

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00168 vom 18. Dezember 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-12-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2024.00168

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00168 du 18 décembre 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00168 del 18 dicembre 2025

Erwägungen

E. 1

Der 1976 geborene X.____ arbeitete seit dem 1. Januar 2006 in der Geschäftsleitung der Y.____ AG und war dadurch bei der Vaudoise Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Vaudoise) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 12. Februar 2024 beim Langlaufen

auf die linke Schulter stürzte (Urk. 8/2). Die Vaudoise anerkannte den Schadenfall und erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Der am 27. Februar 2024 erstbehandelnde Dr. med. Z.____, Facharzt für Schulter und Ellbogenchirurgie, notierte eine painful

arc Schulter links bei freiem Rang oder Motion (ROM, Urk. 8/21). Gestützt auf die Arthro-MRT vom 5. März 202

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).

E. 1.2

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 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder 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 blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.4

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 aus schliesslich 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 anspruchsaufhebende 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. 1.5

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 148 V 356 E. 3, 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).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten

Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). 2.

2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, gestützt auf die beweistaugliche Beurteilung von Dr. A. ___ habe bereits vor dem Unfall vom 12.

Februar 2024 ein degenerativer Vorzustand an der linken Schulter bestanden. Zudem hätten sich zystische Veränderungen gezeigt, welche nicht innerhalb von drei Wochen nach dem Unfallereignis entstanden seien. Frische strukturelle Veränderungen wie Einblutungen ins Gewebe seien nicht ersichtlich. Alsdann sei der Unfallmechanismus nicht geeignet, eine Rotatorenmanschettenruptur hervor zu rufen. Hervorzuheben sei auch, dass anlässlich der ersten ärztlichen Untersuchung von einer guten Beweglichkeit gesprochen worden sei. Dies weise auf ein degeneratives Geschehen hin; bei einer traumatischen Sehnenruptur wären stärkste Schmerzen und eine sofortige Funktionseinbusse des Schultergelenks zu erwarten gewesen. Unter diesen Umständen könnten die linksseitigen Schulterbeschwerden, welche zur Operation vom 27. März 2024 geführt hätten, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 12. Februar 2024 zurückgeführt werden (Urk. 2). 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, auf die vertrauensärztliche Beurteilung von Dr. A. ___ könne bereits deshalb nicht abgestellt werden, weil diesem die MRT-Bilder und intraoperativen Befunde offensichtlich nicht vorgelegen hätten. Dies ergebe sich daraus, dass die Ausführungen von Dr. A. ___ jenen des Operateurs diametral entgegenstünden. Zudem gehe ersterer beim Unfallmechanismus von einem reinen Anprall der Schulter aus, wohingegen der behandelnde Spezialist Dr. Z. ___ darlege, dass es sich um ein kombiniertes Trauma mit Stauchung und Hyperabduktion handle. Die rein abstrakte Schätzung des Eintritts des Status quo ante vel sine, welche die konkreten Umstände des Einzelfalls nicht berücksichtige, basiere also auf falschen Annahmen bezüglich des Unfallmechanismus und des Verletzungsbildes. Zudem ergäben sich aus der Beurteilung von Dr. Z. ___ mehr als nur geringe Zweifel an der vertrauensärztlichen Beurteilung

von Dr. A. ___ . Dr. Z. ___ habe aufgrund der MRT und intraoperativen Bildgebung sowie Beobachtungen festgehalten, dass keine degenerativen Ursachen für die Schulterverletzung verantwortlich seien . Darüber hinaus hätten sich

– näher bezeichnete - Befunde ergeben, die für eine frische Verletzung sprechen würden (vgl. Stellungnahme vom 7. Oktober 2024, Urk. 3; vgl. im Detail nach folgend E. 4.

E. 4

links hielten die beurteilenden Radiologen eine transmurale Ruptur der tendino pathisch veränderten Supraspinatussehne mit Risskomponente am myotendi nösen Übergang, - näher beschriebene - kleine Einrisse der Subscapularissehne mit Zysten , eine geringe Tendinopathie der langen Bizepssehne intraartikulär und ein Labrumriss mit paralabraler Ganglionzyste

fest (Urk. 8/ 20) . Am 27. März 2024 führte

Dr. Z.____

eine arthroskopische Tenotomie der langen Bizepssehne (LBS)

und Rekonstruktion der Supraspinatussehne (SSP) durch (vgl . Operations bericht, Urk. 8/13 /2 ; vgl. auch Austrittsbericht vom 28. März 2024, Urk. 8/18) . Am 29. Mai 2024 nahm Dr. med. A.____ , Facharzt für Chirurgie und beratender Arzt der Vaudoise, eine versicherungsmedizinische Beurteilung vor (Urk. 8/26) . Gestützt darauf stellte die Vaudoise die bisher erbrachten Leistungen mit Verfügung vom 30. Mai 2024 per 11. März 2024 ein (Urk. 8/27). Auf die Einsprache des Versicherten (Urk. 8/31) hin veranlasste sie die Stellungnahme von Dr. A.____ vom 4. September 2024 (Urk. 8/35). Gestützt darauf hielt sie an der verfügbaren Leistungseinstellung fest und wies die Einsprache des Versicherten mit Einspracheentscheid vom 17. September 2024 ab (Urk. 2). 2. Dagegen erhob X.____ am 9. Oktober 2024 Beschwerde und beantragte, es seien ihm in Aufhebung des angefochtenen Entscheids die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventualiter sei ein Gutachten zur Beurteilung der Unfallkausalität einzuholen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 12. November 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Der Beschwerdeführer hielt

mit Replik vom 26. November 2024 an seinen beschwerdeweisen Anträgen fest (Urk. 12) und legte das Schreiben von Dr.

Z.____

von 25. November 2024 auf (Urk. 13). Am 19. Dezember 2024 reichte die Beschwerdegegnerin ihre Duplik sowie die Stellungnahme von Dr.

A.____ vom 16. Dezember 2024 ein (Urk. 16, Urk. 17) . Je eine Kopie dieser Eingaben wurde dem Beschwerdeführer zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Laut Schadensmeldung ist der Beschwerdeführer am 12. Februar 2024 auf der Langlaufloipe in B.____ gestützt, als vor ihm ein Langläufer unvorhergesehenweise umgefallen war . Dadurch sei der Beschwerdeführer auch umgefallen , auf die linke Schulter (Urk. 8/2).

E. 4.2

Der am 27. Februar 2024 erstbehandelnde Dr. Z.____ diagnostizierte Schulter schmerzen links nach Sturz beim Langlaufen am 12. Februar 2024. Als Neben diagnose hielt er eine traumatische transmurale Supraspinatussehnenruptur , SLAP Läsion (Schnyder Typ II), Pulleyläsion und Tendinopathie der langen Bizepssehne nach Kletterunfall am 4. April 2023 der rechten Schulter fest. Am 3. August 2023 sei die [rechte] Schulter operiert worden. Diesbezüglich sei der Beschwerdeführer zufrieden und beschwerdefrei. Vor knapp

zwei Wochen sei er beim Langlaufen auf die linke Schulter gestürzt. Seither bestünden anhaltende Beschwerden. Klinisch zeige sich eine painful

arc Schulter links bei freiem ROM. Der Kim- und O'Brian -Test (klinische Tests zur Abklärung einer allfälligen SLAP und/oder Pully-Läsion sowie eines Labrumrisses) seien leicht positiv (Urk. 8/21).

E. 4.3

Aufgrund der am 5. März 2024 durchgeführten Arthro-MRT der linken Schulter hielten die beurteilenden Radiologen eine transmurale Ruptur der tendinopathisch veränderten Supraspinatussehne mit einer sagittalen Ausdehnung bis ca. 18 mm und Retraktion des Sehnenstumpfes nach Patte I (ca.

E. 4.4

Im Konsiliarbericht vom 12. März 2024 hielt Dr. Z.____ gestützt auf die Arthro-MRT der linken Schulter vom 5. März 2024 eine transmurale Supraspinatussehnenruptur mit leichter Retraktion, eine nach medial subluxierte lange Bizepssehne mit konsekutiver Oberrandläsion des Subscapularis, ein deutlich perifokales Ödem im Bereich des Oberrandes der Subscapularissehne, ohne fettige Infiltration, Atrophie der Rotatorenmanschette und humerale oder glenoidale degenerative Veränderungen fest. Durch den Unfall beim Skilanglauf habe sich der Beschwerdeführer an der linken Schulter eine komplette transmurale Supraspinatussehnenruptur zugezogen mit entsprechender Symptomatik, etwa

schmerzhaft eingeschränkte Abduktion und Elevation. Zusätzlich sei die lange Bizepssehne auch nicht mehr stabil. In der Zusammenschau der Gesamtsituation sei sicherlich eine arthroskopische Rekonstruktion indiziert (Urk. 8/4).

E. 4.5

Dr. Z.____ führte am 27. März 2024 eine arthroskopische Tenotomie LBS sowie SSP Rekonstruktion durch. Intraoperativ habe sich gezeigt, dass die lange Bizepssehne am Anker nicht mehr stabil sei mit Längsläsion bis in den Sulcus und nach medial subluxiert bei Pulley Läsion. Die Subscapularissehne habe sich nur am oberen Rand ein wenig aufgeraut gezeigt, ohne reparationsbedürftige Läsion. An der Supraspinatussehne habe sich eine u-förmige Ruptur gezeigt mit intaktem

Rotatorenkapsel (Urk. 8/13 /2 f.).

E. 4.6

Dr. A.____ hielt mit Aktenbeurteilung vom 29. Mai 2024 (1) ein axiales Stauchungstrauma der linken Schulter vom 12. Februar 2024, (2) eine unfallfremde transmurale Ruptur der tendinopathisch veränderten Supraspinatussehne mit einer sagittalen Ausdehnung bis ca. 18 mm mit Retraktion des Sehnenstumpfes nach Patte I (ca. 11 mm) mit kleinen interstitiellen Einrissen der Subscapularissehne und Tendinopathie der BLS sowie (3) Schulterarthroskopie rechts am 3. August 2023 fest. Die Operation vom 27. März 2024 stehe nicht überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 12. Februar 2024. Die Veränderungen seien degenerativer Natur und infolge des axialen Stauchungstraumas vorübergehend verschlimmert worden. Der Status quo ante/sine sei 2-4 Wochen nach dem Ereignis erreicht gewesen (Urk. 8/26).

E. 4.7

Auf Einsprache des Beschwerdeführers hin nahm Dr. A.____

am 4. September 2024

erneut Stellung. Dabei führte er aus, eine normale Sehne reisse nicht oder bei massiver exzentrischer Belastung mit starken Zugkräften wie beispielsweise bei Ausrenkungen des Gelenkes (Schulterluxation). Dies treffe hier nicht zu. Zudem seien die Sehnen der Rotatorenmanschette unterhalb des knöchernen Schulterdaches und der Muskelkappe des Musculus deltoideus gut gegen direkte äussere Gewalteinwirkungen geschützt. Ein direktes Trauma, wie ein Schlag gegen die Schulter, eine Prellung oder ein Anstossen, sei auch in der Literatur nicht geeignet, um eine Zusammenhangstrennung der Sehne hervorzurufen. Demgegenüber hätten die Sehnen des Beschwerdeführers gestützt auf die MRT vom 5. März 2024 strukturelle Defizite im Sinne einer Tendinopathie aufgewiesen. Ab dem vierten Lebensjahrzehnt würden Teilrupturen häufiger und seien weniger symptomatisch. Die Läsionen vergrösserten sich und mündeten ab dem 60. Lebensjahr in einem hohen Prozentsatz in Totalrupturen. Häufig würden solche Veränderungen erst bei Bagateltraumata symptomatisch. Insbesondere die gute Beweglichkeit anlässlich der ärztlichen Erstuntersuchung bei einer in der Kontinuität unterbrochenen Supraspinatussehne weise auf ein degeneratives Geschehen hin. Man erkläre sich dies so: Über die Jahre würden mehr und mehr Sehnenfasern einreissen. Der damit langsam entstehende Funktionsverlust werde durch die anderen Sehnen und Muskeln kompensiert. Bei einer akuten traumatischen Zerreissung hingegen fehle die Zeit, solche Mechanismen zu entwickeln, weshalb sich ein akuter Funktionsverlust der Schulter einstelle und die Betroffenen sofort ärztliche Hilfe in Anspruch nähmen. Dies sei hier nicht der Fall gewesen. Der Beschwerdeführer habe ausgeführt, die Schmerzen hätten in den ersten Tagen nach dem Ereignis stetig zugenommen. Erst zwei Wochen später habe ihn dies zur Erstkonsultation veranlasst. Dabei habe Dr. Z.____ eine freie ROM festgehalten. Ein Arbeitsausfall habe auch nicht bestanden. Alsdann hätten sich MR-tomographisch nebst einer Tendinopathie auch zystische Veränderungen gezeigt. Die Rissbildung der Supraspinatussehne sei bereits abgerundet und schichtförmig gewesen. Diese Veränderungen könnten nicht innert der drei Wochen zwischen dem Unfallereignis und der MRT entstanden sein; sie seien älter und würden einem Vorzustand entsprechen. Frische strukturelle Veränderungen würden in der MRT fehlen; Einblutungen ins Gewebe der vorgelagerten Strukturen (Bänder und Sehnen) seien nicht sichtbar. Bei alledem bestehe kein überwiegend wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen dem Ereignis vom 12. Februar 2024 und den intraoperativ festgestellten Schulterveränderungen (Urk. 8/35). 4. 8

In der beschwerdeweise eingereichten Stellungnahme vom 7. Oktober 2024 hielt Dr. Z.____ fest, Dr. A.____ habe am 29. Mai 2024 bestätigt, dass keine unfallfremden Faktoren vorliegen würden und dass ein Zusammenhang mit dem Ereignis vom 12. Februar 2024 bestehe. Dass der Status quo ante/sine nach 2-4 Wochen nach einem solchen Unfallereignis wieder erreicht sei, sei rein anekdotisch. Es habe sich dabei nicht nur um ein axiales Stauchungstrauma, sondern um ein kombiniertes Stauchungs- und Hyper-/Abduktionstrauma der linken Schulter gehandelt, welches typischerweise zu Verletzungen der Rotatorenmanschette führen könne. Die MRT zeige keinerlei degenerative Veränderungen wie fettige Infiltrationen der Rotatorenmanschette oder eine Muskelatrophie derselben. Dies spreche eindeutig gegen eine degenerative Komponente, vor allem in diesem Alter. Zudem zeige sich das typische Kinking einer frisch verletzten

Sehne. Intraoperativ habe sich eine verletzte – in der Qualität jedoch gut und in keiner Weise degenerativ alternierte - Sehne mit deutliche r Einblutung gezeigt . Zudem sei die verletzte Sehne ausgefranst gewesen, was auch typisch sei für eine frische Verletzung. Auch die Knorpel beläge des Humeruskopfes und der Gelenkpfanne seien absolut unversehrt gewesen, was gegen eine degenerative Komponente am glenohumeralen Gelenk spreche . Der Bundesgerichtsentscheid 8C_446/2019 vom 22. Oktober 2019 bezüglich Unfallkausalität einer Rotatoren manschettenruptur bei einem 52- J ährigen nach direktem Schultertrauma sei von der Schulterexpertengruppe der schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie kritisiert worden . Es sei insbesondere bemängelt worden, dass die höchst richterliche Argumentation nicht auf fundierten wissenschaftlichen Grundlagen basiere , sondern auf einer veralteten Expertenmeinung , und die aktuelle Literatur ignoriere (Urk. 3). 4. 9

Mit

Stellungnahme vom 5. November 2024 hielt Dr. A. ___ an seinen bisherigen Ausführungen fest. Entgegen Dr. Z. ___ habe er in seiner Beurteilung vom 29. Mai 2024 als unfallfremde Faktoren unter anderem auf die tendinopathischen

Veränderungen des Sehngewebes hingewiesen. Alsdann habe er den Unfall hergang dem Erstbericht von Dr. Z. ___ entnommen. Im Übrigen sei dieser nicht mehr sehr aussagekräftig, da er häufig – wie vorliegend – nachträglich nicht mehr sicher rekonstruiert werden könne. Entgegen Dr. Z. ___ hätten die beurteilenden Radiologen gestützt auf die MRT eine Tendinopathie (= Sehnenerkrankung) und Zystenbildung festgehalten. Solche Veränderungen könnten intraoperativ nicht festgestellt werden, da sie sich auf der feingeweblichen Ebene befinden würden. Hingegen treffe es zu, dass sich keine degenerative Veränderung der Muskulatur gezeigt habe .

Da die Sehne des Musculus subscapularis keine Zusammenhangstrennung aufweise und die Sehne des Musculus supra spinatus nicht vollständig abgelöst sei, sei die Muskelfunktion der entsprechenden Muskeln erhalten. Deshalb fehlten Zeichen einer Muskeldegeneration, wie sie bei Komplettrupturen zu erwarten sei . Ausserdem sei das Rotatoren kabel als Funktionseinheit intakt gewesen . Soweit Dr. Z. ___ in seiner Stellungnahme vom 7. Oktober 2024 festhalte, es habe sich intraoperativ eine deutliche Einblutung gezeigt, so habe er dies im Operationsbericht jedenfalls nicht dokumentiert. Eine Einblutung

sei auch dem MRT-Befund nicht zu entnehmen. Ebenso wenig sei ein Kinking der Sehne im MRT-Befund berichtet. Nach eigener Durchsicht der Bilder zeige sich kein eigentliches Kinking als Hinweis auf eine frische Sehnenverletzung, sondern eher eine Delamination der Sehne, was für das Vorhandensein einer strukturellen Sehnenschwäche mit etappenweiser Zusammenhangstrennung spreche. Diese Delamination sei auch im MRT-Bericht aufgeführt. Dr. Z. ___ sei auf die fehlenden Begleitscheinungen der Schulter nicht eingegangen. Unter Hinweis auf die Literatur müssten insbesondere traumatische Veränderungen des Musculus deltoideus , als kräftiger Muskel und Synergist zum Musculus supraspinatus, vorliegen. Aber auch andere Strukturen wie Bänder etc. müssten Zeichen von Zerrungen etc. aufweisen. Dies sei im MRT jedoch nicht der Fall. Im Gegenteil fehlten Anzeichen von frischen Verletzungen mit Einblutungen gänzlich. Die Kritik der C. ___ beziehe sich auf ein Bundesgerichtsurteil und könne nicht generell auf alle Zusammenhangstrennungen der Rotatorenmanschette übertragen werden. Bei all dem sei die Zusammenhangstrennung, welche zur Operation vom 27. März 2020 geführt habe,

nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 12. Februar 2024 zurückzuführen (Urk. 7). 4. 10

Dazu nahm Dr. Z.____ mit Schreiben vom 25. November 2024 wie folgt Stellung: Der Unfallhergang sei detailliert beschrieben worden und es gebe in der Literatur solide Angaben zur Korrelation zwischen dem Unfallmechanismus und Verletzungsmuster der Rotatorenmanschette. Alsdann sei die im MRT-Bericht erwähnte tendinopathisch veränderte Sehne keine präzise Beschreibung einer Pathologie und daher auch nicht gleichzusetzen mit einer degenerativen Veränderung. Massgeblich seien vielmehr Beschreibungen im Sinne einer fettigen Infiltration oder Muskelatrophie. Die Einblutung sei den intraoperativen Bildern eindeutig zu entnehmen. Entgegen Dr. A.____ müsse der Musculus deltoideus, welcher funktional kein Antagonist des Supraspinatus sei, nicht im Sinne einer Begleiterscheinung traumatisch verändert sein. Dr. A.____ habe sich hierfür auf eine Arbeit aus einem narrativen Erfahrungsbericht abgestützt. Es treffe auch nicht zu, dass es nur bei einer Komplettruptur der Rotatorenmanschette zu einer fettigen Infiltration oder Atrophie komme. Dazu bestehe eine gut dokumentierte Datenlage. Bei der Rotatorenmanschettenläsion sei bis heute nicht klar, was diesen Prozess triggere – die Komplettruptur sei keine Voraussetzung, dass es zu solchen Veränderungen kommen könne. Dies sei hinreichend in der Literatur und in Studien beschrieben (Urk. 13). 4.

E. 8

). Bei Sehnenverletzungen handle es sich jedenfalls um eine unfallähnliche Körperschädigung, für welche die Beschwerdegegnerin aufzukommen habe, es sei denn, dass hierfür rein degenerative Ursachen verantwortlich seien. Dies treffe vorliegend nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu. Im Urteil 8C_377 / 2012 vom 8. Januar 2013 E. 4.3 habe das Bundesgericht entschieden, dass der UVG-Versicherer bis zum Erreichen des Status quo sine

vel ante und damit Wegfall auch einer Teilursächlichkeit für die gesetzlichen Leistungen vollumfänglich aufzukommen habe; selbst dann, wenn die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil als Krankheitsfolge erscheine. Weiter – so das Bundesgericht – müsse der UVG-Versicherer auch dann für eine Operation aufkommen, wenn diese aufgrund eines Unfalls früher notwendig geworden sei als ohne Unfall.

Alle diese Fragen habe die Beschwerdegegnerin vorliegend

nicht geklärt. Der rechtserhebliche Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt und es bedürfe eines Gutachtens nach Art. 44 ATSG. Zusammenfassend gelinge der Beweis, dass der Status quo ante vel sine am 11. März 2024 eingetreten sei, nicht. Andernfalls sei ein Gutachten in Auftrag zu geben (Urk. 1). 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort führte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen aus, auf erneute Vorlage habe Dr. A.____

am

5. November 2024 (vgl. im Detail nachfolgend E. 4).

E. 9

) bestätigt, dass er seine Beurteilungen in Kenntnis der MRT-Bilder abgegeben habe. Daraus ergäben sich degenerative Veränderungen. Der angenommene Unfallhergang

entstamme dem Erstbericht von Dr. Z.____. Soweit letzterer im Bericht vom 7. Oktober 2024 von «deutlichen» intraoperativen Einblutungen berichte, seien diese weder im MRT- noch im Operationsbericht dokumentiert. Gestützt auf die – näher bezeichnete – Literatur müssten Begleitverletzungen vorliegen. Die Beurteilung von Dr. A.____ genieße volle Beweiskraft; daran vermöchten die Ausführungen von Dr.

Z.____ nichts zu ändern (Urk. 7). 2.4

Der Beschwerdeführer hielt replicando daran fest, dass gestützt auf die Beurteilung von Dr. Z.____ von Anfang an eine traumatische Verletzung bestanden und diese die Operation vom 27. März 2024 notwendig gemacht habe. Damit stünden sich die Beurteilungen von Dr. A.____ und Z.____ diametral gegenüber, weshalb es ein Gutachten brauche. Insbesondere sei vorliegend nicht klar, dass die degenerativen Befunde vorwiegend zur Verletzung geführt hätten. Abgesehen davon habe Dr. Z.____ in seiner neuerlichen Stellungnahme vom 25. November 2024 (Urk. 13, vgl. im Detail nachfolgend E. 4).

E. 10

) dargelegt, dass mit dem Begriff Tendinopathie keine zulässige Beschreibung einer degenerativen Veränderung der Sehne vorliege. Insbesondere bestehe vorliegend keine fettige Infiltration oder Atrophie der Muskulatur. Damit könne nicht von einer degenerativ veränderten Sehne ausgegangen werden. Auf den Bildern der Operation seien deutliche Einblutungen zu sehen (Urk. 12). 2.5

Die Beschwerdegegnerin hielt duplicando an ihren bisherigen Ausführungen fest und verwies hierfür auf die beigelegte Stellungnahme von Dr. A.____ vom 16.

Dezember 2024 (Urk. 16; Urk. 17, vgl. im Detail nachfolgend E. 4).

E. 11

Auf Vorhalt der voran zitierten Stellungnahme von Dr. Z.____ hob Dr. A.____ am 16. Dezember 2024 erneut hervor, dass es sich bei einer Tendinopathie um eine feingewebliche und nicht makroskopische Diagnose handle, welche die Sehnenqualität wiedergebe und sich auf die Reissfestigkeit des Gewebes auswirke. Diese Zeichen der Sehnenerkrankung seien in der MRT darstellbar und vom Radiologen dokumentiert worden. Infolge schlechter Qualität der intraoperativen Bilddokumentation verzichte er (Dr. A.____) auf eine Beurteilung hinsichtlich der Einblutung. Entscheidend sei vielmehr, dass eine solche im Operationsbericht nicht erwähnt werde. Alsdann habe er nicht behauptet, der Musculus deltoideus sei ein Antagonist zum Musculus supraspinatus. Auch habe er nie gesagt, dass es nur bei einer Komplettruptur zu einer fettigen Infiltration und Atrophie komme. Schliesslich sage das Fehlen von Zeichen einer Muskeldegeneration nichts über den Zustand des anhaltenden Sehnengewebes aus. Eine Sehnendegeneration sei separat zu beurteilen. Dies gelte auch für die Ätiologie einer Zusammenhangstrennung der Sehnen der Rotatorenmanschette (Urk. 17). 5. 5.1

Im angefochtenen Entscheid stellte die Beschwerdegegnerin auf die versicherungsmmedizinische Beurteilung von Dr. A.____ ab, welche dieser in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den relevanten Unterlagen abgab. 5.2

Fest steht und unbestritten ist

zunächst, dass beim Beschwerdeführer eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne

bestand . Anlässlich der ärztlichen Erstkonsultation vom 27. Februar 2024 notierte Dr. Z.____ eine

painful

arc

Schulter

bei freier ROM , also Schmerzen, die bei einer Abduktion des Armes gegen Widerstand zwischen 60 bis 120° auftreten , ohne Bewegungseinschränkungen. Eine schmerzhaft eingeschränkte Abduktion und Elevation hielt derselbe erstmals im Konsiliarbericht vom 12. März 2024 fest (vgl. hievore E. 4.4). Damit sind unmittelbar nach dem Unfall aufgetretene Funktionseinschränkungen jedenfalls nicht ausgewiesen. Alsdann notierten die beurteilenden Radiologen gestützt auf die MRT vom 5. März 2024 keine ödematösen Erscheinungen und/oder Einblutungen als Hinweise auf eine frische Verletzung . Soweit Dr. Z.____ intraoperativ festgestellte Einblutungen geltend machte, wies Dr. A.____ zutreffend darauf hin, dass dem Operationsbericht resp. intraoperativen Befunden keine Einblutung zu entnehmen ist; ob sich eine solche aufgrund der Bilddokumentation ergebe, sei infolge der unscharfen Bilder nicht beurteilbar . Demgegenüber brachte die MRT vom 5. März 2024 – näher beschriebene -

tendinopathische Veränderungen und verschiedentlich Zysten zur Darstellung , was per se unbestritten blieb .

Zudem zeigten

sich Einrisse entlang der Subscapularissehne ,

ein Labrumriss und – laut Dr. Z.____ – eine subluxierte LBS . Dass die zuletzt genannten Befunde unfallkausal sind, behauptete auch Dr.

Z.____ nicht. Folglich

war der Schulterstatus, insbesondere die übrige Rotatorenmanschette auch über die fragliche Ruptur der Supraspinatussehne hinaus jedenfalls nicht unauffällig. Dr.

Z.____

stellte einen degenerativen Vorzustand jedoch in Ermangelung fettiger Degenerationen und Muskelatrophien in Abrede . Dr. A.____

begründete die fehlende Muskeldegeneration damit, dass die Subscapularis sehne keine Zusammenhangstrennung aufwies, die Supraspinatussehne nicht vollständig abgelöst und das

Rotatorenkabel als Funktionseinheit intakt

war , was

plausibel erscheint und dem auch Dr.

Z.____ nichts entgegenhielt. Ausserdem legte Dr. A.____ nachvollziehbar dar, dass über die Jahre eingerissene Sehnenfasern

zu einem schleichenden Funktionsverlust führten und zunächst durch die anderen Sehnen und Muskeln kompensiert würden . Bei einer akuten traumatischen Zerreissung hingegen fehle die Zeit, solche Mechanismen zu entwickeln, weshalb sich ein akuter Funktionsverlust

der Schulter einstelle, was – wie bereits ausgeführt – vorliegend jedenfalls zeitnah zum Unfall nicht ausgewiesen ist. Im Gegenteil gab der Beschwerdeführer an, die Schmerzen hätten in den ersten Tagen nach dem Ereignis stetig zugenommen. Ein

Kinking

als typisches Zeichen einer frisch verletzten Sehne ist dem MRT-Befund nicht zu entnehmen und machte Dr. Z.____ erstmals in der beschwerdeweise eingereichten Stellungnahme vom 7. Oktober 2024 geltend (Urk. 3). Was schliesslich den Unfallmechanismus betrifft, fehlen hinreichende Anhaltspunkte auf das von Dr. Z.____ postulierte kombinierte Stauchungs- und Hyper-/Abduktionstrauma der linken Schulter. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3). Eine unfallbedingte, richtunggebende Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes hat der Beschwerdeführer nicht behauptet. Zudem müsste eine solche bildgebend ausgewiesen sein (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_174/2008 vom 8. August 2008 E. 4.2 mit Hinweisen), was vorliegend nicht der Fall ist. Daran vermag auch nichts zu ändern, wenn die beklagten Beschwerden nach Angaben des Beschwerdeführers erst nach dem Unfall vom 12. Februar 2024 eingetreten sind (vgl. E. 4.2); die Argumentation nach der Formel «post hoc ergo propter hoc», nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb, Urteil des Bundesgerichtes 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). Darauf hat bereits die Beschwerdegegnerin zutreffend hingewiesen (Urk. 2 S. 5).

Hervorzuheben ist auch, dass im Operationsbericht als Indikationsdiagnosen neben der vorliegend umstrittenen

Supraspinatussehnenruptur auch eine nach medial subluxierte lange Bizepssehne (SLAP II) genannt wird. Entsprechend führte Dr. Z.____

nebst der SSP-Rekonstruktion eine Tenotomie der LBS durch (Urk. 8/13). Dass letzteres in einem Kausalzusammenhang mit dem gegenständlichen Unfall vom 12. Februar 2024 steht, behaupten weder der Beschwerdeführer noch

Dr. Z.____.

Schliesslich lässt sich aus dem Urteil 8C_446/2019 vom 22.

Oktober 2019, worin das Bundesgericht den Fallabschluss infolge Läsionen der Rotatorenmanschette und der Supraspinatussehne

gut fünf Wochen nach einem Unfallereignis schützte, erhobenen Kritik nichts zum Vorteil des Beschwerdeführers ableiten. Insbesondere fassen weder der besagte Bundesgerichtsentscheid

noch der vorliegende Entscheid auf – vom konkreten Fall unabhängigen – generellen Expertenmeinungen der Schweizer Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie von C.____, sondern auf einer im Hinblick auf den umstrittenen Fallabschluss juristischen Würdigung der medizinischen Aktenlage. 5.3

Nach dem Gesagten ist gestützt auf die überzeugende Beurteilung von Dr. A. ___ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass es infolge des Unfalls vom 12. Februar 2024 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes gekommen und der Status quo sine/ante spätestens 4 Wochen nach dem Unfall eingetreten war. Mithin stand die

am 27. März 2024 erfolgte SSP Rekonstruktion

(und Tenotomie der LBS) nicht überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem streitgegenständlichen Unfall und ist nicht zu bestanden, wenn die Beschwerdegegnerin die Leistungen per 1. März 2024 einstellt. Bei diesem Beweisergebnis besteht – entgegen dem Beschwerdeführer (Urk. 1 S. 2) – kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368 f., 136 I 229 E. 5.3 S. 236).

Der angefochtene Entscheid erweist sich als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Advokatin Raffaella Biaggi - VAUDOISE ALLGEMEINE, Versicherungs-Gesellschaft AG - 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 Erich Gräub Hediger

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