweisrechtlich nicht zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts 8C_241/2020 vom 29. Mai 2020 E. 3). Gesamthaft besteht somit kein Anlass, an den überzeugenden versicherungsinternen Beurteilungen zu zweifeln. Davon ausgehend war die Beschwerdegegnerin befugt, eine Leistungspflicht zu verneinen. Auf weitere medizinische Abklärungen kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d) verzichtet werden. 4. 5

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die geltend gemachten beidseitigen Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers nicht überwiegend wahrscheinlich kausal auf das Unfallereignis vom 9. Dezember 2021 zurückzuführen sind. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin eine diesbezüglich weitere Leistungspflicht verneinte.

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Grieder-Martens Meierhans

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