

200 23 73 UV
FUE/GET/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. Oktober 2023

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Germann

KPT Krankenkasse AG
Rechtsdienst, Wankdorfallee 3, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdeführerin

gegen

Visana Versicherungen AG
Weltpoststrasse 19, Postfach 253, 3000 Bern 16
Beschwerdegegnerin

in Sachen

A. _____

betreffend Einspracheentscheid vom 5. Januar 2023



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter) war bei Dr. med. B. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, als ... angestellt und dadurch bei der Visana Versicherungen AG (nachfolgend Visana bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als er sich am 17. Januar 2021 bei einem Sturz auf Eis an der rechten Schulter und am rechten Ellbogen verletzte (Akten der Visana [act. II] 2). Die Visana anerkannte ihre Leistungspflicht, indem sie die gesetzlichen Versicherungsleistungen erbrachte (act. II 10 f.). Am 10. Februar 2021 unterzog sich der Versicherte bei diagnostizierter "Rotatorenmanschettenruptur rechts vom 17.01.2021 mit Beteiligung des Supra- und teilweise des Infraspinatus" einem operativen Eingriff (act. II 5). Nachdem die Visana das Dossier ihrem beratenden Arzt Dr. med. C. _____, Facharzt für Chirurgie sowie Intensivmedizin, zur Beurteilung vorgelegt hatte (act. II 49), stellte sie dem Versicherten mit Schreiben vom 11. Juni 2021 (act. II 45) formlos die Einstellung der Versicherungsleistungen per 9. Februar 2021 in Aussicht, dies mit der Begründung, die ab 10. Februar 2021 geklagten Schulterbeschwerden rechts seien überwiegend wahrscheinlich nicht mehr auf den Sturz vom 17. Januar 2021 zurückzuführen. Damit war der Versicherte nicht einverstanden (act. II 60), woraufhin die Visana am 26. August 2021 eine entsprechende Verfügung erliess (act. II 85-87), wobei sie auf die Rückforderung der über den 9. Februar 2021 hinaus erbrachten Leistungen verzichtete. Dagegen erhoben sowohl der Versicherte wie auch die KPT Krankenkasse AG als obligatorischer Krankenversicherer gemäss Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10; nachfolgend KPT bzw. Beschwerdeführerin) Einsprache (act. II 98 f.; 104-109), wobei die KPT einen Bericht ihres Vertrauensarztes Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 14. September 2021 (act. II 91-96) und der Versicherte eine im Auftrag von dessen privaten Krankentaggeldversicherung verfasste Stellungnahme von Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 12. Dezember 2021 (act. II 174-177; 178), ins Recht legten. Nachdem

die Visana das Dossier ihrem beratenden Arzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zur Beurteilung vorgelegt hatte (act. II 205-216), wies sie die Einsprachen mit Entscheid vom 5. Januar 2023 ab (act. II 219-228).

B.

Dagegen erhob die KPT mit Eingabe vom 30. Januar 2023 Beschwerde. Sie stellt die folgenden Anträge:

1. Der Einspracheentscheid der Visana Services AG vom 5. Januar 2023 sei aufzuheben.
2. Die Leistungspflicht der Visana Services AG für das Unfallereignis vom 17. Januar 2021 sei auch für Behandlungen nach dem 9. Februar 2021 zu bejahen und die gesetzlichen Leistungen auch nach diesem Datum auszurichten, insbesondere für die Behandlungen im Zusammenhang mit der Ruptur der Supraspinatussehne rechts.
Eventualiter: Die Sache sei der Visana zur weiteren Abklärung und Neubeurteilung zurückzuweisen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Ferner reichte die Beschwerdeführerin eine weitere Beurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. med. D. _____ vom 17. Januar 2023 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 17 = act. II 303-318) zu den Akten.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2023 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie darauf hinwies, dass Versicherungsträgerin der obligatorischen Unfallversicherung nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]) die Visana Versicherung AG sei (vgl. act. II Beilage 2 f.). Ferner legte sie eine weitere Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. med. F. _____ vom 28. Februar 2023 (act. II 328-333) ins Recht.

Mit Replik vom 29. Juni 2023 hält die Beschwerdeführerin an ihren beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren fest. Ferner reichte sie die Publikation von LÄDERMANN/JOST et al., Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette, veröffentlicht im Swiss Medical Forum 2019 (S. 260-267 [act. I 20]), sowie einen in der Schweizerischen Ärztezei-

tung 2021, S. 614, publizierten Leserbrief der Expertengruppe Schulter swiss orthopaedics (act. I 21), zu den Akten.

Erwägungen:

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG; vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 4. Aufl. 2020, Art. 59 N. 56). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

Ergänzend ist festzuhalten, dass die unzutreffende Parteibezeichnung im Rubrum der Beschwerde (Visana Services AG statt Visana Versicherungen AG [vgl. act. Beilage 2 f.]) nicht zu einem Prozessurteil oder bereits zur Abweisung der Beschwerde führt, was die Beschwerdegegnerin denn auch nicht beantragt (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 12. September 2006, I 786/05, E. 2.2).

1.2 Angefochten ist der die Verfügung vom 26. August 2021 (act. II 85-87) bestätigende Einspracheentscheid vom 5. Januar 2023 (act. II 219-228). Streitig ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen

Unfallversicherung in Zusammenhang mit dem Ereignis vom 17. Januar 2021 über den 9. Februar 2021 hinaus.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit (Art. 6 Abs. 1 UVG) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

2.2 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.3

2.3.1 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 bzw. 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 wegedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

2.3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, 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 schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 147 V 161 E. 3.3 S. 163).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang (vgl. BGE 142 V 435 E. 1 S. 438) muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56). Praxisgemäss muss der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht durch den Nachweis unfallfremder Gründe erbracht werden. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Entscheid des BGer vom 3. März 2022, 8C_600/2021, E. 3.2).

2.3.3 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2).

2.4 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (Entscheid des BGer vom 26. März 2019, 8C_824/2018, E. 3.2). Insbesondere ist der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Entscheid des BGer vom 23. Dezember 2022, 8C_410/2022, E. 4.2).

3.

Das Ereignis vom 17. Januar 2021 (Sturz auf vereistem Boden mit Verletzung der rechten Schulter und des rechten Ellbogens) stellt einen Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) dar (vgl. E. 2.2 vorne), was die Beschwerdegegnerin zu Recht anerkennt (act. II 221 E. 2). Streitig und zu prüfen ist hingegen die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden rechts über den 9. Februar 2021 hinaus.

4.

Zum Gesundheitszustand sowie der Frage der Kausalität lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

4.1 Ein am 21. Januar 2021 durchgeführtes MRI der rechten Schulter beurteilte Dr. med. G._____, Facharzt für Radiologie, wie folgt: "Subtotale transmurale Ruptur der Supraspinatussehne. Sehnendefekt von 11 x 6 mm. Labrum und lange Bizepssehne ohne relevante Pathologie. Impingement Konstellation" (act. II 7).

4.2 Prof. Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 28. Januar 2021 (act. II 3 f.) eine transmurale Supraspinatusruptur rechts (1x1 cm) vom 17. Januar 2021. Der Versicherte sei auf vereister Unterlage gestürzt. "Zunächst Abstützung auf den Ellbogen, dann Distorsion der rechten Schulter. Initial heftige Schmerzen und Pseudoparalyse."

Mittlerweile habe sich die Situation schon deutlich verbessert. Im Vorfeld sei die Schulter asymptomatisch gewesen.

4.3 Am 10. Februar 2021 erfolgte bei diagnostizierter "Rotatorenmanschettenruptur rechts vom 17.01.2021 mit Beteiligung des Supra- und teilweise des Infraspinatus" eine diagnostische Arthroskopie, eine offene Rotatorenmanschettenreinsertion, Bicipstenodese sowie eine dosierte subacromiale Dekompression durch Prof. Dr. med. H._____ (act. II 5). Der postoperative Verlauf war protrahiert (act. II 6; 43; 54).

4.4 Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. C._____, hielt im Bericht vom 20. Mai 2021 (act. II 49) fest, die persönliche Einsichtnahme in die MRI-Untersuchung der rechten Schulter vom 21. Januar 2021 spreche in Kenntnis des beschriebenen Ereignishergangs dafür, dass die Verletzung an der rechten Rotatorenmanschette überwiegend wahrscheinlich auf eine degenerative Veränderung zurückzuführen sei. Nach aktueller geltender Rechtsprechung des Bundesgerichts sei eine Schulterkontusion keine Grundlage für das Herbeiführen einer Ruptur an der Rotatorenmanschette. Eine Schulterprellung heile in aller Regel innerhalb von rund drei Monaten ab. Nachdem mit dem operativen Eingriff vom 10. Februar 2021 ein neuer medizinischer Sachverhalt geschaffen worden sei, liege nunmehr eine sogenannte überholende Kausalität vor. Entsprechend werde nach gängiger Praxis der Status quo sine auf den Tag vor dem Eingriff angesetzt, im konkreten Fall somit auf den 9. Februar 2021.

4.5 Im Bericht vom 14. September 2021 (act. II 91-96) hielt der Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. D._____, fest, es zeigten sich im vorliegenden Fall keine nennenswerten unfallfremden pathologische Veränderungen, insbesondere keine relevanten Zeichen von Degeneration oder Krankheit. So weise der Musculus supraspinatus "keine fettige Degeneration oder relevante Atrophie" auf, und auch dessen eingerissene Sehne zeige keine Zeichen einer Degeneration oder einer vorbestehenden chronischen Schädigung. Das treffe auch auf die anderen Muskeln zu. Auch die Knorpelverhältnisse seien unauffällig. Die eingerissenen Sehnenanteile zeigten keine Retraktion, was auch die Frische des Risses belege. Eingeräumt sei der leicht verminderte Subakromialraum. Dies sei jedoch gering und im vorliegenden Fall keineswegs entscheidend und massge-

bend. Die überwiegende Hauptbedeutung komme dem heftigen Sturz mit Schulterdistorsion zu. Beim Unfallereignis vom 17. Januar 2021 sei der Versicherte gut 56 (richtig: 66) Jahre alt gewesen. Er habe jedoch sehr gute Schultergelenkverhältnisse aufgezeigt, ohne erwähnenswerte, massgebende degenerative Veränderungen. Die überwiegende Hauptbedeutung für die Schulterbeschwerden komme dem Sturzereignis zu (S. 95 f.).

4.6 Dr. med. E. _____ hielt zu Handen des (privaten) Krankentaggeldversicherers in seiner Stellungnahme vom 12. Dezember 2021 (act. II 174-177) fest, nach seiner Beurteilung seien die Begründungen in der Einsprache der Beschwerdeführerin, wonach für die Ruptur der Supraspinatussehne rechts eine Unfallkausalität des Ereignisses vom 17. Januar 2021 vorliege, versicherungsmedizinisch nachvollziehbar, schlüssig und korrekt (S. 177).

4.7 Dr. med. F. _____ hielt im Bericht vom 13. Dezember 2022 (act. II 205-216) zu Handen der Beschwerdegegnerin zusammenfassend fest, insgesamt liessen sich die in den Einsprachen mit der darin enthaltenen Stellungnahme von Dr. med. D. _____ sowie im Bericht von Dr. med. E. _____ vom 12. Dezember 2021 enthaltenen medizinischen Argumente allesamt anhand objektiver Fakten schlüssig widerlegen. Das Ereignis vom 17. Januar 2021 habe am rechten Arm zwar zum Auftreten von Schmerzen geführt, die sich aber bereits innert weniger Tage deutlich gebessert hätten. Eine anamnestisch bekundete anfängliche Pseudoparalyse habe sich ohne spezifische Massnahmen ebenfalls vollständig erholt und in einer MRT vom 21. Januar 2021 hätten sich keine morphologischen Hinweise auf das stattgehabte Trauma finden lassen. Hingegen hätten sich pathologische Befunde gezeigt, die ohne namhafte Zweifel chronischer Natur gewesen seien und die am 10. Februar 2021 zu einer operativen Intervention geführt hätten. Auch dabei hätten keine überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingten Alterationen nachgewiesen werden können und es hätten sich vielmehr die degenerativen Befunde bestätigt. Der Eingriff sei damit überwiegend wahrscheinlich ausschliesslich zur Behandlung von unfallfremden Pathologien erfolgt (act. II 216). Mit dem operativen Eingriff vom 10. Februar 2021 sei eine vollkommen neue Behandlungsphase eingeleitet worden und allenfalls noch bestehende unfallkausale

Schmerzen hätten damit ihre Bedeutung verloren. In Bezug auf das Ereignis vom 17. Januar 2021 sei somit de facto ein Status quo sine herbeigeführt worden (act. II 215).

4.8 Mit Stellungnahmen vom 17. Januar 2023 (act. II 303-318) respektive vom 28. Februar 2023 (act. II 328-333) hielten die Dres. med. D._____ und F._____ jeweils im Wesentlichen an ihren Einschätzungen in den Berichten vom 14. September 2021 (act. II 91-96) bzw. 13. Dezember 2022 (act. II 205-216) fest.

5.

5.1

5.1.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

5.1.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3). Zudem kann insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen eines Aktengutachtens erörtert werden (Entscheid des BGer vom 9. November 2011, 8C_383/2011, E. 4.2).

5.1.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte – zu welchen auch beratende Ärzte eines Versicherungsträgers zählen (Entscheid des BGer vom 15. April 2021, 8C_672/2020, E. 2.3) – kommt 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 S. 354; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 154 E. 2.3).

Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall 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 S. 65; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 154 E. 2.3).

5.1.4 Nach der Rechtsprechung gilt es bei der Beurteilung der Unfallkausalität einer Rotatorenmanschettenläsion, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprechen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen. Dabei sind etwa die bildgebenden Befunde, die Vorgeschichte, der Unfallhergang, der Primärbefund und der Verlauf zu berücksichtigen. Dabei kommt dem Unfallmechanismus keine übergeordnete Bedeutung zu (vgl. Entscheide des BGer vom 15. April 2021,

8C_672/2020, E. 4.1.3 und vom 16. Dezember 2021, 8C_167/2021, E. 4.1). Im Übrigen liegt es nicht an den Gerichten, den Expertenstreit hinsichtlich des Nachweises der Unfallkausalität von Rotatorenmanschettenrupturen zu entscheiden, sondern es ist stets der Einzelfall zu beurteilen (vgl. Entscheid des BGer vom 16. August 2023, 8C_62/2023, E. 5.2.2).

5.2 Die Stellungnahmen von Dr. med. F. _____ vom 13. Dezember 2022 (act. II 205-216) und vom 28. Februar 2023 (act. II 328-333) erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (vgl. E. 5.1.2 vorne) und erbringen vollen Beweis. Dabei schadet es nicht, dass es sich um Aktenberichte handelt, konnte Dr. med. F. _____ seine Stellungnahmen doch auf einen bildgebend sowie intraoperativ (act. II 189) und damit lückenlos erhobenen Befund abstellen (vgl. E. 4 vorne). Insoweit macht die Beschwerdegegnerin auch nichts Gegenteiliges geltend. Weiter berücksichtigte Dr. med. F. _____ sämtliche Aspekte, welche namentlich bei der Beurteilung der Unfallkausalität einer Rotatorenmanschettenläsion rechtsprechungsgemäss einzubeziehen sind (vgl. E. 5.1.4 vorne). Auch setzte er sich überzeugend mit der anderslautenden Auffassung des Dr. med. D. _____ sowie der übrigen vorliegend involvierten Ärzte auseinander. Die Schlussfolgerung von Dr. med. F. _____, wonach das Ereignis vom 17. Januar 2021 nicht zu einer dauerhaften, strukturellen Schädigung der Rotatorenmanschette rechts geführt hat und damit der von Dr. med. C. _____ im Bericht vom 20. Mai 2021 (act. II 49) postulierte Status quo sine (per 9. Februar 2021) eingetreten ist, leuchtet ein und ist mit Blick auf das dargelegte Argumentarium ohne weiteres nachvollziehbar.

5.3 Die Beschwerdeführerin kritisiert insbesondere unter Hinweis auf die Einschätzungen ihres Vertrauensarztes Dr. med. D. _____ die Beurteilung von Dr. med. F. _____.

5.3.1 In grundsätzlicher Hinsicht ist zunächst darauf hinzuweisen, dass namentlich die auf den Bericht von Dr. med. F. _____ vom 13. Dezember 2022 (act. II 205-216) erfolgte Stellungnahme von Dr. med. D. _____ vom 17. Januar 2023 (act. II 303-318) in weiten Teilen unsachlich ausgefallen ist. Namentlich bestehen – um nur einzelne Punkte aus der genannten Stellungnahme von Dr. med. D. _____ zu erwähnen – keine Hinweise in den Akten, wonach die Beschwerdegegnerin bezweck-

te, die Beschwerden des Versicherten "herunterzuspielen", die beteiligten Personen "nicht im besten Licht aussehen zu lassen" (act. II 308) oder dass sich die Beschwerdegegnerin irgendwelcher "Tricks" (act. II 316) oder disqualifizierender Äusserungen bedient hätte (act. II 308). Jedenfalls weckt die Grundtonalität in der Stellungnahme vom 17. Januar 2023 gewisse Zweifel an der Sachbezogenheit und Objektivität des Vertrauensarztes der Beschwerdeführerin und damit am Beweiswert seiner Einschätzungen. Ferner ist die vorliegend zu beurteilende Schulterproblematik in erster Linie dem Fachbereich der Orthopädie bzw. der orthopädischen Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates zuzuordnen. Bei Dr. med. D._____ handelt es sich um einen Internisten, womit ihm für die Beurteilung des vorliegenden Falls grundsätzlich die Fachkompetenz abgeht, was den Beweiswert seiner Einschätzungen ebenso schmälert.

5.3.2 Zur Begründung seiner Einschätzung, wonach der Sturz vom 17. Januar 2021 nicht zu einer Verletzung der am 10. Februar 2021 operativ behandelten Rotatorenmanschette rechts geführt hat, führt Dr. med. F._____ im Wesentlichen die folgenden Punkte ins Feld:

- Beim Ereignis vom 17. Januar 2021 habe der Versicherte überwiegend wahrscheinlich einen Direktanprall am rechten Ellbogen mit axialer Fortleitung der Kraft in Richtung der rechten Schulter erlitten. Eine stattgehabte Schulterdistorsion im traumabiologischen Sinn habe sich anhand des klinischen Verlaufs, vor allem aber aufgrund des bildgebenden Befundes überwiegend wahrscheinlich ausschliessen lassen (act. II 214; 332).
- Für die anamnestisch nach dem Trauma festgehaltene Pseudoparalyse hätten nie objektive Hinweise bestanden und spätestens am 27. Januar 2021 sei der Bewegungsumfang der rechten Schulter wieder als normal einzustufen gewesen (act. II 215; 332).
- Im MRI vom 21. Januar 2021 hätten sich eindeutige Zeichen eines pathologischen Vorzustandes nachweisen lassen, konkret ein auf 5 mm reduzierter knöcherner Subakromialraum und multiple ödematöse bis teils zystoide Veränderungen des Knochens am Tuberculum maius,

unmittelbar benachbart der vom Knochen abgelösten Supraspinatussehne. Letzteres mache rein aspektmässig einen kausalen Zusammenhang zwischen den eindeutig chronisch-degenerativen ossären Alterationen und denjenigen an der erwähnten Sehne überwiegend wahrscheinlich, während ein auf 5 mm reduzierter knöcherner Subakromialraum medizinwissenschaftlich als zuverlässiger Beleg für eine chronische Läsion der Rotatorenmanschette angesehen werde. Hinweise auf eine durch das Trauma bedingte strukturelle Läsion hätten sich bereits vier Tage danach bildgebend nicht mehr finden lassen (act. II 215; 332).

- Am 27. Januar 2021 habe sich im Rahmen einer detaillierten Untersuchung ein nahezu normaler klinischer Befund ergeben und auch die Beschwerden hätten sich schon deutlich reduziert (act. II 215; 332).
- Beim Eingriff vom 10. Februar 2021 habe sich zwar die vom Knochen abgelöste Supraspinatussehne bestätigt, doch hätten sich auch hier keine Hinweise auf objektive Residuen des gut drei Wochen zuvor stattgehabten Sturzes finden lassen (act. II 215; 332).

5.3.3 Was seitens der Beschwerdeführerin im Wesentlichen unter Berufung auf die Einschätzungen von Dr. med. D. _____ dagegen vorgebracht wird, verfängt nicht:

5.3.3.1 Was den Unfallmechanismus anbelangt, so negierte Dr. med. F. _____ die insbesondere von Prof. Dr. med. H. _____ postulierte und von Dr. med. D. _____ ebenfalls angenommene stattgehabte Distorsion des Schultergelenks (act. II 3; 92; 309 f.), indem Ersterer festhielt, es sei überwiegend wahrscheinlich zu einem Direktanprall am rechten Ellbogen mit axialer Fortleitung der Kraft in Richtung der rechten Schulter gekommen (act. II 214). Der von Dr. med. F. _____ angenommene Unfallhergang ist mit Blick auf den anamnestisch erhobenen Umstand, wonach sich der Versicherte beim Sturz zunächst auf dem Ellbogen abstützte (act. II 3), entgegen der Beschwerdeführerin durchaus plausibel. Jedoch ist die Frage, ob der Versicherte beim Sturz vom 17. Januar 2021 in Bezug auf das rechte Schultergelenk einen Anprall oder eine Distorsion erlitt, im

Ergebnis nicht entscheidend. Wie die Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 8 Rz. 7) und Dr. med. D._____ (act. II 313 f.) selber grundsätzlich zu Recht geltend machen, kommt dem Unfallhergang nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung keine übergeordnete Bedeutung bei der Beurteilung der Unfallkausalität zu (vgl. E. 5.1.4 vorne), weil – und dies ist vorliegend nicht anders, was im Übrigen Dr. med. D._____ selber ausdrücklich einräumte (act. II 314) – häufig nicht genau eruierbar ist, wie ein Unfall im Detail ablief und ob sich die Beschwerden und Verletzungen mit den beim Ereignis aufgetretenen Kräften erklären lassen. Dem trug Dr. med. F._____ insofern Rechnung, als er nicht in erster Linie vom Unfallmechanismus auf die Verletzung und die Kausalität, sondern – umgekehrt – vom Verlauf und namentlich dem bildgebend dokumentierten Verletzungsbild auf den potentiellen Unfallmechanismus bzw. die Kausalität schloss, indem er ausführte, vor allem aufgrund des bildgebenden Befundes sei eine Distorsion überwiegend wahrscheinlich auszuschliessen (act. II 211; 214). Damit aber rückte Dr. med. F._____ in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung (vgl. E. 5.1.4 vorne) den Primärbefund ins Zentrum seines Argumentariums, indem er festhielt, dass spezifisch traumabedingte Veränderungen im Sinne morphologischer Hinweise im MRI vom 21. Januar 2021 nicht zu finden gewesen seien (act. II 205; 211; 332). Insofern die Beschwerdeführerin deshalb geltend macht, die Beschwerdegegnerin und Dr. med. F._____ seien von einem falschen Unfallmechanismus ausgegangen, ist diesem Einwand von vornherein der Boden entzogen. Richtig ist, dass Dr. med. F._____ dem Unfallmechanismus allein insofern Bedeutung beimass, als sich nach seiner Einschätzung die von der Beschwerdeführerin postulierte Distorsion befundmässig nicht verifizieren lässt. Damit ist das Kriterium des Unfallmechanismus für die Beurteilung der Kausalität vorliegend von untergeordneter Bedeutung.

5.3.3.2 Was im Weiteren den initialen posttraumatischen Verlauf und die kontrovers beurteilte Frage nach dem Vorliegen einer Pseudoparalyse, welche gemäss Dr. med. D._____ erfahrungsgemäss die Unfallgenese stütze (act. II 311), anbelangt, so ist hierzu Folgendes zu bemerken: Wie Dr. med. F._____ überzeugend ins Feld führte, wurde die Pseudoparalyse zwar anamnestisch geltend gemacht, jedoch zu keinem Zeitpunkt befundmässig objektiviert (vgl. act. II 3). Ungeachtet dessen geht es nicht

darum, diese als "inexistent" zu bezeichnen (act. II 311) oder generell abzustreiten (act. II 312); vielmehr wies Dr. med. F. _____ überzeugend und illustrativ darauf hin, dass die anamnestisch geltend gemachte Pseudoparalyse nicht mit einer durch eine Sehnenläsion verursachten Pseudoparalyse gleichzusetzen ist (act. II 212). Diese Einschätzung wird denn auch durch den echtzeitlich dokumentierten Verlauf gestützt, präsentierte sich doch bereits 10 Tage nach dem Sturz hinsichtlich der rechten Schulter eine deutlich verbesserte Situation. So hielt Prof. Dr. med. H. _____ im Bericht vom 28. Januar 2021 folgenden, anlässlich der Konsultation vom Vortag erhobenen Befund fest: "Reizloser Weichteilmantel. Freie passive Amplituden. Mit etwas Nachhilfe aktive Elevation 160°. Aussenrotationslag 5°. Leicht abgeschwächte Aussenrotationskraft. Gut funktionierender Subscapularis. Positive Bicepssehnen-Zeichen. Leicht prominentes, aber indolentes AC-Gelenk" (act. II 3). Hierzu führte Dr. med. F. _____ überzeugend aus, die damals dokumentierte klinische Funktion sei als weitgehend unauffällig zu bewerten, insbesondere ohne relevante Einschränkung der Beweglichkeit (act. II 332), und allein diese rasche und weitgehende Erholung von Schmerzen und Funktionseinbussen hätte daran denken lassen sollen, dass beim erwähnten Ereignis das Auftreten von relevanten frischen strukturellen Verletzungen als wenig wahrscheinlich einzustufen gewesen sei (act. II 209). Ausdruck dieser raschen Beschwerden- und Befundverbesserung ist denn auch der Umstand, dass Prof. Dr. med. H. _____ mit dem Versicherten am 27. Januar 2021 die Differentialindikation konservative versus operative Behandlung besprach (act. II 4) und er dies kaum getan hätte, wenn er sich von Ersterer keinen Erfolg versprochen hätte, worauf Dr. med. F. _____ ergänzend hinwies (act. II 331). Dr. med. D. _____ äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 17. Januar 2023 nicht differenziert zu diesen Punkten bzw. zum Verlauf, sondern unterstellte der Beschwerdegegnerin bzw. Dr. med. F. _____ eine allein ergebnisbezogene Argumentation (act. II 312), was nicht genügt, um dessen Einschätzung beweismässig zu erschüttern.

5.3.3.3 Im Weiteren setzte sich Dr. med. F. _____ einlässlich mit dem bildgebend – mittels MRI vom 21. Januar 2021 (act. II 7) – dokumentierten Primärbefund auseinander, wobei er zum Schluss gelangte, es liessen sich eindeutige Zeichen eines pathologischen Vorzustandes nachweisen, kon-

ket ein auf 5 mm reduzierter knöcherner Subakromialraum und multiple ödematöse bis teils zystoide Veränderungen des Knochens am Tuberculum maius, unmittelbar benachbart der vom Knochen abgelösten Supraspinatussehne. Daraus folgte er, Letzteres mache rein aspektmässig einen kausalen Zusammenhang zwischen den eindeutig chronisch-degenerativen ossären Alterationen und denjenigen an der erwähnten Sehne überwiegend wahrscheinlich, während ein auf 5 mm reduzierter knöcherner Subakromialraum medizinwissenschaftlich als zuverlässiger Beleg für eine chronische Läsion der Rotatorenmanschette angesehen werde (act. II 215; 332).

Während Dr. med. F._____ eine eigene Beurteilung des Bildmaterials vorgenommen hat (act. II 206 f.), bezog sich Dr. med. D._____ bei seiner Kritik an den Ausführungen von Dr. med. F._____ ausschliesslich auf die entsprechende Beurteilung des Radiologen Dr. med. G._____ (act. II 7) und die Einschätzung von Prof. Dr. med. H._____ (vgl. act. II 306; 310 und 316 oben). In seiner ausführlichen Stellungnahme vom 13. Dezember 2022 hat sich auch Dr. med. F._____ mit dem Bericht des Radiologen Dr. med. G._____ vom 21. Januar 2021 auseinandergesetzt und insbesondere seine Einschätzung, wonach eine subtotale transmurale Ruptur der Supraspinatussehne vorliege, gestützt (act. II 205). Es kann mithin keine Rede davon sein, der "Sehnenriss" werde von der Beschwerdegegnerin "einfach ausgeblendet" (act. II 310). Indessen führte Dr. med. F._____ weiter aus, die Feststellungen des Radiologen bedürften "relevanter Ergänzungen", wobei er auf diverse Alterationen chronisch-degenerativer Natur in unmittelbarer anatomischer Nachbarschaft zu den Veränderungen an der distalen Supraspinatussehne und auf einen entsprechenden ätiologischen Zusammenhang hinwies (act. II 205). Vor diesem Hintergrund greift es zu kurz, wenn Dr. med. D._____ im Wesentlichen auf den radiologischen Bericht von Dr. med. G._____ vom 21. Januar 2021 verwies und ins Feld führte, relevante degenerative Veränderungen seien beim MRI nicht zur Darstellung gekommen (act. II 306) und die Schlussfolgerungen von Dr. med. F._____ seien deshalb abenteuerlich und unhaltbar, zumal er sich zur Einschätzung von Dr. med. F._____ ausdrücklich "nicht weiter äussern" wollte (act. II 316). Denn einerseits erfolgte die bildgebende Untersuchung damals nicht im Hinblick

auf die Kausalitätsbeurteilung respektive die Frage nach der Ätiologie (unfallbedingt/degenerativ) der zu erhebenden Befunde, sondern im Lichte der Fragestellungen "Ruptur der langen Bizepssehne? Labrumriss? Supraspinatussehne?" (act. II 7) und damit in erster Linie zwecks Klärung des weiteren Vorgehens in Bezug auf die Behandlung der Schulterbeschwerden. Dass Dr. med. F._____ angesichts der vorliegend streitgegenständlichen Kausalitätsdiskussion eine eigene Einschätzung des Bildmaterials vorgenommen hat, war folglich sachgerecht bzw. unabdingbar und hat namentlich nichts damit zu tun, den Radiologen "schlecht" zu machen (act. II 316). Andererseits hat Dr. med. D._____ seinerseits Rücksprache mit Dr. med. G._____ genommen, welcher dann offenbar eine Befundergänzung vornahm. Darin gelangte der Radiologe zum Schluss, "Ergänzend lassen sich kleinzystische subkortikale Veränderungen im Ansatzbereich der Infraspinatussehne und gering im dorsalen Ansatzbereich der Supraspinatussehne abgrenzen" (act. II 316). Ungeachtet dessen, wie die in der Stellungnahme von Dr. med. D._____ vom 17. Januar 2023 in der Zitatform wiedergegebenen, jedoch nicht von Dr. med. G._____ unterschriftlich bestätigten Angaben beweismässig zu werten sind, so stützen diese – was die Befundung an sich anbelangt – im Wesentlichen die Beurteilung von Dr. med. F._____. Einzig was deren Interpretation betrifft, ergibt sich eine (scheinbare) Diskrepanz, indem Dr. med. G._____ von einem "altersentsprechenden Normalbefund" ausging, was denn auch Dr. med. D._____ hervorhob und sie deshalb als nicht erwähnenswert erachtete (act. II 316). Allerdings ist der als solcher bezeichnete altersentsprechende Normalbefund (Beschwerde S. 9) vor dem Hintergrund des Alters des Versicherten von im Unfallzeitpunkt gut 66 (und nicht wie von Dr. med. D._____ ursprünglich angenommen 56) Jahren zu würdigen und ändert nichts daran, dass damit – wie nun auch Dr. med. G._____ feststellte – ein degenerativer Prozess dokumentiert wird, worauf Dr. med. F._____ überzeugend hinwies (act. II 330). Damit spielt es keine Rolle, wie der Befund bezeichnet wird. Massgebend ist allein, dass das Vorliegen degenerativer Prozesse im Bereich der Rotatorenmanschette ausgewiesen ist. Ebenso bestätigte Dr. med. G._____ gemäss Stellungnahme von Dr. med. D._____ – und dies ist in beweismässiger Hinsicht hervorzuheben, da seitens der Beschwerdegegnerin allein der Wegfall unfallbedingter Ursachen darzutun ist (vgl. E. 2.3.2 vorne) –, dass im MRI keine ödemarti-

gen Veränderungen im Sinne einer Bone bruise oder mikrotrabekulärer Frakturen festzustellen sind (act. II 316), was sich ebenso mit der Einschätzung von Dr. med. F. _____ deckt (act. II 211), jene von Dr. med. D. _____ (act. II 309 f.) dagegen widerlegt, so dass insgesamt keine Zeichen für ein stattgehabtes Trauma, jedoch klare Hinweise für unfallfremde degenerative Prozesse bildgebend dokumentiert sind (act. II 330).

Im Weiteren wies Dr. med. F. _____ auf eine Impingement-Konstellation im knöchernen Subakromialraum hin, wonach dessen auf 5 mm reduzierte Breite für eine chronische Läsion der Supraspinatussehne spreche (act. II 214). Auch gemäss der von der Beschwerdeführerin replicando zu den Akten gereichten Publikation LÄDERMANN/JOST et al. ist eine Verkürzung der akromiohumeralen Distanz von weniger als 7 mm ein zuverlässiges Zeichen für eine chronische Rotatorenmanschettenläsion (act. I 20 [S. 264]), womit die entsprechende Einschätzung von Dr. med. F. _____ ohne weiteres nachvollziehbar ist. Auch Dr. med. G. _____ beurteilte die Bildgebung ausdrücklich im Sinne einer "Impingement Konstellation" (act. II 7). Vor diesem Hintergrund erweist sich die Auffassung von Dr. med. D. _____ als nicht schlüssig, wenn er den subakromialen Zwischenraum als nur leicht vermindert einstufte und einen prädisponierenden Faktor im Sinne eines Impingements verneinte (act. II 94).

Ferner trifft es zwar zu, dass im MRI-Bericht vom 21. Januar 2021 hinsichtlich der Muskulatur keine fettige Degeneration oder eine relevante Atrophie festgehalten wurden (act. II 7), was denn auch von Dr. med. D. _____ für das Fehlen relevanter degenerativer Veränderungen ins Feld geführt wurde (act. II 95 f.). Dr. med. F. _____ hielt hierzu jedoch nachvollziehbar fest, derartige Alterationen träten fast immer erst dann auf, wenn eine ossäre Ablösung der Supraspinatussehne transmural und auf ganzer Breite vorliege, die Verbindung zwischen Muskel und Knochen somit vollständig unterbrochen sei. Wenn die Läsion – wie im Fall des Versicherten – nur einen Teil der Sehne betreffe, dann sei die Kraftübertragung zwar allenfalls etwas abgeschwächt, finde aber nach wie vor statt. Damit seien wiederum die morphologischen Voraussetzungen für die Entwicklung einer relevanten Atrophie oder gar einer Verfettung der Muskulatur nicht gegeben (act. II 213). Dem setzte Dr. med. D. _____ in der Stellungnahme vom 17. Ja-

nuar 2021 nichts entgegen, womit keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass diesem Befund eine andere als die von Dr. med. F._____ zugrunde gelegte Bedeutung zukommt. Das Bundesgericht lässt es denn auch offen, ob der Grad von Atrophie und Verfettung generell ein schlüssiges Kriterium für die Beurteilung der natürlichen Kausalität darstellt (Entscheid des BGer vom 13. April 2023, 8C_305/2022, E. 5.3.2).

Schliesslich wies Dr. med. F._____ darauf hin, dass auch der intraoperative Befund als unfallfremd zu qualifizieren sei (act. II 215) bzw. morphologische Hinweise auf ein stattgehabtes Trauma auch intraoperativ nicht zu sehen gewesen seien (act. II 332). Dem replicando erfolgten Einwand, die Sehne sei nicht im Ansatzbereich, sondern gemäss Dr. med. D._____ "entfernt davon" gerissen (S. 5 Rz. 3), hielt Dr. med. F._____ – welchem die intraoperativen Bilder zur Einsicht vorlagen (vgl. act. II 189) – entgegen, dass wenn die Supraspinatussehne nicht an der Ansatzstelle lädiert gewesen wäre – mithin dort, wo sich die mikrozystischen Läsionen befunden hätten – diese auch nicht hätte reinseriert werden können (act. II 330). Der Begriff der Insertion im Zusammenhang mit Muskeln oder Sehnen meint denn auch den Bereich am Knochen, wo ein Muskel oder eine Sehne befestigt ist (vgl. z.B. www.flexikon.doccheck.com; ENGELHARDT, Lexikon Orthopädie und Unfallchirurgie, Stichwort Sehneninsertion [www.lexikon-orthopaedie.com]). Die Ausführungen von Dr. med. F._____ blieben in der Folge unwidersprochen. Es besteht auch insoweit kein Grund, an dessen Einschätzung zu zweifeln.

5.3.3.4 Im Weiteren trifft es nach Lage der Akten zwar zu, dass der Versicherte in Bezug auf die rechte Schulter vor dem Ereignis vom 17. Januar 2021 gemäss eigenen Angaben beschwerdefrei war (vgl. act. II 60), was Dr. med. F._____ denn auch nicht in Frage stellte. Ein solcher asymptomatischer Vorzustand – von Dr. med. F._____ einleuchtend damit erklärt, dass der menschliche Körper langsam ablaufende Veränderungen gut kompensieren könne (act. II 213) – spricht indes nicht per se gegen einen degenerativen Prozess, umso weniger in Anbetracht des Alters des Versicherten, worauf Dr. med. F._____ denn auch Bezug nahm (act. II 208). Die Epidemiologie von Rotatorenmanschettenläsionen weist denn auch einen konkreten Bezug zum Alter auf (vgl. PSCHYREMBEL, 267. Aufla-

ge, S. 1576). Soweit Dr. med. D._____ geltend machte, es gebe "keine festgelegte Alters-Guillotine", wonach die Unfallversicherung ab einem bestimmten Alter keine Leistungen mehr übernehme (act. II 317), trifft dies zwar zu, ändert jedoch nichts daran, dass das Alter des gut 66-jährigen Versicherten vorliegend als prädisponierender Faktor für das Vorliegen einer degenerativen Rotatorenmanschettenläsion zu berücksichtigen ist und auch ins Gewicht fällt.

5.3.3.5 Zusammenfassend sind die Stellungnahmen des Internisten Dr. med. D._____ nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel am Beweiswert der Berichte von Dr. med. F._____ zu wecken.

5.3.4 Gleiches trifft schliesslich auch auf die übrigen im Recht liegenden medizinischen Berichte zu: Soweit beschwerdeweise ins Feld geführt wird, die Kausalität werde von Prof. Dr. med. H._____ klar bejaht (S. 6 Rz. 5), so implizieren zwar dessen Diagnosestellung im Bericht 28. Januar 2021 "Transmurale Supraspinatusruptur rechts (1x1 cm) vom 17.01.2021" sowie die anamnestischen Angaben einen Ursache-Wirkung-Zusammenhang (act. II 3). Jedoch nahm Prof. Dr. med. H._____ zu keinem Zeitpunkt eine vertiefende Beurteilung – unter Abwägung der für und gegen eine Kausalität sprechenden Faktoren – vor, womit seine Berichte den Beweiswert der Stellungnahmen von Dr. med. F._____ nicht in Frage zu stellen vermögen. Was sodann die zu Händen des privaten Krankentaggeldversicherers erfolgte Stellungnahme von Dr. med. E._____ vom 12. Dezember 2021 (act. II 174-177) anbelangt, so enthält diese lediglich eine Wiedergabe der Ausführungen von Dr. med. D._____, auf welche dem Dargelegten zufolge (vgl. E. 5.3.3 vorne) nicht abgestellt werden kann. Dasselbe muss folglich auch für die Stellungnahme von Dr. med. E._____ gelten, zumal sich diese in der Feststellung erschöpft, dass die – auf dem Bericht von Dr. med. D._____ vom 14. September 2021 (act. II 91-96) basierende – Beurteilung in der Einsprache der Beschwerdeführerin (act. II 125) "versicherungsmedizinisch nachvollziehbar, schlüssig und korrekt" sei (act. II 177).

5.3.5 Demnach bestehen unter Berücksichtigung der Berichte der Dres. med. D._____ und E._____ sowie Prof. Dr. med. H._____ keine auch nur geringen Zweifel (vgl. E. 5.1.3 vorne) an der Zuverlässigkeit und

Schlüssigkeit der Stellungnahmen von Dr. med. F._____, so dass es der in der Beschwerde eventualiter beantragten Rückweisung an die Beschwerde-gegnerin zwecks weiteren Abklärungen (Beschwerde S. 2) nicht bedarf.

5.4 Insgesamt sprechen die zu gewichtenden Aspekte – insbesondere der bildgebend zur Darstellung gelangte Primärbefund, der keine unfallbedingten Läsionen, jedoch degenerative Prozesse dokumentierte, der post-traumatische Verlauf mit rascher Beschwerderegressions sowie das Alter des Versicherten – mit Dr. med. F._____ klar gegen eine traumabedingte strukturelle Verletzung. Damit gelingt der Beschwerdegegnerin der – unbestrittenermassen von ihr zu erbringende (act. II 221 E. 4; vgl. E. 2.3.2 vorne) – rechtsgenügende Nachweis des Wegfalls unfallbedingter Ursachen hinsichtlich der an der rechten Schulter geklagten Beschwerden. Was sodann den Status quo sine anbelangt, so erscheint dessen Festlegung per 9. Februar 2021 zwar als früh. Tatsächlich hielt auch Dr. med. F._____ fest, die Annahme erscheine nicht abwegig, dass unfallkausale Schmerzen im Zeitpunkt des Eingriffs vom 10. Februar 2021 noch nicht vollständig abgeklungen gewesen seien (act. II 215). Jedoch ist zu beachten, dass mit der bereits am 10. Februar 2021 erfolgten Operation keine unfallbedingten Pathologien behandelt wurden, sondern allein die degenerativ veränderte Rotatorenmanschette (vgl. E. 5.3 vorne). Ferner wurde mit der Operation in Bezug auf den Gesundheitszustand der rechten Schulter eine neue tatsächliche Situation im Sinne einer überholenden Kausalität geschaffen, womit allenfalls noch bestehende unfallbedingte Schmerzen ihre Bedeutung verloren (vgl. act. II 49; 215). Damit sowie in Anbetracht des Umstands, dass die Datierung des Status quo sine von der Natur der Sache her eine Schätzung darstellt (vgl. Entscheid des BGer vom 28. Februar 2019, 8C_167/2018, E. 6.5), ist die mit Verfügung vom 26. August 2021 (act. II 85-87) per 9. Februar 2021 erfolgte und mit Einspracheentscheid vom 5. Januar 2023 (act. II 219-228) bestätigte Leistungseinstellung nicht zu beanstanden.

5.5 Zusammenfassend ist die Beschwerde gegen den angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. Januar 2023 abzuweisen.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. ^fbis ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Die Beschwerdeführerin und die (obsiegende) Beschwerdegegnerin haben als Sozialversicherungsträgerinnen von vornherein keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - KPT Krankenkasse AG
 - Visana Versicherungen AG
 - Stoller Hans-Ulrich
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.