



**Fall-Nr.:** UV 2022/21  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 01.05.2023  
**Entscheiddatum:** 30.03.2023

### **Entscheid Versicherungsgericht, 30.03.2023**

**Art. 6 UVG. Ungenügende Aktenlage in Bezug auf die Beurteilung der Frage der Unfallkausalität der Rupturen der Supraspinatus-, Infraspinatus-, Subscapularis- und Bizepssehne. Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung und neuer Verfügung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. März 2023, UV 2022/21).**

#### **Entscheid vom 30. März 2023**

Besetzung

Versicherungsrichter Michael Rutz (Vorsitz), Versicherungsrichterrinnen Mirjam Angehrn und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Anita Hüsler

Geschäftsnr.

UV 2022/21

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Lorenz Gmünder, Schwager Mätzler Schneider,  
Poststrasse 23, Postfach 1936, 9001 St. Gallen,

gegen



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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Versicherungsleistungen**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war seit 1990 bei der Gemeinde B.\_\_\_\_ als Lehrperson tätig und dadurch bei der Visana Versicherungen AG (nachfolgend: Visana) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 18. Juni 2020 meldete die Arbeitgeberin der Visana einen Nichtberufsunfall des Versicherten vom 17. Juni 2020. Der Versicherte sei mit dem Fahrrad bei Regen und rutschiger Fahrbahn gestürzt. Als verletzter Körperteil wurde die rechte Schulter und die Art der Schädigung als "starke Prellung, ist noch in Abklärung" angegeben (act. G 5.6).

**A.b.** Der Versicherte war am Unfalltag vom Rettungsdienst zur notfallmässigen Untersuchung ins Kantonsspital St. Gallen (KSSG), Spital C.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, gebracht worden. Im entsprechenden Bericht zur Notfallkonsultation vom 17. Juni 2020 wurde seitens der behandelnden Ärzte des KSSG festgehalten, es habe eine schmerzhaftige Schwellung am proximalen lateralen Humerus in Projektion auf das Tuberculum majus bestanden. Eine Bewegungs- und Funktionsprüfung der oberen Extremität sei bei schmerzbedingter Immobilisation nicht möglich gewesen. Die durchgeführte Röntgenuntersuchung habe intakte knöchernen Strukturen ohne Nachweis einer Fraktur oder knöchernen Läsion ergeben. Als Diagnosen wurden eine Schulterkontusion rechts sowie eine minime Läsion der Haut an der rechten Kniescheibe festgehalten (act. G 5.1 ff.).

**A.c.** Am 30. Juni 2020 führte das Netzwerk Radiologie, Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin, D.\_\_\_\_, eine MRT-Untersuchung der rechten Schulter durch. Die



## St.Galler Gerichte

untersuchende Oberärztin Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, beurteilte die erhobenen Befunde als subtotale Ruptur der Rotatorenmanschette mit kompletter Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne sowie der Teres minor Sehne und transmuraler Ruptur der Subscapularissehne im superioren Abschnitt, Ruptur im Bizeps Pulley bei kompletter Luxation der langen Bizepssehne nach medial sowie inkomplette fissurale Frakturlinie am anteromedialen Aspekt des Humeruskopfs (act. G 5.15 f.).

**A.d.** Am 1. Juli 2020 fand eine weitere Untersuchung im KSSG statt, wobei sich gemäss dem entsprechenden Untersuchungsbericht eine aktive Flexion und Abduktion von je 20° zeigte. Die passive Mobilisation sei bis 90° möglich gewesen, anschliessend erfolgte eine endphasige Schmerzangabe bei Abduktion und Flexion. In Bezug auf das Procedere wurde festgehalten, dass aufgrund der Massenruptur der Rotatorenmanschette eine Indikation zur operativen Versorgung mittels arthroskopischer Rotatorenmanschettenrekonstruktion bestehe. Die Operation sei für den 9. Juli 2020 geplant (act. G 5.18 f.). Am 4. Juli 2020 (Eingang bei der Visana am 7. Juli 2020) stellte das KSSG ein Gesuch um Kostengutsprache für die geplante operative Behandlung der Rotatorenmanschettenruptur rechtsseitig mit Spitaleintritt am 9. Juli 2020 (act. G 5.21).

**A.e.** Am 9. Juli 2020 teilte die Visana dem KSSG per E-Mail mit, dass sie die Kostenübernahme nicht garantieren könne, da sie medizinisch nicht ausreichend dokumentiert sei. Sie ersuchte entsprechend um Zustellung sämtlicher medizinischer Unterlagen  
(act. G 5.22).

**A.f.** Am 13. Juli 2020 stellte das KSSG der Visana den Operations- sowie den Austrittsbericht vom 13. Juli 2020 zu. Die Rotatorenmanschettenrekonstruktion (Supraspinatus, Infraspinatus, Subscapularis und Bizepssehnenentomie rechts) mittels Schulterarthroskopie war am 9. Juli 2020 durch Dr. med. F.\_\_\_\_, leitender Arzt der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am KSSG, durchgeführt worden (act. G 5.30 f.). Der Spitalaustritt erfolgte am 12. Juli 2020 (act. G 5.27 f.)



**A.g.** Am 6. August 2020 nahm "Dr. med. G.\_\_\_\_ H.\_\_\_\_ [*Anmerkung: es wurden lediglich die Initialen aufgeführt*], Facharzt für Chirurgie, Facharzt für Intensivmedizin, beratender Arzt von Visana" zu der Frage Stellung, ob die operativ behandelten pathologischen Befunde (zumindest teilweise) auf das Unfallereignis vom 17. Juni 2020 zurückzuführen seien. Dabei kam er zu dem Schluss, dass es sich bei der operativ behandelten Rotatorenmanschettenruptur um einen Vorzustand handle, der nicht überwiegend wahrscheinlich durch das Unfallereignis herbeigeführt worden sei. Das Unfallereignis habe auch nicht überwiegend wahrscheinlich zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung dieses Vorzustands geführt. Es sei überwiegend wahrscheinlich von einer Schulterkontusion rechtsseitig auszugehen, was zu einer Symptomverstärkung bei vorgeschädigter Schulter geführt habe. In der Regel sei in einem solchen Fall bei rein konservativer Behandlung mit dem Eintritt des Status quo sine nach drei bis sechs Monaten zu rechnen. Im vorliegenden Fall stelle der operative Eingriff vom 9. Juli 2020 eine Unterbrechung des normalen Heilverlaufs im Rahmen einer konservativen Behandlung dar. Somit dürfe der Status quo einen Tag vor dem operativen Eingriff angesetzt werden (act. G 5.41 f.).

**A.h.** Mit Schreiben vom 20. November 2020 teilte die Visana dem Versicherten mit, dass sie – nach Rücksprache mit ihrem beratenden Arzt – zu dem Schluss gekommen sei, dass seine Beschwerden ab dem 8. Juli 2020 überwiegend wahrscheinlich nicht mehr auf das Ereignis vom 17. Juni 2020 zurückzuführen seien, sondern auf unfallfremde Veränderungen. Sie würden deshalb die Leistungen per 8. Juli 2020 einstellen. Auf die Rückforderung der darüber hinaus erbrachten Leistungen verzichte sie (act. G 5.78).

**A.i.** Am 14. Dezember 2020 fand ein weiterer Untersuch bei Dr. F.\_\_\_\_ im KSSG statt. Dabei zeigte sich die Beweglichkeit der rechten Schulter noch nicht vollständig, aber bei guter Kraft der Rotatoren. In Bezug auf die Leistungsablehnung durch die Visana sei dem Versicherten geraten worden, eine Rechtsschutzversicherung zu beauftragen, da dieser Fall klar auf einen Unfall zurückzuführen sei (act. G 5.89 f.). Mit Schreiben vom 18. Dezember 2020 gelangte Dr. F.\_\_\_\_ mit einem "Wiedererwägungsgesuch" an die Visana bzw. "Dr. G.\_\_\_\_ H.\_\_\_\_ [*Anmerkung: es wurden lediglich die Initialen aufgeführt*]" und ersuchte darum, den Fall erneut zu beurteilen, da seiner Meinung nach die Visana in diesem Fall leistungspflichtig sei (act. G 5.92 f.).



**A.j.** Mit E-Mail vom 4. Januar 2021 teilte die Protekta Rechtsschutz-Versicherung AG (nachfolgend: Protekta) der Visana mit, sie sei mit der Interessenwahrung des Versicherten beauftragt worden. Dieser sei mit der geplanten Leistungseinstellung nicht einverstanden und bitte um Bekanntgabe des vollständigen Namens des beratenden Arztes sowie um eine Antwort zum Wiedererwägungsgesuch von Dr. F.\_\_\_\_ (act. G 5.96). Die Visana teilte der Protekta gleichentags per E-Mail mit, dass es sich beim beratenden Arzt um Dr. med. Dr. iur. G.\_\_\_\_ H.\_\_\_\_ [*Anmerkung: es wurde der vollständige Name aufgeführt*] (Facharzt für Chirurgie, Facharzt für Intensivmedizin) handle. Dieser werde das Wiedererwägungsgesuch am 7. Januar 2021 anschauen (act. G 5.94).

**A.k.** Am 7. Januar 2021 nahm Dr. H.\_\_\_\_ zum Wiedererwägungsgesuch von Dr. F.\_\_\_\_ Stellung, wobei er zu dem Schluss kam, dass die entsprechenden Ausführungen an seiner Beurteilung vom 6. August 2020 (vgl. zu dieser vorstehend Sachverhalt A.g) nichts ändern würden (act. G 5.105 ff.).

**A.l.** Mit E-Mail vom 9. Februar 2021 ersuchte die Protekta die Visana um Erlass einer anfechtbaren Verfügung (act. G 5.123).

**A.m.** Am 5. März 2021 verfügte die Visana die Einstellung der Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 17. Juni 2020 per 8. Juli 2020, wobei sie auf die Rückforderung der darüber hinaus erbrachten Leistungen verzichtete. Zur Begründung führte sie – gestützt auf die beiden vorerwähnten Beurteilungen von Dr. H.\_\_\_\_ – aus, die gesundheitliche Beeinträchtigung des Versicherten sei seit dem 9. Juli 2020 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf das Ereignis vom 17. Juni 2020, sondern ausschliesslich auf unfallfremde Faktoren zurückzuführen (act. G 5.162 ff.).

## **B.**

**B.a.** Am 9. April 2021 erhob der nunmehr anwaltlich vertretene Versicherte Einsprache gegen die Verfügung vom 5. März 2021 und beantragte die Aufhebung derselben sowie die weitere Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen. Die Beurteilung des beratenden Arztes sei falsch, die gesundheitlichen Einschränkungen seien auf den Unfall zurückzuführen und die Visana leistungspflichtig. Gleichzeitig ersuchte er um eine



Fristerstreckung zur nachträglichen Begründung der Einsprache nach Zugang der vollständigen Akten (vgl. act. G 5.189).

**B.b.** Mit Schreiben vom 5. Mai 2021 erhob die Agrisano Krankenkasse AG (nachfolgend: Agrisano) als zuständiger Krankenversicherer ebenfalls vorsorglich Einsprache gegen die (ihr am 24. März 2021 zugestellte) Verfügung vom 5. März 2021 und ersuchte ebenfalls um Zustellung weiterer Unterlagen sowie die Gewährung einer angemessenen Nachfrist für die Begründung der Einsprache (act. G 5.198).

**B.c.** Am 31. Mai 2021 erfolgte die nachträgliche Begründung der Einsprache durch den Versicherten. Darin beantragte er neu (neben der Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie der weiteren Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen) die rückwirkende Auszahlung der Unfalltaggelder ab dem 8. Juli 2020 sowie eventualiter die Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Visana (act. G 5.206 ff.).

**B.d.** Am 9. Juli 2021 nahm Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Vertrauensarzt SGV, im Auftrag der Agrisano Stellung zur medizinischen Situation. Dabei gelangte er zu dem Schluss, dass sich ein Aussenrotationstrauma, welches dynamikbedingt zur Intervallläsion mit Abriss der Subscapularissehne und Luxation der Bizepssehne geführt habe, nicht überwiegend wahrscheinlich ausschliessen lasse. Eine solche Distorsionsfolge würde eine richtungsgebende Verschlimmerung des (seiner Ansicht nach bestehenden) degenerativen Vorzustands darstellen, weshalb kein Status quo sine erhoben werden könne. Daher gehe die Rekonstruktion der Rotatorenmanschette zulasten der Unfallversicherung (act. G 5.223 ff.). Mit Eingabe vom 29. Juli 2021 hielt die Agrisano – unter Verweis auf die Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ – an ihrer Einsprache fest (act. G 5.222).

**B.e.** Im Auftrag der Visana erfolgte am 12. Januar 2022 eine Beurteilung der medizinischen Situation durch den beratenden Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Dieser kam zu dem Schluss, dass ein Zusammenhang zwischen der Massenruptur der Rotatorenmanschette und dem erlittenen Trauma überwiegend wahrscheinlich auszuschliessen sei. Insgesamt würden die beiden Einsprachen des Versicherten sowie



der Agrisano Krankenkasse bzw. die darin enthaltenen oder zitierten medizinischen Stellungnahmen keine neuen Argumente enthalten, die zu einer im Ergebnis veränderten Beurteilung des Sachverhalts im Vergleich zu denjenigen von Dr. H.\_\_\_\_ vom 6. August 2020 und 7. Januar 2021 führen würden (act. G 5.273 ff.).

**B.f.** Mit Einspracheentscheid vom 17. Februar 2022 wies die Visana die Einsprachen des Versicherten und der Agrisano – gestützt auf die Beurteilungen ihrer beratenden Ärzte – ab (act. G 5.287 ff.).

### **C.**

**C.a.** Mit Beschwerde vom 21. März 2022 beantragte der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids, die weitere Gewährung der gesetzlichen Versicherungsleistungen und die rückwirkende Auszahlung der Unfalltaggelder ab dem 8. Juli 2020, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Visana (nachfolgend: Beschwerdegegnerin). Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen, insbesondere ein medizinisches Gutachten anzuordnen (act. G 1). Zusammen mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer bzw. dessen Rechtsvertreter unter anderem das Aktenverzeichnis der Beschwerdegegnerin per 26. April 2021 (wie es ihm damals zugestellt worden sei) ein (act. G 1.3) und beantragte die Edition der vorinstanzlichen Akten (vgl. act. G 1 S. 3 Ziff. 5).

**C.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 7. Juni 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde vom 21. März 2022 unter Kostenfolgen (act. G 5). Zusammen mit der Beschwerdeantwort reichte die Beschwerdegegnerin die vorinstanzlichen Akten ein (act. G 5.1 bis 5.300).

**C.c.** Am 13. Juni 2022 liess das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zukommen, setzte ihm eine Frist zur Einreichung einer allfälligen Replik an und teilte ihm gleichzeitig mit, dass die mit der Beschwerdeantwort eingereichten Akten bei Bedarf zur Einsichtnahme angefordert werden könnten (act. G 6).



## St.Galler Gerichte

**C.d.** Mit Replik vom 10. Oktober 2022 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen gemäss Beschwerde vom 21. März 2022 fest. In formeller Hinsicht führte er – unter Verweis auf das von ihm eingereichte Aktenverzeichnis (act. G 5.3) – zudem aus, dass die ihm am 26. April 2021 zugestellten Akten 77 Seiten umfasst hätten. Seither seien im Wesentlichen die nachträgliche Einsprachebegründung, der Einspracheentscheid und die Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_ vom 12. Januar 2022 hinzugekommen. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdegegnerin würden die Akten nun auf einmal mindestens 288 Seiten (viermal mehr) umfassen. Die Nummerierung stimme mit dem ursprünglichen Verzeichnis nicht überein. Dies verursache einen deutlichen, unnötigen Mehraufwand (act. G 11).

**C.e.** Die Beschwerdegegnerin hielt in der Duplik vom 4. November 2022 an ihren Anträgen gemäss der Beschwerdeantwort vom 7. Juni 2022 fest (act. G 13).

**C.f.** Nach Abschluss des Schriftenwechsels liess der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen am 23. November 2022 seine Honorarnote für den Zeitraum vom 30. März 2021 bis zum 23. November 2022 im Umfang von 21.67 Stunden bzw. Fr. 5'417.50 zukommen. Er ersuchte um wohlwollende Prüfung und Beachtung der Komplexität des Falls, aufgrund des Unfallhergangs und der medizinischen sowie rechtlichen Sachlage. Die Beschwerdegegnerin habe sehr umfassende Rechtsschriften eingereicht. Wegen des falschen Aktenverzeichnisses sei weiterer Aufwand entstanden (act. G 15 und 15.1).

## Erwägungen

### 1.

Vorliegend strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen zu Recht per 8. Juli 2020 eingestellt hat. Damit zusammenhängend ist insbesondere die Unfallkausalität der Sehnenrupturen an der Rotatorenmanschette rechtsseitig zu prüfen, welche am 9. Juli 2020 operativ behandelt worden sind. In Bezug auf den Leistungseinstellungszeitpunkt ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungseinstellung "per 8. Juli 2020" verfügt bzw. entschieden hat (act. G 5.162 ff. und 5.287 ff.). Der Beschwerdeführer macht entsprechend insbesondere die rückwirkende Auszahlung von Unfalltaggelder "ab 8. Juli 2020" geltend (act. G 1 S. 2 Ziff. 1.2). Die vorliegende Aktenlage (insbesondere die



Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ vom 6. August 2020 [act. G 5.41 f.], auf welche die Beschwerdegegnerin die Leistungseinstellung unter anderem stützt) lässt jedoch darauf schliessen, dass die Beschwerdegegnerin mit ihrer Formulierung den 8. Juli 2020 als letzten Tag der Anspruchsberechtigung gemeint hatte. Dies, zumal die Unfalltaggelder ebenfalls bis und mit 8. Juli 2020 ausbezahlt worden sind (act. G 5.109). Die Physiotherapiekosten wurden offenbar sogar über den 8. Juli 2020 hinaus vergütet (act. G 5.229). Vorliegend kann offenbleiben, wie der Wortlaut der Verfügung genau zu verstehen ist, da die Beschwerdegegnerin so oder anders auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen verzichtet (act. G 5.163). Mithin kann ein allfälliger (weiterer) Anspruch auf Unfalltaggelder frühestens ab dem 9. Juli 2020 bestehen und wären nur diejenigen Physiotherapiekosten zu ersetzen, welche nicht bereits vergütet worden sind.

## 2.

**2.1.** Der Unfallversicherer hat bei Vorliegen eines Unfalls gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (vgl. Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 63 ff. zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS UVG-Nabold, N 53 und 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 65 f. und N 74 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 54 f. und 58). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinne von nachweisbaren strukturellen Veränderungen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der



natürlichen Kausalität deckt (vgl. BGE 134 V 111 E. 2.1 und BGE 127 V 103 E. 5b/bb, je mit Hinweisen; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45; BSK UVG-Hofer, N 80 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 58 f.).

**2.2.** Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen bzw. hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht für einen Gesundheitsschaden einmal anerkannt, so entfällt seine Leistungspflicht erst dann, wenn der Unfall nicht (mehr) die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer 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 Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die bloss e Möglichkeit gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2022, 8C\_734/2021, E. 2.2.2 mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b mit Hinweisen; vgl. auch Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 54). Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Dieser Grundsatz gilt aber nur für Verletzungen, welche Gegenstand der Anerkennung bildeten (Urteil des Bundesgerichts vom 14. März 2019, 8C\_855/2018, E. 3.1 mit Hinweis). Auch hat der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen, sondern nur darzutun, dass die unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2021, 8C\_80/2021, E. 2.2 mit Hinweisen).

**2.3.** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d. h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht,



auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind.

Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, können beweistauglich sein. An die Beweiswürdigung der Beurteilungen dieser Ärzte und Ärztinnen sind indes strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 469 f. E. 4.4. mit Hinweis; bestätigt in: Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C\_592/2012, E. 5.3). Die Rechtsprechung erachtet sodann reine Aktengutachten als beweiskräftig, 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C\_780/2016, E. 6.1).

### 3.

**3.1.** Die Beschwerdegegnerin anerkannte mit Schreiben vom 23. Juni 2020 zu Recht, dass der Beschwerdeführer einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG mit einer schädigenden Einwirkung auf den Körper erlitten hat und erbrachte entsprechend – zumindest vorläufig – die gesetzlichen Versicherungsleistungen (act. G 5.13). Mit Einspracheentscheid vom 17. Februar 2022 (act. G 5.287 ff.) bzw. mit der diesem zugrundeliegenden Verfügung vom 5. März 2021 (act. G 5.162 ff.) hat die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen per 8. Juli 2020 eingestellt, da gemäss den Beurteilungen der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin die vom Versicherten über den 8. Juli 2020 hinaus geltend gemachten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf das Unfallereignis vom 17. Juni 2020 zurückzuführen seien, sondern ausschliesslich unfallfremde Ursachen hätten, welche am 9. Juli 2020 operativ behandelt worden seien (act. G 5.287 ff.). Der Beschwerdeführer macht jedoch einen Anspruch auf Versicherungsleistungen über das Einstellungsdatum hinaus geltend.

**3.2.** Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine unfallkausale strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar



und von der untersuchenden Person und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit – wissenschaftlich anerkannten – apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, Arthroskopie) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juli 2015, 8C\_139/2015, E. 4.1.1 mit Hinweisen).

**3.3.** Ein massgebender Ausgangspunkt für die Beurteilung traumatischer Folgeschäden bzw. der Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bildet der gesundheitliche Zustand einer versicherten Person vor dem Unfall. Ist es durch letzteren zu keinen neuen strukturellen Schäden gekommen, trifft er aber auf einen vorgeschädigten Körper, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustandes in Betracht. Eine richtungsgebende Verschlimmerung liegt nach der Rechtsprechung vor, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können (KOSS UVG-Nabold, N 54 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 71 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 54 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2015, 8C\_484/2014, E. 2.1). Von einer vorübergehenden unfallbedingten Verschlimmerung eines Vorzustandes wird dann gesprochen, wenn Unfallfolgen bzw. deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie konkret beschrieben bzw. radiologisch als strukturelle Verletzung der Gelenke oder Knochen sichtbar gemacht werden können. In solchen Fällen wird bei einem geeigneten bzw. adäquaten Ereignis in einer ersten Phase davon ausgegangen, dass dieses eine schädigende Wirkung auf den Körper habe. Die aufgetretenen bzw. ausgelösten Beeinträchtigungen werden, obwohl sie möglicherweise weiterbestehen, nach einer gewissen Zeit gestützt auf medizinische Erfahrung aber nicht mehr dem Unfall angelastet. Die Unfallversicherung übernimmt in diesen Fällen nur Leistungen für den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, d. h. sie hat bis zum Erreichen des Status quo sine oder ante Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Als Beispiel dafür gelten insbesondere Kontusions- und Distorsionsfolgen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C\_423/2012, E. 5.3, und 24. Juni 2008, 8C\_326/2008, E. 3.2 und 4; vgl. auch KOSS UVG-Nabold, N 57 zu Art. 6, und BSK UVG-Hofer, N 72 zu Art. 6).

#### 4.

Im Bericht zur Notfallkonsultation vom 17. Juni 2020 im KSSG stellten die



behandelnden Ärzte die Diagnose einer Schulterkontusion rechts sowie einer minimalen dermalen Läsion an der Kniescheibe rechts (act. G 5.1).

**4.1.** Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass die Hautläsion am Knie offenbar (und in Übereinstimmung mit den Erfahrungswerten) selbstlimitierend war, da dieses in den späteren medizinischen Unterlagen keine Erwähnung mehr fand und zumal der Beschwerdeführer in diesem Bereich auch keine Beschwerden mehr geltend macht bzw. gemacht hatte. Die Verletzung des rechten Knies stand der Leistungseinstellung per 9. Juli 2020 nach Gesagtem nicht im Wege und es muss darauf nachfolgend nicht weiter eingegangen werden.

**4.2.** In Bezug auf die Schulter hielt Dr. E. \_\_\_ im Bericht zur MR-Arthrographie des rechten Schultergelenks vom 30. Juni 2020 eine subtotale Ruptur der Rotatorenmanschette mit kompletter Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne sowie der Teres minor Sehne und transmuraler Ruptur der Subscapularissehne im superioren Abschnitt, eine Ruptur im Bizeps Pulley bei kompletter Luxation der langen Bizepssehne nach medial und eine inkomplette fissurale Frakturlinie am anteromedialen Aspekt des Humeruskopfs fest (act. G 5.15 f.). Die Supraspinatus-, Infraspinatus- und Subscapularissehne wurden am 9. Juli 2020 operativ rekonstruiert und die (luxierte) Bizepssehne durchtrennt (act. G 5.30). Eine Ruptur der Teres Minor Sehne wird im Bericht zur Operation vom 9. Juli 2020 nicht erwähnt, es wird lediglich von drei rupturierten Sehnen gesprochen (act. G 5.30 f.). Auch in den späteren medizinischen Unterlagen, in denen die medizinischen Fachpersonen unter anderem die MRT-Bildgebung diskutieren, wird eine solche nicht erwähnt. Mithin ist eine Ruptur der Teres Minor Sehne nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen. Auch eine Muskelruptur am Bizeps sowie eine Fraktur und Subluxation des Humeruskopfs wurden im Operationsbericht nicht erwähnt (act. G 5.30 f.). Dies kann grundsätzlich darauf zurückzuführen sein, dass diese offenbar nicht operativ behandelt werden konnten bzw. mussten (sofern solche überhaupt bestanden bzw. diese unfallkausal gewesen sein sollten, vgl. dazu untenstehend E. 11.2 und 11.3 zu den Pathologien am Humeruskopf). Nach Gesagtem ist davon auszugehen, dass diese keine relevanten Beschwerden bzw. Einschränkungen verursachten und/oder im kurzzeitigen Verlauf selbstlimitierend waren, zumal den vorliegenden Akten keine Hinweise auf weitere Beschwerden in diesem Zusammenhang zu entnehmen sind.

**4.3.** Nachfolgend ist entsprechend zu prüfen, ob die Läsionen der am 9. Juli 2020 operativ behandelten Sehnen unfallkausal waren und damit einer Leistungseinstellung per 8. Juli 2020 im Wege standen.



### 5.

Angesichts der bildgebenden Untersuchung am 30. Juni 2020 (knapp zwei Wochen nach dem Unfallereignis), sind die erhobenen Befunde noch als unfallnah anzusehen. Im konkreten Fall liegen jedoch keine vor dem Unfall erstellten radiologischen Aufnahmen vor, welche einen Vergleich zwischen dem Gesundheitszustand vor und nach dem Unfallereignis und mithin einen Rückschluss auf einen allfälligen Vorzustand zulassen würden.

### 6.

Bezüglich der Bizepssehne hielt Dr. F.\_\_\_\_ im Operationsbericht zur Schulterarthroskopie vom 9. Juli 2020 fest, dass er eine Tenotomie durchgeführt, d. h. diese durchtrennt habe (act. G 5.30 f.). Dr. H.\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung vom 6. August 2020 fest, die lange Bizepssehne komme in den MRT-Bildern nicht mehr im Sulcus bicipitis zur Darstellung, was für eine Luxation und/oder Ruptur spreche, wobei dem Operationsbericht zum festgestellten Zustand der Sehne aber nichts entnommen werden könne (act. G 5.41). In seinem Wiedererwägungsgesuch vom 18. Dezember 2020 hielt Dr. F.\_\_\_\_ pauschal fest, dass es durch die anteriore Bizepssehnenluxation zur Subluxation des Humeruskopfs nach posterior, typisch nach Trauma, gekommen sei (act. G 5.93). Dr. I.\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung vom 9. Juli 2021 zur Luxation der Bizepssehne fest, ein Aussenrotationstrauma, welches unter anderem zur Luxation der Bizepssehne geführt habe, könne nicht überwiegend wahrscheinlich ausgeschlossen werden (act. G 5.225). Die blosser Möglichkeit einer Unfallkausalität der Bizepssehnenluxation – wie sie Dr. I.\_\_\_\_ postuliert – genügt jedoch nicht. Eine solche müsste überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen sein. Auch die pauschale Aussage von Dr. F.\_\_\_\_, wonach es sich um eine typische Traumafolge handle (wobei nicht ganz klar ist, ob er damit die Luxation der Sehne, die Subluxation des Humeruskopf oder beides meint), vermag eine Unfallkausalität nicht überwiegend wahrscheinlich nachzuweisen. Nach Gesagtem bestehen aufgrund der Beurteilungen der Dres. F.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ aber zumindest Hinweise darauf, dass es sich bei der Bizepssehnenluxation um einen unfallkausalen Gesundheitsschaden handelt. Eine abschliessende Beurteilung der Unfallkausalität derselben kann gestützt auf die vorliegende Aktenlage jedoch nicht erfolgen. Ebenso lässt die vorliegende Aktenlage – bei Annahme einer Unfallkausalität der Bizepssehnenluxation – keinen Rückschluss auf deren Behandlungsbedürftigkeit im Sinne einer Tenotomie zu (grundsätzlich wäre auch denkbar, dass die Bizepssehne nur durchtrennt wurde, um besseren Zugang zu den rupturierten Sehnen zu erhalten). Gegebenenfalls könnte die im Bericht zur Operation vom 9. Juli 2020 erwähnte Videodokumentation (act. G 5.31) in Bezug auf die



Unfallkausalität sowie die Behandlungsbedürftigkeit der Bizepssehne Aufschluss geben.

### 7.

**7.1.** In Bezug auf die Sehnenrupturen an der Rotatorenmanschette besteht zwischen den Parteien bzw. den behandelnden und den beratenden Ärzten Uneinigkeit in Bezug auf den Unfallhergang, namentlich wie sich dieser abgespielt haben soll bzw. ob er geeignet war, die Sehnenrupturen hervorzurufen. Während der behandelnde Arzt Dr. F.\_\_\_\_ in seinem Wiedererwägungsgesuch vom 18. Dezember 2020 – unter Verweis auf die Expertengruppe Schulter und Ellbogen von Swiss Orthopaedics – festhält, ein direktes Schultertrauma sei geeignet, eine Ruptur der Rotatorenmanschette zu verursachen (act. G 5.93), führt der beratende Arzt Dr. H.\_\_\_\_ – unter Verweis auf das Urteil des Bundesgerichts vom 22. Oktober 2019, 8C\_446/2019, E. 5.2.2 – in seiner Beurteilung vom 7. Januar 2022 aus, es handle sich bei der Aussage der Expertengruppe um eine blosser Meinungsäusserung ohne fundierte wissenschaftliche Basis publiziert in Studien (act. G 5.107). Dieser Ansicht stimmt auch der beratende Arzt der Agrisano Dr. I.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 9. Juli 2021 im Wesentlichen zu, indem er ausführt, dass bei einer Läsion der Rotatorenmanschette (aufgrund deren tief unter dem Muskelmantel und teils unter dem Akromion verborgenen Lage) infolge einer Kontusion zwingend auch erhebliche Schäden des vorgelagerten Weichteilgewebes und (aufgrund des Elastizitätsgefälles zwischen Sehnen- und Knochengewebe) entsprechende ossäre Kontusionsödeme vorhanden sein müssten (act. G 5.224 f.). Auch der zweite von der Beschwerdeführerin beigezogene beratende Arzt, Dr. J.\_\_\_\_, geht in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2022 davon aus, dass eine direkte Kontusion nicht geeignet sei, eine höhergradige Läsion der Rotatorenmanschette ohne erkennbare relevante Begleitverletzungen zu provozieren (act. G 5.275).

**7.2.** Aus der vorliegenden Aktenlage ergibt sich, dass die medizinischen Fachpersonen darin übereinstimmen, dass der Beschwerdeführer aufgrund des Unfallereignisses zumindest eine Schulterprellung bzw. ein Direktanpralltrauma erlitten hat. Aus medizinischer Sicht ist – wie sich auch aus den vorerwähnten Beurteilungen der behandelnden und beratenden Ärzte ergibt – jedoch umstritten, ob ein Direktanpralltrauma geeignet ist, eine Ruptur der Rotatorenmanschette zu verursachen (vgl. dazu auch das Urteil des Bundesgerichts vom 15. April 2021, 8C\_672/2020, E. 4.1.3). Vorliegend kann nach Gesagtem nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, der Unfallhergang sei gänzlich ungeeignet gewesen, die vorliegend strittigen Rupturen der Rotatorenmanschette zu verursachen.



**7.3.** Dem Unfallhergang kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung jedoch ohnehin keine übergeordnete Bedeutung zukommen, da dieser oftmals nicht mehr rekonstruiert werden kann, weshalb die Ausführungen des Beschwerdeführers, wonach er den Sturz mit dem Arm abgefedert hat, nicht zielführend sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2021, 8C\_167/2021, E. 4.1). Vielmehr sind gemäss Bundesgericht die einzelnen für oder gegen eine traumatische Genese sprechenden Aspekte aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und ist der Sachverhalt zu ermitteln, welcher zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen. Dabei gilt es etwa, die bildgebenden Befunde, die Vorgeschichte, den Unfallhergang, den Primärbefund und den Verlauf zu berücksichtigen (Urteile des Bundesgerichts vom 15. April 2021, 8C\_672/2020, E. 4.1.3 und 7. April 2021, 8C\_740/2020, E. 4.2). Entsprechend sind nachfolgend – wie vom Bundesgericht gefordert – gestützt auf die medizinischen Beurteilungen bzw. Vorbringen der Parteien die im konkreten Fall bedeutsamen Kriterien, welche für bzw. gegen eine traumatische Genese der Rupturen der Rotatorenmanschette sprechen, im Einzelnen zu prüfen und gegeneinander abzuwägen.

## 8.

In Bezug auf die Vorgeschichte ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer angibt, vor dem Unfallereignis vom 17. Juni 2020 unter keinen Schulterbeschwerden gelitten zu haben (vgl. insbesondere act. G 1 S. 7 f. Ziff. 16).

**8.1.** Dr. F.\_\_\_\_ macht in seinem Wiedererwägungsgesuch vom 18. Dezember 2020 in Bezug auf das Auftreten der Beschwerden bzw. einen allfälligen Vorzustand geltend, es sei biomechanisch unmöglich, eine vollständige Ruptur von drei Sehnen aufzuweisen, ohne dass der Patient dies (in Form von Schmerzen, Bewegungseinschränkungen oder Kraftverlust) bemerkt hätte (act. G 5.92). Dr. J.\_\_\_\_ hält dazu in seiner Beurteilung vom 12. Januar 2022 allerdings fest, ihm sei vollkommen unklar, auf welcher Erkenntnis diese Behauptung basiere. In der Praxis seien nämlich Fälle, in denen die betroffenen Personen an schon jahrelang bestehenden Massenrupturen litten und sie die entsprechende Diagnose aufgrund von fehlenden Beschwerden bzw. funktionellen Einschränkungen entsprechend überrascht, keineswegs selten. Würden bei derartigen Pathologien immer schon im Anfangsstadium Symptome auftreten, würde dies die Patienten viel früher zu medizinischen Abklärungen veranlassen und könnten mithin die gefundenen Sehnenläsionen zu diesem Zeitpunkt auch noch rekonstruiert werden. Angesichts des Umstandes, dass der Beschwerdeführer vorliegend geltend mache, keine Tätigkeiten auszuführen, welche die Schultergelenke belasten würden, sei es



vorliegend sogar sehr plausibel, dass er von einer kontinuierlichen Degeneration der Rotatorenmanschette nichts bemerkt habe, weil er die Schulter offenbar gar nicht in einem Ausmass belastete, das zu einer entsprechenden Symptomatik hätte führen können (act. G 5.276).

**8.2.** Dr. J.\_\_\_\_ vermag damit plausibel darzulegen, dass es – entgegen der pauschalen Behauptung von Dr. F.\_\_\_\_ – biomechanisch überwiegend wahrscheinlich möglich ist, an mehreren (degenerativ bedingten) Sehnenrupturen der Rotatorenmanschette zu leiden, ohne Beschwerden, Einschränkungen oder Ähnliches zu haben. Nach Gesagtem kann aus dem Fehlen von Beschwerden/Einschränkungen vor dem Unfallereignis keine Aussage zum Ursprung der nach dem Ereignis aufgetretenen Beschwerden bzw. festgestellten Läsionen getroffen werden (vgl. zur Beweisführung nach der Formel "post hoc ergo propter hoc": BGE 119 V 340 ff. E. 2b/bb, Urteil des Bundesgerichts vom 17. April 2020, 8C\_158/2020, E. 3.2).

## 9.

Sodann ist darauf hinzuweisen, dass Dr. I.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 9. Juli 2021 festhielt, es habe kein behandlungspflichtiges subakromiales Impingement vorgelegen, was gegen eine höhergradige mechanisch bedingte Tendinopathie der Supraspinatussehne spreche (act. G 5.225). Dr. J.\_\_\_\_ wies in seiner Beurteilung vom 12. Januar 2022 aber darauf hin, dass gemäss Operationsbericht von Dr. F.\_\_\_\_ ein "ausgedehntes Débridement zur Darstellung der Supraspinatussehne" (act. G 5.31) durchgeführt worden war. Dies sei zumindest einer umfangreichen Entfernung von subakromialer Bursa bzw. vorhandenem Narbengewebe gleichzusetzen, welche typischerweise am Ursprung eines symptomatischen subakromialen Impingements stehen würden (act. G 5.279). Mithin vermag Dr. J.\_\_\_\_ schlüssig und nachvollziehbar darzulegen, dass entgegen der Ansicht von Dr. I.\_\_\_\_ ein Impingement vorlag, was – im Umkehrschluss – darauf schliessen lässt, dass die Supraspinatussehne einer mechanisch bedingten Tendinopathie ausgesetzt war und mithin degenerative Veränderungen an der Schulter bestehen bzw. bestanden.

## 10.

**10.1.** In Bezug auf die klinischen Befunde ging Dr. I.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 9. Juli 2021 von einer schmerzbedingten Pseudoparalyse der Schulter nach dem Ambulanztransport aus. Die posttraumatische Funktionslosigkeit der Schulter spreche gegen eine chronische Schädigung als alleinige Ursache. Chronisch degenerative Rotatorenmanschettenläsionen würden Kompensationsmechanismen entwickeln und



z. B. schmerzhafte Bewegungseinschränkungen zeigen. Dass der Beschwerdeführer hingegen mit einer funktionslosen Schulter E-Bike fuhr, sei nicht überwiegend wahrscheinlich (act. G 5.224 f.).

**10.2.** Dr. I.\_\_\_\_ stützt seine Aussage auf die Untersuchung vom Unfalltag, welche infolge schmerzbedingter Immobilisation jedoch nicht durchgeführt worden war (act. G 5.2; erst anlässlich der Untersuchung vom 1. Juli 2020 erfolgte eine Bewegungs- und Funktionsprüfung und zeigte sich eine aktive Flexion und Abduktion von 20°, bei passiver Mobilisation bis 90°, anschliessend endphasige Schmerzangabe bei Abduktion und Flexion [act. G 5.18]). Auf diesen Umstand wies auch Dr. J.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 12. Januar 2022 korrekterweise hin und hielt überdies fest, dass sich aus der schmerzbedingt unterlassenen Funktionsprüfung am Unfalltag keine zuverlässigen Rückschlüsse im Hinblick auf mögliche Verletzungen ergeben würden (act. G 5.277). Dr. J.\_\_\_\_ ist grundsätzlich insoweit zuzustimmen, als aus der am Unfalltag (schmerzbedingt) unterlassenen Bewegungs- und Funktionsprüfung grundsätzlich keine Rückschlüsse (insbesondere auf eine Funktionseinschränkung) gezogen werden können. Weder Dr. I.\_\_\_\_ noch Dr. J.\_\_\_\_ äussern sich jedoch zu der anlässlich der Untersuchung vom 1. Juli 2020 (mithin zwei Wochen nach dem Unfallereignis) festgestellten Funktionseinschränkung bzw. deren allfällige Aussagekraft. Mithin fehlt es an einer (vollständigen) Auseinandersetzung mit der am 1. Juli 2020 klinisch festgestellten Funktionseinschränkung und lässt die in dieser Hinsicht unvollständige medizinische Aktenlage keine abschliessende Beurteilung dieses (allfällig relevanten) Kriteriums mit Blick auf die Unfallkausalität der Rotatorenmanschettenläsion zu.



### 11.

Hinsichtlich der bildgebenden Befunde ist vorab darauf hinzuweisen, dass eine radiologische Untersuchung sowie eine Arthroskopie Bilder liefern, welche zwar grundsätzlich Fakten zeigen, doch müssen diese vom Mediziner eingeordnet und beurteilt werden. Diese Expertise enthält eine subjektive, d. h. persönliche Komponente, was bei verschiedenen Mediziner zu unterschiedlichen Beurteilungen und letztlich voneinander abweichenden Befunden und Diagnosen führen kann, wie dies auch vorliegend (teilweise) der Fall ist (vgl. dazu die nachfolgenden Ausführungen unter dieser Ziffer). Entsprechend ist im Falle unterschiedlicher Beurteilungen deren jeweiliger Beweiswert zu prüfen und sind die Beurteilungen gegeneinander abzuwägen (vgl. zum Beweiswert ärztlicher Beurteilungen vorstehend E. 2.3).

**11.1.** Im Wiedererwägungsgesuch vom 18. Dezember 2020 hält Dr. F.\_\_\_\_ fest, in der MRT-Untersuchung vom 30. Juni 2020 (act. G 5.15 f.) hätten sich das Muskelvolumen und die -qualität der Rotatorenmanschette mit negativem Tangenten Zeichen als normal gezeigt. Somit könne davon ausgegangen werden, dass keine vorbestehende relevante Ruptur vorhanden gewesen sei, da sonst zumindest eine gewisse Atrophie oder Verfettung der Muskulatur hätte vorliegen müssen (act. G 5.93).

**11.1.1.** Somit beurteilt Dr. F.\_\_\_\_ die Bilder der MRT-Untersuchung vom 30. Juni 2020 in Bezug auf das Muskelvolumen und die -qualität gleich wie Dr. E.\_\_\_\_, welche den entsprechenden Untersuch durchgeföhrt und den (negativen) Befund in ihrem Bericht (act. G 5.15 f.) festgehalten hatte. Dass Dr. F.\_\_\_\_ die MRT-Bilder selber gesichtet hat, ergibt sich aus den von ihm in das Wiedererwägungsgesuch eingefügten Bildschirmaufnahmen in Bezug auf die Humeruskopffraktur (act. G 5. 93). Dr. H.\_\_\_\_ führt in seiner Beurteilung vom 7. Januar 2021 hingegen aus, dass in den Bildern der MRT-Untersuchung vom 30. Juni 2020 – entgegen der Ansicht der Dres. E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ – eine Reduktion des Muskelvolumens sowie eine beginnende Fetteinlagerung zu erkennen seien, insbesondere beim Supraspinatusmuskel. Diese stellte Dr. H.\_\_\_\_ in der erwähnten Beurteilung ebenfalls durch eine Bildschirmaufnahme mit entsprechender Hervorhebung dar. Die Reduzierung des Muskelvolumens und die muskuläre Verfettung konnten sich gemäss Dr. H.\_\_\_\_ im dokumentierten Ausmass nicht innerhalb des Zeitraums von rund zwei Wochen zwischen dem Unfallereignis und der MRT-Untersuchung verwirklichen (act. G 5.105 f.). Dr. I.\_\_\_\_ äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 9. Juli 2021 nicht zur Frage, ob eine Atrophie bzw. Verfettung des Muskelgewebes vorlag, zumal aus der entsprechenden Stellungnahme auch nicht hervorgeht, ob bzw. dass er die MRT-Bilder selber gesichtet hätte (act. G 5.223 ff.). Dr.



J.\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung vom 12. Januar 2022 in Bezug auf eine Atrophie/Verfettung fest, dass Dr. H.\_\_\_\_ die angeblich normale Trophik der Rotatorenmanschette ohne erkennbare Verfettung in seiner Beurteilung vom 7. Januar 2021 (act. G 5.105 ff.) – teilweise bilddokumentiert – in schlüssiger Weise habe widerlegen können (act. G 5.276). Nach Gesagtem waren für Dr. J.\_\_\_\_ – durch die eigene Betrachtung der MRT-Bilder und/oder die Bildschirmaufnahme von Dr. H.\_\_\_\_ – ebenfalls eine Atrophie sowie Verfettung erkennbar.

**11.1.2.** Nach Gesagtem widersprechen sich die Beurteilungen der behandelnden und der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin in Bezug auf die bildgebende Darstellung einer Atrophie bzw. einer Muskelverfettung in der MRT-Untersuchung vom 30. Juni 2020 diametral und bestehen mithin zumindest geringe Zweifel an der Einschätzung der bildgebenden Befunde durch die beratenden Ärzte Dres. H.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ in Bezug auf das Vorliegen einer Atrophie und Muskelverfettung. Dies, zumal Dr. F.\_\_\_\_ auch in seinem Bericht zur Operation vom 9. Juli 2020 keine solche erwähnt hat (act. G 5.30 f.; wobei jedoch darauf hinzuweisen ist, dass Dr. I.\_\_\_\_ die Dokumentation der Operation als "unzureichend" [act. G 5.223] und den intraoperativen Befund als "nicht verwertbar" [act. G 5.225] ansieht; gegebenenfalls kann auch in dieser Hinsicht die im Bericht zur Operation vom 9. Juli 2020 erwähnte Videodokumentation [act. G 5.31] weiteren Aufschluss geben). Auf die Beurteilungen der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin in Bezug auf das Vorliegen einer Atrophie und Muskelverfettung (welche für einen Vorzustand sprechen würden) kann nach Gesagtem vorliegend nicht abgestellt werden. Hingegen kann aufgrund der anderslautenden Einschätzungen der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin auch nicht ohne Weiteres auf die Beurteilungen der Dres. E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_, wonach keine Atrophie und Verfettung vorgelegen habe, abgestellt werden.

**11.1.3.** Aufgrund der fehlenden medizinischen Fachkenntnisse kann das Gericht keine eigene Beurteilung der MRT-Bilder vornehmen und ist in dieser Hinsicht demnach von einer unklaren bzw. unvollständigen Aktenlage auszugehen. Mithin kann auch das Kriterium des Vorliegens einer Atrophie/Muskelverfettung bzw. deren (zwischen den Parteien ebenfalls strittige) Aussagekraft hinsichtlich des Ursprungs der Sehnenrupturen nicht abschliessend beurteilt werden.

**11.2.** Auch in Bezug auf das Vorliegen von Begleitverletzungen, welche allenfalls auf eine traumatische Genese schliessen lassen können, widersprechen sich die beteiligten Medizinerinnen und Mediziner in ihren jeweiligen Beurteilungen der Untersuchungsbilder.



**11.2.1.** Im Bericht zur MRT-Untersuchung vom 30. Juni 2020 wurde seitens Dr. E.\_\_\_\_ der Befund einer flauen inkompletten fissuralen Linie am anteromedialen Aspekt des Humeruskopfs (medial des Tuberculum minus) mit perifokalem Ödem erhoben. In der Beurteilung wurde entsprechend eine inkomplette fissurale Frakturlinie am anteromedialen Aspekt des Humeruskopfs aufgeführt (act. G 5.15 f.). Im Bericht zur Operation vom 9. Juli 2020 hielt Dr. F.\_\_\_\_ keine Pathologien am Humeruskopf fest (act. G 5.30 f.; vgl. dazu bereits vorstehend E. 4.2). Dr. H.\_\_\_\_ konnte im Rahmen seiner ersten Beurteilung vom 6. August 2020 in den MRT-Bildern das vorerwähnte Knochenmarködem sowie die Frakturlinie am Humeruskopf nicht erkennen (act. G 5.41 f.). Erst im Rahmen der zweiten Beurteilung vom 7. Januar 2022 – bei der ihm die Bilder der MRT-Untersuchung vom 30. Juni 2020 von der Radiologie des KSSG nochmals zur Einsicht zur Verfügung gestellt wurden und nach der bildlichen Darstellung der fissuralen Fraktur durch Dr. F.\_\_\_\_ in dessen Wiedererwägungsgesuch vom 18. Dezember 2020 (act. G 5.92 f.) – konnte Dr. H.\_\_\_\_ das Knochenmarködem nachvollziehen. Dieses sei jedoch von geringem Ausmass und eine echte Fissur lasse sich nicht sicher erkennen. Das Knochenmarködem könne differentialdiagnostisch auf die geltend gemachte Schulterkontusion zurückzuführen sein. Im Bereiche der Scapula, sprich dem Glenoid, als Widerlager liesse sich keine frische Knochenveränderung erkennen (act. G 5.105 ff.). Dr. I.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 9. Juli 2021 fest, radiologisch hätte sich ein Knochenödem im Bereich des Tuberculum minor und in anatomischem Bezug zu einer Intervallläsion inklusive Luxation der langen Bizepssehne präsentiert. Unabhängig davon, ob es nun eine Fraktur oder Fissur oder keines von beidem enthalten würde, liege diesem Ödem eine trabekuläre Texturstörung inne (act. G 5.224 f.). Dr. J.\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung vom 12. Januar 2022 fest, es könne nicht immer ganz eindeutig festgelegt werden, ob eine Fraktur vorliege oder nicht, was auch daran liege, dass dieser Terminus gerade im Zusammenhang mit der Bildgebung in einer MR-Tomographie nicht ganz einheitlich verwendet werde. So dürfe im konkreten Fall sicher kritisch hinterfragt werden, ob der im Bericht zur MRT-Untersuchung vom 30. Juni 2020 gefundene Ausdruck "inkomplette fissurale Frakturlinie" wirklich die morphologischen Kriterien einer Fraktur im eigentlichen Sinn erfülle. Zumindest aus traumatologischer Sicht werde darunter eine auch makroskopisch sichtbare, d. h. bis an die Oberfläche reichende Konturunterbrechung oder zumindest Veränderung des Knochens verstanden, wie sie in den MRT-Bildern der Schulter des Beschwerdeführers nicht zu erkennen sei. Obwohl im Rahmen der Arthroskopie das fragliche Areal vom Operateur direkt habe betrachtet werden können, habe Dr. F.\_\_\_\_ im Operationsbericht keinerlei Auffälligkeiten am Humeruskopf beschrieben. In Bezug auf das Knochenmarködem hielt Dr. J.\_\_\_\_ fest,



dass die anterosuperior an der Oberfläche des deutlich kranialisierten Humeruskopfs befindliche Signalveränderung anatomisch direkt gegenüber dem Vorderrand des Akromions liege. Dies gelte insbesondere dann, wenn man die leicht flektierte Haltung der Schultern beim Velofahren berücksichtige. Entsprechend scheine es ihm als Erklärung für die Entstehung dieser ossären Läsion bei weitem am plausibelsten, dass der schon prätraumatisch aufgrund einer chronischen Rotatorenmanschettenläsion deutlich kranialisierte Humeruskopf beim Aufprall am Boden kurzzeitig noch weiter nach kranial gedrückt worden sei und dadurch direkten Kontakt mit dem anterioren Akromionrand bekommen habe. Dies habe ausgereicht, um eine insgesamt eher als geringgradig einzustufende Knochenprellung zu provozieren, wie sie in der MRT-Bildgebung zu sehen sei (act. G 5.274 und 278).

**11.2.2.** Das Vorliegen eines Knochenmarködems ist aufgrund der (letztlich) übereinstimmenden Beurteilungen der medizinischen Fachpersonen überwiegend wahrscheinlich erstellt. Dr. J.\_\_\_\_ vermag dessen Entstehung zudem schlüssig und nachvollziehbar durch das anlässlich des Unfallereignisses erlittene Direktanpralltrauma zu begründen, zumal auch Dr. H.\_\_\_\_ die Schulterkontusion zumindest differentialdiagnostisch als Ursache des Knochenmarködems in Erwägung gezogen hatte. Auf die Beurteilung der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin kann nach Gesagtem in Bezug auf die Entstehung des Knochenmarködems abgestellt werden. Hinweise darauf, dass das Knochenmarködem eine Begleitverletzung der strittigen Sehnenrupturen ist, liegen keine vor.

**11.2.3.** In Bezug auf eine allfällige Fraktur des Humeruskopfs widersprechen sich die Einschätzungen der behandelnden und der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin sowie Dr. I.\_\_\_\_ ebenfalls. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass – wie Dr. J.\_\_\_\_ korrekt festhält – Dr. F.\_\_\_\_ in seinem Operationsbericht vom 9. Juli 2020 (act. G 5.30 f.) keine Pathologie am Humeruskopf erwähnt hatte, obwohl er sich später in seinem Wiedererwägungsgesuch vom 18. Dezember 2020 in Bezug auf die MRT-Bilder auf eine solche berief und ausführte, somit sei auch dargestellt, dass ein frisches Trauma der Schulter stattgefunden haben müsse (act. G 5.93). Zwar lässt sich die fehlende Erwähnung des Humeruskopfs im Operationsbericht allenfalls mit der – auch von Dr. J.\_\_\_\_ angesprochenen – fehlenden Behandlungsbedürftigkeit einer allfälligen Fraktur desselben erklären (vgl. dazu bereits vorstehend E. 4.2), zumal der Operationsbericht ohnehin äusserst knapp gehalten ist. Jedoch lässt sich nicht von der Hand weisen, dass eine gewisse Inkonsistenz in Bezug auf den Operationsbericht bzw. das Wiedererwägungsgesuch von Dr. F.\_\_\_\_ in diesem Zusammenhang besteht. Allenfalls könnte auch in dieser Hinsicht die im Bericht zur Operation vom 9. Juli 2020 erwähnte



Videodokumentation (act. G 5.31) weiteren Aufschluss geben. Letztlich sind – gestützt auf die vorliegende Aktenlage – aufgrund der im Bericht zur MRT-Untersuchung vom 30. Juni 2020 erhobenen Befunde zumindest geringe Zweifel an den Beurteilungen der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin (wonach keine Fraktur vorliege) anzunehmen, zumal der Begriff einer Fraktur gemäss Dr. J.\_\_\_\_ gerade im Zusammenhang mit der Bildgebung in einer MR-Tomographie nicht ganz einheitlich verwendet wird. Mithin kann gestützt auf die vorliegende Aktenlage in Bezug eine allfällige Fraktur des Humeruskopfs (im Sinne einer möglicherweise traumatisch bedingten Begleitverletzung) keine abschliessende Beurteilung erfolgen.

**11.3.** Im Rahmen der MRT-Untersuchung vom 30. Juni 2020 wurde ausserdem der Befund einer konsekutiven leichtgradigen dorsalen Subluxationsstellung des Humeruskopfs erhoben (act. G 5.15).

**11.3.1.** Dr. H.\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung vom 6. August 2020 fest, die im Bilddatensatz ersichtliche Subluxation des Humeruskopfs sei überwiegend wahrscheinlich Ausdruck der komplexen Rotatorenmanschettenruptur mit entsprechender Instabilität im rechten Schultergelenk (act. G 5.41 f.). Dr. F.\_\_\_\_ ging in seinem Wiedererwägungsgesuch vom 18. Dezember 2020 hingegen davon aus, dass es durch die anteriore Bizepssehnenluxation zur Subluxation des Humeruskopfs nach posterior, typisch nach Trauma, gekommen sei (act. G 5.93). Dr. I.\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung vom 9. Juli 2021 in Bezug auf den Humeruskopfhochstand lediglich fest, dieser spreche für eine vorgeschädigte Schulter des Beschwerdeführers (act. G 5.225). Dieser Ansicht stimmte auch Dr. J.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2022 zu (act. G 5.278).

**11.3.2.** Dr. F.\_\_\_\_ begründet seine pauschale Einschätzung, wonach die Subluxation des Humeruskopfs typisch für ein Trauma (mit Bizepssehnenluxation) sei nicht weiter. Dr. H.\_\_\_\_ begründet seine Einschätzung eines Vorzustands hingegen schlüssig und nachvollziehbar mit der durch eine komplexe Rotatorenmanschettenruptur (wie sie beim Beschwerdeführer nachweislich vorliegt bzw. vorlag) entstehenden Instabilität des Schultergelenks. Nach Gesagtem vermag die pauschale Einschätzung Dr. F.\_\_\_\_s in Bezug auf den Humeruskopfhochstand an der begründeten Einschätzung Dr. H.\_\_\_\_s keine Zweifel zu erwecken, zumal dieser auch die Dres. I.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ folgen. Nach Gesagtem handelt es sich bei dem festgestellten Humeruskopfhochstand nicht um eine traumatische Begleit- bzw. Folgeverletzung. Vielmehr spricht der Humeruskopfhochstand gegen eine Unfallkausalität der Rotatorenmanschettenrupturen bzw. für einen Vorzustand in dieser Hinsicht.



**11.4.** Dr. E.\_\_\_\_ erhob aufgrund der MRT-Untersuchung vom 30. Juni 2020 die Befunde einer Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne, jeweils mit Retraktion des Sehnenstumpfes um drei Zentimeter nach medial sowie eine Ruptur der Teres minor Sehne mit Retraktion des Sehnenstumpfes um ein bis zwei Zentimeter (act. G 5.15). In Bezug auf das Vorliegen einer Ruptur der Teres Minor Sehne und entsprechend einer Retraktion derselben kann auf die vorstehenden Ausführungen unter E. 4.2 verwiesen werden.

**11.4.1.** Dr. H.\_\_\_\_ bestätigte in seiner Beurteilung vom 6. August 2020 – nach Einsicht in die Bilder der MRT-Untersuchung vom 30. Juni 2020 – die Befunde einer komplexen Ruptur der Rotatorenmanschette, wobei sich deutliche Retraktionen von drei Zentimetern und mehr im Bereich der Supra- und Infraspinatussehne finden liessen. Das Ausmass der komplex rupturierten Rotatorenmanschette, mit eindrücklich in Erscheinung tretenden Sehnenretraktionen, dokumentiert 13 Tage nach dem geltend gemachten Ereignis vom 17. Juni 2020, spreche überwiegend wahrscheinlich dafür, dass nicht dieses Ereignis ursächlich für die festgestellten Läsionen sei, sondern überwiegend wahrscheinlich für einen Vorzustand (act. G 5.41 f.). Dr. F.\_\_\_\_ äusserte sich weder im Bericht zur Operation vom 9. Juli 2020 (act. G 5.30 f.) noch in seinem Wiedererwägungsgesuch vom 18. Dezember 2020 (act. G 5.92 f.) zu den Sehnenretraktionen. Dr. I.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 9. Juli 2021 fest, dass insbesondere die Retraktionen für einen Vorzustand an der Schulter des Beschwerdeführers sprechen würden. Gegen einen ausgedehnten chronischen Vorschaden spreche jedoch die Rekonstruktionsfähigkeit der Sehnen mittels Fadenanker und ohne Patch-Plastik, was auf eine geringe Retraktion hinweisen würde (act. G 5.225). In seiner Beurteilung vom 12. Januar 2022 hielt Dr. J.\_\_\_\_ in diesem Zusammenhang fest, er stimme Dr. I.\_\_\_\_ zu, dass die Schulter des Versicherten schon vor dem Ereignis vom 17. Juni 2020 vorgeschädigt gewesen sei. Insbesondere die Retraktion liesse sich auch quantifizieren, indem in der Arthro-MRT vom 30. Juni 2020 der Muskelsehnenkomplex von Supraspinatus und Infraspinatus jeweils um mindestens drei Zentimeter nach medial retrahiert sei. Dr. I.\_\_\_\_ beachte bei seiner Begründung – wonach die erfolgreiche Rekonstruktion mittels Patch-Plastik auf eine geringe Retraktion hinweise – die erhobenen bildgebenden Befunde zu wenig. Diese seien aufgrund des aktuellen medizinwissenschaftlichen Kenntnisstandes als zuverlässiges Zeichen für eine chronische Schädigung der Rotatorenmanschette zu betrachten und im beschriebenen Ausmass dürfe man sie auch als schon ausgedehnt bezeichnen. Kein schlüssiges Zeichen im Hinblick auf den Entstehungszeitpunkt und die Ätiologie eines Gesundheitsschadens sei die Frage, ob eine vollständige



Rekonstruktion vorgenommen werden konnte oder nicht. Dies hänge zu nicht unerheblichen Teilen von der Erfahrung und dem manuellen Geschick des Operators ab. Eine gute Indikation zur Verwendung von Patches ergebe sich vor allem bei im lateralen Teil nicht mehr oder nur noch in ungenügender Qualität vorhandenem Sehngewebe. Hingegen lasse sich damit eine unvollständige Mobilisation des Muskels – die oft beschriebene Retraktion von Sehnen entspreche de facto vor allem einer solchen des daran anhängenden Muskelgewebes – nicht ausreichend kompensieren, da auf diese Weise weiterhin keine suffiziente Kraftübertragung vom Muskel auf den Knochen erfolge. Im vorliegenden Fall dürfe somit davon ausgegangen werden, dass die gelungene Rekonstruktion der Rotatorenmanschette zu wesentlichen Teilen den manuellen Fähigkeiten von Dr. F.\_\_\_\_ zuzuschreiben sei. Diesem sei es beim Eingriff vom 9. Juli 2020 gelungen, die deutlich nach medial retrahierten Muskelsehnenkomplexe von Supraspinatus und Infraspinatus so gut zu mobilisieren, dass ein anatomischer Verschluss möglich geworden sei (act. G 5.278).

**11.4.2.** Dr. I.\_\_\_\_ ging nach Gesagtem aufgrund der Rekonstruktionsfähigkeit von bloss geringen Retraktionen aus. Wie Dr. J.\_\_\_\_ jedoch korrekt ausgeführt hat, beachtete er bei dieser Einschätzung die bildgebende Darstellung, welche offenbar eine Quantifizierung des Ausmasses der Retraktionen zulies (wie sie Dr. E.\_\_\_\_ gemacht hatte [act. G 5.15] und durch die Dres. H.\_\_\_\_ [act G 5.41 f.] und J.\_\_\_\_ [act. G 5.278] bestätigt wurde), nicht. Entsprechend ist aufgrund der überzeugenden Ausführungen der Dres. H.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ von deutlichen, ausgedehnten Retraktionen auszugehen. Hinsichtlich der Aussagekraft von Sehnenretraktionen sind sich die Dres. H.\_\_\_\_, I.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ einig, dass die Retraktion von Sehnen grundsätzlich für einen Vorzustand spricht. Dies wurde von den behandelnden Ärzten nicht bestritten. Nach Gesagtem lassen die (ausgedehnten) Sehnenretraktionen beim Beschwerdeführer im vorliegenden Fall auf eine fehlende Unfallkausalität der Rotatorenmanschettenrupturen schliessen.

**11.4.3.** In Bezug auf die von Dr. I.\_\_\_\_ angeführte Rekonstruktionsfähigkeit (welche für geringe Retraktionen spreche) konnte Dr. J.\_\_\_\_ zudem überzeugend darlegen, dass diese massgeblich von den Fähigkeiten des operierenden Arztes abhängen und keinen Hinweis auf den Ursprung der Retraktionen (bzw. Rupturen) zulässt. Entsprechend kann auch der (Partei )Behauptung des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 21. März 2022, wonach bei degenerativem Ursprung der Rupturen gar nicht operiert worden wäre, da die Funktion diesfalls durch eine Operation nicht wiederhergestellt werden könnte (act. G 1 S. 9), nicht gefolgt werden. Dr. J.\_\_\_\_ hat in seiner Beurteilung vom 12. Januar 2022 – wie oben bereits erwähnt – festgehalten, dass in der Praxis Fälle schon jahrelang bestehender Massenrupturen keineswegs selten seien und – bei



Annahme, dass solche Fälle bereits im Anfangsstadium symptomatisch wären, und entsprechend frühzeitigen Abklärungen – diese noch rekonstruiert werden könnten (act. G 5.276). Aus diesen Ausführungen (einer medizinischen Fachperson) ergibt sich, dass – als weiterer Faktor – die Rekonstruktionsfähigkeit von Sehnen nicht vom Ursprung derselben (Trauma oder Degeneration) abhängt, sondern (zumindest bei einer degenerativen Ursache) von der Dauer des Gesundheitsschadens.

### 12.

In Bezug auf den postoperativen Verlauf führte Dr. J.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 12. Januar 2022 aus, das primär als sehr günstig beschriebene Ergebnis des operativen Eingriffs vom 9. Juli 2020 habe sich zumindest im mittelfristigen Verlauf nur unzureichend auf klinischer Ebene widergespiegelt, da anlässlich der Kontrolle vom 14. Dezember 2020 (rund fünf Monate nach dem Eingriff; act. G 89 f.) die Beweglichkeit der operierten Schulter noch massiv eingeschränkt gewesen sei. Dies sei ein weiterer Hinweis auf eine schon lange vor dem Unfall chronisch bestehende Pathologie, da nach der Rekonstruktion von einer zuvor vollständig intakten und frisch verletzten Schulter – bei objektiv komplikationslosem Verlauf, wie er sich beim Beschwerdeführer entwickelt habe – innert drei bis vier Monaten zumindest wieder eine normale Beweglichkeit bei allenfalls noch leicht abgeschwächter Kraft hätte erwartet werden dürfen (act. G 5.279). Mithin vermag Dr. J.\_\_\_\_ überzeugend darzulegen, dass der postoperative Verlauf gegen eine traumatische Genese der Rotatorenmanschettenläsion spricht, zumal diese Einschätzung medizinisch unbestritten blieb.

### 13.

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass zwar mehrere Kriterien für einen Vorzustand bzw. gegen eine Unfallkausalität der Rotatorenmanschettenrupturen sprechen, die vorliegende Aktenlage in Bezug auf diverse, für die Beurteilung der Unfallkausalität der Sehnenrupturen möglicherweise ebenfalls aussagekräftige Kriterien aber keine abschliessende Würdigung zulässt. Aufgrund der unvollständigen bzw. unklaren Aktenlage wäre die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen hinsichtlich der Unfallkausalität verpflichtet gewesen. Solche hat sie im Sinne einer externen fachmedizinischen Beurteilung bezüglich der Frage der Unfallkausalität der Sehnenrupturen an der Rotatorenmanschette in die Wege zu leiten, wobei insbesondere die vorerwähnten, nicht abschliessend beurteilbaren Kriterien weiter abzuklären bzw. zu prüfen sein werden. Gegebenenfalls wird dazu auch die im Bericht



zur Operation vom 9. Juli 2020 erwähnte Videodokumentation als Quelle weiterer Erkenntnisse beizuziehen sein. Da bislang noch kein Administrativgutachten erstattet wurde, besteht kein Anlass zur Einholung eines Gerichtsgutachtens. Ebenso besteht im Rahmen des vorliegenden Verfahrens keine Notwendigkeit, ergänzende Befragungen der involvierten medizinischen Fachpersonen vorzunehmen.

### 14.

**14.1.** Für den Fall, dass die weiteren Abklärungen der Beschwerdegegnerin ergeben sollten, dass die Sehnenrupturen nicht unfallkausal waren, ist darauf hinzuweisen, dass den Ausführungen von Dr. H.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 6. August 2020, wonach der operative Eingriff vom 9. Juli 2020 eine Unterbrechung des normalen Heilverlaufs im Rahmen einer konservativen Behandlung darstelle und der Status quo entsprechend einen Tag vor dem operativen Eingriff angesetzt werden dürfe (act. G 5.41 f.), nicht ohne Weiteres gefolgt werden kann. Dr. H.\_\_\_\_ widerspricht sich in dieser Hinsicht selbst, wenn er im vorliegenden Fall – bei konservativer Behandlung – vom Eintritt des Status quo sine in Bezug auf die erlittene Schulterkontusion nach drei bis sechs Monaten ausgeht, dann aber ausführt, der Eintritt des Status quo könne aufgrund der durchgeführten (unfallfremden) Operation auf den Tag vor derselben angesetzt werden, da diese den normalen Heilverlauf unterbrochen habe. Der Eintritt des Status quo sine/ ante in Bezug auf die Kontusionsfolgen wäre nach Gesagtem nicht überwiegend wahrscheinlich per 8. Juli 2020 nachgewiesen. Allerdings hätte die Beschwerdegegnerin (gegebenenfalls) zu prüfen, ob der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der nach dem 8. Juli 2020 bestehenden Arbeitsunfähigkeit sowie der Behandlungsbedürftigkeit im Sinne einer Physiotherapie im Sinne einer überholenden Kausalität durch die (unfallfremde) Operation am 9. Juli 2020 dahingefallen ist (vgl. zur überholenden Kausalität insbesondere BGE 147 V 163 f., E. 3.4, mit Hinweisen).

### 15.

**15.1.** Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 21. März 2022 unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 17. Februar 2022 dahingehend gutzuheissen, dass die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen bzw. zur Veranlassung einer externen fachmedizinischen Beurteilung und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

**15.2.** Die Rückweisung zur Neubeurteilung gilt hinsichtlich der Prozesskosten praxisgemäss als volles Obsiegen (Urteil des Bundesgerichts vom 19. April 2021,



9C\_525/2020, E. 6 mit Hinweisen). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich.

**15.2.1.** Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im UVG keine zu erheben (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG).

**15.2.2.** Die obsiegende Beschwerde führende Partei hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.-- (Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung des Kantons St. Gallen [HonO; sGS 963.75]). Innerhalb des für eine Pauschale gesetzten Rahmens wird das Grundhonorar nach den besonderen Umständen, namentlich nach Art und Umfang der notwendigen Bemühungen, der Schwierigkeit des Falles und den wirtschaftlichen Verhältnissen der Beteiligten, bemessen (Art. 19 Abs. 1 HonO). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat am 23. November 2022 eine Honorarnote im Gesamtbetrag von Fr. 6'068.05 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) bzw. 21.67 Stunden eingereicht (act. G 15.1). Ein Honorar nach Zeitaufwand sieht die Honorarordnung im Verfahren vor dem Versicherungsgericht zwar nicht vor, die eingereichte Honorarnote kann jedoch Hinweise insbesondere auf Art und Umfang sowie die Notwendigkeit der Bemühungen der anwaltlichen Vertretung liefern. Aus der detaillierten Aufstellung der anwaltlichen Aufwände in der Honorarnote wird ersichtlich, dass diese auch Aufwände aus dem Verwaltungsverfahren enthält (Einträge vor dem 28. Februar 2022; act. G 15.1), welche klarerweise keine notwendigen Bemühungen im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens darstellen und entsprechend nicht zu berücksichtigen sind. Entgegen dem pauschalen Dafürhalten des beschwerdeführerischen Rechtsvertreters in der Eingabe vom 23. November 2022 (act. G 15) ist sodann keine besondere Komplexität des vorliegenden Streitfalls in Bezug auf den Unfallhergang sowie die medizinische und rechtliche Sachlage erkennbar. Auch der Umfang der Rechtsschriften der Beschwerdegegnerin erscheint im Vergleich zu ähnlichen Verfahren nicht aussergewöhnlich gross. Soweit geltend gemacht wird, durch das "falsche" bzw. erweiterte Aktenverzeichnis (vgl. dazu vorstehend Sachverhalt C.d) sei weiterer Aufwand entstanden, ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer bzw. sein Rechtsvertreter im Rahmen des vorliegenden Verfahrens keine Einsicht in die dem Gericht eingereichten (offenbar umfangreicheren) Akten verlangt hat und aus den Rechtsschriften der Beschwerdegegnerin (trotz anderslautender Paginierung) ohne Weiteres erkennbar war, auf welches Dokument sie sich bei ihren Ausführungen jeweils



bezog. Mithin erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit mit Blick auf den aus der Kostennote ersichtlichen zeitlichen Aufwand für das vorliegende Beschwerdeverfahren sowie den durchschnittlichen Akten- und Rechtsschriftenumfang eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) für das Verfahren vor dem Versicherungsgericht als angemessen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 17. Februar 2022 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- zu bezahlen (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).