

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 16

I 2022 63

Entscheid vom 10. Februar 2023

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

1. **A.**_____,
Beschwerdeführer Ziff. 1 (I 2022 16)
2. **B.**_____,
Beschwerdeführerin Ziff. 2 (I 2022 63)

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1977) war als Chauffeur der C._____ AG bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er am 26. Februar 2021 beim Beladen des LKW über die Kante der Hebebühne stolperte und mit der Schulter voran auf den Boden stürzte (Vi-act. 1). Gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 6. April 2021 zog sich A._____ dabei eine Quetschung der linken Schulter zu (Vi-act. 1). In der Folge prüfte die Suva ihre Leistungspflicht (Vi-act. 6ff., 10, 13).

B. Bei den (intraoperativen) Diagnosen: Schulterdistorsionstrauma links mit Subskapularissehnenpartialruptur, SLAP II-Läsion und intraartikulärer Synovitis führte Dr.med. D._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Sportmedizin) am 17. Mai 2021 eine Schulterarthroskopie links mit SLAP-Repair (PushLock/Arthrex), Subskapularissehnen Seit-zu-Seit-Naht und intraartikulärer Synovektomie durch (Vi-act. 14).

C. Mit Schreiben vom 25. Juni 2021 teilte die Suva A._____ mit, dass die medizinischen Unterlagen keinen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 26. Februar 2021 und der Operation vom 17. Mai 2021 zeigen würden, weshalb die Suva ab dem 17. Mai 2021 keine Versicherungsleistungen mehr erbringen werde (Vi-act. 25). Hierzu reichte Dr.med. D._____ am 8. Juli 2021 eine Stellungnahme ein (Vi-act. 34). Am 21. Juli 2021 erhob die B._____ (nachfolgend B._____), Krankenversicherer von A._____, gegen das Schreiben der Suva vom 25. Juni 2021 Einwände (Vi-act. 37).

D. Am 5. August 2021 verfügte die Suva - nach Einholung einer ärztlichen Beurteilung, welche am gleichen Tag erfolgte (Vi-act. 41) -, dass die Operation vom 17. Mai 2021 keine Unfallfolgen mehr adressiere, weshalb der Eingriff abgelehnt werde und die Suva ab dem 17. Mai 2021 keine Versicherungsleistungen mehr erbringe (Vi-act. 43). Dagegen erhob die B._____ am 18. August 2021 Einsprache (Vi-act. 45). Am 10. September 2021 liess A._____ Einsprache erheben, welche er am 18. Oktober 2021 ergänzte (Vi-act. 50, 54). Mit Entscheid vom 31. Januar 2022 wies die Suva die Einsprachen ab (Vi-act. 60).

E. Gegen den Einspracheentscheid reicht A._____ am 1. März 2022 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde ein mit dem sinngemässen Antrag, der angefochtene Einspracheentscheid vom 31. Januar 2022 sei aufzuheben und es seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen (= Verfahren I 2022 16).

F. Gegen den Einspracheentscheid reicht am 4. März 2022 auch die B._____ Beschwerde ein und dies beim Kantonsgericht J._____ mit den Anträgen (= Verfahren 5V 22 88):

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 31. Januar 2022 in Sachen A._____ sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihre Leistungspflicht für das Ereignis vom 26. Februar 2021 basierend auf dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) weiterhin anzuerkennen und auch für die in diesem Zusammenhang ab 17. Mai 2021 entstandenen Kosten weiterhin aufzukommen.
3. Eventualiter sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

G. Die Vernehmlassung der Vorinstanz erfolgt am 29. März 2022. Am 18. Mai 2022 reicht der Beschwerdeführer und am 15. Juni 2022 die Vorinstanz jeweils eine Stellungnahme ein. Der verfahrensleitende Richter des Verwaltungsgerichts Schwyz informiert die Parteien am 25. Juli 2022, das Verfahren I 2022 16 erst dann weiter zu bearbeiten, wenn über die Zuständigkeit im Verfahren vor dem Kantonsgericht J._____ rechtskräftig entschieden sei.

H. Der verfahrensleitende Richter des Kantonsgerichts J._____ führte den Schriftenwechsel durch und erkannte mit Urteil 5V 22 88 vom 5. September 2022, auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde der B._____ werde nicht eingetreten. Die Akten würden nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils an das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz zur weiteren Behandlung der Beschwerde überwiesen.

Mit Schreiben vom 24. Oktober 2022 stellt das Kantonsgericht J._____ dem Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz die Akten des Verfahrens 5V 22 88 zu (Eingang 26.10.2022). Der verfahrensleitende Richter des Verwaltungsgerichts des Kantons Schwyz eröffnet anschliessend unter der Nummer I 2022 63, B._____ gegen Suva betreffend Unfallversicherung (Leistungen), ein neues Verfahren.

I. Mit Verfügung vom 27. Oktober 2022 vereinigt der verfahrensleitende Richter die Verfahren I 2022 16 und I 2022 63 und gewährt den Parteien das rechtliche Gehör. Am 16. November 2022 reicht die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme ein.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Strittig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Vorinstanz die Leistungen (inkl. der Kosten für die Operation vom 17.5.2021) zu Recht per 17. Mai 2021 eingestellt hat, weil die gesundheitliche Schädigung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 26. Februar 2021 zurückzuführen sei bzw. die ab dem 17. Mai 2021 bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien.

1.1 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. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

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). Wird der Versicherte infolge des Unfalles invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

1.2 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. 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. Die Adäquanz spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen jedoch praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 129 V 181 Erw. 3.1; BGE 134 V 109 Erw. 2; BGE 135 V 465).

1.3 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 entfielen; 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).

1.4.1 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).

1.4.2 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).

1.5 Ob zwischen dem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungs-

anspruchs nicht (vgl. BSK-Hofer, Art. 4 ATSG, Rz. 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1; vgl. BGE 119 V 335 Erw. 1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser 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 (vgl. 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).

1.6 Bei Taggeldern und Heilbehandlung handelt es sich nicht um Dauerleistungen. Der Versicherungsträger kann diese ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund "ex nunc und pro futuro" einstellen, wenn sich herausstellt, dass die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen gar nicht erfüllt sind, etwa weil bei richtiger Betrachtung gar kein versichertes Ereignis vorliegt (BGE 130 V 380 Erw. 2.3.1; Urteile BGer 8C_187/2017 vom 11.8.2017 Erw. 2.3; 8C_176/2016 vom 17.5.2016 Erw. 3.2; 8C_249/2016 vom 1.3.2017 Erw. 3.2).

1.7.1 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG 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). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. 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.

1.7.2 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 Erw. 3.2; Urteil BGer 8C_765/2020 vom 4.3.2021 Erw. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 Erw. 6.5).

1.8 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt 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.

1.8.1 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).

1.8.2 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).

Beratende Ärzte und Vertrauensärzte sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (vgl. Urteil BGer 8C_646/2019 vom 6.3.2020 Erw. 4.3 m.w.H.).

1.8.3 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 des 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 des BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

1.8.4 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).

2.1.1 Am 6. April 2021 unterbreitete die Arbeitgeberin des Beschwerdeführers der Vorinstanz eine Bagatellunfall-Meldung UVG (Vi-act. 1). Dergemäss ereignete sich am 26. Februar 2021, 8.30 Uhr, bei Abholung (von Ware) bei einem Lieferanten folgender Unfall: "Beim Beladen des LKW über die Kante der Hebebühne gestolpert und mit der Schulter voran auf den Boden gestürzt. Die anhaltenden Schmerzen erforderten eine ärztliche Abklärung." Als verletzter Körperteil wird die Schulter links genannt, als Art der Verletzung eine Quetschung.

2.1.2 Bei einer telefonischen Befragung der Vorinstanz am 24. Juni 2021 beschrieb der Beschwerdeführer den Unfallhergang wie folgt (Vi-act. 21):

26.2.2021 K. _____: Beim Beladen des LKW, bin ich mit dem Palettwagen auf die Hebebühne gefahren, habe einen Schritt zu viel gemacht und stürzte von der Ladefläche auf den ausgestreckten linken Arm.

Zu seiner Tätigkeit führte der Beschwerdeführer aus, dass er seit 2013 als Chauffeur in einem 100% Arbeitspensum arbeite. Sie würden (gefrorene) Produkte an Kunden ausliefern. Beim Kunden müsse man auch ausladen. Das Einladen der Ware erfolge über den Nachtverlad.

Zum Heilverlauf lässt sich der Aktennotiz zur telefonischen Befragung was folgt entnehmen:

Erste Konsultation L. _____, ca. 1 Monat oder 6 Wochen später. Ich weiss es nicht mehr genau. Ich verspürte seit dem Sturz ein Ziehen in der linken Schulter, habe es schon immer gemerkt ab dann. Ich dachte aber es bessert noch und ich renne nicht gleich sofort zum Arzt. Anfangs war es ja nicht so schlimm, wurde dann aber immer schlimmer und schlimmer. Ich konnte wegen Schmerzen den Arm auch nicht mehr hochstrecken, es ging nicht mehr. Wenn ich den Arm unten hatte,

merkte ich minim ein Ziehen im Ruhezustand. Nach 2-3 Wochen konnte ich dann auch nicht mehr auf dem Arm liegen. Der Hausarzt hat dann geröntgt und dann musste ich noch zum MRI in der Radiologie M._____ und dann weiter zu Dr. D._____. Am 17.5.2021 wurde ich im Spital N._____ operiert. Die Unfallmeldung ist so spät erstellt worden, eben weil ich anfangs nichts gesagt hatte und dachte, es bessere schon wieder.

2.1.3 Die Erstbehandlung fand bei Dr.med. E._____ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH) am 3. April 2021 statt. Der ärztliche Erstbericht (erstellt am 7.6.2021, Vi-act. 17) lautet wie folgt:

Subjektiv	1. Der Patient ist vor ca 6-8 Wochen bei der Arbeit vor Hebebühne gefallen. Initial kein Schmerz. Im Laufe der Zeit hat der Patient einen Schmerz in der Schulter Oberarmseitig bemerkt. In den Supraspintusruptur.
Objektiv	SZ.
Therapie	Analgesie, Mitellaschlinge.
Prozedere	WV Nach MRI. Dieses angemeldet.

2.2.1 Im Auftrag des Hausarztes wurde am 8. April 2021 mit der Fragestellung einer Rotatorenmanschettenruptur ein Arthro-MRI der linken Schulter gemacht. Der Radiologe Prof. Dr.med. F._____ berichtete (Vi-act. 12):

Befund

Nach vorangegangener lokaler Desinfektion und Gabe eines Lokalanästhetikums erfolgt die Punktion des linken Schultergelenkes unter Durchleuchtung. Das intraartikulär applizierte Kontrastmittel verbleibt streng im Gelenkraum. Flaue und sehr flächige Signalalteration im Ansatz Abschnitt der Supraspinatussehne. Es liegt zudem eine scharfkantige Signal Veränderung vor, die den gesamten Sehnenquerschnitt der Supraspinatussehne durchzieht. Normale Signalgebung im Bereich der Infraspinatussehne und der Subscapularissehne. Deutliche Arthrose im Akromioklavikulargelenk. Der Subakromialraum misst 5 mm. Kein Hinweis für eine glenohumerale Arthrose. Normale Darstellung des superioren Labrums. Regelrechter Verlauf der langen Bizepssehne im Sulcus bicipitalis. Der Bizepssehnen Anker stellt sich regelrecht dar.

Beurteilung

Ausgeprägte Tendinopathie Zeichen im Bereich der Supraspinatussehne bei AC-Gelenksarthrose und Impingement Situation.
Zusätzlich liegt eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne vor.

2.2.2 Am 15. April 2021 verordnete Dr.med. E._____ Physiotherapie mit der Diagnose: "Supraspinatusläsion transmural nach Unfall am 26.02.2021 - Zunehmende Impingement" (Vi-act. 2).

2.3.1 Nach der Überweisung untersuchte Dr.med. D._____ den Beschwerdeführer am 28. April 2021 (Vi-act. 18). Er stellte (mit Bericht vom 30.4.2021) die Diagnose eines Schulterdistorsionstraumas links mit transmuraler Supraspina-

tussehnenläsion, Subscapularissehnenpartialruptur sowie Verdacht auf SLAP-Läsion. Anamnestisch führte er aus, der Beschwerdeführer sei am 26. Februar 2021 eine Laderampe hinabgestürzt und habe sich hierbei ein massives Schulterdistorsionstrauma links zugezogen. Er arbeite zu 100% als Chauffeur mit teilweise schweren Tätigkeiten. Der Beschwerdeführer habe anhaltende Bewegungs-, Belastungs- und vor allem auch Ruheschmerzen. Klinisch zeige sich linksseitig ein freier Nacken- und Schürzengriff, jedoch endgradige Beschwerden. Die Aussenrotation sei linksseitig auf 20° reduziert, rechtsseitig betrage sie 50°, die Abduktion/Elevation betrage 140°, rechtsseitig 180°. Die Neer-Zeichen seien deutlich positiv, geringgradige Instabilität von Seiten der linken Schulter bei Testung des Apprehension- und Sulcus-Sign nachweisbar. Die Kraft sei im Seitenvergleich reduziert. Das MRI der linken Schulter zeige eine transmurale Supraspinatussehnenläsion, eine partielle Subscapularissehnenläsion und einen Verdacht auf SLAP-Läsion. Dr.med. D._____ erachtete die Indikation für eine operative Massnahme aufgrund der Beschwerden als gegeben.

2.3.2 Am 17. Mai 2021 erfolgte bei (intraoperativer) Diagnose Schulterdistorsionstrauma links mit Subskapularissehnenpartialruptur, SLAP II-Läsion und intraartikulärer Synovitis eine Schulterarthroskopie links mit SLAP-Repair (PushLock/Arthrex), Subskapularissehnen Seit-zu-Seit-Naht und intraartikulärer Synovektomie (Vi-act. 14). Zur Operation führte der Operateur aus:

Beachchair-Position. Nach Desinfektion und Abdeckung präoperative Antibiotikagabe. Eingehen über ein dorsales Standardportal und Einführen der Optik. Darstellung einer deutlichen intraartikulären Synovitis. Über ein anterior-superiores Portal wird daraufhin der Shaver eingeführt und es erfolgt eine sukzessive intraartikuläre Synovektomie mit Blutstillung. Die Subskapularissehne zeigt im Sehnenansatzbereich eine Partialläsion, der unmittelbare Ansatz ist jedoch intakt. Es erfolgt nun ein Débridement der Subskapularissehne und anschliessend eine Seit-zu-Seit-Naht mit 0er Vicryl Faden, welcher über ein BirdBeak-Instrument eingeführt wird. Die lange Bizepssehne ist sicher geführt, die Supraspinatus- und Infraspinatussehne sind ohne Pathologie. Das Glenoid zeigt einen unauffälligen Knorpelbelag, das Labrum zeigt im vorderen und oberen Bereich eine SLAP II-Läsion. Es erfolgt nun über das anterior-superior Portal eine sukzessive Anfrischung mittels Raffel und Shaver, anschliessend Fassen des oberen Labrums in der 10.30 Uhr-Position mittels Scorpion-Zange und Refixation des Labrums mittels PushLock-Anker. Fotodokumentation. Ausgiebige Spülung, Einlage einer intraartikulären Drainage und Hautnaht. Anlage eines Ortho-Gilets.

Bei peri- und postoperativ komplikationslosem Verlauf konnte der Beschwerdeführer unter physiotherapeutischer Anleitung sukzessive mobilisiert und schliesslich bei reizlosen Wund- und Narbenverhältnissen am 19. Mai 2021 nach Hause entlassen werden (Vi-act. 15). Mit ärztlichem Zeugnis vom 21. Mai 2021 attestier-

te Dr.med. D._____ dem Beschwerdeführer eine voraussichtliche Arbeitsunfähigkeit für acht Wochen zu 100% ab dem 17. Mai 2021 (Vi-act. 16).

2.3.3 Mit Bericht vom 20. Mai 2021 an die Vorinstanz wiederholte Dr.med. D._____ grösstenteils die Ausführungen im Bericht vom 30. April 2021 (vgl. Vi-act. 11 i.V.m. Vi-act. 18). Die Diagnose der SLAP-Läsion wurde als gesichert erachtet. Anamnestisch wurde zudem hinsichtlich der Schmerzen auf die fehlende Besserungstendenz bei physiotherapeutischen Massnahmen hingewiesen. Der Befund lautete neu: "Leicht eingeschränkte Beweglichkeit von Seiten der linken Schulter mit jedoch massiven endgradigen Schmerzen."

2.4 In einer versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 8. Juni 2021 erachtete Kreisarzt Dr.med. G._____ (Facharzt für Chirurgie, speziell Allgemeinchirurgie und Traumatologie) die Einholung weiterer Auskünfte bzw. Unterlagen als notwendig. Im MRI sei weder "SSP Ruptur" noch SLAP Läsion noch "Läsion SSC" sichtbar, weshalb keine Indikation für "SAS" bestehe. Es bestehe eine grosse Diskrepanz zwischen der prä- und der postoperativen Diagnose (Vi-act. 19).

2.5 Nach der telefonischen Abklärung beim Beschwerdeführer vom 24. Juni 2021 durch die Vorinstanz (Vi-act. 21; Erw. 2.1.2) erfolgte die erneute Vorlage an Dr.med. G._____, woraufhin dieser am 25. Juni 2021 die Frage der Vorinstanz, ob der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar seien, geführt habe, verneint. Ebenso verneinte er die Frage, ob der Schaden, welcher operiert wurde, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen sei, ohne dies zu begründen. Eine Kontusion / Distorsion sei in der Regel nach 10 Wochen abgeheilt (Vi-act. 36).

Die Vorinstanz stellte daraufhin mit Schreiben vom 25. Juni 2021 die Versicherungsleistungen ab dem 17. Mai 2021 ein mit der Begründung, die medizinischen Unterlagen zeigten keinen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 26. Februar 2021 und der Operation vom 17. Mai 2021 (Vi-act. 25).

2.6.1 Am 8. Juli 2021 äusserte Dr.med. D._____ gegenüber der Vorinstanz, den Bericht vom 25. Juni 2021 mit Überraschung erhalten zu haben. Wie bereits im Operationsbericht vom 17. Mai 2021 festgehalten, habe sich der Beschwerdeführer im Rahmen eines Sturzes eine Subscapularissehnenruptur wie auch eine SLAP-II-Läsion zugezogen. Aufgrund des Unfallmechanismus und der darauffol-

genden Verletzung sei aus orthopädisch-traumatologischer Sicht von eindeutig unfallbedingten Schädigungen auszugehen (Vi-act. 34).

2.6.2 Dr.med. G._____ bestätigte im Anschluss zum Bericht von Dr.med. D._____ am 14. Juli 2021, dass an der Stellungnahme vom 25. Juni 2021 festzuhalten sei (Vi-act. 35).

2.7 Die Beschwerdeführerin (B._____) führte mit Einwand vom 21. Juli 2021 gegenüber der Vorinstanz aus, mit deren Entscheid nicht einverstanden zu sein mit folgender Begründung (Vi-act. 37):

(...) Beim Sturz von der Ladefläche mit Abstützen auf den linken Arm in Abduktion und Aussenrotation ("Sturz auf ausgestreckten Arm") kommt es zu einem erheblichen Trauma mit Kompression des Glenohumeralgelenkes und Distorsion der Subscapularismuskulatur; dies begünstigt sowohl eine SLAP-Läsion (glenohumeral) wie auch eine Subscapularissehnenläsion. Die Schmerzanamnese ist passend zum Unfallmechanismus, wie auch zum intraoperativen Befund. Initial fand sich eine SLAP II und Subscapularis-Partialruptur, was der Patient als "Ziehen" beschreibt. Im Verlauf entwickelte sich eine glenohumerale Synovitis. Diese Entzündung spiegelt sich darin wider, dass der Patient mit der Zeit Nachtschmerzen hatte und den Arm nicht mehr "hochstrecken" konnte. Auch die klinische Untersuchung mit eingeschränkter linksseitiger Aussenrotation (Differenz 30°), eingeschränkter Abduktion und Elevation (Differenz 40°), wie auch mit Endphasenschmerzen bei Schürzen-/Nackengriff sind kongruent zu den intraoperativen Befunden. Die intraoperative Diagnostik ist der bildgebenden überlegen. Traumatische Subscapularisrupturen sind wenn möglich rasch zu versorgen, da der Muskel schnell atrophieren kann und ihm eine zentrale biomechanische Schlüsselrolle sowie im Rahmen des exposed footprints mit Definition der Ausdehnung der rupturierten Gesamt-Rotatorenmanschette (wie die intratendinösen Veränderungen im MRI der Supraspinatussehne vom 08.04.2021) eine prognostische und klinische Relevanz zukommt.

Wir sind der Ansicht, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausale Verletzungen vorliegen, die intraoperativ aufgefunden und versorgt wurden. Bitte prüfen Sie unsere Ausführungen. Gerne erwarten wir den schriftlichen Rückzug Ihrer Leistungseinstellung. Sollten Sie sich unseren Ausführungen nicht anschliessen, bitten wir Sie um den Erlass der Verfügung sowie um eine ausführliche medizinische Stellungnahme.

2.8 In der Folge holte die Vorinstanz bei Kreisarzt Dr.med. G._____ ein versicherungsmedizinisches Aktengutachten ein, welches am 5. August 2021 erstellt wurde (Vi-act. 41). Die Beurteilung lautet wie folgt:

Der Versicherte erlitt am 26.02.2021 einen Sturz vor einer Hebebühne, wobei er nach vorne auf den linken ausgestreckten Arm stürzte. Seither verspürte er ein Ziehen in der linken Schulter. Erst nach fünf Wochen wird der Hausarzt wegen zunehmenden Schmerzen aufgesucht. Im Arthro-MRI sechs Wochen nach dem Unfallereignis wird vom Radiologen beschrieben, dass das intraartikulär applizierte Kontrastmittel streng im Gelenkraum verbleibt. Dennoch wird im Nachsatz der Beurteilung eine zusätzliche transmurale Ruptur der Supraspinatussehne

diagnostiziert, was einen eklatanten Widerspruch darstellt. Er beschreibt zwar eine flauere und sehr flächige Signalalteration im Ansatz-Abschnitt der Supraspinatussehne und eine scharfkantige Signalveränderung, die den gesamten Sehnenquerschnitt der Supraspinatussehne durchzieht. Dies entspricht aber in keiner Weise einer transmuralen Ruptur, sondern nach meinem Dafürhalten einer CID (concealed interstitial delamination), was einer intratendinösen Partialläsion am Footprint entspricht. Die Diagnose einer transmuralen Ruptur hat sich intraoperativ nicht bestätigt.

Die Signalgebung im Bereich der Subscapularissehne wird vom Radiologen als normal befunden. Auch der Unterzeichner kann hier keine Läsion ausmachen. Im Operationsbericht wird aber eine Läsion der Subscapularissehne beschrieben (die Subscapularissehne zeigt im Sehnenansatzbereich eine Partialläsion, der unmittelbare Ansatz ist jedoch intakt), die möglicherweise auf dem Videoprintbild Nummer 3 (keine Bildlegende vorhanden) als oberflächliche Aufrauung am cranialen Rand abgebildet ist. Bild 2 zeigt einen grossen Teil der Subscapularissehne mit dem Ansatz am Tuberculum minus. Hier ist keine Läsion abgebildet. Entspricht Bild 3 der intraoperativ diagnostizierten Subscapularissehnenläsion, liegt diese aber viel weiter medial als im Operationsbericht beschrieben, denn es kommt auf diesem Bild noch das mittlere glenohumerale Ligament zur Darstellung. Die Läsion liegt somit nicht im Sehnenansatzbereich sondern mittig in der Sehne. Auf Grund dieser Lokalisation und des Aspektes der Läsion kann aber mit Sicherheit eine traumatische Genese ausgeschlossen werden. Ob diese Läsion überhaupt mit einer Seit-zu-Seit Naht versorgt werden muss, bleibe dahingestellt. Die Reparatur der Läsion ist nicht fotodokumentiert.

Im MRI kommt der Bicepsanker und das ventrale Labrum ohne Pathologie zur Darstellung. Bei der klinischen Untersuchung vom 28.4.2021 [recte: 28.04.2021] werden keine Zeichen einer Bicepssehnenpathologie erhoben. Gemäss Operationsbericht zeigt das Labrum aber im vorderen und oberen Bereich eine SLAP II-Läsion. Diese Läsion ist auf den Printbildern nicht zu finden. Nach dem Bericht erfolgt eine Fixierung des oberen Labrums bei 1030 Uhr. Die Bilder 5 und 6 zeigen die Anfrischung des Glenoids, die Bilder 7-9 eine Naht des Labrums etwa auf Höhe des Subscapularissehnenoberrandes, das heisst bei ca. 0930 bis 1000 Uhr. Diese Naht ist somit zu caudal angelegt und kann die vom Operateur diagnostizierte SLAP Läsion nicht suffizient reparieren, da insbesondere damit der «obere Bereich des Labrums» nicht adressiert wurde.

Zusammenfassend besteht eine grosse Diskrepanz zwischen der Klinik, dem MRI und dem Operationsbericht, insbesondere was die SLAP Läsion betrifft. Die pathologischen Befunde am Bicepsanker und am Labrum sind nicht mit Videobildern belegt und wurden mit der Reparation ungenügend adressiert.

Die Indikation zur Arthroskopie wird wegen der persistierenden Beschwerden gestellt, ohne dass dabei erwähnt wird, was operativ adressiert oder behoben werden soll.

Aufgrund der nicht objektivierbaren strukturellen Läsionen am Bicepsanker und am Labrum, die nur im Operationsbericht beschrieben aber nicht dokumentiert sind, und der klar degenerativen Aufrauung am Oberrand der Subscapularissehne kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine unfallbedingte strukturelle Läsion in der linken Schulter ausgeschlossen und an der Feststellung, dass es durch den

Unfallmechanismus zu einer Kontusion resp. Distorsion der linken Schulter kam, die nach 10 Wochen als abgeheilt beurteilt werden darf, festgehalten werden.

Aufgrund dieser Beurteilung hielt die Vorinstanz mit Verfügung vom 5. August 2021 an der Einschätzung fest, dass es durch den Unfallmechanismus zu einer Kontusion respektive Distorsion der linken Schulter gekommen sei, die nach zehn Wochen als abgeheilt beurteilt werden dürfe. Die Operation vom 17. Mai 2021 habe somit keine Unfallfolgen mehr adressiert, weshalb der Eingriff abgelehnt werde (Vi-act. 42).

2.9 Mit Einsprache vom 18. August 2021 an die Vorinstanz (Vi-act. 45) bringt die Beschwerdeführerin (gestützt auf die interne Beurteilung von Dr.med. H._____ [FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates] vom 16.8.2021; Bf-act. 13) vor, dass der intraoperative Bericht / Befund dem bildgebenden Bericht / Befund überlegen sei. Der Unfallmechanismus passe sowohl zu einer Subscapularis-Partialruptur wie auch zu einer SLAP II. Die Klinik bei SLAP II werde bekanntlich in Ruhe und bei einfachen Alltagsbewegungen oft mit wenig Schmerzen beschrieben. Bewegungen der Schulter über den Kopf seien dagegen sehr schmerzhaft (was dem Endphasenschmerz in der klinischen Untersuchung des Operateurs entspreche). Auch die Drehung des Arms hinter den Rücken, zum Beispiel beim Greifen nach dem Autogurt, sei schmerzhaft (bei der klinischen Untersuchung des Operateurs sei es bei der Aussenrotation - also bei der Dehnung des Subscapularis - zu Schmerzen gekommen, ebenfalls würden vom Operateur ein Sulcus-Zeichen und Aprehension-Zeichen beschrieben, was ebenfalls in diesem konkreten Fall auf die SLAP-Läsion hinweise). Bei Sinovitis sei ein Nachtschmerz typisch, dieser werde vorliegend ebenfalls beschrieben.

Traumatische Subscapularisrupturen seien, wenn immer möglich, rasch zu versorgen, da der Muskel schnell atrophieren könne und ihm eine zentrale biomechanische Schlüsselrolle sowie im Rahmen des exposed footprints mit Definition der Ausdehnung der rupturierten Gesamt-Rotatorenmanschette (wie die intratendinösen Veränderungen im A-RM der Supraspinatussehne vom 8.4.2021) eine prognostische und klinische Relevanz zukomme, weshalb die Operation klar indiziert gewesen sei.

Zudem spreche gegen eine degenerative Läsion die Prävalenz der partiellen Subscapularisruptur von 13-24%, die selten isoliert, vielmehr vergesellschaftet mit Rotatorenmanschettenläsionen (komplette Ruptur der Supraspinatussehne), gehäuft mit Läsionen der langen Bicepssehne auftreten (was im konkreten Fall nicht vorliege). Weiter würden kombinierte Partialläsionen von Supra- und Sub-

scapularissehne gehäuft im Rahmen von Läsionen des Pulley-Systems, bei anterosuperioren Impingement, auftreten (was hier ebenfalls nicht der Fall sei).

Aufgrund dieser medizinischen Angaben sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer posttraumatischen Verletzung der linken Schulter im Rahmen des Unfalls vom 26. Februar 2021 auszugehen, der operative Eingriff sei medizinisch indiziert. Aufgrund der unfallkausalen Verletzungen, welche intraoperativ aufgefunden und versorgt worden seien, liege weder ein Status quo sine noch ante vor.

Der internen Beurteilung von Dr.med. H. _____ (Bf-act. 13) lässt sich ergänzend entnehmen, soweit der Kreisarzt - welchem die OP-Bilder vorliegen würden - beschreibe, dass die vom Operateur beschriebenen intraoperativen Befunde nicht mit der Bildgebung übereinstimmen würden und die vom Operateur durchgeführte Behandlung nicht suffizient sei, könne hierzu keine Stellung genommen werden. Es werde die Einholung eines Fachgutachtens vorgeschlagen.

2.10 Mit Einspracheergänzung vom 18. Oktober 2021 (Vi-act. 54) liess der Beschwerdeführer den Bericht von Dr.med. D. _____ vom 1. Oktober 2021 einreichen. Darin beantwortete Letzterer die Fragen des Beschwerdeführers wie folgt:

1.1 Hat der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar sind, geführt?

Ja, der Unfall hat zu einer Subscapularissehnenpartialruptur sowie zu einer SLAP-II- Läsion im Bereich der linken Schulter geführt. Am 17.05.2021 erfolgten daraufhin eine Schulterarthroskopie links mit Subscapularissehnen-Seit-zu-Seit-Naht und ein SLAP-Repair.

1.2 Ist insbesondere der Schaden, welcher operiert wurde, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen?

Beide Schäden sind typischerweise als Unfalltrauma anzusehen und wurden entsprechend operativ versorgt.

3. Bitte nehmen Sie zu der Beurteilung von Dr. med. G. _____ vom 05.08.2021 Stellung. Können Sie sich dieser anschliessen?

Intraoperativ zeigte sich eine Ansatzläsion im Längsverlauf der Subscapularissehne, welche als Traumafolge zu werten ist und mittels einer Seit-zu-Seit-Naht versorgt wurde. Die vom Kreisarzt beschriebene Fixierung des oberen Labrums in der 9.30 bis 10.00-Uhr-Position kann, aufgrund der Videobilder, nicht nachvollzogen werden, intraoperativ wurde dies exakt in der 10.30-Uhr-Position eingebracht. Diesbezüglich müsste allenfalls ein erneutes MRT zur Evaluation durchgeführt werden.

Gesamthaft ist daher weiterhin von einer traumatischen Subscapularissehnenläsion wie auch einer SLAP-II-Läsion auszugehen, welche operativ versorgt wurde.

2.11 Dr.med. G._____ hielt mit Beurteilung vom 20. August 2021 (Vi-act. 46) und 21. Oktober 2021 (Vi-act. 56) an seiner Beurteilung vom 5. August 2021 fest.

2.12 Am 23. März 2022 erfolgte - bereits im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens - eine kreisärztliche Beurteilung durch Dr.med. I._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates). Dabei wird zum Unfallhergang ausgeführt, dass die Angaben dazu ungenau und widersprüchlich seien. Da der tatsächliche Hergang nicht ausreichend präzisiert sei, liessen sich keine Schlussfolgerungen zu Kausalität zwischen Ereignis und geltend gemachten Schäden daraus ziehen.

Des Weiteren lässt sich der Beurteilung was folgt entnehmen:

Zum Verhalten des Versicherten nach dem Ereignis:

Die Versicherungsmedizin richtet ihr Augenmerk besonders auf das Verhalten des Versicherten und die Abläufe unmittelbar nach dem Ereignis. Hierzu gehören das zeitnahe (innerhalb weniger Tage) Aufsuchen einer ärztlichen Behandlung, das sofortige Einstellen einer körperlichen Arbeit, das Anfertigen einer Nativ-Röntgenaufnahme bei der Erstbehandlung sowie das Vorliegen einer Pseudoparalyse des betroffenen Armes.

Die traumatisch nach akuter Gewalteinwirkung verursachte Rotatorenmanschettenzerreissung führt unmittelbar zu Schmerzen, Kraft- und Funktionsverlust mit einem charakteristischen zeitlichen Verlauf [1,2]. In der akuten Phase (etwa bis drei Tage nach dem Unfallereignis) bestehen heftige Schmerzen. Da bei einer Zerreiung die Kraftübertragung vom Muskel auf die Sehne, und von ihr auf Knochen und Gelenk, unterbrochen ist, ist die aktive Beweglichkeit der Schulter in typischer Weise so massiv eingeschränkt, dass man von einer Pseudoparalyse, also scheinbaren Lähmung spricht. In der subakuten Phase (etwa bis 14 Tage nach dem Unfallereignis) lassen die Beschwerden nach, die betroffene Person leidet unter einer schmerzhaften Einschränkung der aktiven Beweglichkeit und es besteht eine Kraftminderung der verletzten Schulter. In der folgenden postakuten Phase kommt es zu einem weiteren Rückgang der Beschwerden und die initiale Bewegungseinschränkung kann durch die verbliebene Schultermuskulatur häufig kompensiert werden, was zu einer Besserung der aktiven Gelenkbeweglichkeit führt [3].

Im vorliegenden Fall wird das Ereignis auf den 26.02.2021 geltend gemacht. Eine Erstbehandlung fand offensichtlich am 03.04.2021 durch Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in O._____ statt. In der Anamnese ist angegeben, es habe initial kein Schmerz bestanden. Im Laufe der Zeit habe der Patient einen Schmerz in der Schulter oberarmseitig bemerkt.

Zur weiteren Abklärung veranlasste Dr. E._____ ein Arthro-MRI der linken Schulter.

Traumatische Rupturen von Strukturen am Schultergelenk führen zu heftigen Schmerzen. Sie veranlassen den Betroffenen, innerhalb weniger Tage ärztliche Hilfe aufzusuchen. Zudem hindern die Schmerzen, dass eine schwere körperliche Arbeit, wie sie bei dem Versicherten vorauszusetzen ist, fortgesetzt wird.

Im vorliegenden Fall bestanden offensichtlich nach dem Ereignis keine namhaften Schmerzen. Zudem ging der Versicherte seiner angestammten beruflichen Tätigkeit mindestens über 6 Wochen weiterhin nach.

Eine Nativ-Röntgenaufnahme der Schulter wurde nicht zeitnah angefertigt, da sich der erste Arztbesuch um ca. 6 Wochen verzögerte.

Eine Pseudoparalyse des Armes war angesichts der festgestellten Läsionen nicht zu erwarten.

Am 08.04.2021 wurde eine Arthro-MRI-Untersuchung des linken Schultergelenkes vorgenommen. Der beurteilende Radiologe, Prof. Dr. med. F. _____ beschrieb, dass das intraartikulär applizierte Kontrastmittel streng im Gelenkraum verblieben sei. Gleichzeitig fand er eine scharfkantige Signalveränderung vor, die den gesamten Sehnenquerschnitt der Supraspinatussehne durchziehe. Er ging in der Zusammenfassung von einer transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne aus.

Dieses Postulat widerspricht sich in sich. Bei einer durchgehenden, die gesamte Sehrendicke betreffenden Ruptur der Supraspinatussehne würde Kontrastmittel in den Subacromialraum ausgetreten sein. Ein solcher Austritt von Kontrastmittel ist im MRI bei eigener Durchsicht durch den Unterzeichner nicht festzustellen. Daher kann keine transmurale Ruptur der Supraspinatussehnen vorgelegen haben.

Dies bestätigte sich dann auch intraoperativ. Dr. D. _____ beschrieb die Supraspinatussehne wie auch die Infraspinatussehne als intakt.

(...)

Bei eigener Durchsicht der MRI-Bilder durch den Unterzeichner findet sich in Serie 11, Bild 1, Frame 9 (Bild 1) tatsächlich eine kleine Kontrastmittelunterminierung am superioren Labrum. Dies ist allerdings nach Auffassung des Unterzeichners als sogenannter sublabraler Recessus [4] zu werten. Es handelt sich hier nicht überwiegend wahrscheinlich um eine durchgehende SLAP-Läsion. Auch die vorliegende intraoperative Fotodokumentation vermag das Vorliegen einer vollständigen Trennung zwischen Labrum glenoidale und Glenoidrand nicht zu beweisen.

(...)

Gemäss Literatur [5] sind Läsionen im oberen Drittel der Subscapularissehne - nur dieser Bereich ist effektiv mittels Arthroskop von intraartikulär einsehbar - als überwiegend degenerativ zu werten. Auch die Läsion - ein Längssplit - im Faserverlauf der Sehne spricht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für einen degenerativen Vorzustand und kann nicht als unfallkausale Schädigung angesehen werden. Zudem führen Rupturen in Ansatzbereich der Subscapularissehne in der überwiegenden Zahl der Fälle zu einer Schädigung im Rotatorenintervall, also dem Aufhängeapparat der langen Bicepssehne im Sulcus bicipitalis, an der die Subscapularissehne massgeblich beteiligt ist. Eine Intervall-Läsion lag aber offensichtlich nicht vor.

Zusammengefasst kann also nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer traumatischen Subscapularissehnenläsion und SLAP II-Läsion ausgegangen werden. Es handelt sich bei den beschriebenen Veränderungen überwiegend wahrscheinlich um einen degenerativen Vorzustand, der bei dem Ereignis zu Tage trat.

Ein weiteres Kriterium, welches gegen eine akute Schädigung der linken Schulter im vorliegenden Fall spricht, ist der Schmerzverlauf.

Hempfling et al. [6] führen aus, dass das (unfallbedingte) Zerreißen einer Sehnenstruktur immer mit einer erheblichen klinischen Beeinträchtigung verbunden ist. Typisch ist auch der allen unfallbedingten Veränderungen eigene Decrescendo-Verlauf von Schmerz und Symptomen. Zeigt sich dagegen ein Crescendo-Verlauf mit zunächst unfallnah leichten Beschwerden und Einschränkungen, die sich dann in den nächsten Tagen und Wochen verstärken und ausdehnen, deutet dies in der Regel auf eine unfallunabhängige Ursache hin. Beim rein verschleissbedingten Schaden zeigt sich häufig gerade dieser Crescendo-Verlauf und ein Schmerz ohne den typischen Funktionsverlust.

Loew et al. [7] sprechen bei traumatischer Zusammenhangstrennung von einem bleibenden Funktionsverlust der Schulter bei rückläufigen Schmerzen in den Folgewochen, bei degenerativen Veränderungen von Wiedererlangung oder Verbleiben der Funktion bei anhaltenden Schmerzen, vor allem auch beim Liegen auf der Schulter des nachts.

Im vorliegenden Fall ist dokumentiert, dass der Versicherte nach dem Sturz zunächst keine Schmerzen gehabt habe. Hierfür spricht auch, dass er seiner angestammten Tätigkeit weiter nachgegangen ist. Erst im Verlauf von sechs Wochen ist es zu Schmerzen gekommen, die den Versicherten beeinträchtigen. Dennoch setzt er offenbar seine Tätigkeit bis zum 17.05.2021 (Operationsdatum) fort.

Es lag also der oben beschriebene typische Crescendo-Verlauf des Schmerzes, wie er bei degenerativen Schäden, welche zu Tage treten, typisch ist.

Zusammenfassend ergeben sich bei Abwägung mehr positive Kriterien für einen degenerativen Vorzustand als für eine frische richtunggebende Unfallfolge. Auch eine richtunggebende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes kann aufgrund des Charakters der Läsionen nicht angenommen werden.

2.13 Mit Beurteilung vom 4. April 2022 nimmt Dr.med. H._____ zur Beurteilung von Dr.med. I._____ Stellung. Demgemäss sei die ausführliche Analyse von Dr.med. I._____ orthopädisch und versicherungsmedizinisch nachvollziehbar. Es seien jedoch folgende Widersprüche auffindbar und nicht verwertete medizinische Fakten vorliegend:

1) unterschiedliche Unfallmechanismen in der Aktenlage

1a) Die SLAP Läsion ist mit dem beschriebenen Unfallmechanismus (Kompressionsunfall) medizinisch begründbar. (...)

Aus der Literatur kann folgende Übersicht zur Einteilung postulierter Entstehungsmechanismen der SLAP-Läsion abgeleitet werden:

- Fall auf den ausgestreckten Arm (23-31% der SLAP-Läsionen)

- Sturz auf den aussenrotierten Arm, in Verbindung mit Instabilität

1b) Sofern eine Kontusion (Unfallmeldung 04.05.2021: "Sturz mit Schulter voran auf Boden") stattgefunden haben sollte, ist auch diese mit der intraoperativ vorgefundenen Synovitis begründbar.

Das Trauma per se löste den Entzündungsprozess aus, welcher aufgrund der intraoperativ beschriebenen und somit vorliegenden SLAP-Läsion weiter unterhalten wird.

Hier ist die operative Therapie medizinisch indiziert, um die Entzündung zu unterbinden (Synoviektomie, Spülung, Repair der verletzten Strukturen).

Gesetzten Falles, dass also keine traumatisch-bedingte Labrum-Läsion (sondern eine degenerative SLAP-Läsion) vorliegen sollte, kommt derselbe biochemische posttraumatische Prozess zum Zuge:

Es kommt zu einem traumatisch aktivierten Labrum-Abrieb, welcher einen synovialen Reizzustand (Synovitis) produziert, der über Interleukin-1 und TNF-Alpha eine Entzündungsreaktion in Gang setzt (s.OP-Bericht:"Darstellung einer deutlichen intraartikulären Synovitis" und s. Bericht Dr. med. E._____:" Im Laufe der Zeit hat der Patient einen Schmerz in der Schulter Oberarmseitig bemerkt"). Durch diese Reaktionen werden auch Metalloproteasen (Kollagenasen) freigesetzt, die als zersetzende Enzyme das Kollagengerüst angreifen und rasch zerstören (SLAP-Läsion). Dieser entzündliche Vorgang ist auch jener, der für das schmerzhafteste Erscheinungsbild hauptverantwortlich ist, das mit Bewegungseinschränkung und allgemein eingeschränkter Funktion einhergeht, welches im Rahmen des Crescendo-Verlaufes des Schmerzes inklusive der Nachtschmerz/Ruheschmerz typisch für diesen Entzündungsprozess ist.

1c) Subscapularis-Partialruptur

Aus der vom Kollegen zitierten Literatur ergibt sich folgende Darstellung:

(...)

Bei älteren Patienten kann bereits ein leichtes Trauma wie zum Beispiel ein „Sturz auf den ausgestreckten Arm“ [Südkamp 2001] oder starke Krafteinwirkung entgegen der Muskelkontraktion zur Ausdehnung vorher bestandener degenerativer Läsionen und zur Ruptur führen [Südkamp 2001]. Isolierte komplette Rupturen des SSC sind mit 0,8-4% aller RM-Verletzungen selten und meist traumatischen Ursprungs [Bennett 2001, Edwards 2006, Kim 2003, Yoshikawa 2005]. Sie können durch forcierte Aussenrotation bei abduziertem oder adduziertem Arm beim jungen Patienten (Treppensturz mit Hand am Geländer) verursacht werden.

Kombinierte Läsionen entstehen bei Stürzen auf den ausgestreckten Arm mit starker Hyperextension, traumatischen Subluxation des Humeruskopfes - vor allem beim älteren Patienten -, forciertem Abduktion oder durch ein direktes vorderes Trauma. Ausserdem können beim jungen Überkopfsportler als Zeichen chronischer Überbelastung durch repetitiven Stress kleine Mikroläsionen der Sehne entstehen [Bartl 2007, D'Adessi 2006, Davis 2001, Edwards 2005, Hepp 2002, Jobe 1986, Morag 2009, Ryu 1988].

Im vorliegenden Fall wird im Operationsbericht weder eine Supraspinatussehnenläsion noch eine Pulleyläsion noch eine Subluxation oder Dislokation der langen Bicepssehne beschrieben. Nichtsdestotrotz kann ein subcoracoidales Impingement vorliegen, welches zu einer isolierten Läsion der Subscapularissehne (jedoch ohne im Operationsbericht beschriebenen Degenerationen der Subscapularissehne) führte. Dieses wird jedoch klinisch nicht konkret beschrieben (anterior durchgeführter Hawkinsstest positiv). Bei der beruflichen Tätigkeit handelt es sich wenig wahrscheinlich um eine repetitive Überkopfarbeit gemäss vorliegenden Akten (...), weshalb diese Art der Degeneration wenig wahrscheinlich ist.

Vielmehr ist wahrscheinlich, dass der Sturz (entweder auf den ausgestreckten Arm oder direkt auf die Schulter) die Subscapularis-Partialruptur respektive deren Verschlechterung (bei fehlender Pseudoparalyse) bedingt hat. Falls bei diesem Patienten eine Längsruputur (gemäss Operationsbericht ist diese nicht konkret erkennbar aber infolge der Seit-zu-Seit-Naht durchaus anzunehmen) vorliegt, kann

auch diese mit dem Unfallmechanismus der Kontusion, der Anamnese, dem Untersuchungsbefund (endgradige Beschwerden im Schürzengriff, reduzierte Aussenrotation - hier kommt es zur Dehnung des Muskels) begründet werden. Zudem wäre hier die beschriebene geringe Schmerzhaftigkeit (fehlende Pseudoparalyse) ebenfalls passend.

2) unterschiedlicher Schmerzangaben/Brückensymptome in der Aktenlage

(...)

2a) Handelt es sich also um einen anhaltenden, einen entzündlichen-schmerzhaften oder aber einen Crescendo-Schmerz-Verlauf, so ist jeder dieser beschriebenen Schmerzverläufe mit der ausgedehnten intraoperativ vorliegenden Synovitis, welche behandelt wurde, bestätigt.

2b) Zur Klinik der SLAP-Läsion ist folgendes bekannt: bei der SLAP II-Läsion werden in Ruhe und bei einfachen Alltagsbewegungen oft wenig Schmerzen beschrieben. Bewegungen der Schulter über den Kopf sind dagegen sehr schmerzhaft (was dem Enphasenschmerz in der klinischen Untersuchung des Operateurs entspricht). Auch die Drehung des Arms hinter den Rücken, zum Beispiel beim Greifen nach dem Autogurt (oder klinisch beschriebener endgradiger Schürzengriff) ist schmerzhaft, ebenfalls werden vom Operateur ein Sulcuszeichen und ein Apprehensionzeichen beschrieben, was in diesem konkreten Fall auf die SLAP-Läsion hinweist. Einige Patienten klagen über einen Kraftverlust in der Schulter (so auch im vorliegenden Fall) und bei Sportlern kommt es zu einem Geschwindigkeitsverlust beim Werfen (was im vorliegenden Fall mit der beschriebenen teilweise schweren Tätigkeit vergleichbar ist, also eben der möglichen Ausführung derselben trotz bestehender Läsion). Es gibt auch Betroffene, die ein "knachendes" (recte: knackendes) Geräusch bei Bewegungen spüren.

3) Wertigkeit der MRI-Befundung versus der intraoperativen Befundung

Ein sublabraler Rezessus ist eine spaltförmige Lücke zwischen dem Glenoid anliegenden Unterrand des Labrums und der glenoidalen Knorpelfläche. Sie sind 2-7 mm tiefensondierbar. Wenn ein Rezessus nicht tiefer als ca 2mm ist, dann ist dies physiologisch. Ein pathologischer Befund, der einer SLAP-II-Läsion entspricht, liegt nur dann vor, wenn die Ausdehnung des Rezessus das normale Mass überschreitet und auch Abkläsungszeichen (recte: Ablösungszeichen) erkennbar sind. Dies beweist die Überlegenheit der intraoperativen Befundung über die MRI-Befundung.

(...)

Bekannt ist, dass A-RM-Untersuchungen eine Bildgebung mit zum Teil über- zum Teil unterbewerteten Befunden ist, demzufolge einer Richtschnur zur weiteren Therapie-Planung entspricht, sicherlich stellt diese Untersuchung nicht das einzige Element einer Diagnosstellung dar.

Anzumerken ist, dass im Operationsbericht keine Degeneration, auch nicht der Subscapularissehne, beschrieben wird.

Konklusiv liegt in Anbetracht der obigen Fakten - bei jedwelchen unfallmechanischen oder schmerzverlaufsbezogenen Variationen der Akten Daten - gerade auch bei der vom Patienten aus-/weitergeführten Arbeitstätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine unfallbedingte (Synovitis) und richtungsgebende Verschlechterung einer möglichen degenerativen Läsion (SLAP-II, Subscapularis-Partialläsion) vor.

Ergänzend führte Dr.med. H._____ am 21. April 2022 (Bf-act. 18) aus, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb der beurteilende Kreisarzt die Bild-Dokumentationen (Arthro-MRI, Operations-Fotografien), welche nur eine begrenzte Aussagekraft hätten, den dynamischen Befunden (Operationsbericht mit Widerspiegeln der vorliegenden dreidimensionalen Befunden) als überlegen definiere und darauf seine Begründungen abstütze. Es sei allgemein bekannt, dass zweidimensionale Bildgebungen den dreidimensionalen unterlegen seien und dementsprechend die dreidimensionalen Befunde zur Argumentation verwendet werden sollten, da nur daraus eine überwiegend vorliegende Wahrscheinlichkeit beurteilt werden könne. Sodann würde im konkreten Fall gemäss Kreisarztbeurteilung eine "Sorgfaltspflichtverletzung" des behandelnden Operateurs vorliegen, da eine Normvariante ("sublabraler Recessus") operativ "korrigiert" worden wäre, weshalb ein Haftpflichtfall zu prüfen wäre.

2.14 Mit Stellungnahme vom 26. April 2022 führt Dr.med. D._____ aus, dass der Beschwerdeführer unzweifelhaft am 26. Februar 2021 von einer Laderampe herabgestürzt sei und sich ein Schulterabduktions- bzw. distorsionsstrauma links mit Aussenrotationskomponente zugezogen habe. Als LKW-Chauffeur habe er, trotz Schmerzen, weitergearbeitet. Eine physiotherapeutische Massnahme, welche kurz nach dem Unfallereignis begonnen worden sei, habe zu keiner Beschwerdeverbesserung geführt. Während Supraspinatussehnenläsionen durchaus als degenerative Folge beschrieben werden könnten, sei es bei einem 44-jährigen Patienten unzweifelhaft ein Unfallereignis, welches zu einer Subscapularissehnenläsion führe. Auch die festgehaltene SLAP-Läsion sei als solches zu werten. Durch die operative Massnahme vom 17. Mai 2021 sei der Patient bereits wenige Monate postoperativ völlig beschwerdefrei gewesen, bei einer Abschlusskontrolle am 27. August 2021 habe er eine normale Funktion gezeigt. Es sei eine Physiotherapiepause eingelegt worden. Entsprechend dem Verlauf mit ausgeprägten Bewegungs- und Belastungsbeschwerden sowie Aussenrotationstrauma vom 26. Februar 2021, Nachweis einer Subscapularissehnen- wie SLAP-Läsion mit operativer Rekonstruktion und Beschwerdefreiheit im weiteren Verlauf, sei aus orthopädisch-traumatologischer Sicht von einem Unfallereignis auszugehen, welches operativ habe therapiert werden können.

2.15 Die ärztliche Beurteilung von Dr.med. I._____ vom 9. Juni 2022 (Datum der Unterschrift) lautet wie folgt:

Zu diskutieren sind 3 Pathologien:

- Eine Subscapularis-Sehnenpartialläsion im Längsverlauf der Sehne am Oberrand
- Eine SLAP II-Läsion (Abriss des Labrum glenoidale vom Pfannenrand vorne oben respektive anterosuperior)

- Eine intraartikuläre Synovitis

Vorweggeschickt sei gleich, dass es sich bei der postulierten deutlichen intraartikulären Synovitis (siehe Dr. med. H. _____) allenfalls um eine Low-Grade-Synovitis handelt. Der Unterzeichner würde diese synoviale Reizung, wie sie sich auf der intraoperativen Fotodokumentation darstellt, allenfalls als vermehrte Gefässinjektion bezeichnen. Diese ist in der Regel Folge der verwendeten Spüllösung (Ringer-Lösung), eines hohen Drucks der Spülflüssigkeit im Gelenk oder der Manipulationen selbst. Keinesfalls kann hier von einer erheblichen Synovitis gesprochen werden (vergleiche Abbildung 1 und Abbildung 2). Eine erhebliche Synovitis zeigt synoviale Proliferationen in Form von Zotten.

(...)

Selbst wenn Entzündungsmediatoren (Interleukin-1 und TNF-Alpha) zu dieser Synovitis geführt haben sollten, sind diese und die Mediatoren nicht in der Lage, allein den Knorpel des Labrum glenoidale innerhalb von ca. 3 Monaten zu schädigen, ohne dass auch der Gelenkknorpel selbst betroffen wäre.

Über den Unfallhergang liegen diverse Schilderungen vor. Daher versucht Frau Dr. H. _____, die Folgen der einzelnen Möglichkeiten nachzuvollziehen.

Bei einer Kompressionsverletzung, also Sturz mit Schulter voran, wäre ein Knochenmarködem im Glenoid und gegebenenfalls im Humeruskopf zu erwarten gewesen [1]. Ein solches ist auf den MRI-Aufnahmen nicht nachweisbar.

Bei einem Sturz mit dem Arm nach vorne sind die hinteren Labrumanteile durch einen Abschermechanismus gefährdet. Es wäre also ein Labrumschaden *posterior superior* zu erwarten. Zudem ist eher eine Verletzung der hinteren Anteile der Supraspinatussehne und der vorderen Anteile der Infraspinatussehne als Folge des Sturzes mit ausgestrecktem Arm in der Literatur beschrieben. Die Subscapularissehne ist bei diesem Mechanismus eher entlastet. Selbst wenn sie unter Spannung geraten würde, wäre ein Querriss zu erwarten.

Denkbar wäre weiterhin ein Sturz in Abspreizung und Aussenrotation des Schultergelenkes mit nach hinten ausgestrecktem Arm. Allerdings ist ein Riss der Subscapularissehne im Längsverlauf der Sehnenstruktur hierbei nicht überwiegend wahrscheinlich. Eher ist ein Komplettabriss der Subscapularissehne im Querverlauf am Tuberculum minus zu erwarten. Zudem ist der Bizeps-Pulley und der Vorderrand der Supraspinatussehne bei diesem Mechanismus gefährdet. Am Bizeps-Pulley wie auch an der Supraspinatussehne wurden allerdings keine Schäden nachgewiesen. Wahrscheinlicher ist eine Traktionsverletzung der Subscapularissehne durch rezidivierende Mikrotraumen bei schwerem Heben, Überkopfarbeiten oder, wie in der Literatur immer wieder geschildert, bei Wurfsporarten.

Der Unterzeichner hält einen traumatischen Labrumschaden für nicht überwiegend wahrscheinlich (siehe Ausführungen in der Beurteilung vom 28.03.2022). Es handelt sich eher um einen sublabralen Rezessus, der angeboren ist oder über längere Zeit erworben wurde.

Selbst wenn man die Läsion als SLAP-Läsion definieren würde, sprechen nachfolgende Gründe für eine verschleissbedingte Genese:

Weber et al. [2] teilen die Labrum-Schäden in atraumatische und traumatische Läsionen ein. Dabei sind die Bankart-Läsion (mit knöcherner Absprengung am Glenoid), der Labrum-Riss mit zusätzlicher Zusammenhangstrennung der glenohumeralen Bänder und der dorsale Labrum-Schaden traumatischer Genese,

während Veränderungen des freien Randes des Labrum glenoidale und die sogenannten Korbhenkelrisse, also die vollständige Ablösung des Labrum glenoidale am Gelenkrand, degenerativen Ursprungs sind. Die 3 erstgenannten Labrumschäden sind im vorliegenden Fall auszuschliessen, eine knöcherne Verletzung des Glenoids oder eine Verletzung der glenohumeralen Bänder sind im vorliegenden Fall nicht beschrieben. Somit muss der Schaden als degenerativ angesehen werden. Diese Schädigung entspricht dem Typ II nach Snyder [3].

Eine Ruptur der Subscapularissehne an ihrem Ansatz entsteht durch ein Aussenrotations-Abduktions-Trauma oder eine Schulterluxation. Letztere hat nicht stattgefunden. Bei einem Aussenrotations-Abduktionstrauma ist ein Abriss der Sehne quer zum Faserverlauf zu erwarten. Die im OP-Bericht beschriebene Zusammenhangstrennung im Längsverlauf der Sehnenfasern ist unter den oben diskutierten Unfallhergängen nicht überwiegend wahrscheinlich.

Der Unterzeichner hat seine Beurteilung unter Berücksichtigung des Verhaltens des Versicherten nach dem Ereignis, des Schmerzverlaufes, der klinischen Befunde, der Bildgebung (MRT), der intraoperativen Fotodokumentation und der Informationen aus dem OP-Bericht verfertigt. Der 13-zeilige Operationsbericht (Technische Durchführung) enthält nur begrenzt Angaben zum diagnostischen intraoperativen Befund. Um die Situation entsprechend beurteilen zu können, waren weitere Befunde zu berücksichtigen, einschliesslich der Bildgebung. Daher greift der Einwand von Frau Dr. med. H. _____, die «3D-Bildgebung» sei die aussagekräftigste, nicht.

Auch das Zitat von Prävalenzen (Häufigkeiten in einer bestimmten Altersgruppe) von Frau Dr. med. H. _____ geht fehl, da die Versicherungsmedizin gehalten ist, den individuellen Einzelfall zu beurteilen.

Zu der Stellungnahme von Dr. med. D. _____ vom 26.04.2022 bleibt nur zu bemerken, dass Beschwerdefreiheit vor einem Ereignis keine Beweiskraft für das Eintreten einer traumatischen Läsion, in diesem Fall des linken Schultergelenkes des Versicherten, hat.

Der Unterzeichner bleibt bei seiner Beurteilung vom 23.03.2022.

2.16 Mit Beurteilung vom 27. Juni 2022 nimmt Dr.med. H. _____ zur vorangehenden Beurteilung von Dr.med. I. _____ Stellung (vgl. vorstehende Erw. 2.15). Betreffend Unfallmechanismen führt Dr.med. H. _____ aus, dass in ihrer Beurteilung vom 4. April 2022 alle möglichen Unfallmechanismen detailliert analysiert worden seien und medizinisch so die Klarheit geschaffen werde, dass jedwedes Trauma in kausaler Relation zu den operativ vorliegenden Befunden liege.

Entgegen der Aussage von Dr.med. I. _____ - wonach von Dr.med. H. _____ ein degenerativer Prozess angeführt werde, bei dem durch den Sturz eine Synovialitis aktiviert worden sei - handle es sich um einen durch das Trauma ausgelösten (und nicht um einen degenerativen) Entzündungsprozess. Des Weiteren hält Dr.med. H. _____ vollumfänglich an ihrer letzten Beurteilung fest und ergänzt u.a., es sei allein von Bedeutung, dass es sich um eine Synovitis handle. Auch sei bekannt, dass der Operationssitus zu einzelnen Foto-

dokumentationen vorrangig zu bewerten sei. Des Weiteren sei in der Operation vom 17. Mai 2021 eine Synoviektomie mit Blutstillung durchgeführt worden, was bei einer reinen Gefässinjektion nicht zum Tragen komme. Sollte die vom Operateur gestellte Diagnose "Synovitis" als Fehldiagnose beurteilt werden, empfehle sie ein Fachgutachten.

Sodann sei aus der klinischen Rheumatologie bekannt, dass Entzündungen (IL-1, TNF-A) - wie hier beschrieben nach ca. drei Monaten - keine globalen Veränderungen nach sich ziehen müssten. Auch wisse man, dass bevorzugt Veränderungen dort auftreten würden, wo bereits eine Gewebsveränderung vorliege. In der warmen orthopädischen Chirurgie sei ebenfalls bekannt, dass Knorpelläsionen bei Arthrose (im Englischen "Arthritis", da auch durch IL-1 und TNF-A hervorgerufen) nicht an beiden Gelenkflächen vorkommen müssen.

Soweit Dr.med. I. _____ bei einer Kompressionsverletzung ein Knochenmarködem im Glenoid und gegebenenfalls im Humeruskopf erwarte, könne dies unter Beizug von Literatur widerlegt werden. Die Indizien müssten niemals zwingend - und auch nicht alle - vorliegen (wie z.B. das Knochenmarködem). Es sei beschrieben, dass jeweils eine Abwägung und Implementation aller vorliegenden Fakten von Bedeutung sei (Vorgeschichte, Unfallereignis, klinisches Verletzungsbild, radiologische und intraoperativ gewonnene pathomorphologische Befunde). Ein Trauma als ungeeignet zur Entstehung anzusehen, erscheine nicht zeitgemäss und wissenschaftlich nicht belegt. Bis auf eine deutliche Verminderung des acromio-humeralen Abstandes hätten degenerative Veränderungen im Röntgen wenig Aussagekraft. Im MRT würden ein Ödem und das Kinking der Sehne sowie ein Stumpf am Tuberculum für eine traumatische Rotatorenmanschetten-Läsion (RML) sprechen. Eine Atrophie des Muskels spreche dagegen. Intraoperativ oder histologisch gesicherte Einblutungen der Sehne würden für eine traumatische RML sprechen.

Betreffend SLAP-Läsion führt Dr.med. H. _____ weiter aus, es werde neu eine gutachterliche (entgegen der bestehenden) Einteilung vorgeschlagen, mit dem Hinweis, dass dies in Anlehnung an die Meniskusmorphologie und -pathologie erfolge, da diese weitgehend Ähnlichkeiten aufweisen würden. Inwieweit die Unterschiedlichkeit der Gelenke hier vernachlässigbar sei, werde nicht beschrieben. Es sei jedoch orthopädisch-chirurgisch unbestritten, dass die Biomechanik in der Genese der Verletzungsmuster einzelner anatomischer Strukturen grundlegende Bedeutung habe. Aufgrund der fachspezifischen Literatur wäre bei allfälliger juristischer Unklarheit respektive bei Gegenentscheid zur bis anhin gültigen EBM mit biomechanischer Relevanz in der Entstehung von anatomischen Strukturveränderungen ein SwissOrthopaedics-Fachgutachten zur Beurtei-

lung der Anwendung der Kriterien im Hinblick auf künftige Beurteilungen wünschenswert.

Betreffend Ruptur der Subscapularissehne verweist Dr.med. H. _____ auf ihre Beurteilung vom 4. April 2022 (vgl. vorstehende Erw. 2.13).

Abschliessend führt Dr.med. H. _____ aus, dass am 4. April 2022 anhand der bestehenden Fachliteratur und der gesamten Aktenlage (inkl. Widersprüchlichkeiten) sowohl eine medizinische wie auch versicherungsmedizinische Analyse zur Einzelfallbeurteilung erfolgt sei. Befremdend und widersprüchlich sei, dass Dr.med. I. _____ u.a. Gutachter-Literatur mit Neueinteilungen zur Einzelfallbeurteilung resp. zur Untermauerung seiner Argumentation verwende, jedoch seine Fachkollegin eine breitgefächerte und mehrfach kongruente Fachliteratur - die in der orthopädisch-chirurgischen Fachwelt als Basis der EBM diene - zur Einzelfallbeurteilung nicht verwenden solle. Aufgrund der Aussagen des beurteilenden Kollegen Dr.med. I. _____ - insbesondere derjenigen, dass es sich nicht wie vom Operateur beurteilt um eine SLAP-II-Läsion handle und die vom Operateur durchgeführte Behandlung nicht suffizient sei - wäre ein Fachgutachten bei Zweifeln der Justiz wünschenswert, da allenfalls eine Haftpflichtprüfung folgen würde.

2.17 Gemäss Stellungnahme von Dr.med. I. _____ vom 31. August 2022 (Datum der Unterschrift) würden sich aus der Beurteilung vom 27. Juni 2022 keine neuen Aspekte ergeben. Die Argumentation von Dr.med. H. _____ sei bereits in ihrer Beurteilung vom 4. April 2022 beinhaltet.

Dennoch geht Dr.med. I. _____ erneut auf einige Aspekte ein:

- Dr. med. H. _____ diskutiert unterschiedliche Möglichkeiten des Unfallherganges. Sie weist aber keinen Unfallhergang nach, der mit überwiegender Wahrscheinlichkeit stattgehabt hat.
- Dr. med. H. _____ kapriziert sich weiterhin auf die Ausschüttung von Entzündungsmediatoren (Interleukin 1 und TNF Alpha) im Rahmen des Schadenereignisses als Ursache für die intraartikuläre Synovitis. Aus Sicht des Unterzeichners ist im vorliegenden Fall weiterhin allenfalls von einer Low grade-Synovitis auszugehen. Für eine exakte Einstufung des Entzündungsgrades der Gelenkschleimhaut wäre eine biomechanische und histologische Untersuchung notwendig. Solche Untersuchungen liegen nicht vor, da in der Schweiz bei Unfällen, insbesondere Berufsunfällen, nicht üblich. Daher bleibt letztlich nur die intraoperative Fotodokumentation, um einen Eindruck von Schweregrad und Ausdehnung der Synovialitis zu bekommen.

Die AWMF-Leitlinie zur Synovialitis [1] stellt an die Durchführung einer Synovialektomie sehr hohe Ansprüche, weil eine solche die Knorpelernährung in einem Gelenk stark beeinträchtigt. Daher ist sie in der Regel synovialen Erkrankungen (rheumatoide Arthritis, pigmentierte villonoduläre Synovialitis, etc.) vorbehalten.

Die AWMF-Leitlinie bezieht sich im Übrigen auf die Ausarbeitungen von Veit Krenn [2], welcher ausführlich auch zur Begutachtung der Synovialitis im Schadenfall Stellung genommen hat.

- Wie bereits in den Vorbeurteilungen des Unterzeichners (09.06.2022, 28.03.2022) ausgeführt, ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem traumatischen Schaden der Subscapularissehne auszugehen. Die Sehne ist gemäss Operationsbericht vom 19.05.2021 an ihrem Ansatz intakt gewesen. Es fand sich offensichtlich eine Zusammenhangstrennung im Faserverlauf der Sehne ausserhalb des Ansatzes. Diese wurden mit einer Seit-zu-Seit-Naht fixiert. Es ist nicht davon auszugehen, dass es sich bei dieser Zusammenhangstrennung um eine Unfallfolge handelt. Diese Läsionen im Faserverlauf sind entweder rein degenerativ begründet oder durch ein subcoracoidales Impingement im Rahmen einer angeborenen Fehlförmigkeit des Processus coracoideus.

Nebenbei sei bemerkt, dass es bei einer traumatischen Ruptur der Subscapularissehne entgegen der Ansicht von Frau Dr. H._____ nicht zu einer Pseudoparalyse der Schulter kommt.

- Zum sublabralen Recessus und dessen Unterscheidung gegenüber einer SLAP-II-Läsion hat Hempfling [3] ausführlich Stellung genommen. Die Häufigkeit des Vorliegens eines sublabralen Recessus nimmt mit dem Alter zu. Zwischen dem 50. und 83. Lebensjahr betrüge die Häufigkeit des sublabralen Recessus 63,6 bis 85 %. Zudem unterscheidet Hempfling nach Tiefensondierbarkeit, die bis zu 10 mm betragen kann. Er verweist ausserdem auf eine Arbeit, welche einen Score für die Unterscheidbarkeit zwischen sublabralem Recessus und SLAP-II-Läsion angewendet wird.

Nach Auffassung des Unterzeichners lässt sich eine SLAP-Läsion am einfachsten von einem sublabralen Recessus unterscheiden, wenn man mit dem Testhaken unter das Labrum sondiert und dieser dann am Glenoidrand austritt.

3.1 Gemäss Einspracheentscheid vom 31. Januar 2022 (Vi-act. 60) lege Dr.med. G._____ nachvollziehbar dar, dass das Ereignis vom 26. Februar 2021 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Ursache für die geltend gemachten andauernden Beschwerden sei. Seine Beurteilung sei umfassend, berücksichtige die Berichte des Operateurs Dr.med. D._____ und habe diese sorgfältig gewürdigt. Zu berücksichtigen sei auch, dass die Versicherungsärzte der Vorinstanz nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin seien und über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen verfügten. Der medizinische Sachverhalt sei in diesem Sinne als erstellt zu betrachten. Auf weitere medizinische Abklärungen sei in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten.

3.2 Der Beschwerdeführer macht mit Beschwerde vom 1. März 2022 geltend, die Vorinstanz hätte nach der Einsprache, mit Bericht von Dr.med. D._____, ein versicherungsexternes Gutachten in Auftrag geben müssen. Aus der Sicht des Beschwerdeführers würden diverse Punkte gegen die Zuverlässigkeit der Expertise von Dr.med. G._____ sprechen.

3.3 Mit Beschwerde vom 4. März 2022 macht die Beschwerdeführerin geltend, dass der Kreisarzt seine Aktenbeurteilung nicht nur über diejenige des untersuchenden Radiologen (was mangels gleichnamigen Facharztstitels nicht überzeuge), sondern auch über die des behandelnden Operateurs stelle. Die Auffassung der Vorinstanz würde jedoch aus mehreren Gründen nicht überzeugen. Der Beschwerdeführer habe bis zum Sturz am 26. Februar 2021 eine klinisch absolut asymptomatische Schulter gehabt. Er habe sodann zu Beginn weg an leichten Schmerzen, die immer stärker wurden und die später auch mit Nachtschmerzen begleitet wurden, gelitten. Die Berichte der behandelnden Ärzte würden alle eine eindeutig pathologische Schulter mit Schmerzen beschreiben, und es hätten auch entsprechende klinische sowie radiologische Befunde nach dem Unfall vom 26. Februar 2021 erhoben werden können, die alle bezeichnend seien für einen Sturz auf den ausgestreckten Arm und eine dabei zugezogene Kontusion bzw. Distorsion der linken Schulter. Ebenfalls sei bei ausbleibender Besserung der Symptomatik mobilisierende Physiotherapie mit dem Ziel, ein Impingement vorzubeugen, verordnet worden. Die Vorinstanz habe sodann auch die gesetzlichen Leistungen erbracht. Der Kreisarzt widerlege und verneine weder bei der einen (Beurteilung des Radiologen) noch der anderen (eigene Beurteilung) Diagnose (transmurale Supraspinatussehnenruptur und CID) explizit einen kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis. Der Kreisarzt setze sich nicht mit dem Einwand bzw. der Einsprache der Beschwerdeführerin und der fachärztlichen Beurteilung von Dr.med. H._____ auseinander. Im Weiteren habe der Kreisarzt seine Beurteilung über diejenige des behandelnden Operateurs gestellt, was bereits angesichts der örtlichen und zeitlichen Nähe des Operateurs zu den Verletzungsfolgen nicht überzeuge. Insbesondere unterstelle er ihm mit seiner eigenen Einschätzung eine ungenügende Behebung der SLAP Läsion II und damit ein Verstoss gegen seine ärztliche Sorgfaltspflicht. Darauf könne ohne konkrete Anhaltspunkte augenscheinlich nicht abgestellt werden. Dies umso weniger, weil sowohl operativ als auch postoperativ keinerlei Komplikationen beschrieben seien. Im Ergebnis halte der Kreisarzt zahlreiche Diskrepanzen fest, gelange aber dennoch zum Schluss, dass keine unfallkausalen Folgen mehr vorliegen würden. Das sei nicht plausibel. Nach Auffassung der Beschwerdeführerin würden solch gravierende Diskrepanzen vielmehr keine abschliessende Beurteilung der Sachlage zulassen. Der medizinische Sachverhalt sei weiter abzuklären. Abschliessend gelte es festzuhalten, dass nicht nur der Kreisarzt, sondern auch Dr.med. H._____ über einen entsprechenden Facharztstitel verfüge. Die radiologisch festgestellte und intraoperativ bestätigte SLAP-Läsion Typ II werde sodann auch als Sehnenriss gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG klassifiziert, womit deren Behandlung, wie auch jene der teilrupturierten Subscapularissehne unstrittig in den Leis-

tungsbereich des Unfallversicherers falle. Eine gegenteilige Auffassung lasse sich aus der Begründung des Einspracheentscheides nicht entnehmen.

Zusammenfassend sei daher festzuhalten, dass der Kausalzusammenhang zwischen dem Sturz vom 26. Februar 2021 und den daraufhin festgestellten massiven Schulterverletzungen sehr wohl gegeben sei und nicht überwiegend wahrscheinlich durch das Argument "status quo sine vel ante" unterbrochen werden könne. Der Versicherte sei bis zum strittigen Ereignis beschwerdefrei und in einem körperlich anstrengenden Beruf zu 100% arbeitsfähig gewesen. Zudem seien bis zur Operation am 17. Mai 2021 lediglich gut 11 Wochen seit dem Unfall vergangen. Die 10-Wochen-Regel, mithin der "status quo sine", habe sich hier entgegen der Auffassung des Kreisarztes damit offensichtlich nicht bestätigt. Es sei daher davon auszugehen, dass die vorgefundenen Verletzungen auf den Sturz vom 26. Februar 2021 zurückzuführen seien.

3.4 Vernehmlassend verweist die Vorinstanz am 29. März 2022 auf die Ausführungen im Einspracheentscheid, woran festgehalten werde. Die von den Beschwerdeführern vorgebrachte Kritik vermöge keine Zweifel an der sorgfältig begründeten kreisärztlichen Beurteilung zu wecken. Rechtsprechungsgemäss könnten auch reine Aktengutachten beweiskräftig sein. Des Weiteren reicht die Vorinstanz eine Beurteilung von Dr.med. I. _____ vom 23. März 2022 ein (vgl. vorstehende Erw. 2.12), welche die Beurteilung des Kreisarztes Dr.med. G. _____ bestätige. Vorliegend würden mehr positive Kriterien für einen degenerativen Vorzustand als für eine frische richtungsgebende Unfallfolge sprechen. Auch eine richtungsgebende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes könne aufgrund des Charakters der Läsionen nicht angenommen werden.

3.5.1 Die Beschwerdeführerin verweist mit Stellungnahme vom 26. April 2022 vollumfänglich auf die Beurteilung von Dr.med. H. _____ vom 4. April 2022 (Bf-act. 15) sowie die Ergänzung vom 21. April 2022 (Bf-act. 18) und hält vollumfänglich an ihrer Beschwerde und ihren Anträgen fest. Des Weiteren bringt sie vor, sollte das Gericht wider Erwarten die Unfallkausalität als nicht überwiegend wahrscheinlich erwiesen erachten, so bestünden aufgrund der vorliegenden Aktenlage zumindest zahlreiche Diskrepanzen und offene Fragen, welche die Vorinstanz offensichtlich hätte veranlassen müssen, weitere Abklärungen zu tätigen und gegebenenfalls ein externes Gutachten in Auftrag zu geben. In diesem Fall sei die Sache praxisgemäss an die Vorinstanz für weitere Abklärungen zurückzuweisen.

3.5.2 Mit Stellungnahme vom 18. Mai 2022 bestreitet der Beschwerdeführer die Ausführungen von Dr.med. I. _____ und verweist auf die Stellungnahme von Dr.med. D. _____ vom 26. April 2022.

3.6 Mit Verweis auf die ärztliche Beurteilung von Dr.med. I. _____ vom 9. Juni 2022 (Datum der Unterschrift) hält die Vorinstanz am 15. Juni 2022 an der bisherigen medizinischen Beurteilung fest. Sie ergänzt, dass eine Beschwerdefreiheit vor Ereignis keine Beweiskraft für das Eintreten einer traumatischen Läsion habe.

3.7 Gestützt auf die ärztliche Beurteilung von Dr.med. H. _____ vom 27. Juni 2022 hält die Beschwerdeführerin mit Stellungnahme vom 7. Juli 2022 fest, dass unverändert mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass eine unfallbedingte Synovitis und eine richtungsgebende Verschlechterung einer möglichen degenerativen Läsion (SLAP-II, Subscapularis-Partialläsion) vorliege, woraus die andauernde Leistungspflicht der Vorinstanz resultiere. Der genaue Unfallhergang sei nicht restlos geklärt. Unbestritten sei, dass der Versicherte, ein 44-jähriger LKW-Chauffeur, am 26. Februar 2021 beim Beladen des LKW über die Kante der Hebebühne gestolpert und in der Folge gestürzt sei. Dabei habe er sich, ebenfalls unbestrittenermassen, Verletzungen an der linken Schulter zugezogen und die Vorinstanz habe bis zum 17. Mai 2021 die gesetzlichen Leistungen erbracht. Dr.med. H. _____ habe in ihrer Beurteilung sämtliche möglichen Unfallmechanismen detailliert analysiert und bewertet. Die Kausalität zwischen dem Unfall vom 26. Februar 2022 und der anlässlich der Operation vom 17. Mai 2021 behobenen Schädigungen der linken Schulter sei dabei in jeder Variation erstellt. Ihre Beurteilung stütze sich auf die bestehende Fachliteratur, welche als Basis der EMB diene, sowie auf die gesamte Aktenlage, einschliesslich aller Widersprüchlichkeiten. Sie trage damit der vorliegenden Komplexität Rechnung und ihre Beurteilung genüge den bundesgerichtlichen Anforderungen zum Beweiswert gemäss BGE 125 V 351 Erw. 3a. Insbesondere würden sowohl ihre Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge als auch diejenige der medizinischen Situation einleuchten und ihre Schlussfolgerungen seien begründet. Die Begründung von Dr.med. I. _____, weshalb es sich - wenn es sich überhaupt um eine SLAP-Läsion handeln sollte - um eine verschleissbedingte Genese handle, beschränke sich auf den Verweis, dass vorliegend keine der drei traumatischen Läsionen gemäss Weber et. al. vorliege. Es handle sich dabei jedoch um eine lediglich vorgeschlagene Neueinteilung in Anlehnung an die Meniskusmorphologie _____ und -pathologie. Eine Begründung, weshalb die Unterschiedlichkeit zwischen dem Knie und der Schulter (als beweglichstes Kugelgelenk des menschlichen Kör-

pers) vernachlässigbar sei, finde sich nicht. Sollte das Gericht dieser Neueinteilung folgen wollen, so sollte die Anwendung der Kriterien im Hinblick auf künftige Beurteilungen mittels Swiss-Orthopaedics-Fachgutachten beurteilt und geklärt werden. Im Rahmen der Operation vom 17. Mai 2022 sei, nebst der SLAP-II-Läsion, eine Synovitis diagnostiziert und entsprechend behandelt worden. Sofern die vom Operateur Dr.med. D._____ gestellte Diagnose als Fehldiagnose und die erfolgte Behandlung als nicht suffizient beurteilt werden sollte, werde ein Fachgutachten beantragt. Abschliessend vermöge die Beurteilung von Dr.med. I._____ nichts an der medizinischen Einschätzung zu ändern. Die Beschwerdeführerin halte damit vollumfänglich an ihrer Beschwerde und ihren Anträgen fest.

3.8 Gemäss Stellungnahme vom 31. August 2022 der Vorinstanz, vermöge die Kritik der Beschwerdeführerin bzw. von Dr.med. H._____ keine Zweifel an der bisherigen Beurteilung der Vorinstanz zu wecken, wie sich aus der Stellungnahmen von Dr.med. I._____ ergebe.

3.9 Mit Stellungnahme vom 16. November 2022 hält die Beschwerdeführerin vollumfänglich an ihrer Beschwerde und ihren Anträgen fest.

4.1 Unstrittig ist, dass der Beschwerdeführer am 26. Februar 2021 einen Unfall erlitt und dabei seine linke Schulter verletzte, und dass die Vorinstanz aufgrund dieses Ereignisses Versicherungsleistungen erbrachte. Für die Einstellung der Leistungen per 17. Mai 2021 stützt sie sich im angefochtenen Entscheid auf die Beurteilungen des sie beratenden Arztes Dr.med. G._____. Im Schriftwechsel vor Verwaltungsgericht reichte die Vorinstanz sodann Beurteilungen von Dr.med. I._____ ein. Den Beurteilungen dieser beiden Ärzte kommt der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteil BGer 8C_774/2020 vom 19.2.2021 Erw. 2.2), d.h. es kommt ihnen Beweiswert zu, 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). 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).

Die Beschwerdeführer stützen sich sodann vorwiegend auf die Beurteilungen von Dr.med. D._____, dem behandelnden Arzt des Beschwerdeführers, und Dr.med. H._____, der beratenden Ärztin der Beschwerdeführerin.

4.2 Gestützt auf diese ärztlichen Beurteilungen lässt sich der medizinisch relevante Sachverhalt jedoch nicht zuverlässig feststellen.

4.2.1 Dr.med. I. _____ hält in seiner Beurteilung vom 23. März 2022 zutreffend fest, dass die Angaben zum Unfallhergang ungenau und widersprüchlich sind (vgl. u.a. vorstehende Erw. 2.1.1, wonach der Beschwerdeführer beim Beladen des LKW über die Kante der Hebebühne gestolpert und mit der Schulter voran auf den Boden gestürzt sei; und Erw. 2.1.2, wonach der Beschwerdeführer beim Beladen des LKW mit dem Palettwagen auf die Hebebühne gefahren, einen Schritt zu viel gemacht und von der Ladefläche auf den ausgestreckten linken Arm gestürzt sei).

In der neueren Rechtsprechung hält das Bundesgericht fest, dass zur Beurteilung der Unfallkausalität aufgrund der neueren medizinischen Literatur dem Kriterium des Unfallmechanismus bei Sehnenmanschettenläsionen ohnehin keine übergeordnete Bedeutung (mehr) beizumessen sei. Es gehe vielmehr darum, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprächen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich habe, der Wahrheit zu entsprechen. Dabei gelte es etwa die bildgebenden Befunde, die Vorgeschichte, den Unfallhergang, den Primärbefund und den Verlauf zu berücksichtigen (vgl. Urteil BGer 8C_672/2020 vom 15.4.2021 Erw. 4.1.3 mit Verweis auf Urteil BGer 8C 59/2020 vom 14.4.2020 Erw. 5.3 f.).

Bereits bei dieser ersten Fragestellung des Unfallherganges weichen die Ausführungen der involvierten Ärzte diametral voneinander ab. Während Dr.med. I. _____ die Meinung vertritt, dass sich aus dem Unfallhergang keine Schlussfolgerungen zu Kausalität zwischen Ereignis und geltend gemachten Schäden ziehen lassen, hält Dr.med. H. _____ in ihrer Beurteilung vom 4. April 2022 fest, dass sowohl ein Fall auf den ausgestreckten Arm als auch eine allfällige Kontusion (Sturz mit der Schulter voran auf den Boden) zu den gesundheitlichen Beschwerden führten, welche die Operation am 17. Mai 2021 indizierten. Gemäss Dr.med. H. _____ sei einerseits die SLAP-Läsion mit dem Unfallmechanismus des Falles auf den ausgestreckten Arm begründbar. Sollte es hingegen zu einer Kontusion gekommen sein, so sei dieser Mechanismus geeignet, die intraoperativ vorgefundene Synovitis zu begründen, welche durch die SLAP-Läsion weiter unterhalten worden sei und womit die operative Therapie medizinisch indiziert gewesen sei, um die Entzündung zu unterbinden (vgl. vorstehende Erw. 2.13). Dem widerspricht Dr.med. I. _____ in seiner Beurteilung vom 8. Juni 2022 zunächst indem er die vom Operateur festgestellten Diagnosen der intraartikulären Synovitis und der SLAP II-Läsion in Frage stellt (vgl. nachfolgende Erw. 4.2.2). Gleichzeitig führt Dr.med. I. _____ jedoch aus, dass von einer verschleissbedingten Genese auszugehen ist, selbst wenn die Diagnosen als zutreffend angenommen würden. Betreffend Synovitis hat Dr.med. I. _____ fest-

gehalten, selbst wenn Entzündungsmediatoren zu dieser Synovitis geführt haben sollten, seien diese und die Mediatoren nicht in der Lage, allein den Knorpel des Labrum glenoidale innerhalb von ca. drei Monaten zu schädigen, ohne dass auch der Gelenkknorpel selbst betroffen wäre (vgl. vorstehende Erw. 2.15). Damit äussert sich Dr.med. I. _____ jedoch soweit ersichtlich nicht zur Aussage von Dr.med. H. _____, wonach die Synovitis an sich Folge des Ereignisses vom 26. Februar 2021 (der Kontusion) - ein durch das Trauma ausgelöster Entzündungsprozess - bzw. damit unfallkausal und die Operation bereits deshalb indiziert gewesen sei. Vielmehr geht er in seinen Beurteilungen vom 9. Juni 2022 und vom 31. August 2022 von einer vermehrten Gefässinjektion, allenfalls von einer Low grade-Synovitis aber sicher nicht von einer ausgeprägten Synovitis und damit von einer abweichenden Diagnose aus (vgl. nachfolgende Erw. 4.2.2).

Betreffend SLAP-Läsion (soweit man die Läsion seines Erachtens als solche definieren würde) verweist Dr.med. I. _____ in seiner Beurteilung vom 9. Juni 2022 auf die Einteilung von Weber et. al in atraumatische und traumatische Läsionen und kommt zum Ergebnis, dass der Schaden als degenerativ angesehen werden muss (vgl. vorstehende Erw. 2.15). Hingegen äussert sich Dr.med. I. _____ nicht mehr zur Kritik von Dr.med. H. _____, wonach es sich dabei um eine neue Einteilung - in Anlehnung an die Meniskusmorphologie und -pathologie - handle ohne zu begründen, inwieweit die Unterschiedlichkeit der Gelenke vernachlässigbar sei. Dies obwohl orthopädisch-chirurgisch unbestritten sei, dass die Biomechanik in der Genese der Verletzungsmuster einzelner anatomischer Strukturen grundlegende Bedeutung habe. Vielmehr äussert sich Dr.med. I. _____ auch diesbezüglich in seiner Stellungnahme vom 30. August 2022 zu seiner divergierenden Diagnose eines sublabralen Recessus.

Schliesslich sind sich die Mediziner auch bei der Beurteilung der Ruptur der Subscapularissehne (sowohl betreffend Diagnose und Behandlung als auch betreffend Unfallhergang) uneinig, wobei sich durch das Gericht nicht abschliessend beurteilen lässt, ob von und gegebenenfalls von welchen Begleitverletzungen bei traumatischer Genese auszugehen wäre bzw. ob eine Zusammenhangstrennung durch Unfall im Längs- oder Querverlauf zu erfolgen hätte.

Die Ausführungen von Dr.med. H. _____ vermögen zumindest bereits geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilung zu erwecken. Gleichzeitig vermögen sie ihrerseits - u.a. auch aus nachfolgenden Gründen - nicht, die Kausalität zwischen dem Ereignis vom 26. Februar 2021 und den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers, welche insbesondere zur Operation vom 17. Mai 2021 führten, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu begründen.

4.2.2 Aus den vorangehenden Ausführungen wird eine weitere Divergenz in den fachärztlichen Beurteilungen ersichtlich, nämlich die unterschiedlichen Beurteilungen der Bildgebung bzw. des operativen Befundes.

Der Radiologe Prof. Dr.med. F. _____ hält in seiner Beurteilung des Arthro-MRI der linken Schulter des Beschwerdeführers vom 8. April 2021, neben ausgeprägten Tendinopathie Zeichen im Bereich der Supraspinatussehne bei AC-Gelenksarthrose und Impingement Situation, eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne fest. Im Befund wird im Bereich der Subscapularissehne eine normale Signalgebung festgehalten. Der Bizepssehnenanker stelle sich regelrecht dar (vgl. vorstehende Erw. 2.2.1).

Nach Eingang des MRI-Ergebnisses geht Dr.med. D. _____ am 20. Mai 2021 ebenfalls von einer transmuralen Supraspinatussehnenläsion aus. In Abweichung von Prof. Dr.med. F. _____ diagnostiziert Dr.med. D. _____ jedoch eine Subscapularissehnenpartialruptur sowie den Verdacht auf eine SLAP-Läsion (vorstehende Erw. 2.3.1). Aufgrund dieser Indikation führt Dr.med. D. _____ am 17. Mai 2021 die Schulterarthroskopie durch, mit welcher er seine Diagnosen der Subscapularissehnenpartialruptur und der SLAP (II)-Läsion bestätigte, nicht jedoch die transmurale Supraspinatussehnenläsion. Zusätzlich wird eine intraartikuläre Synovitis diagnostiziert und behandelt (vgl. vorstehende Erw. 2.3.2). Nicht zu übersehen ist dabei, dass bei der knappen Beschreibung des intraoperativen Situs eine bessere (detaillierte) Dokumentation der entscheidenden Befunde (SLAP II-Läsion, DD sublabraler Rezessus, Aspekt der Synovitis, Präzisierung der Längsläsion in der Subskapularissehne, Supraspinatussehne ohne Pathologie bei MRI-Befund einer transmuralen Ruptur) hilfreich gewesen wäre.

Gemäss der Beurteilung des Versicherungsmediziners Dr.med. G. _____ vom 8. Juni 2021 konnte dieser im MRI weder eine Supraspinatussehnenruptur, noch eine SLAP-Läsion oder eine Läsion der Subscapularissehne erkennen. Seines Erachtens besteht eine grosse Diskrepanz zwischen prä- und postoperativer Diagnose (vorstehende Erw. 2.4). In seiner Beurteilung vom 5. August 2021 vergleicht Dr.med. G. _____ sodann MRI, Operationsbericht, Klinik und Video-printbilder der Operation und kommt zum Schluss, dass eine grosse Diskrepanz zwischen diesen Unterlagen bestehe, insbesondere was die SLAP-Läsion betreffe. Sodann stellt er die Vorgehensweise bei der Operation in Frage (vgl. vorstehende Erw. 2.8).

Dr.med. H. _____ hat diesbezüglich festgehalten, diese Aussagen nicht beurteilen zu können (allenfalls mangels Kenntnis der jeweiligen Bilder, vgl. hierzu vorstehende Erw. 2.9 in fine) und auf ein Fachgutachten verwiesen, jedoch mit

dem Hinweis darauf, dass ihres Erachtens der intraoperative Befund/Bericht dem bildgebenden Bericht/Befund überlegen ist (vorstehende Erw. 2.9). Zudem erachtete sie die Klinik (erfasst durch den Operateur vorgängig zur Operation) als mit einer SLAP-Läsion vereinbar (vorstehende Erw. 2.13).

Der Operateur Dr.med. D. _____ konnte die vom Kreisarzt beschriebene Kritik an der Vorgehensweise bei der Operation, insbesondere bei der Fixierung des oberen Labrums, nicht nachvollziehen und schlug vor, es sei allenfalls ein erneutes MRI zur Evaluation durchzuführen (vgl. vorstehende Erw. 2.10). Ein weiteres MRI wurde in der Folge nicht veranlasst.

Dr.med. I. _____ wertete in Beurteilung der MRI Bilder eine Kontrastmittelunterminierung am superioren Labrum als sublabraler Recessus und nicht als durchgehende SLAP-Läsion. Sodann erachtet er die Läsion im oberen Drittel der Subscapularissehne unter Berücksichtigung des intraoperativen Befundes und der Literatur als überwiegend degenerativ (vorstehende Erw. 2.12). Die Synovitis beurteilt Dr.med. I. _____ gestützt auf die Operationsbilder allenfalls als Low-Grade-Synovitis (vorstehende Erw. 2.15).

MRI- und Arthroskopiebilder sind sowohl von den behandelnden als auch von den beratenden und begutachtenden Ärzten zu betrachten und zu beurteilen. Entsprechend können - wie vorliegend dargestellt - unterschiedliche Beurteilungen erfolgen. Damit ist eine Gesamtbeurteilung der medizinischen Erkenntnisse notwendig, um prüfen zu können, welche Beurteilung als schlüssig und nachvollziehbar erachtet wird (vgl. vorstehende Erw. 1.8.1ff.). Zwar kann eine unterschiedliche Befundsituation von MRI und Arthroskopie damit erklärt werden, dass die Arthroskopie gegenüber dem MRI durch direkten Einblick in die intraartikulären Strukturen in vielen Fällen eine nochmals feinere diagnostische Differenzierung zulässt. Dem in der Arthroskopie erhobenen Befund könnte demnach ein höherer Beweiswert beigemessen werden als demjenigen Befund, der auf MRI Bildern basiert (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen UV 2020/28 vom 19.4.2021 Erw. 3.3.1 m.V.a. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 153f. und Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2002, S. 247f., 725f. 1036f.). Damit lässt sich im konkreten Fall jedoch nicht ohne weiteres feststellen, dass die Beurteilungen der MRI- und Arthroskopiebilder durch die Kreisärzte falsch bzw. nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt sind. Vielmehr vermag bspw. der bildhafte Vergleich einer erheblichen Synovialitis mit den Arthroskopiebildern im konkreten Fall allenfalls einen intraoperativen Befund in Zweifel zu ziehen (vorstehende Erw. 2.15). Für einen korrekten intraoperativen Befund spricht hingegen wiederum der Umstand, dass die Operation (und somit gegebenenfalls auch die Diagnose und Behandlung) zur Beschwerdefreiheit des Beschwerdeführers geführt hat (vgl. vorstehen-

de Erw. 2.14). Unter Umständen vermag das postoperativ gute Ergebnis gar auf eine relativ gesunde Sehenssubstanz (und damit eher auf eine traumatische Genese) hinzuweisen (vgl. Hepp / Lambert, Die Begutachtung der Rotatorenmanschettenruptur im sozialgerichtlichen Verfahren – eine Zusammenarbeit von Richter und medizinischem Sachverständigen, MedSach 05-2009, S. 181 ff.).

Nachdem sich die Ärzte im konkreten Fall bereits betreffend die Diagnosen und deren korrekten Behandlung uneins sind - was sich sodann auch auf die Beurteilung des Unfallhergangs und schliesslich die Kausalität auswirkt - und sich somit dem Gericht nicht erschliesst, welcher Sachverhalt zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen bzw. mehr als geringe Zweifel an der Beurteilung von Dr.med. I. _____ und Dr.med. G. _____ bestehen, erweist sich der Sachverhalt vorliegend als ungenügend abgeklärt. Das trifft insbesondere auch deshalb zu, weil es sich bei der Bildgebung bzw. beim operativen Befund um ein starkes und wichtiges Kriterium zur Beurteilung der Unfallkausalität handelt.

4.2.3 An der vorstehenden Beurteilung ändert auch die Berücksichtigung der weiteren Kriterien zur Beurteilung der Unfallkausalität bei Rotatorenmanschettenverletzungen nichts. Es handelt sich dabei um Kriterien, welche lediglich moderat gewichtet werden. Dazu gehört u.a. ein unauffälliger Vorzustand des Beschwerdeführers. Die Unzulässigkeit der Beweismaxime 'post hoc ergo propter hoc' ist unbestritten. Die Tatsache allein, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall über keine Schulterbeschwerden links klagte, vermag die Unfallkausalität nicht zu beweisen (SVR 2020 UV Nr. 15 S. 56, 8C_471/2019 Erw. 5.2).

Offen bleiben bzw. auf weitergehende Abklärungen verwiesen werden können vorliegend auch die Ausführungen zum Schmerzverlauf. Unter anderem betrifft dies die Frage, ob gemäss Dr.med. I. _____ von einem Crescendo-Verlauf und einer weitergehenden Arbeitsfähigkeit auszugehen ist, was allenfalls für ein degeneratives Geschehen sprechen würde (vgl. etwa Urteil BGer 8C_59/2020 vom 14.4.2020 Erw. 5.1 und 5.3, wo dies als Indiz für eine degenerative Genese anerkannt wurde), oder ob die Schmerzanamnese (welche gemäss Dr.med. H. _____ passend zum Unfallmechanismus, wie auch zum intraoperativen Befund ist) dennoch für ein traumatisches Geschehen zu sprechen vermag, zumal eine Pseudoparalyse (massive Einschränkung der Beweglichkeit der Schulter, Funktionsverlust) gemäss Dr.med. I. _____ angesichts der festgestellten Läsionen nicht zu erwarten war (vorstehende Erw. 2.12). Auch hier ist wiederum die Frage zu berücksichtigen, ob eine unfallkausale intraartikuläre Synovitis vorliegt. Unter diesem Aspekt ist sodann auch das Verhalten des

Beschwerdeführers nach dem Ereignis zu beurteilen. Schliesslich wurde in den ärztlichen Beurteilungen wenig zu bestehenden degenerativen Veränderungen ausgeführt.

5. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als begründet. An der Beurteilung der Kreisärzte, auf welche die Vorinstanz abstellt, bestehen mehr als nur geringe Zweifel, was ergänzende Abklärungen notwendig macht. Diese drängten sich bereits im Rahmen des Einspracheverfahrens auf, nachdem die medizinischen Berichte der Beschwerdeführerin klare Widersprüche zur versicherungswirtschaftlichen Beurteilung der Vorinstanz gezeigt haben, welche durch ein versicherungsexternes Gutachten aufzulösen gewesen wären. Es rechtfertigt sich daher, die Sache zur Durchführung eines externen Fachgutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen. Der Einspracheentscheid vom 31. Januar 2022 wird aufgehoben und die Sache für diese ergänzenden Abklärungen und neuen Entscheidung an die Vorinstanz zurückgewiesen.

6.1 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).

6.2 Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. ^fbis ATSG). Eine Parteientschädigung für die nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer entfällt.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 31. Januar 2022 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. 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).
4. Zustellung an:
 - den Beschwerdeführer (R)
 - die Beschwerdeführerin (R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 10. Februar 2023

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: 16. Februar 2023

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

