

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00210 vom 16. Dezember 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-12-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2024.00210

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00210 du 16 décembre 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00210 del 16 dicembre 2025

Erwägungen

E. 1

Der 1991 geborene X.____ arbeitete seit dem 3. September 2018 als Polizist bei der Y.____ , als er sich am 2. März 2024 beim Eishockey spielen an der rechten Schulter verletzte (Urk. 8/G1). Der am 22. März 2024 erstbehandelnde med. pract . Z.____ , praktischer Arzt,

hielt

eine schmerzhafte Wurfbewegung und den Verdacht auf eine SLAP-II-Läsion der rechten Schulter fest (Urk. 8/M3) . Die zuständige Unfallversicherung Stadt Zürich anerkannte den Schadenfall und erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Die

am 4. April 2024 durchgeführte Arthro- MRT der rechten Schulter

brachte laut PD Dr. med. A.____ , Facharzt für Radiologie,

eine deutliche Signalalteration am Bizepssehnenanker , verdächtig auf eine SLAP-Läsion Typ II, eine minimale Signalinhomogenität am Supraspinatussehnen-Ansatz , DD Tendinopathie ,

zur Darstellung (Urk. 8/M1). Aufgrund der klinischen und bildgebenden Befunde

empfohl med. pract . B.____ , Oberarzt Schulter- und Ellbogenchirurgie,

C.____ Klinik ,

ein chirurgisches Vorgehen (vgl. Sprechstundenbericht vom 22. April 2024, Urk. 8/M2).

Am 5. Juni 2024 gab Versicherungsmediziner Dr.

med.

D.____ , Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine versicherungsmedizinische Stellungnahme ab (Urk. 8/M4).

Gestützt darauf stellte die Unfallversicherung Stadt Zürich die vorübergehenden Leistungen mit Verfügung vom 6. Juni 2024 per 4. April 2024 ein (Urk. 8/G7). Am 7. Juni 2024 führte

med. pract .

B.____ eine arthroskopische LBS-Tenotomie und subpectorale LBS- Tenodese durch (Urk. 8/M5); der postoperative Verlauf gestaltete sich regelrecht (Urk. 8/M7, Urk. 8/M9). Gegen die verfügte Leistungseinstellung erhob der Versicherte am 8. Juli 2024 Einsprache und legte nachträglich das Schreiben von med. pract . B.____ vom 16.

August 2024 auf (Urk. 8/J1 , Urk. 8/J7, Urk. 8/M8) . Daraufhin veranlasste die Unfallversicherung Stadt Zürich die medizinische Beurteilung von

Dr. med. E. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und beratender Arzt, vom 21. Oktober 2024 (Urk. 8/M13).

Gestützt darauf hielt sie an der verfügbaren Leistungseinstellung fest und wies die Einsprache des Versicherten mit Einspracheentscheid vom 24. Oktober 2024 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art.

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 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 blosse 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

Praxisgemäss entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem 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 Spät folgen 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). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

4. Oktober 2024 die gesetzlichen Leistungen auch über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Zudem gab der Beschwerdeführer unter anderem die Stellungnahme von med.

pract .

B.____ vom 5. Dezember 2024 zu den Akten (Urk. 3/ 12). Darauf hin veranlasste die Beschwerdegegnerin die Beurteilung von Dr. E.____ vom 24. Januar 2025 (Urk. 8/M15) und schloss mit Beschwerdeantwort vom 25.

Februar 2025 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Replik vom 17. Juni 2025 hielt der Beschwerdeführer unter Beilage der Stellungnahme von Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 2. Juni 2025 an seinen beschwerdeweisen Ausführungen und Anträgen fest (Urk. 14, Urk. 15/1). Mit Eingabe vom 3. Juli 2025 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf Duplik (Urk. 19), was dem Beschwerdeführer angezeigt wurde (Urk. 20). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, gestützt auf die beweisbildenden Beurteilungen der beratenden Ärzte vom 5. Juni und 21. Oktober 2024 sei davon auszugehen, dass der Status quo sine am 4. April

2024 eingetreten sei. Die diskrepanten Beurteilungen der behandelnden Ärzte vermöchten keinerlei Zweifel daran zu begründen. Insbesondere hätten sich letztere mit den degenerativen Veränderungen nicht auseinandergesetzt. Zudem seien die Angaben zum Unfallhergang widersprüchlich und die behandelnden Ärzte von einem nicht erstellten Sturz ausgegangen

(Urk. 2).

E. 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, Dr. D.____ habe seine Beurteilung in Unkenntnis des Operationsberichts und damit der intraoperativen Befunde abgegeben. Dr. B.____ habe mit Stellungnahme vom 16. August 2024 festgehalten, gestützt auf die intraoperativen Befunde bestünden keine degenerativen Veränderungen. Alsdann habe eine entsprechende Google-Recherche ergeben, dass Dr. E.____ nicht mehr als praktizierender Arzt tätig sei. Damit seien seine traumatischen Erfahrungen fraglich. Demgegenüber verfüge med. pract.

B.____ über langjährige Erfahrungen im Bereich von Schulter- und Ellbogenverletzungen. Mit Stellungnahme vom 5. Dezember 2024 [vgl. dazu im Detail nachfolgend E. 3.8] habe dieser nachvollziehbar begründet, dass durch den unbestrittenen Bandencheck beim Eishockeyspiel der Unfallbegriff erfüllt sei und es keine Rolle spiele, ob es auch noch zu einem Sturz gekommen sei; die Energie, die bei einem Bandencheck auf die Schulter wirke, reiche aus, um die bildgebend und intraoperativ festgestellten Verletzungen zu verursachen.

Zudem habe

med. pract. B.____ dargelegt, dass keine degenerativen Ursachen vorliegen würden. Mithin sei es gestützt auf die Beurteilung von med. pract. B.____ überwiegend wahrscheinlich zu einer unfallbedingten SLAP- und Pulley-Läsion gekommen, welche anlässlich der Operation vom 7. Juni 2024 hätten saniert werden können. Unter diesen Umständen sei nicht davon auszugehen, dass der Status quo sine am

4. April 2024 eingetreten sei. Andernfalls sei infolge erheblicher Zweifel an den Beurteilungen der beratenden Ärzte entweder ein Gerichtsgutachten zu veranlassen oder die Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort hielt die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die medizinische Beurteilung von Dr. E.____ vom 24. Januar 2025 fest, die von med. pract.

B.____ im Sprechstundenbericht vom 22. April 2024 – abweichend von der radiologischen Beurteilung - postulierte höhergradige SLAP-Läsion sei nicht begründet. Die fragliche Unfallkausalität lasse sich auch nicht allein gestützt auf die bildgebenden und intraoperativen Befunde beurteilen; zu berücksichtigen seien auch der Unfallhergang und die Behandlungsanamnese. Ein stattgehabtes Trauma werde vorliegend nicht bestritten, sondern lediglich ein über eine Prellung hinausgehendes Trauma. Alsdann sei es nicht Pflicht, dass ein beratender Arzt der Unfallversicherung praktizierender Arzt sei. Entgegen med. pract. B.____ sei es auch nicht massgeblich, ob die Behandlung lege artis und die zeitliche Abwicklung als adäquat zu beurteilen sei; entscheiderelevant sei die Unfallkausalität. Es sei fraglich, ob ein Polizist bei einem akuten Funktionsausfall der Schulter noch arbeitsfähig gewesen wäre im Aussendienst, zumal er sich selbst und Dritte damit gefährdet hätte. Jedenfalls ergäben sich aus dem Sprechstundenbericht vom 22. April 2024 keine massgeblichen Funktionseinschränkungen der rechten Schulter. Zudem habe der beratende Arzt korrekterweise darauf hingewiesen, dass keine Hinweise auf eine direkte Kontusion wie Bone

bruise, Prellmarken, Blutergüsse oder Hämatome bestanden hätten. Weshalb die Beurteilung von Dr. E.____ anzuzweifeln sei, habe med. pract. B.____ nicht schlüssig dargetan.

Schliesslich sei eine Aktenbeurteilung vorliegend zulässig gewesen, zumal der medizinische Sachverhalt festgestanden habe (Urk. 7).

E. 2.4

Der Beschwerdeführer führte replicando aus, die Zulässigkeit der Beurteilung von Dr. E.____ vom 24. Januar 2025 sei mit Blick auf den Devolutiveffekt der Beschwerde fraglich. Zudem wies er darauf hin, dass die seinerseits erst beschwerdeweise eingereichte Stellungnahme von med. pract. B.____ vom 5.

Dezember 2024 dem rechtlichen Gehör gedient habe, nachdem dem Beschwerdeführer die medizinische Beurteilung von Dr. E.____ vom 21.

Oktober 2024 erst mit dem Einspracheentscheid vorgelegt worden sei.

Als dann sei Dr. F.____ mit Stellungnahme vom 2. Juni 2025 zum begründeten Schluss gekommen, dass auf die Beurteilung von Dr. E.____ vom 24. Januar 2025 nicht abgestellt werden könne. Insbesondere habe letzterer die Pulleyläsion und Partialläsion der Supraspinatussehne dabei nicht berücksichtigt, unzutreffende Annahmen zur Diagnose gestellt und die Operation unbegründet kritisiert. Die intraoperative Bilddokumentation und der Operationsbericht zeigten zweifelsfrei, dass neben der SLAP-Läsion eine laterale Pulleyläsion und Partialläsion der Supraspinatussehne vorgelegen hätten, welche eindeutig auf ein traumatisches Geschehen zurückzuführen seien. Degenerative Veränderungen hätten nachweislich nicht festgestellt werden können. Gestützt auf den ausführlich und nachvollziehbar begründeten Bericht von Dr. F.____ sei ohne Weiteres davon auszugehen, dass der vorliegend zu beurteilende Schulterschaden überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 2. März 2024 zurückzuführen sei. Andernfalls bestünden infolge der Berichte von med. pract. B.____ und Dr. F.____ immerhin genügend Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dr. D.____ und E.____ und müsse in Folge dessen ein Gerichtsgutachten eingeholt werden oder die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden (Urk. 14, Urk. 15/1-2). 3. Unbestritten ist, dass das Ereignis vom 2. März 2024 einen

Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) darstellt. Die Beschwerdegegnerin anerkannte in diesem Kontext grundsätzlich ihre Leistungspflicht . Strittig und zu prüfen ist indessen , ob letztere ihre Leistungen zu Recht mit der Begründung, der Status quo sine sei am 4. April 2024 eingetreten, ab diesem Zeitpunkt eingestellt hat und damit zusammen hängend, ob die anlässlich der Operation vom 7. Juni 2024 behandelten Verletzungen (Urk. 8/M5) auf den Unfall vom 2. März 2024 zurückzuführen sind. 4. 4.1

Gemäss Unfallmeldung wurde der Beschwerdeführer anlässlich des Eishockey spiels vom 2 . März 20 24 seitlich von links von einem Gegenspieler gecheckt. Der Kontakt sei « Schulter an Schulter »

gewesen . Dadurch sei d er Beschwerdeführer mit der rechten Schulter gegen die Bande gedrückt worden. Er habe versucht, den Aufprall mit dem rechten Arm abzufangen. Danach habe d er Beschwerdeführer einen Schmerz im vorderen Bereich der rechten Schulter gespürt (Urk. 8/G1 ; vgl. auch die gleichlautende Schilderung des Beschwerdeführers vom 9. August 2024 im Frageblatt zum Ereignishergang , Urk. 8/G16). 4. 2

Der am 2 2. März 2024 erstbehandelnde med. pract . Z.____

diagnostizierte den Verdacht auf eine SLAP-II-Läsion . Der Beschwerdeführer habe sich beim Eis hockey spielen an der rechten Schulter verletzt. Klinisch habe sich eine schmerz hafte Wurfbewegung gezeigt (Urk. 8/M3). Laut Eintrag in die Krankengeschichte vom 2 2. März 2024 waren der Schürzen- und Bürstengriff «gut möglich» (vgl. Urk. 8/M11). 4 .3

Unter den klinischen Angaben resp. der Fragestellung: « Omalgie rechts. Bänder, Sehnen, Labrum?» erfolgte am 4. April 2024 im G.____

eine Arthro-MRT der rechten Schulter . Dr. A.____ befundete eine minimale AC-Gelenksarthrose ohne Flüssigkeit subakromial , eine diskrete Irregularität am An satz der Supraspinatussehne, DD Tendinopathie , eine deutliche Signal inhomogenität des Bizepssehnenankers , vereinbar mit einer SLAP-Läsion Typ II,

eine Signalalteration am Ansatz der langen Bizepssehne, vereinbar mit einer Tendinopathie , ein en regelrechte n Verlauf der langen Bizepssehne sowie eine intakte Subscapularis- und Infraspinatussehne ; eine Muskelatrophie zeige sich nicht. Als Beurteilung hielt Dr. A.____ eine deutliche Signalalteration am Bizepssehnenanker , verdächtig auf eine SLAP-Läsion Typ II und minimale Signalinhomogenität am Supraspinatussehnen-Ansatz , DD

Tendinopathie , fest

(Urk. 8/M1). 4 .4

I m Sprechstundenbericht vom 2 2. April 2024 notierte med. pract .

B.____ , beim Beschwerdeführer hätten unmittelbar nach einem Sturzereignis beim Eishockey spielen rechtsseitige Schulterschmerzen bestanden, insbesondere vermehrt auch nachts und bei Belastung und körperferner Bewegung. Die bisherigen physio therapeutischen Massnahmen hätten eine leichte Verbesserung erbracht , dennoch sei der Beschwerdeführer im Alltag und insbesondere bei m Sport sehr ein geschränkt. Zudem sei er rechtsdominant und arbeite mit körperlichem Profil bei der Y.____ . Die rechte Schulter sei inspektorisch unauffällig bei regelrechtem muskulösem Habitus , ohne Atrophiezeichen . Die periphere Motorik, Sensibilität und Durchblutung seien intakt. Die aktive gl o bale

Range of

motion sei frei mit Flexion/Abduktion bis über 155° ; die tiefe Aussenrotation sei bis 75° möglich und die Innenrotation bis L3, ohne Lag-Zeichen. Der Bear- hug sei schmerzhaft und der Speed- sowie O'Brien-Test seien positiv . Der Jobe -Test sei ebenfalls negativ, jedoch mit leichter Reduktion der Abduktionskraft rechts mit 10.5 kg und 13.5 kg links. Die rechte Schulter sei ossär und über dem AC-Gelenk indolent palpabel, ohne Instabilitätszeichen. Beim Kim-/ Jerk -Test zeige sich eine leichte Schmerzprovokation. MR-diagnostisch habe sich am 4. April 2024 eine höhergradige SLAP-Läsion und intraartikuläre Partiaalläsion der langen Bizepssehne gezeigt. Zudem hätten sich diskrete Anzeichen einer schmalen bursaseitigen

Supraspinatussehnenpartiaalläsion und «etwas Ödem» im Subacromialraum ergeben ; die Rotatoren- und Anteriorer Sehnen seien erhalten. Die Trochäer- und subchondrale Aktivierungszeichen seien regelrecht und der glenohumerale Knochenknorpel unauffällig, ohne subchondrale Aktivierungszeichen. Alsdann habe die Schulterultraschalluntersuchung am 22. April 2024 eine glenohumeral regelrechte Gelenkszentrierung, keine Arthrosezeichen , ein Acromion Bigliani I mit axial guter Zentrierung und ansonsten ossär unauffällige Befunde gezeigt. In der Zusammenschau der klinischen und bildgebenden Befunde bestehe eine symptomatische SLAP-Läsion. Bei der strukturellen, mechanischen Problematik ergebe sich

daraus die Indikation für ein chirurgisches Vorgehen (Urk. 8/M2). 4.5

Versicherungsmediziner Dr. D.____

hielt am

5. Juni 2024 fest, der Beschwerdeführer sei beim Eishockeyspielen gecheckt und mit der rechten Schulter gegen die Bande gedrückt worden. Es bestehe eine SLAP II Läsion an der rechten Schulter; die Operation sei geplant für den 9. Juni 2024. Die beklagten Beschwerden könnten nicht hinreichend mit den objektivierbaren organischen unfallkausalen Beschwerden erklärt werden und seien nur möglicherweise auf das Ereignis vom 2. März 2024 zurückzuführen. Zudem bestünden widerprüchliche Angaben zum Ereignisverlauf; einerseits werde ein spieltypischer «Bandencheck» erwähnt, andererseits ein Sturzereignis. Zeitnah zum Ereignis sei keine Arztkonsultation oder Arbeitsniederlegung erfolgt. Fünf Wochen nach dem Ereignis hätten sich bildgebend überwiegend degenerative Veränderungen gezeigt . Die Tendinopathien der langen Bizepssehne und Supraspinatussehne sowie Labrumläsion seien nur möglicherweise unfallkausal. Läsionen mit überwiegend wahrscheinlicher Unfallkausalität, so etwa Frakturen, Bone bruise , Muskel- oder subkutane Hämatome oder Kapselbandverletzungen seien nicht dargestellt worden . Der Status quo sine nach Prellung sei spätestens am 4. April 2024 durch natürliche Reparatur erreicht gewesen (Urk. 8/M4). 4.6

Am 7. Juni 2024 führte med. pract .

B.____ eine schulterarthroskopische LBS-Tenotomie und subpectorale LBS- Tenodese durch . Laut Operationsbericht habe die lange Bizepssehne eine Veränderung im anterioren-superioren Bereich passend zu einer traumatischen SLAP-I-Läsion

gezeigt. Zusätzlich sei das laterale Pulley gerissen. Der intraartikuläre LBS-Sehnenverlauf sei nicht degenerativ verändert. Die Supraspinatussehne zeige intraartikulär im ventralen Insertionsbereich angrenzend an die Pulleyläsion eine artikulare Partiaalläsion Typ Ell

mann IA. Die übrige Darstellung der Rotatorenmanschette und das Labrum seien unauffällig und der Gelenkrezessus sei frei (Urk. 8/M5). Der postoperative Verlauf gestaltete sich regelrecht (Urk. 8/M7, Urk. 8/M9). 4.7 Im Schreiben vom 16. August 2024 führte med. pract .

B.____

zudem aus, die MR-tomographischen und intraoperativen Befunde hätten Verletzungen gezeigt,

die überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingt seien. Beim Beschwerdeführer bestehe eine intraoperativ bestätigte SLAP-II-Läsion. Es liege auch Videomaterial mit Stabilitätstestung vor. Aufgrund der Instabilität der Bizepssehnenverankerung und Verletzung im Pulley-Bereich mit Symptombeginn nach dem Unfallereignis vom 2. März 2024 sei dies als traumatisch bedingt einzuschätzen. Das eingerissene

Pulleys-System habe sich erst intraoperativ gezeigt und sei eben falls als unfallkausal einzuschätzen. Die Operationsindikation habe sich initial aus der symptomatischen SLAP-Läsion ergeben; eine solche ergebe sich aber auch aus der erst intraoperativ festgestellten

Pulleys-Läsion. Eine Pulleys-Läsion sei ebenso wie eine SLAP-II-Läsion eine mechanische Problematik, welche bei jüngerem Patientenalter und körperlichem Anspruch nicht durch physiotherapeutische oder andere konservative Massnahmen auszuheilen sei. Bei einer konservativen Therapie sei von persistierenden Schmerzen auszugehen. Auch deshalb sei vorliegend die Operationsindikation gestellt worden. Die diagnostische Arthroskopie und die Möglichkeit der Stabilitätsprüfung mit dem Tasthaken während einer Operation sei bezüglich Sensitivität und Spezifität der präoperativen MRT-Diagnostik eindeutig überlegen. Gemäss der durchgeführten diagnostischen Arthroskopie würden beim Beschwerdeführer keine degenerativen Veränderungen vorliegen. Die Beurteilung von Dr. D.____ sei in Unkenntnis der intraoperativen Bilder erfolgt (Urk. 8/M8). 4.8

Auf Vorlage der vorhandenen Akten

kam Dr. E.____ am 21. Oktober 2024 zum Schluss, die Beurteilung von Dr. D.____ sei schlüssig und argumentativ bestens begründet. Letzterer habe korrekterweise darauf hingewiesen, dass sich weder aus der Unfallmeldung noch aus dem ärztlichen Erstbericht UVG ein Sturzereignis ergebe, die ärztliche Erstkonsultation erst drei Wochen nach dem Ereignis erfolgt und anlässlich dieser kein akuter Funktionsausfall der rechten Schulter beschrieben worden sei. Zudem habe das Ereignis keine akute Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt. Nach Einsicht in die MR-tomographisch dargestellten Läsionen seien diese nur möglicherweise, nicht aber überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Die von med. pract . B.____ postulierte Unfallkausalität sei auch angesichts dessen, dass

der Beschwerdeführer offensichtlich intensiv und seit Jahren Eishockeyspiele, in keiner Weise plausibel. Diese Sportart sei äusserst schulterbelastend. Letzteres habe med. pract . B.____ ausgeblendet. Zudem gehe letzterer von einem Ereignishergang aus, welcher sich nicht mit den Angaben des Beschwerdeführers in der Unfallmeldung und anlässlich der Erstkonsultation oder Indikation für die MRT-Untersuchung decke. Alsdann hätten sich

MR- tomographisch keine Hinweise auf ein stattgehabtes Trauma ergeben, insbesondere keine Verletzungen des Weichteilmantels im Sinne einer Hautabblutung oder eines Hämatoms, kein Knochenmarködem im Humeruskopf und auch kein intraartikulärer Erguss. Die Rotatorenmanschette sei funktionell vollständig intakt. Demgegenüber habe sich eine degenerativ massiv veränderte lange Bizepssehne in ihrem intraartikulären Verlauf mit degenerativ verändertem Bizepssehnenanker / Labrum gezeigt. Diese strukturellen Veränderungen seien überwiegend wahrscheinlich durch repetitive Belastungen bedingt, wie sie typischerweise im Rahmen einer Sportart wie Eishockey vorkommen. Gemäss eigenen Angaben habe der Beschwerdeführer eine hockeypische, indirekte Prellung der rechten Schulter erlitten. Diese sei offensichtlich derart banal gewesen, dass der Beschwerdeführer erst drei Wochen später eine ärztliche Behandlung als notwendig erachtet habe. Das Ereignis habe keinen akuten Funktionsausfall zur Folge gehabt, was auch aus der Untersuchung von med. pract. B.____ vom 22. April 2024, anlässlich welcher einzig eine etwas verminderte Abduktionskraft dokumentiert worden sei, klar hervorgehe. Mithin sei zusammen mit Dr. D.____ davon auszugehen, dass es im Rahmen des Unfallgeschehens, welches einer Prellung entspreche, zu einer vorübergehenden Aktivierung eines degenerativen Vorzustandes ohne richtungsweisende Verschlimmerung gekommen und der Status quo sine am 4. April 2024 erreicht gewesen sei. Aufgrund der intraoperativen Bilder lasse sich nicht belegen, dass die Läsionen überwiegend wahrscheinlich ereigniskausal seien (Urk. 8/M13). 4.9

Im beschwerdeweise eingereichten

Schreiben vom 5. Dezember 2024 nahm med. pract.

B.____

zur Beurteilung von Dr. E.____

vom 21. Oktober 2024 wie folgt Stellung: Dem hausärztlichen Überweisungsschreiben und der MRT-Anmeldung seien korrekterweise «Schulter Schmerzen» zu entnehmen. Der MRT-Anmeldung sei zudem die Fragestellung «Bänder, Sehnen, Labrum?» zu entnehmen. Mithin werde nach Verletzungen dieser Strukturen gefragt, so wie dies nach einem Unfallereignis häufig der Fall sei. MR- tomographisch hätten sich deutliche Signalalterationen am Bizepsanker gezeigt. Diese seien hinweisend auf eine SLAP-Läsion Typ II. Zusätzlich seien minimale Signalinhomogenitäten am Supraspinatussehnenansatz ohne Rupturzeichen festgestellt worden. Intraoperativ habe sich eine traumatische SLAP-Läsion und Pulley-Läsion ergeben. Damit seien die MRT- und intraoperativen Befunde deckungsgleich und bestehe eindeutig eine strukturelle Schädigung. Hautabblutungen, Weichteilhämatome oder Knochenmarködeme seien nicht obligat für das Auftreten einer traumatischen SLAP-Läsion. Ob ein intraartikulärer Erguss vorliege oder nicht, könne nicht eingeschätzt werden, da eine MR- Arthrographie mit Kontrastmittel vorliege. Die lange Bizepssehne zeige gewisse Signalalterationen, welche am ehesten einem ansatznahen Ödem entsprechen würden. Dies wäre als eindeutige traumatische Veränderung zu werten. Hingegen sei die Wertung als «massive degenerative Veränderungen» medizinisch nicht plausibel. Entgegen Dr. E.____ sei der Zeitpunkt der ärztlichen Erstkonsultation nicht zu bemängeln. Eine Erstkonsultation innerhalb von drei Wochen, eine MRT-Diagnostik innerhalb knapp eines Monats und eine fachärztliche Untersuchung innerhalb von ca. sieben Wochen nach dem Unfallereignis seien absolut adäquat und im internationalen Vergleich sicherlich als zeitgerechte Abwicklung zu

betrachten. Als Eishockeyspieler und Polizist sei sich der Beschwerdeführer kurzfristige Schmerzepisoden sicherlich gewohnt. Vorliegend handle es sich um eine bleibende Schmerzsymptomatik, welche auch anlässlich der Untersuchung vom 22. April 2024 adäquat diagnostiziert und mit den typischen Bizepssehnen- Provokationstests objektiviert worden sei. Insgesamt erscheine nicht plausibel, dass die MR- tomographisch und intraoperativ verifizierten strukturellen Schädigungen der langen Bizepssehne und des Pulley -Systems (Bandapparat) beim 33-jährigen, zuvor beschwerdefreien

Beschwerdeführer nach adäquatem Trauma (Bandencheck mit oder ohne zusätzlichem Sturzereignis) degenerativer Natur sein sollen. Die aufgeworfene Frage, ob sich ein Bandencheck mit oder ohne zusätzlichen Sturz ereignet habe, sei obsolet, zumal bei einem Bandencheck eine erhebliche Energie auftreten, die Armposition hierbei variieren und typischerweise auch eine gewisse Flexionshaltung des Arms beim Halten und Führen des Eishockey-Schlägers bestehen könne. Mithin sei auch bei einem blossen Bandencheck mit einem Distorsionstrauma zu rechnen. Die Einschätzung von Dr. E.____, wonach es keine akuten Funktionsverletzungen gegeben habe und die Verletzungsfolgen «banal» gewesen seien, sei grobfahrlässig und medizinisch inkorrekt. Wie eindeutig dokumentiert im Bericht vom 22. April 2024 habe der Beschwerdeführer unter unmittelbaren deutlichen Schulterschmerzen gelitten, welche ihn auch bei Belastung und körperfernen Bewegungen im Alltag und insbesondere beim Sport sehr eingeschränkt hätten. Diese subjektiven Angaben seien plausibel und hätten auch objektiviert werden können. Die Beschwerden hätten dazu geführt, dass sich der Beschwerdeführer einer Operation habe unterziehen müssen, welche die Beschwerdefreiheit notabene wieder hergestellt habe. Wenn bei einem solchen jungen Patienten mit eindeutigem Nachweis einer symptomatischen, traumatisch bedingten Verletzung durch ein Akten konsilium und eine Ferndiagnose die ärztlich objektivierbaren Symptome und die Korrektheit der Diagnose abgesprochen werde, sei dies fahrlässig. Er (med. pract. B.____) widerspreche eindeutig der Einschätzung von Dr. E.____, wonach der Status quo sine am 4. April 2024 erreicht gewesen sei. Wäre dem so gewesen, wären die Symptome nicht wie beim Hausarzt und anlässlich der Konsultation vom 22. April 2024 beschrieben und objektivierbar gewesen. Postoperativ sei es zu einer vollständigen Ausheilung gekommen, sodass der Beschwerdeführer 12 Wochen nach dem Eingriff vom 7. Juni 2024 bezüglich Bewegungsumfang und Kraft wiederhergestellt gewesen sei. Mittlerweile könne er auch wieder problemlos im Aussendienst der Polizei arbeiten sowie am Eishockeytraining und an den Matches teilnehmen (Urk. 8/M14). 4.10

Dazu nahm

Dr. E.____

am 24. Januar 2025 im Rahmen der Beschwerdeantwort wie folgt Stellung: Im Überweisungsschreiben und in der MRT- Anmeldung sei kein Unfallereignis erwähnt. Es entspreche sicher nicht dem ärztlichen Goldstandard, wenn ein relevantes Unfallereignis im Zusammenhang mit weiteren diagnostischen Schritten und/oder bei der Überweisung für eine fachärztliche Beurteilung nicht erwähnt werde. Jeder Arzt, der eine radiologische Untersuchung anfordere, müsse in der Indikation begründen, warum er diese will. Das Gleiche gelte natürlich für ein Überweisungsschreiben an einen Facharzt. Ob ein MRT im Zusammenhang mit einem Unfall oder einer Erkrankung angefordert werde, seien zwei Paar völlig verschiedene Schuhe. Jeder Radiologe werde bestätigen, dass es für ihn absolut essenziell

sei, den Untersuchungsgrund zu kennen, zumal es den Blickwinkel ändere und der korrekten Beurteilung der Bilder diene. Initial habe der Beschwerdeführer den Unfall als Schulter zu Schulter Kontakt beschrieben, wobei er mit der rechten Schulter gegen die Bande gedrückt worden sei. Ganz offensichtlich habe es sich dabei um eine Kontusion gehandelt, was bei einem Eishockeyspieler, der in seiner Spielkarriere viele solcher Checks erfahren haben dürfte, mit entsprechender Schutzkleidung nichts Ungewöhnliches sei. Ein Sturz sei weder der Unfallmeldung noch dem Bericht über die Erstkonsultation zu entnehmen. Weshalb genau dieser – initial nicht dokumentierte – Sturz ursächlich sein soll für die MR-tomographischen Veränderungen, sei nicht plausibel. Es stelle sich die Frage, weshalb nicht die Summe der Checks, welche der Beschwerdeführer im Rahmen unzähliger Eishockeyspiele erfahren habe (repetitive Mikroverletzungen), im Sinne eines degenerativen Prozesses ursächlich sein soll. Für eine degenerative Ursache sprächen auch das Verhalten des Beschwerdeführers nach dem Unfall, die erst ärztlichen Befunde, der fehlende Funktionsausfall der Schulter und die fort bestehende Arbeitsfähigkeit. Es sei auch darauf hinzuweisen, dass das Schultergelenk nicht nur durch den muskulären Weichteilmantel, sondern auch durch die spezifische Sportkleidung geschützt gewesen sei. Auch dies habe med. pract. B. ____

völlig ausgeblendet. Jedenfalls sei schlichtweg nicht plausibel, dass ein Ereignis, das einer Kontusion/Prellung entspreche, ohne äussere Verletzungsmerkmale, akuten Funktionsausfall der Schulter und Arbeitsunfähigkeit geeignet gewesen sein soll, tief intraartikulär gelegene und durch die Sportkleidung und den kräftigen Weichteilmantel geschützte Strukturen zu verletzen. Das Vorliegen eines Ergusses sei nur eines von vielen Kriterien zur Beurteilung der Unfallkausalität. Das Argument, ein Erguss könne infolge des Kontrastmittels MR-tomographisch nicht nachgewiesen werden, gehe ins Leere. So ergebe sich daraus kein Informationsgewinn, zumal ein Erguss auch degenerativ bedingt sein könne. Aus den dargestellten Signalalterationen am Bizepsanker lasse sich eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität nicht herleiten. Im Übrigen hinterfrage er (Dr. E.____) die ärztlich objektivierbaren Symptome und Diagnosen nicht. Er komme lediglich zu Schluss, eine Unfallkausalität lasse sich gestützt darauf nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit herleiten. Alsdann habe er (Dr. E.____) nicht etwa die Verletzungen als banal, sondern das gemeldete Unfallereignis als banal im Sinne einer Prellung bezeichnet. Schliesslich habe med. pract. B.____ präoperativ eine höhergradige SLAP-Läsion, intraoperativ jedoch lediglich eine SLAP-I-Läsion festgehalten. Letzteres entspreche einer Ausfransung des superioren Labrums ohne Labrumriss oder Ablösung vom Glenoid. Wenn med. pract. B.____ intraoperativ keine Degeneration der Bizepssehne festgehalten habe, erstaune dies nicht; es entspreche einfach dem Blick von aussen auf die Sehne. Ein Einblick in das Innenleben der Sehne sei nur MR-tomographisch möglich. Vorliegend hätten sich bildgebend Signalalterationen entsprechend einer Tendinopathie ergeben, was eine krankhafte Veränderung darstelle. Die intraoperativ festgestellte SLAP-I-Läsion hätte sehr wohl konservativ behandelt werden können (Urk. 8/M15). 4.11

In der replicando eingereichten Stellungnahme vom 2. Juni 2025 hielt Dr. F.____ fest, Dr. E.____ habe die intraoperativen Befunde, insbesondere laterale Pulleyläsion und Partilläsion der Supraspinatussehne, nicht berücksichtigt. Diese würden jedoch eindeutig für ein traumatisches Geschehen sprechen. Die an der durchgeführten Operation erhobene Kritik sei unbegründet, zumal diese dem medizinischen Standard entsprochen habe; eine konservative Therapie wäre bei den dokumentierten Läsionen (SLAP I und gerissenes

Pulley) nicht erfolgversprechend gewesen. Die intraoperativen Bilder zeigten eine SLAP-I-Läsion, ein lateral eingerissenes Pulley und ein ganz kleiner Einriss an der Unterfläche einer sonst vollkommen intakten Bizepssehne sowie eine intra artikuläre Läsion der Supraspinatussehne. Zudem ergäben sich keine Hinweise auf degenerative Veränderungen. Daraus resultiere, dass die von med. pract . B.____ im Operationsbericht gestellte Diagnose richtig und sicher nicht degenerativer Natur sein könne. Mithin seien die festgestellten Läsionen überwiegend wahrscheinlich Folge des Unfalls vom 2. März 2024 (Urk. 15/1-2). 5 . 5 . 1

Die Beschwerdegegernerin stütze sich in ihrer Einschätzung des medizinischen Sachverhalts auf die versicherungsinternen Aktenbeurteilungen von Dr es . D.____ und E.____ . Ein solches Vorgehen ist grundsätzlich zulässig, allerdings sind im Rahmen der Beweiswürdigung an eine solche versicherungsinterne Aktenbeurteilung strenge Anforderungen zu stellen (vgl. hievon E. 1.6) .

Unter den beurteilenden Ärzten besteht immerhin Einigkeit darüber, dass beim Beschwerdeführer eine SLAP - Läsion , also ein Riss am Ursprung der langen Bizepssehne , an der rechten Schulter bestand. Während im Operationsbericht von einer SLAP-I-Läsion die Rede ist, wird in den übrigen Akten eine SLAP-II-Läsion festgehalten. Weshalb med. pract . B.____ in seinen späteren Beurteilungen vom Operationsbericht abwich, liess er unbegründet. Alsdann hielt med. pract . B.____ dafür, die lange Bizepssehne zeige gewisse Signalalterationen, welche am ehesten einem ansatznahen Ödem entsprechen würden und eindeutig als traumatische Veränderung zu werten seien . Demgegenüber kam Dr. E.____ zum Schluss, es bestehe eine degenerativ massiv veränderte lange Bizepssehne in ihrem intra artikulären Verlauf mit degenerativ verändertem Bizepssehnenanker /Labrum .

Letzteres steht auch diskrepant zum MRT-Bericht vom

4. April 2024 , aus welchem ein regelrechter Verlauf der langen Bizepssehne hervorgeht und worin keine – wie auch immer geartete - Veränderung des Labrums dokumentiert wird (Urk. 8/M1) . Dass die Beurteilung von Dr. A.____ allein deshalb gänzlich anzuzweifeln ist , weil das Ereignis vom 2 . März 2024 in der Anmeldung zur angeforderten radiologischen Untersuchung nicht erwähnt wird, vermag nicht zu überzeugen.

Dres . D.____ und E.____

argumentierten weiter , es hätten sich MR- tomographisch lediglich degenerative Veränderungen , namentlich

Tendinopathien der langen Bizeps- und Supraspinatussehne gezeigt. Dr. A.____

notierte – näher umschriebene -

Tendinopathien

hingegen lediglich als Differenzialdiagnose und ebensolche

finden auch im Operationsbericht keinerlei Stütze. Diesbezüglich stellte sich Dr. E.____

auf den Standpunkt , degenerative Veränderungen könnten infolge der blossen «Aussenschau» intraoperativ nicht erkannt werden ; was aus Sicht eines medizinischen Laien zwar durchaus plausibel erscheint, aber nicht validiert werden kann.

Damit besteht ein Expertenstreit, der nicht gestützt auf juristische Überlegungen zu entscheiden, sondern in erster Linie medizinisch zu klären ist. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung kann durch das erkennende Gericht nicht entschieden werden, welche Einschätzung überwiegend wahrscheinlich die richtige ist. Dafür sind spezifische fachärztliche Kenntnisse notwendig.

Ferner lässt die standardisierte Argumentation von Dr. D.____, wonach sich keine unfalltypischen Verletzungen wie Frakturen, Bone bruise, Muskel- oder subkutane Hämatome oder Kapselbandverletzungen gezeigt hätten, einen sachdienlichen Bezug zur vorliegend in erster Linie zu beurteilenden SLAP-Läsion vermissen.

Des Weiteren wies med. pract. B.____ auf die intraoperativ festgestellte Verletzung im Pulley-Bereich hin, welche per se und in Kombination mit der SLAP-Läsion auf eine traumatische

Genese hindeutet. Dazu schwieg sich

Dr. E.____

gänzlich aus; Dr. D.____ gab seine Stellungnahme am 5. Juni 2024, mit hin vor der Operation und damit in Unkenntnis der intraoperativen Befunde ab.

Im Übrigen bestätigte Dr. E.____

einerseits, dass sich mangels Hautablenkung, Hämatom, Knochenmarködem im Humeruskopf oder intraartikulären Ergusses keine Hinweise auf ein stattgehabtes Trauma ergäben. Nachdem med. pract. B.____

klargestellt hatte, dass ein Erguss infolge des Kontrastmittels MR-tomographisch gar nicht dargestellt werden könne

- was von Dr. E.____

nicht dementiert wurde -, stellte sich letzterer andererseits

auf den Standpunkt, aus einem Erguss ergebe sich ohnehin kein Informationsgewinn, zumal ein solcher auch degenerativ bedingt sein könne.

Wenig stichhaltig erscheint auch der Hinweis auf die fehlende Hautablenkung resp. ekzterne Verletzungen, wenn Dr. E.____ gleichzeitig die spezielle Schutzbekleidung von Eishockeyspielern hervorhebt.

Soweit

letzterer ausserdem

erwägt

resp. andernorts gar für überwiegend wahrscheinlich hält, dass die Summe der Checks, welcher der Beschwerdeführer im Rahmen unzähliger Eishockeyspiele erfahren habe (repetitive Mikroverletzungen), im Sinne eines degenerativen Prozesses [für die Schulterbeschwerden] ursächlich seien, ergibt sich aus den vorliegenden Akten

jedenfalls nirgends explizit, dass der Beschwerdeführer « offensichtlich intensiv und seit Jahren » Eishockeyspiele würde (vgl. Urk. 8/M13 S. 2). Zudem bestanden beim

Beschwerdeführer unbestrittenermassen keine Veränderungen der Muskeltrophik. Wie sich letzteres mit einer degenerativ entstandenen und damit vorbestehenden

Ruptur vereinbaren liesse, dazu äusserte sich Dr. E.____ nicht. Kommt hinzu, dass sich aus der Ereignisschilderung des Beschwerdeführers durchaus Anhaltspunkte für ein Geschehen ergeben, welches über eine blosser Prellung hinausgeht,

hatte der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben doch zunächst versucht, den Aufprall mit dem rechten Arm abzufangen.

Schliesslich trifft zwar zu, dass anlässlich der Erstuntersuchung keine akuten Funktionseinschränkungen dokumentiert wurden. Allerdings wurde eine schmerzhafte Wurfbewegung festgehalten und kann bei der nach dem bisher Gesagten unzulänglichen medizinischen Aktenlage die Rechtmässigkeit der verfügten Leistungseinstellung nicht rechtsgenügend beurteilt werden. 5.2

Bei der bestehenden Ausgangslage mit widersprechenden fachärztlichen Beurteilungen und weil die Ausführungen von med. pract. B.____

und der Radiologiebericht von Dr. A.____

geeignet sind, die vertrauensärztlichen Beurteilungen von Dr. D.____ und E.____ in Zweifel zu ziehen, hätte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungsentscheid nicht gestützt auf diese Beurteilungen fällen dürfen; vielmehr bedarf es einer verwaltungsunabhängigen Expertise.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. Oktober 2024 (Urk. 2) ist deshalb aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese eine unabhängige Beurteilung einhole und hernach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. Anzumerken bleibt, dass sich der beurteilende Facharzt neben der Kausalität auch zum Zeitpunkt des Erreichens des Endzustandes sowie zur Arbeitsfähigkeit zu äussern haben wird. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen, was zur Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids führt. Bei diesem Ausgang erübrigen sich Weiterung zur beschwerdeweise in Frage gestellten Kompetenz von Dr. E.____. Freilich hat der sogenannte Devolutiveffekt nicht zur Folge, dass von der Vorinstanz nach der Beschwerde eingereichte Beweismittel nicht mehr zu beachten wären. 6.

Die Rückweisung einer Sache kommt einem Obsiegen des Beschwerdeführers gleich. Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin demnach zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine angemessene Parteientschädigung zu bezahlen, welche in Anwendung von Art. 61 lit. g ATSG, namentlich unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses, auf Fr. 3'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. Oktober 2024 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'100.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Astrid Meienberg -
Unfallversicherung Stadt Zürich - Bundesamt für Gesundheit 5.

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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin
GräubHediger

E. 6

des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). 1. 2

Nach Art.

E. 10

Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teil weise 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).

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