

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2021 78

Entscheid vom 14. April 2022

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
lic.iur. Achilles Humbel, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____

gegen

B. _____ AG

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität; Fallabschluss)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1955) war als Immobilienberater bei der C._____ AG, angestellt und als solcher bei der B._____ AG obligatorisch unfallversichert, als er am 22. November 2019 mit dem Fahrrad einen Verkehrsunfall erlitt. In der Unfallmeldung UVG vom 27. November 2019 werden als Verletzungen eine Luxation und Knochenabsplitterung der linken Schulter, eine Prellung beider Knie sowie eine Verdrehung/Verstauchung beider Hände erwähnt (Vi-act. 001 und 002).

B. Die B._____ AG anerkannte den Unfall und erbrachte Versicherungsleistungen (Vi-act. 006). So wurde namentlich ein Taggeld bis 9. Juni 2020 abgerechnet (Vi-act. 123; vgl. betreffend Höhe der geleisteten Taggeldzahlungen auch VGE I 2021 34 vom 24.8.2021). Am 22. Dezember 2020 verlangte A._____ die Gewährung von Taggeldern bis 2. August 2020 bzw. im Verweigerungsfall den Erlass einer anfechtbaren Verfügung.

Nach weiteren Abklärungen verfügte die B._____ AG am 8. März 2021 (Vi-act. 120):

1. Die Taggelder werden per 10.06.2020 eingestellt.
2. Die linksseitigen Schulterbeschwerden sind per 10.06.2020 nicht mehr im natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 22.11.2019.
3. Es werden keine Kosten erhoben.
4. Einer allfälligen Einsprache wird die aufschiebende Wirkung entzogen.

C. Am 7. April 2021 erhob A._____ Einsprache (Vi-act. 126) und forderte die gesetzlichen Versicherungsleistungen über den 10. Juni 2020 hinaus. Mit Entscheid vom 2. November 2021 wies die B._____ AG die Einsprache ab (Vi-act. 145).

D. Am 3. Dezember 2021 lässt A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid vom 2.11.2021 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen auszurichten.

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen, zzgl. MwSt und Auslagen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Beschwerdeweise wird die Nachreichung medizinischer Berichte in Aussicht gestellt.

E. Mit Vernehmlassung vom 9. Dezember 2021 beantragt die Vorinstanz:

1. Die Beschwerde des Beschwerdeführers vom 03. Dezember 2021 sei abzuweisen.

2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten des Beschwerdeführers.

Zudem wird ersucht, zu den vom Beschwerdeführer in Aussicht gestellten Berichten Stellung nehmen zu können.

F. Am 10. Dezember 2021 stellt das Gericht dem Beschwerdeführer die vorinstanzliche Vernehmlassung zu und fordert ihn auf, die in Aussicht gestellten Berichte nach deren Vorliegen umgehend einzureichen. Am 1. Februar 2022 wird ihm eine Frist bis 17. Februar 2022 angesetzt, um die angekündigten Abklärungsergebnisse einzureichen oder im Minimum mitzuteilen, bis wann mit diesen zu rechnen ist.

G. Am 4. Februar 2022 reicht der Beschwerdeführer eine Beschwerdeergänzung ein ohne zusätzliche medizinische Berichte. An den Anträgen der Beschwerde vom 3. Dezember 2021 hält er vollumgänglich fest und beantragt zusätzlich,

dem Beschwerdeführer [sei] eine Integritätsentschädigung in Höhe von 20% auszurichten. Die Integritätsentschädigung sei mit 5% ab Erreichen des Endzustandes zu verzinsen.

H. Mit Stellungnahme vom 8. März 2022 ergänzt die Vorinstanz ihre Anträge wie folgt:

1. Auf den Antrag um Zusprache einer Integritätsentschädigung in der Höhe von 20% zzgl. Zins zu 5% ab Erreichen des Endzustandes sei nicht einzutreten.
2. Darüber hinaus sei die Beschwerde des Beschwerdeführers vom 03. Dezember 2021 abzuweisen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten des Beschwerdeführers.

Am 16. März 2022 reicht der Beschwerdeführer eine als Replik bezeichnete Eingabe ein.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 22. November 2019 mit dem Fahrrad verunfallte und sich verschiedene Verletzungen zuzog, so namentlich an der linken Schulter (vgl. Ingress Bst. A). Strittig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Vorinstanz die Taggeldleistungen zu Recht per 10. Juni 2020 einstellte und einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 22. November 2019 und den darüber hinaus geklagten linksseitigen Schulterbeschwerden, namentlich auch der Schulterarthroskopie vom 23. Februar 2021 verneinte (vgl. Verfügung vom 8.3.2021, Vi-act. 120, und den diese bestätigenden Einspracheentscheid vom 2.11.2021, Vi-act. 145).

2.1 Soweit der Beschwerdeführer in der Beschwerdeergänzung vom 4. Februar 2022 neu die Leistung einer Integritätsentschädigung in Höhe von 20% zzgl. Zins à 5% beantragt hat, ist darauf nicht einzutreten.

2.2 Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (siehe BGE 125 V 414 Erw. 1a mit Verweis auf BGE 119 IB 36 Erw. 1b, 118 V 313 Erw. 3b, 110 V 51 Erw. 3b, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 123 V 324 Erw. 6c). Diesbezüglich wird in der kantonalen Rechtsprechung festgehalten, dass nach konstanter Praxis der Umfang der Tätigkeit des Verwaltungsgerichts als Beschwerdeinstanz durch den Anfechtungsgegenstand abgegrenzt wird. Es kann nur das Gegenstand des Beschwerdeverfahrens sein, was auch Gegenstand der zugrundeliegenden Verfügung war bzw. nach richtiger Gesetzesauslegung hätte sein müssen. Gegenstände, über welche die erste Instanz bzw. die Vorinstanz zu Recht (noch) nicht entschieden hat, fallen nicht in den Kompetenzbereich des Verwaltungsgerichts als Beschwerdeinstanz (vgl. statt vieler VGE III 2019 110 vom 29.8.2019 Erw. 2.1 m.w.H.; Urteil BGer 2C_314/2019 vom 11.3.2020 Erw. 3.1; siehe auch Bertschi, in: Kommentar zum VRG-ZH, 3. A., Zürich 2014, Vorbem. zu §§ 19-28a, Rz. 44-49; Kölz/Häner/Bertschi, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3. A., Zürich 2013, Rz. 685ff.; EGV-SZ 1979, S. 122; VGE III 2017 196 vom 20.12.2017 Erw. 2.2).

2.3 Vorliegend ist aktenkundig, dass die Vorinstanz nach dem Unfallereignis vom 22. November 2019 ab dem 25. November 2019 bis 30. April 2020 ein Taggeld von 100% und vom 1. Mai bis 9. Juni 2020 von 50% leistete (Vi-act. 87, 123). Mit E-Mail vom 9. August 2020 informierte der Beschwerdeführer die Vorinstanz, sein Arzt habe ihm ab August 2020 eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert, obwohl er mit der linken Schulter noch Probleme habe. Zugleich ersuchte er um Zahlung der Taggelder für die Monate Juni und Juli 2020 (Vi-act. 91). In der Folge hat die Vorinstanz eine Beurteilung bei ihrem beratenden Arzt eingeholt, der eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bis 9. Juni 2020 und das Erreichen des medizinischen Endzustandes per 10. Juni 2020 bestätigte (Vi-act. 94). Auch ersuchte die Vorinstanz den behandelnden Hausarzt um Begründung seines Arztzeugnisses mit 50%-AUF bis 2. August 2020, der diese in seiner Antwort als gerechtfertigt beurteilte (Vi-act. 101). Unter Verweis auf die Beurteilung des Hausarztes er-

suchte der Beschwerdeführer am 22. Dezember 2020 die Vorinstanz um Anerkennung der Leistungspflicht bis 2. August 2020 oder aber den Erlass einer anfechtbaren Verfügung (Vi-act. 100). Mit Verfügung vom 8. März 2021 anerkannte die Vorinstanz einen Taggeldanspruch des Beschwerdeführers bis 9. Juni 2020. Per 10. Juni 2020 wurde ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den noch geklagten linksseitigen Schulterbeschwerden und dem Unfallereignis vom 22. November 2019 abgelehnt (Vi-act. 120).

2.4 Damit aber ist erstellt, dass Gegenstand der gesamten Auseinandersetzung zwischen dem Beschwerdeführer und der Vorinstanz stets nur die Frage der Taggeldleistungen bzw. des Erreichens der Arbeitsfähigkeit und Einstellung der Taggeldleistungen war. Die Frage einer Integritätsentschädigung war nie Gegenstand; eine solche wurde seitens des Beschwerdeführers nie gefordert und seitens Vorinstanz nie bestritten oder anerkannt. Aufgrund der von der Vorinstanz anerkannten Unfallverletzungen bestand für sie denn auch kein Anlass, den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen. Was aber nicht Gegenstand des vor Verwaltungsgericht angefochtenen Einspracheentscheid bildete, kann nicht Gegenstand der Verwaltungsgerichtsbeschwerde sein (vgl. oben Erw. 2.2). Daran ändert nichts, dass - wie der Beschwerdeführer in der Replik vom 16. März 2022 ausführt - die Integritätsentschädigung mit dem Erreichen des Endzustandes festzusetzen ist (vgl. Art. 24 Abs. 2 UVG, wonach die Integritätsentschädigung, falls keine Rente gesprochen wird, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt wird).

Kommt hinzu, dass eine derartige Ausdehnung der Beschwerde und Vorbringen neuer Rügen nach Ablauf der Beschwerdefrist, ohne dass die vorinstanzliche Vernehmlassung hierzu Anlass geboten hätte, ohnehin verspätet wäre (Urteil BGer 4A_626/2018 vom 17.4.2019 Erw. 2.2 mit Hinweis auf BGE 134 IV 156 Erw. 1.7 und BGE 135 I 19 Erw. 2.2). Selbst wenn also - wie der Beschwerdeführer argumentiert - mit dem angefochtenen Einspracheentscheid auch ein Anspruch auf Integritätsentschädigung verneint worden wäre, hätte die entsprechende Rüge innert der Beschwerdefrist vorgetragen werden müssen. Nichts rechtfertigt es, die entsprechende Rüge bzw. den Antrag auf Integritätsentschädigung erst mit einer "Beschwerde-Ergänzung" zwei Monate nach Fristablauf vorzubringen.

Auf den mit der ergänzten Beschwerde vom 4. Februar 2022 eingereichten Antrag auf Integritätsentschädigung ist damit nicht einzutreten.

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit

das Gesetz nichts anderes bestimmt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG).

3.2 Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer bei Vorliegen eines Unfalls für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen sowie adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1 m.w.H.).

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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C_689/2019 vom 9.3.2020 Erw. 5.3 je mit Hinweisen). 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. Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt er indessen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. Erw. 2).

3.3 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch

ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. BGE 146 V 51 Erw. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Bundesgerichtsurteil 8C_212/2015 vom 10.7.2015 Erw. 2.2.1 m.H.). Bei einer bloss vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Eintritt des Status quo sine vel ante (vgl. Urteile BGer 8C_331/2015 Erw. 2.1.1; 8C_557/2015 vom 7.10.2015 Erw. 5.2 ff.; 8C_320/2013 vom 5.9.2013 Erw. 3.1).

3.4 Wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss auch das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 Erw. 5.2; 8C_855/2018 vom 14.3.2019 Erw. 3.1; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 3.2; 8C_847/2008 vom 29.1.2009 Erw. 2; 8C_126/2008 vom 11.11.2008 Erw. 2.3, und U 143/02 vom 25.10.2002 Erw. 3.2).

Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend. Diese Rechtsprechung beschlägt dabei einzig die rechtlichen Folgen der Abklärung, insofern als dem Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes

richtig und vollständig zu klären (vgl. SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 Erw. 2.2 [8C_354/2007] mit Hinweisen).

3.5 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG; Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 43 Rz. 28). Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

3.6 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt zudem der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden 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.

3.6.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

3.6.2 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_587/2020 vom 5.2.2021 Erw. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen.

Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 Erw. 8.5; BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen). Anzuführen ist, dass beratende Ärzte eines Versicherungsträgers, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen sind (vgl. Urteil BGer 8C_774/2020 vom 19.2.2021 Erw. 2.2).

3.6.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

3.6.4 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 Erw. 8.2 m.w.H.). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (BGE 125 V 352 Erw. 3b/ee; Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 Erw. 5.2; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 5.2; 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

4.1 Der Fahrradunfall des Beschwerdeführers vom 22. November 2019 ist unbestritten (Vi-act. 001, 028). Gestützt auf das versicherungsmedizinische Aktengutachten von Dr.med. D._____ (Spezialarzt für Allgemein- und Unfallchirurgie FMH; Gutachter SIM, Vertrauensarzt SGV) vom 11. April 2020 wurden eine hintere Schulterluxation links, TFCC-Ruptur Handgelenk links mit Instabilität des distalen Radioulnargelenks links und eine undislozierte Fraktur der Metacarpale Basis IV Handgelenk rechts als unfallkausal anerkannt (Vi-act. 055). Am 28. Januar 2020 wurde das linke Handgelenk operiert (Vi-act. 048). Im vorerwähnten Aktengutachten gelangte Dr.med. D._____ zum Schluss, es sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% für 12 Wochen nach dem Eingriff und weiteren 4 bis 6 Wochen mit 50% Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Vi-act. 055). Mit Sprechstundenbericht vom 10. Juni 2020 orientierte die operierende Dr.med. F._____ (Handchirurgin FMH) den Hausarzt über die Abschlusskontrolle. Die Schmerzen im Handgelenk seien viel besser geworden; die Beweglichkeit sei recht gut, so dass der Beschwerdeführer auch wieder relativ lange Velofahren könne. Die Schulter links störe ihn immer noch und schmerze, so dass er sich wahrscheinlich nochmals bei den Schulterchirurgen melden werde (Vi-act. 069). Nachdem der Beschwerdeführer ein weiteres Arztzeugnis mit einer 50%-AUF bis 26. Juni 2020 eingereicht hat (Vi-act. 070), teilte ihm die Vorinstanz am 12. Juni 2020 mit, dies sei aufgrund der Beurteilung von Dr.med. D._____ sowie der Abschlusskontrolle von Dr.med. F._____ nicht nachvollziehbar. Sie bat um ergänzende Unterlagen worauf die Anerkennung der Arbeitsunfähigkeit geprüft werde (Vi-act. 072). Am 26. Juni 2020 bestätigte der Beschwerdeführer, der Heilungsverlauf betreffend Handgelenk sei gut und er sei diesbezüglich nur geringfügig am Arbeiten behindert. Das Problem seien aber die Schulterschmerzen, weshalb die vom Hausarzt attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50% bis 26. Juni 2020 bestehen bleibe (Vi-act. 077). Der Hausarzt attestierte später eine 50% AUF bis 2. August 2020 und begründete dies mit Hinweis auf die Schulterbeschwerden als gerechtfertigt (Vi-act. 091, 101). Demgegenüber beurteilte Dr.med. D._____ den medizinischen Endzustand per 10. Juni 2020 als erreicht (Vi-act. 094). Wegen anhaltender Schulterbeschwerden folgte am 8. Dezember 2020 ein Arthro-MRI des linken Schultergelenkes (Vi-act. 105) und am 23. Februar 2021 eine Schulterarthroskopie (Vi-act. 132). Am 8. März 2021 wurde die Taggelderstattung per 10. Juni 2020 verfügt (Vi-act. 120). Hiergegen erhob der Beschwerdeführer am 7. April 2021 Einsprache und begründete diese mit Verweis einerseits auf die vom Hausarzt attestierte Arbeitsunfähigkeit bis 2. August 2020 und andererseits auf die Schulterbeschwerden und deren Operation, die ebenfalls auf das Unfallereignis vom 22. November 2019 zurückzuführen seien (Vi-act. 126). Nach Ab-

weisung der Einsprache begründet der Beschwerdeführer auch die Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit den Schulterbeschwerden.

4.2 Im Sinne eines ersten Zwischenergebnisses kann damit festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer seinen über den 10. Juni 2020 hinaus andauernden Anspruch auf Versicherungsleistungen aus den verschiedenen, am 22. November 2019 erlittenen Gesundheitsschädigungen (vgl. oben Erw. 4.1) allein auf die Schulterbeschwerden zurückführt. Mithin rechtfertigt es sich, die nachfolgenden Ausführungen auf die Schulterbeschwerden zu beschränken.

Zweitens steht fest, dass die Vorinstanz die Taggelder per 10. Juni 2020 eingestellt hat, der Hausarzt eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bis am 2. August 2020 attestierte und der Beschwerdeführer entsprechend Taggelder fordert. Zusätzlich macht er geltend, die Operation der Schulter vom 23. Februar 2021 (und die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit) sei Folge des Unfalles vom 22. November 2019. Die Vorinstanz verneinte beides. Bezüglich Leistungsanspruch muss daher unterschieden werden zwischen der Leistungseinstellung per 10. Juni 2020 und der Nichtanerkennung des operativ sanierten Gesundheitsschadens als Unfallfolge.

5. Durch den Unfall vom 22. November 2019 wurde der Beschwerdeführer unbestrittenermassen auch an der linken Schulter verletzt. Diesbezüglich lässt sich den Akten folgendes entnehmen:

5.1 In der Schadenmeldung vom 27. November 2019 wird der Unfallhergang wie folgt beschrieben (Vi-act. 002):

Mit Vélo an stehendem Lieferwagen rechts vorbeigefahren worauf Fahrer plötzlich nach rechts rückwärts abgedreht hatte, um aus Sackgasse herauszumanövrieren und mich dabei mit der rechten Fahrzeugseite erfasste und zu Fall brachte. Konnte Kontakt nicht mehr verhindern trotz Ausweichmanöver nach rechts auf niveauebenes Trottoir und bin dann nach vorne auf beide Knie dann auf beide Hände und noch leicht auf den Kopf über das Vélo auf dem Trottoir gestürzt. Durch Abstützung der Fallenergie mit der linken Hand wurde die Schulter stark nach hinten luxiert.

Der Unfall soll sich am 20. November 2019 um 10.30 Uhr ereignet haben, im Polizeirapport zum Unfall vom 4. Dezember 2019 (Vi-act. 028) wie auch in den Arztberichten wird der Unfall auf den 22. November 2019 datiert.

5.2 Auf Wunsch des Beschwerdeführers brachte ihn die Polizei unmittelbar nach dem Unfall zu seinem Hausarzt med.pract. G._____ (FMH Allgemeine Innere Medizin). Im Erstzeugnis UVG vom 12. Dezember 2019 nennt dieser als Befund diverse Rissquetschwunden und als Röntgenbefund eine hintere Schulterluxation links. Er stellt die Diagnosen einer hinteren Schulterluxation links und

Kniekontusion bds. Veranlasst habe er Immobilisation und Physio (Vi-act. 013). Dem Bericht von Dr.med. E._____ (FMH Chirurgie) vom 27. November 2019 kann sodann entnommen werden, dass der Hausarzt die Schulter anlässlich des Erstuntersuchs zweimalig reponiert hatte (Vi-act. 010).

Der Röntgenbefund Schulter links a.p. und nach Neer vom 22. November 2019 lautete "Humeruskopf nach dorsal luxiert. Kein Hinweis für Fraktur" (Vi-act. 026).

5.3.1 Auf Zuweisung durch den Hausarzt wurde der Beschwerdeführer am 27. November 2019 durch Dr.med. E._____ untersucht. Dieser berichtete gleichentags dem Hausarzt (Vi-act. 10):

Diagnose

- St.n. hinterer Schulterluxation links, Rotatorenmanschette unauffällig und flache Reversed Hill-Sachs-Läsion
- Knieprellung bds.
- Handgelenksdistorsion bds.

Anamnese

Herr A._____ wurde am Freitag mit dem Velo von einem Auto abgeschossen. Er wurde von der Polizei zu dir gebracht. Du hast damals den Patienten durchgeröntgt. Handgelenke und Knie zeigen keine knöchernen Verletzungen. Der Patient kann auch wieder laufen. Das Bewegen der Handgelenke tut ihm weh. Die linke Schulter ist luxiert. Du hast sie zweimalig reponiert.

Befunde

Im heutigen Untersuch neurologisch keine Defizite. Axillaris gut. Distale Motorik und Sensorik in Ordnung. Isometrische Testung der Rotatorenmanschette für Subskapularis positiv. Für Infraspinatus unauffällig.

Beurteilung/Prozedere

Ich habe eine Arthro-CT-Untersuchung durchgeführt. Im CT hat sich gezeigt, dass der Patient wie im Röntgen vermutet eine hintere Luxation erlebt hatte. Die Rotatorenmanschette ist unauffällig und es zeigt sich eine Ablösung des hinteren Labrums sowie eine flache Reversed Hill-Sachs-Läsion.

Auf Grund dieser Befunde haben wir mit dem Patienten die zwei Varianten diskutiert. Auf Grund seines Alters und der ersten Luxation hätte ich eine konservative Behandlung empfohlen. Dies beinhaltet 3 Wochen eine vollkommene Ruhigstellung und 3 Wochen Ruhigstellung für die Nacht. Physiotherapiebeginn erst nach 6 Wochen.

Der Patient ist so informiert und wird die konservative Behandlung beginnen. Er hat sich aber entschieden noch zu überlegen, ob er trotzdem eine operative Behandlung möchte, die ihn dann eventuell schneller wieder sportfähig macht.

5.3.2 Im Verlaufsbericht vom 19. Dezember 2019 berichtete Dr.med. E._____ über die Kontrolle vom 16. Dezember 2019 von einer zeitgerechten Situation. Die passive Beweglichkeit in Flexion liege bei 80°, in Abduktion bei 70°, in Aussen-rotation bei 0°. Es zeige sich eine leicht kompensierende Steifigkeit, die durchaus erwünscht sei. Er habe den Beschwerdeführer zur rein

selbständigen Remobilisation des Armes streng im schmerzadaptierten Bereich instruiert (Vi-act. 015).

5.3.3 Am 15. Januar 2020 berichtete Dr.med. E. _____ dem Hausarzt über die Schlusskontrolle desselben Tages (Vi-act. 048):

Diagnose

- Beginnende Kapsulitis mit Frozen shoulder bei
- St.n. dorsaler Schulterluxation links

Anamnese

(...) Der Patient kommt zur 2. Kontrolle. Zwischenzeitlich hat sich eine Spontanheilung mit beginnender Kapsulitis gezeigt.

Befunde

Im heutigen Untersuch Aussenrotation 0°, Flexion 90°, Abduktion 90°.

Beurteilung/Prozedere

Ich habe dem Patienten erklärt, dass eine hintere Instabilität, die in eine Frozen shoulder mündet, spontan heilt. Man darf hier einfach nicht forcieren. Ich hätte ihm eine intraarticuläre Steroidinfiltration gemacht um die Schmerzen nachts zu verbessern. Der Patient möchte dies aber nicht. Ich habe ihm auch erklärt, dass Physiotherapie gemäss allen Studien kontraproduktiv ist. Hier muss man einfach abwarten. Die Resultate sind aber ausgezeichnet. Da er eigentlich eher eine generalisierte sportmedizinische Behandlung und weniger eine schulterchirurgische Behandlung braucht, habe ich dem Patienten empfohlen, die Weiterbehandlung bei Ihnen durchzuführen.

5.4 Am 13. Januar 2020 beantwortete Dr.med. J. _____ (FMH Allgemeine Innere Medizin, SGV, SIM) die von der Vorinstanz dem Medi24-Team unterbreitete Frage bezüglich Leistungspflicht für die geplante Handoperation vom 28. Januar 2020, die Operation sei sicher kausal zusammenhängend mit der Handverletzung vom 22. November 2019. Zudem beurteilte er die Prognose der beiden Verletzungen (Schulter und Handgelenk) als mässig, weil der Beschwerdeführer ein offenbar sportlicher Mensch sei und hohe Anforderungen an sein Skelett stelle und verursache (Vi-act. 025).

5.5 Am 30. März 2020 berichten Dr.med. E. _____ und Dr.med. F. _____ der Vorinstanz über diverse Konsultationen. Zum 3. Februar 2020 werden Schulterschmerzen dokumentiert, mit dem Handgelenk gehe es gut. Der Beschwerdeführer habe mit dem Gips (gemäss Austrittsbericht nach der Handgelenksarthroskopie vom 28. Januar 2020 erhielt der Beschwerdeführer für drei Wochen eine Oberarmgipsschiene und dann eine Vorderarmschiene, vgl. Vi-act. 050) immer mehr Schmerzen in der Schulter, vor allem Nachtschmerzen. Er könne überhaupt nicht mehr schlafen und wünsche eine Infiltration (Vi-act. 048). Die Infiltration wurde am 3. Februar 2020 durchgeführt (Vi-act. 126).

5.5.1 Am 11. April 2020 erstellte Dr.med. D. _____ zuhanden der Vorinstanz ein versicherungsmedizinisches Aktengutachten (Vi-act. 055). Nach Wiedergabe des aktenmässigen Verlaufs nannte er die unfallkausale Diagnose, für welche objektive Befunde vorlägen (u.a. eine hintere Schulterluxation links und TFCC-Ruptur Handgelenk links; vgl. oben Erw. 4.1). Bezüglich Arbeitsunfähigkeit ging er von einer Rehabilitation nach dem handchirurgischen Eingriff vom 28. Januar 2020 von 3 Monaten aus. Die Arbeitsunfähigkeit hat er für 12 Wochen auf 100% und weitere 4 bis 6 Wochen zu 50% festgelegt.

5.5.2 Am 5. Mai 2020 bekundete der Beschwerdeführer, die Beurteilung von Dr.med. D. _____ sei für ihn nicht nachvollziehbar. U.a. beschreibe er unvollständigerweise nur das Handgelenk, nicht aber die Langzeit-REHA der frozen shoulder, die extrem behindernd sei. Diesbezüglich sei anzumerken, dass er in Absprache mit Dr.med. E. _____ im Dezember 2019 die konservative 'Selbstheilung' einer Operation mit Aufbau des abgerissenen Labrums vorgezogen habe - im Nachhinein würde er jetzt die OP vorziehen, da die konservative REHA extrem aufwändig, schmerzhaft und lange sei; die frozen shoulder könne bis 12 Monate andauern (Vi-act. 61). Diese Mitteilung erfolgte, nachdem ihn der Hausarzt ab 1. Mai 2020 bis 29. Mai 2020 zu 50% arbeitsunfähig schrieb (Vi-act. 065).

5.6 Am 10. Juni 2020 informierte Dr.med. F. _____ den Hausarzt über die Abschlusskontrolle betreffend Handgelenksarthroskopie (Vi-act. 069). Der Beschwerdeführer vermeldete noch wöchentliche Fortschritte; die Schmerzen seien viel besser geworden, die Beweglichkeit sei recht gut, so dass er auch wieder relativ lange Velofahren könne. Die Schulter links störe ihn immer noch und schmerze, so dass er sich wahrscheinlich nochmals bei den Schulterchirurgen melden werde.

5.7.1 Am 29. Mai 2020 verlängerte der Hausarzt die 50%ige Arbeitsunfähigkeit bis 26. Juni 2020 (Vi-act. 070). Für die Vorinstanz war dies aufgrund der Beurteilung von Dr.med. D. _____ (vgl. oben Erw. 5.5.1) sowie der Abschlusskontrolle von Dr.med. F. _____ (vgl. oben Erw. 5.6) nicht nachvollziehbar, weshalb sie vom Beschwerdeführer am 12. Juni 2020 weitere Informationen verlangte, so namentlich eine Beschreibung, welche Arbeiten noch welche Beschwerden verursachen würden (Vi-act. 072).

5.7.2 Am 23. Juni 2020 liess der Beschwerdeführer der Vorinstanz betreffend Arbeitsunfähigkeit folgendes ausrichten (Vi-act. 077):

Es ist richtig, dass das Handgelenk einen guten Heilungsverlauf nimmt (gem. Aussage der Chirurgin Dr. M. F. _____) und ich nur noch geringfügig (periodisch auftretende Schmerzen nach längerer Tischarbeit) am Arbeiten behindert bin. Das

Problem sind aber die Schreibtischhaltung verursachten Schulterschmerzen, welche typisch für eine "frozen shoulder" sind und nach jeweils ca. einer Stunde längere Pausen mit Übungen, für welche meine Physiotherapeutin mir speziell eine Internetplattform eingerichtet hat, erfordern = jeweils 1-2 h Unterbruch und somit max. 3-4 h effective tägl. Arbeitsleistung. Hinzu kommen noch die zeitaufwändigen (inkl. Reisen) Kraft-, Physio-, Ergo- und Kryotherapien, die mich im Tagesablauf vom Arbeiten abhalten. Im Bericht von Dr. D._____ (...) wird darauf nicht richtig eingegangen, da der Heilungsverlauf / Therapie Schulter aufgrund der Gipsschienen sequentiell erfolgen musste (parallel war das natürlich mit dem immobilisierten Arm nicht möglich - hätte der D._____ auch erkennen/interpretieren müssen). Ich hatte damals (am 15.01.2020, s. Anlage) mit dem Schulterchirurgen Dr. E._____ eine conservative Heilung mit abwartender Haltung gegenüber einer OP favorisiert - und die Heilung von "frozen shoulders" kann bis zu 12 Monaten gehen - das ist auch die Erfahrung meiner Physiotherapeutin H._____ (betreut u.a. CH-Eishockey-Frauen-Nati) der Sportclinic Zürich. Mein nachbehandelnder Arzt Dr. G._____ wird dann I._____ entsprechend informieren. Die Arbeitsunfähigkeit von 50% bis 26.06.2020 bleibt (ausser es passiert ein Wunder) bestehen.

5.7.3 Am 28. Juni 2020 informierte der Beschwerdeführer die Vorinstanz, die 50%ige Arbeitsunfähigkeit sei vom Hausarzt am 26. Juni 2020 verlängert worden (Vi-act. 082).

5.7.4 Am 6. Juli 2020 unterbreitete die Vorinstanz dem Beschwerdeführer zur weiteren Abklärung der Leistungsansprüche die Fragen:

1. Dauer Arbeitsweg?
2. Grösse Bürofläche?
3. Genaue Angaben der körperlich belastenden Tätigkeiten?
4. Falls Aussendienst: Genaue Angaben zu Ausmass und Anreisen und Auflistung der letzten 5 Einsätze vor dem Unfall vom 22. November 2019
5. Stellungnahme, dass Schreibtischhaltung Schmerzen verursacht, aber langes Velofahren möglich ist?
6. Auflistung ab 01.05.2020: a) aller Arztbesuche, b) aller Therapiebehandlungen (z.B. Physio, Ergo usw.).

Gemäss Beantwortung vom 21. Juli 2020 (Vi-act. 089) dauert der Arbeitsweg ca. 10 Minuten, die Bürofläche beträgt ca. 32 m² und die körperlich belastenden Tätigkeiten beschreibt er mit: Tastaturbedienung Computer, Papierakten bearbeiten (Ordner, Heften, Lochen, Binden etc.), Reisen mit Auto (kein öV wegen Corona), Post bearbeiten, Postfach K._____ leeren (Fussmarsch zur Post), Akten archivieren / vom ext. Archiv holen. Zudem datierte er die letzten fünf Aussendienstesätze vor dem Unfall (30. [2x] und 31.10.2019, 7., 15., 18. und 21.11.2019) und beschrieb diese als Lunch mit Kunden, Liegenschaftsbesichtigung, Besprechungen mit Kunden, Architekten oder potentiellen Investoren. Zu Frage Nr. 5 führte er aus, beim Velofahren handle es sich um Hometrainer-Einheiten, die er freihändig ausführen könne, ohne Arme/Schulter zu belasten;

die Keyboardbedienung, Haltung mit angewinkelten Armen verursache Schulterschmerzen nach rund einer Stunde, ebenso sämtliche Bewegungen mit Supination und Pronation des Schultergelenkes. Unter der Frage betreffend Arztbesuche und Therapiebehandlungen seit dem 1. Mai 2020 führte er zwei Sprechstunden beim Hausarzt im Mai an, tägliche Übungen fürs Handgelenk und die Schulter sowie regelmässige externe Termine für Physiotherapie, Ergotherapie, Kryotherapie und med. Massage. Der Monat Juni sehe etwa gleich aus, im Juli sei der Aufwand/Rhythmus etwas geringer als im Mai gewesen.

5.7.5 Ab dem 3. August 2020 bestand gemäss Hausarzt keine Arbeitsunfähigkeit mehr (Vi-act. 091). Hierzu fügte der Beschwerdeführer an, er habe zwar nach wie vor Probleme mit der linken Schulter (Bewegungsradius ca. 70-80%, keine Belastung im Liegen, periodische Schmerzen) und benötige noch mehrere Wochen Physiotherapie und tägliche Übungen. Die Cortison-Infiltration sowie die massiven Glucosamin-Gaben (>2'000mg/T) hätten etwas Wirkung gezeigt.

5.8 Die neuen Berichte und Arbeitsfähigkeitsatteste unterbreitete die Vorinstanz erneut Dr.med. D._____. Dieser hielt mit versicherungsmedizinischem Aktengutachten vom 21. August 2020 fest, die vom Hausarzt attestierte Arbeitsunfähigkeit sei nicht ausgewiesen. Hingegen sei die AUF-Bescheinigung in seiner Beurteilung vom 11. April 2020 (100% AUF bis 28.4.2020, 50% bis 9.6.2020) aufgrund der vorliegenden versicherungsmedizinischen, anamnestischen und klinischen Fakten ausgewiesen. Eine frozen shoulder berechtige funktionell zum Anspruch einer schulterangepassten Tätigkeit (Definition: leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung, ohne Heben, Tragen und Bewegen von Lasten > 10kg, ohne Arbeiten in Armvorhalte und Überkopfarbeiten, ohne Schläge und Vibrationen gegen die Schulter). In der Tätigkeit als Immobilienberater übe er keine Arbeiten mit Abduktions-/Elevationsausmass über die Horizontale aus. Auf die Frage nach dem medizinischen Endzustand erklärt Dr.med. D._____, bei der Diagnose einer frozen shoulder sei erfahrungsgemäss de facto kein signifikanter Behandlungserfolg beschrieben. Bei praktisch obligat erfolgreichem Spontanverlauf werde dieser schliesslich von verschiedensten Behandlungsbemühungen als Erfolg in Anspruch genommen. Daher seien die vom Beschwerdeführer genannten Zeitaufwendungen der angegebenen multiplen Therapiemassnahmen versicherungsmedizinisch auch nicht mehr geltend zu machen, weil die WZW-Kriterien bei der Problematik frozen shoulder nicht sauber erfüllt seien. Der medizinische Endzustand sei damit am 10. Juni 2020 erreicht, da durch eine Fortsetzung der medizinischen Behandlung keine namhafte Verbesserung mehr erreicht werden könne (Vi-act. 094).

5.9 Am 11. Dezember 2020 konfrontierte die Vorinstanz den Hausarzt mit der Beurteilung von Dr.med. D._____, gemäss dem für die Tätigkeit des Beschwerdeführers als Immobilienmakler mit Arbeitsort am Wohnort von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden müsse. Die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit bis 2. August 2020 sei daher nicht nachvollziehbar (Vi-act. 098). In seiner Stellungnahme vom 19. Dezember 2020 verweist der Hausarzt darauf, bei einer frozen shoulder sei ein Verlauf bis zu einem Jahr nicht ungewöhnlich. Der Beschwerdeführer habe am Schreibtisch immer wieder Schulterschmerzen nach monotoner Haltung erlitten und diese mit zeitaufwendiger Physiotherapie (online während Corona) therapiert. Wegen der Gipsschiene der zwischenzeitlich durchgeführten Handgelenks-OP habe sich der Heilungsverlauf der frozen shoulder verzögert. Der Beschwerdeführer habe bei den Therapien indes stets gut mitgewirkt. Hinzu komme, dass gerade in der adhäsiven Phase zwischen 3 bis 9 Monaten die Schulter vermehrt Schmerzen machen könne, was natürlich die Arbeitsfähigkeit einschränke. Und auch wenn er wohnortsnah arbeite, sei er als Immobilienmakler intermittierend auch überregional tätig. Aufgrund all dessen komme er zum Schluss, dass sein AUF-Attest von 50% bis 2. August 2020 gerechtfertigt gewesen sei (Vi-act 100).

5.10 Am 24. November 2020 erfolgte eine Schultergelenkinfiltration mit Triamcort und Lidocain (Vi-act. 109). Bei Indikation Zustand nach Schulterluxation 2019, persistierende Schmerzsymptomatik erfolgte am 8. Dezember 2020 ein Arthro-MRT des linken Schultergelenks (Vi-act. 105). M._____ (FMH Radiologie) berichtete dazu dem Hausarzt:

Befund:

Regelrechte Artikulationsstellung im AC-Gelenk. Das AC-Gelenk ist degenerativ hypertrophiert. Der Discus articularis ist defekt. Angedeutete dorsale Subluxationsstellung. Das dorsale Labrum glenoidale ist bei Zustand nach Luxation verkürzt. Angrenzend lässt sich eine 10 mm grosse chondrale Defektzone nachweisen. Knöcherne Konturunregelmässigkeiten des dorsalen Glenoids.

Bereits höhergradige Chondropathie des Glenohumeralgelenkes mit langstreckig höhengemindertem Knorpelbelag des Humeruskopfes. Zystische Degenerationen des Tuberculum majus im Rahmen eines Impingement. Subtotale Ruptur der Supraspinatussehne mit breitbasigem gelenkseitigem Kontrastmitteleintritt bis in den tendomuskulären Übergang reichend. Höhergradige gelenkseitige Partialruptur auch der Infraspinatussehne. Kein Nachweis einer fettigen Muskelatrophie. Die Subscapularissehne ist intakt. Die Sehne des Caput longum Musculus biceps ist intakt.

Beurteilung:

1. Subtotale gelenkseitige Partialruptur der Supra- und Infraspinatussehne ohne Nachweis einer fettigen Muskelatrophie.

2. Moderate Chondropathie des Glenohumeralgelenkes mit verkürztem dorsalem Labrum glenoidale bei Zustand nach Luxation.

5.11 Bei linksseitiger Schulterproblematik holte der Hausarzt bei Dr.med. L._____ (FMH Chirurgie, Sportmedizin SGSM, Allgemeinchirurgie und Traumatologie) eine Zweitmeinung ein. Dieser stellte der Vorinstanz nachfolgenden Bericht zur Konsultation vom 5. Januar 2021 zu (Vi-act. 113):

Anamnese

(...). Der Rechtshänder ist am 22.11.2019 beim Velofahren gestürzt und hat sich dabei mehrere Frakturen an beiden Handgelenken zugezogen und eine hintere Schulterluxation, welche reponiert wurde. In der Folge dann CT-mässige Abklärung mit der klassischen Konstellation einer inversen Hill-Sachs-Läsion und Abspaltung eines kleinen Knorpelfragmentes. Damals wurde die RM als intakt angegeben. Danach sehr protrahierter Verlauf mit Entwicklung einer frozen shoulder, welche sich massiv verbessert hat. Der Patient leidet jetzt einfach unter Schmerzen, vor allem auch nachts und bei gewissen Bewegungen.

Befunde

Seitengleiches Schulterprofil mit nahezu seitengleicher Beweglichkeit. Hochpositiver Jobetest, positiver Jerktest. IR seitengleich kräftig, AR bei 0° abduziertem Arm stark schmerzhaft und abgeschwächt. MRI vom 08.12.2020: Es zeigt sich eine ausgedehnte Partialruptur der Supra- und Infraspinatussehne ohne Muskelatrophie. Das dorsale Labrum ist ebenfalls alteriert.

Diagnose

St.n. posteriorer Schulterluxation im November 2019 links
St.n. multiplen Frakturen am linken Handgelenk (operative Versorgung durch Dr. F._____) sowie an der Metacarpalia der rechten Hand.
Subtotale Partialruptur der Supra- und Infraspinatussehne links

Prozedere

Ich denke, dass bei diesem Befund lediglich eine chirurgische Intervention dem Patienten helfen kann. Er ist verständlicherweise sehr betrübt, da dies seine ganze Planung seiner intensiven sportlichen Aktivitäten stören würde. Der Leidensdruck, auch mit nächtlichen Schmerzen, ist aber enorm. Es ist eine Kontrolluntersuchung bei Dr. E._____ Ende Januar 2021 vorgesehen. Dieser denke ich, würde dann wahrscheinlich auch die operative Revision durchführen.

5.12 Nach neuerlicher Vorlage der medizinischen Akten gab Dr.med. D._____ am 19. Februar 2021 ein weiteres Aktengutachten ab (Vi-act. 118). Nach Zusammenfassung des aktenmässigen Verlaufs interpretierte Dr.med. D._____ die Bilder aus dem MRI der linken Schulter vom 8. Dezember 2020 (vgl. oben Erw. 5.10) derart, dass sie ein subakromiales Impingement bei relevanter AC-Gelenksarthrose mit nach kaudal gerichteten osteodegenerativen Anbauten zeigen würden. Diese seien undiskutabel als nicht unfallkausal und damit die vorgesehene Operation als krankheitskausal ausgewiesen.

Weiter bestätigte Dr.med. D._____ seine bisherigen Beurteilungen der Arbeitsunfähigkeit. Eine über den 9. Juni 2020 hinausgehende Arbeitsunfähigkeit

sei unfallkausal aufgrund der vorliegenden fassbaren morphologischen Korrelate nicht ausgewiesen. Denkbar sei von da an eine schulteradaptierte 100%ige Tätigkeit aufgrund des unfallfremden, fassbaren vorliegenden subakromialen Impingements; eine unfallkausale AUF bis 2. August 2020 könne nicht nachvollzogen werden. Im Arthro-MRI vom 8. Dezember 2020 fänden sich relevante unfallfremde, morphologisch fassbare Befunde eines subakromialen Impingements mit degenerativer Partialruptur der Supraspinatussehne bei schwerer AC-Gelenksarthrose, die ein persistierendes Beschwerdebild erklären, aber nicht unfallkausal seien.

5.13 Gestützt auf die Beurteilung von Dr.med. D. _____ verfügte die Vorinstanz am 8. März 2021 die Taggeldeinstellung per 10. Juni 2020. Die linksseitigen Schulterbeschwerden seien per 10. Juni 2020 nicht mehr im natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 22. November 2019 (Vi-act. 120).

5.14.1 Mit Schreiben vom 1. April 2021 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers nahm Dr.med. E. _____ Stellung zur Beurteilung von Dr.med. D. _____, dessen Aussagen seines Erachtens nicht unfallrelevant seien (Vi-act. 126). Am 22. November 2019 habe sich der Beschwerdeführer eine hintere Schulterluxation links zugezogen. Wegen der Schulter habe ihn der Hausarzt ihm zugewiesen. Er habe wegen der akuten Situation kein Arthro-MRI, sondern ein Arthro-CT durchgeführt, das eine eindeutige Situation nach dorsaler Luxation mit Labrumablösung und einer Reversed Hill-Sachs-Läsion gezeigt habe. Bei konservativer Behandlung habe sich eine frozen shoulder entwickelt, was per se einer Spontanheilung entspreche; der Instabilität wurde kein Stellenwert beigemessen. Wegen Schmerzpersistenz bei frozen shoulder habe man am 3. Februar 2020 eine einmalige Infiltration durchgeführt und die konservative Behandlung abgeschlossen. Wegen weiter persistierenden Schmerzen, welche initial der frozen shoulder zugeordnet worden seien, habe der Beschwerdeführer den Hausarzt aufgesucht und es sei ein Arthro-MRI durchgeführt worden, das eine deutliche Partialruptur der Supra- und Infraspinatussehne ohne fettige Infiltration zeige. Bei Patienten über 40 seien Verletzungen der Rotatorenmanschette bei Luxation gemäss Literatur eine sehr wahrscheinliche Begleitpathologie. Die fehlende fettige Infiltration der Muskulatur sei auch ein Hinweis, dass die Ruptur relativ frisch sein (1 Jahr). Bei degenerativen Partialrupturen wegen Impingement und längerer Vorgeschichte bestünden sehr oft fettige Infiltrationen Grad I. Sodann verweist Dr.med. E. _____ auf die blande Vorgeschichte des Beschwerdeführers, der wegen Schulterbeschwerden zuvor weder abgeklärt noch je behandelt worden sei. Bei Patienten über 50 sei die Wahrscheinlichkeit von dege-

nerativen Veränderungen im Gelenk biologisch normal. Diese müssten aber keine Symptome machen.

Dr.med. E._____ beurteilte den Fall zusammenfassend als relativ klar. Der sportlich aktive Beschwerdeführer habe keine Schultervorgeschichte, habe eine Schulterluxation der nicht dominanten Schulter erlebt. Es seien bei der Initialuntersuchung schwere Begleitverletzungen ausgeschlossen und eine konservative Behandlung gemacht worden. Nach deren Abschluss mit begleitender frozen shoulder habe die persistierende Schmerzhaftigkeit zu genaueren Abklärungen geführt, welche die zu erwartenden Begleitverletzungen gezeigt hätten. Am 23. Februar 2021 sei eine arthroskopische Revision mit Film- und Fotodokumentation durchgeführt worden. In dieser sehe man intraartikulär keine Pathologien in degenerativer Art in der Art von Arthrosen oder degenerativen Veränderungen; man sehe die deutliche Zerrung der Manschette im dorsalen Anteil.

5.14.2 Im Bericht zu der am 23. Februar 2021 von Dr.med. E._____ durchgeführten Operation (Schulterarthroskopie, arthroskopische Bizepssehnen-tenodese, Bursektomie, Supra-/Infraspinatussehnenreinsertion in Suture bridge Technik Schulter links; Vi-act. 132) wird dokumentiert:

(...) Glenoidale Gelenkfläche mit leichter Chondromalazie Grad I. Das dorsale Labrum liegt an. Humeral kleine Reversed-Hill-Sachs-Läsion. Ansonsten unauffällig. Der Subscapularis ist vernarbt aber kann schön dargestellt werden. Die Bizepssehne zeigt eine SLAP-Läsion. Hier wird eine Tenodese durchgeführt. Der Supra-/Infraspinatus zeigt wie erwartet im Übergang eine gelenkseitige Läsion. Diese wird angefrischt. Das dorsale Labrum wird palpatorisch untersucht. Es haftet an. Es besteht aber eine dorso-inferiore HAGL-Läsion. (...) Kein Impingement am Akromion, kein Impingement am AC-Gelenk. Nach Entfernen der Bursa wird die Supra-/Infraspinatussehne en Bloc mit einer Suture bridge Technik versorgt. (...).

5.15 Am 19. Mai 2021 unterbreitete die Vorinstanz die neuen Unterlagen Dr.med. D._____ (Vi-act. 134), der am 25. Mai 2021 ein weiteres Aktengutachten einreichte (Vi-act. 137). An seiner bisherigen Beurteilung hielt er fest und führte zur Frage der Kausalität der Schulterbeschwerden und dem Unfallereignis vom 22. November 2019 weiter aus:

Die Stellungnahme Dr. E._____ vom 01.04.2021 ist absolut korrekt und entspricht den pathologisch-anatomischen Befunden einer antero-inferioren Schulterluxation im Alter nach 50 Jahren, aber nicht dem logischen Befund einer Luxation der Schulter nach hinten mit gleichzeitig intakter Subskapularissehne und bei gleichzeitig undiskutabel bildgebend vorliegenden, vorbestehenden degenerativen Befunden in Form eines subakromialen Impingements mit konsekutiver ansatznaher Ausdünnung der Supra- und Infraspinatussehne bei AC-Gelenksarthrose mit nach kaudal gerichteten osteophytären Anbauten und den im MRI festgehaltenen zystischen Degenerationen des Tuberculum majus im Rahmen eines Impingements.

Zusammenfassend ergibt sich eine aufgelistete plausibel erfasste Begründung wie folgt:

- Am 27.11.2019 findet sich gegenüber dem Ereignis vom 19.11.2019 [recte 22.11.2019] ein zeitnaher Untersuchungsbericht aus der N._____ Klinik mit der Diagnose Status nach hinterer Schulterluxation links, unauffällige Rotatorenmanschette und flache Reversed Hill-Sachs-Läsion.
- Am 16.12.2019 findet durch Dr. E._____ die Untersuchung der linken Schulter statt. Der zeitgerecht erhobene klinische Untersuchungsbefund wird bei leicht kompensiertem Steifigkeitsgefühl bei einer konservativ behandelten hinteren Schulterluxation bei posteriorer Instabilität als erwünscht beurteilt.
- Die Befunde im ersten MRI der linken Schulter am 8.12.2020 (mehr als ein Jahr nach dem Ereignis) ergeben ausschliesslich bildgebend morphologische Korrelate, welche nicht einem unfallkausalen Ereignis vom 19.12.2019 [recte 22.11.2019] aetiopathologisch zugeordnet werden können. Dies betrifft die AC-Gelenksarthrose mit nach kaudal nach der Supra- und Infraspinatussehne gerichteten osteophytären Anbauten und sind damit weit überwiegend wahrscheinlich biomechanisch ursächlich für die betonte Ausdünnung der Sehnen zu beurteilen. Ein Befund, welcher zusammen mit den bildgebend erfassten zystischen Degenerationen an der Ansatzstelle der beiden Sehnen am Tuberculum majus die vorliegende Problematik des unfallfremden, vorbestehenden subacromialen Impingements und damit das vorliegend persistierende Beschwerdebild hinlänglich erklärt.
- Im Ablauf kann ich nicht nachvollziehen, dass Dr. E._____, ein Spezialarzt der Orthopädie und profunder Kenner des Schultergelenkes, anlässlich seiner zeitnahen klinischen Erstuntersuchung am 16.12.2019 eine Ruptur der Rotatorenmanschette (Supra- und Infraspinatussehne) nicht erwähnt aber dann anlässlich seiner Operation am 23.2.2021 nach 15 Monaten, angesichts von offensichtlichen, vorbestehenden, unfallfremden, degenerativen Befunden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine unfallkausale Pathologie konstruieren kann.

Diese bildgebend so erfassten Korrelate begründen hinlänglich, dass die Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne einer vorbestehenden, degenerativen Ursache zuzuordnen sind und nicht dem jüngsten Ereignis vom 22.11.2019. Dies schon gar nicht nach dem Kriterium der überwiegenden Wahrscheinlichkeit.

6.1 Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 2. November 2021 gelangte die Vorinstanz zum Schluss, sie habe in der Verfügung vom 8. März 2021 zu Recht auf die Beurteilung von Dr.med. D._____ abgestellt. Dessen Berichte seien in Kenntnis sämtlicher Vorakten abgegeben worden und seien nachvollziehbar und schlüssig. Nicht folgerichtig sei, dass Dr.med. E._____ die Unfallkausalität der Teil-Ruptur der Rotatorenmanschette bejahe, nachdem er bei der Untersuchung vom 27. November 2019 diese noch als unauffällig eingestuft und kein MRI veranlasst habe. Dass Dr.med. D._____ aufgrund des erst später durchgeführten Arthro-MRI mit dem Befund einer Teil-Ruptur der Rotatorenmanschette zum Ergebnis gelangt sei, dass diese einer vorbestehenden, degenerativen Ursache und nicht dem Unfallereignis zuzuordnen sei und schon gar nicht überwiegend wahrscheinlich, sei einleuchtend und logisch. Die Beurteilung

von Dr.med. E. _____ vom 1. April 2021 sei demgegenüber zuhanden des Rechtsvertreters nach Erhalt der ablehnenden Verfügung erstellt worden auf ausdrücklichen Wunsch des Beschwerdeführers, weshalb die Erfahrungstatsache beachtlich sei, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung in Zweifelfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. In der Stellungnahme vom 25. Mai 2021 habe sich Dr.med. D. _____ sodann im Detail mit der erwähnten Beurteilung befasst, wobei er mit überzeugenden und nachvollziehbaren Argumenten zum Schluss gelangt sei, weshalb die Begründung der Unfallkausalität der am 23. Februar 2021 durchgeführten arthroskopischen Revision nicht einleuchtend sei. Die Leistungseinstellung per 9. Juni 2020 sei daher korrekt.

6.2 Vor Verwaltungsgericht bestreitet der Beschwerdeführer die vorinstanzliche Beurteilung und stellte weitere medizinische Berichte in Aussicht. Die Arbeitsfähigkeit sei am 10. Juni 2020 noch nicht wieder vollständig hergestellt gewesen, die AUF habe gemäss ärztlichen Attesten bis zum 2. August 2020 andauert. Die gegenteilige Ansicht der Vorinstanz vermöge nicht zu überzeugen. Auch die Operation vom 23. Februar 2021 und deren Folgen stünden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis, was Dr.med. E. _____ am 1. April 2021 einleuchtend begründet habe. Auf das Bildmaterial gehe die Vorinstanz nicht ein, obwohl Dr.med. E. _____ darauf verweise.

Neue medizinische Berichte reicht der Beschwerdeführer nicht ein. In seiner Beschwerde-Ergänzung vom 4. Februar 2022 verweist er auf die erlittene hintere Schulterluxation links und die am 27. November 2019 erhobene Diagnose einer Hill-Sachs-Läsion samt Labrumablösung mit anschliessend konservativer Behandlung und entwickelter frozen shoulder. Wegen Schmerzpersistenz bei frozen shoulder seien zwei Infiltrationen (3.2.2020 und 24.11.2020) sowie eine Arthro-MRI durchgeführt worden, die eine deutliche Partialruptur der Supra- und Infraspinatussehne ohne fettige Infiltration gezeigt habe. Genau dies sei ein Hinweis darauf, dass die Ruptur relativ frisch (ein Jahr) gewesen sei. Bei Zustand nach Schulterluxation könne nur ein cursorischer Status durchgeführt werden; bei fehlendem Ausfall, wie dies bei Partialläsionen der Rotatorenmanschette der Fall sei, werde immer zuerst die konservative Behandlung eingeleitet. Dass die Partialläsion erst ein Jahr später bildgebend diagnostiziert werden konnte, dürfe dem durchwegs schmerzgeplagten Beschwerdeführer hinsichtlich Kausalitätsbeurteilung nicht zum Nachteil gereichen. Zum einen habe er ständig Schmerzen gehabt, zum andern hätten diese durch die Operation behoben werden können. Der zeitliche Zusammenhang sei nachgewiesen, die bildgebenden Materialien zeigten, dass keine Pathologien degenerativer Art ersichtlich gewesen oder operiert worden seien. Hierzu schweige Dr.med. D. _____. Weiter hält der Beschwer-

deführer fest, im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung wäre die Vorinstanz gehalten gewesen, das Vorliegen einer Listenverletzung zu prüfen. Denn bei Vorliegen einer Listenverletzung stehe der Unfallversicherer in der Pflicht, Leistungen zu erbringen, solange er nicht den Nachweis für eine vorwiegende Bedingtheit durch Abnützung oder Erkrankung erbringe. Den in BGE 146 V 51 entwickelten Grundsätzen sei die Vorinstanz nicht nachgekommen.

7.1 Der angefochtene Entscheid der Vorinstanz stützt sich - namentlich in der Begründung, die über den 10. Juni 2020 hinaus geklagten Schulterbeschwerden und insbesondere die am 23. Februar 2021 vorgenommene arthroskopische Revision der Schulterverletzung links seien nicht auf den Unfall vom 22. November 2019 zurückzuführen - auf die Beurteilungen ihres beratenden Arztes Dr.med. D._____ ab. Die beratenden Ärzte eines Versicherungsträgers sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (vgl. Urteil BGer 8C_774/2020 vom 19.2.2021 Erw. 2.2). Es ist damit die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von versicherungsinternen Ärzten zu beachten, wonach nur auf deren Feststellungen abgestellt werden kann, wenn keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 142 V 58 Erw. 5.1 m.w.H.; VGE I 2019 27 vom 27.9.2019 Erw. 6.1).

7.2 Vorliegend weist der Beschwerdeführer zurecht auf gewichtige Indizien hin, welche mehr als nur geringe Zweifel an der Beurteilung von Dr.med. D._____ zu erwecken vermögen.

Im Schreiben vom 1. April 2021 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers widersprach Dr.med. E._____ der Beurteilung von Dr.med. D._____. Er beschränkt sich dabei nicht bloss auf den Verweis auf eine blande Vorgeschichte (was für sich allein noch keine Zweifel zu erwecken vermöchte), sondern begründet die Unfallkausalität zum einen mit der fehlenden Verletzung, was auf eine frische Ruptur hinweise (und zusammen mit der blanden Vorgeschichte für die Unfallkausalität spreche) und zum andern mit dem intraoperativen Befund, der keine Pathologien in degenerativer Art gezeigt habe, jedoch eine deutliche Zerrung der Manschette im dorsalen Anteil. Er weist dann explizit auf die bestehende Foto- und Filmdokumentation des Eingriffs hin (vgl. oben Erw. 5.14.1). In der Folge holte die Vorinstanz diese Akten ein. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb Dr.med. D._____ auf dieses Bildmaterial in seiner daran anschliessenden Beurteilung mit keinem Wort eingeht. Nachdem er selber die Unfallkausalität mit dem Vorliegen degenerativer Veränderungen begründet und Dr.med. E._____ dem mit explizitem Verweis auf die intraoperative Bildgebung widerspricht, ist unverständlich, dass er sich zu diesem kardinalen Wider-

spruch mit keinem Wort äussert. In seinem Bericht vom 19. Mai 2021 geht er einzig auf das MRI vom 8. Dezember 2020 ein, welches ein vorbestehendes subacromiales Impingement zeige (vgl. oben Erw. 5.15), obwohl Dr.med. E. _____ im Operationsbericht explizit festhält 'kein Impingement am Akromion, kein Impingement am AC-Gelenk' (vgl. oben Erw. 5.14.2). Entweder vermag das intraoperative Bildmaterial die eine oder andere Sichtweise zu bestätigen oder gar keine Aussage hierzu zu geben. Sich aber überhaupt nicht zu diesem Bildmaterial und Operationsbericht (welche dem MRI-Befund widersprechen) zu äussern, erweckt mehr als nur geringe Zweifel an der Beurteilung von Dr.med. D. _____.

Dr.med. D. _____ schliesst nicht aus, dass eine hintere Schulterluxation die Rotatorenmanschette in Mitleidenschaft ziehen kann. Zu Recht. Die S2e-Leitlinie Rotatorenmanschette (AWMF – Registernummer: 033 - 041; Vers. März 2017) hält fest, im Rahmen traumatischer Schultergelenkluxationen bei älteren Patienten komme es typischerweise zu Rupturen der Supraspinatus- und/oder Subscapularissehne. Und auch Lädemann et al. (Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette; SMF 2019 S. 260 ff.) weisen unter Traumahergängen auf die glenohumerale Schulterluxation hin und halten fest, bei Patienten zwischen 40 und 55 Jahren betrage die Prävalenz für eine transmurale RM-Läsion 41%, bei Patienten zwischen 56 und 70 Jahren 71% und Patienten über 70 Jahre würden immer eine transmurale RM-Läsion aufweisen (der Beschwerdeführer hat Jg. 1955). Soweit Dr.med. D. _____ dann erwägt, bei einer Luxation nach hinten wäre namentlich eine Verletzung der Subscapularissehne zu erwarten, diese sei aber intakt, was gegen eine unfallursächliche Verletzung der Supra- und Infraspinatussehne spreche, so bestehen hieran Zweifel, nachdem Dr.med. E. _____ zum einen in seinem ersten, unfallnahen Bericht vom 27. November 2019, als Befund ausdrücklich eine positive isometrische Testung der Rotatorenmanschette für die Subscapularissehne dokumentiert (vgl. oben Erw. 5.3.1) und zum andern im Operationsbericht die Subscapularissehne als 'vernarrt' beschreibt (vgl. oben Erw. 5.14.2). Dr.med. D. _____ verweist stets nur auf die von Dr.med. E. _____ gestellte Diagnose, wonach die Rotatorenmanschette unauffällig sei, geht aber weder auf diesen Widerspruch im Bericht selbst, noch auf die Feststellung im Operationsbericht ein. Wenn aber die Subscapularissehne durch den anerkannten Unfall verletzt worden sein sollte, dann würde dies zweifellos der Erwartung gemäss Literatur entsprechen, weshalb nicht nachvollziehbar ist, warum Dr.med. D. _____ entgegen den Akten von einer intakten Subscapularissehne spricht. Damit aber bestehen auch mehr als geringe Zweifel an seiner Beurteilung, es sei der Unfall für die Verletzung der

Supra- und Infraspinatussehne auch nur schon als Teilursache auszuschliessen. Damit die Vorinstanz leistungspflichtig ist, genügt eine Teilursache.

7.3 Bestehen aber auch nur schon geringe Zweifel an der Beurteilung des die Versicherung beratenden Arztes, so sind weitere Abklärungen notwendig. Da sich Dr.med. D._____ mit dem Bildmaterial der Operation nicht - nachvollziehbar - auseinandergesetzt hat, ist die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie zur Klärung der offenen Fragen und Widersprüche ein externes Gutachten einholt. Dieses hat sich in erster Linie mit der Frage der Unfallkausalität des am 23. Februar 2021 operierten Gesundheitsschadens zu befassen. Gleichzeitig rechtfertigt es sich aber auch, auch die Frage der Leistungseinstellung per 10. Juni 2020 offen zu lassen und auch diese der gutachterlichen Beurteilung zu überlassen. Allerdings gilt es anzufügen, dass die Frage, ob Versicherungsleistungen über den 10. Juni 2020 zu erbringen sind, nicht einfach von der Kausalitätsfrage abhängt, sondern insbesondere von der Beurteilung der zu jenem Zeitpunkt gegebenen Arbeitsfähigkeit, resp. von einer prospektiven Betrachtungsweise gestützt auf die Verhältnisse im Zeitpunkt der Leistungseinstellung und dannzumal vorliegende medizinische Berichte (Urteil BGer 8C_604/2021 vom 25.1.2022 Erw. 7.1 m.w.H.).

8.1 Einzugehen ist schliesslich noch kurz auf den beschwerdeführerischen Vorwurf, die Vorinstanz hätte eine Leistungspflicht aus unfallähnlicher Körperschädigung, Art. 6 Abs. 2 UVG, klären müssen.

8.2 Liegt eine Meldung einer Listenverletzung vor, so hat der Unfallversicherer die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfalereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG leistungspflichtig. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 Erw. 9.1).

Liegt ein anerkanntes Unfalereignis vor, ergeben die medizinischen Beurteilungen aber, dass die gemeldete und diagnostizierte Listenverletzung nicht auf dieses anerkannte Ereignis zurückzuführen ist, so ist der Nachweis erbracht, dass das anerkannte Unfalereignis keine auch nur geringe Teilursache der Listenverletzung bildet. Damit ist aber gleichzeitig auch erstellt, dass diese Listenverletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50%, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist, soweit kein Hinweis auf ein nach dem anerkannten Unfall eingetretenes initiales Ereignis besteht, das Anlass zu Weiterungen geben könnte. Die

Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ist diesfalls umgestossen und der Unfallversicherer von seiner Pflicht befreit. Mithin erübrigt sich bei fehlendem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem anerkannten Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG und einer Listenverletzung eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, wenn kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt (BGE 146 V 51 Erw. 9.2; vgl. auch Urteil BGer 8C_59/2020 vom 14.4.2020 Erw. 6).

8.3 Vorliegend ist mit dem Fahrradsturz vom 22. November 2019 ein anerkanntes Unfallereignis gegeben. Der Beschwerdeführer erlitt unbestrittenermassen u.a. eine hintere Schulterluxation links. Strittig ist, ob auch die Partialruptur der Rotatorenmanschette überwiegend wahrscheinlich auf diesen Unfall zurückzuführen ist. Werden die noch zu folgenden Abklärungen ergeben, dass der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest teilkausal war, dann besteht eine Leistungspflicht der Vorinstanz. Ist die Kausalität zu verneinen, dann besteht auch keine Leistungspflicht aus Art. 6 Abs. 2 UVG. Denn ein anderes initiales Ereignis, das ursächlich sein könnte, ist weder aktenkundig noch wird ein solches durch den Beschwerdeführer geltend gemacht. Damit wäre dann aber auch erstellt, dass die Listenverletzung (Sehnenriss, Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG) vorwiegend, d.h. zu mehr als 50%, auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen wäre.

9. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als begründet. An der Beurteilung von Dr.med. D._____, auf welche die Vorinstanz abstellt, bestehen mehr als nur geringe Zweifel, was ergänzende Abklärungen notwendig macht. Der Einspracheentscheid vom 2. November 2021 wird aufgehoben und die Sache für diese ergänzenden Abklärungen und neuen Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen.

10.1 Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur erneuten Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Zusprechung einer Parteientschädigung als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt, oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 137 V 210 Erw. 7.1; VGE I 2019 75 vom 16.3.2020 Erw. 6.2, je mit Hinweisen).

10.2 Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

10.3 Nachdem der beanwaltete Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihm zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kanto-

nenalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 2. November 2021 aufgehoben und die Sache für ergänzende Abklärungen im Sinne der Erwägungen und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat dem beanwalteten Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.-- (Barauslagen und inkl. MwSt) zu entrichten.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 14. April 2022

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 29. April 2022