

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 45

Entscheid vom 9. Dezember 2022

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwältin MLaw Z. _____

gegen

B. _____ AG,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen; Unfallkausalität Schulterbeschwerden)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 19__) arbeitet seit dem 1. August 2016 bei der Bank D._____ AG, wodurch er bei der B._____ AG (nachfolgend B._____ AG) obligatorisch unfallversichert war, als er am 8. August 2020 während der Abfahrt auf einem Bike-Trail im Elsass stürzte und gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 25. August 2020 die Schulter links prellte (Vi-act. 1).

B. Wegen anhaltenden Schulterbeschwerden suchte A._____ am 19. August 2020 Dr.med. F._____ (FMH Allgemeine Innere Medizin) auf (Vi-act. 16), der zur weiteren Abklärung ein Arthro-MRI der Schulter links veranlasste (Vi-act. 10) und A._____ anschliessend zur weiteren Behandlung an Dr.med. G._____ (Orthopädische Chirurgie FMH) überwies (Vi-act. 5). Am 23. November 2020 erfolgte durch diesen eine Schulter-Arthroskopie links mit Dekompression mit Bursektomie und Acromioplastik, Bizepsstenodese sowie transossärer Supraspinatussehnen-Naht (Vi-act. 81).

C. Zur Klärung ihrer Leistungspflicht holte die B._____ AG bei Dr.med. C._____ (Allgemeine Innere Medizin FMH; FA Vertrauensarzt SGV) am 14. Januar 2021 eine Kurzbeurteilung ein (Vi-act. 22). Gestützt hierauf informierte sie A._____ am 22. Februar 2021, die Schulterbeschwerden links seien ab dem 22. November 2020 nicht mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 8. August 2020 zurückzuführen; der Status quo sine sei spätestens drei Monate nach Ereignis erreicht worden (Vi-act. 27). Nachdem sich A._____ hiermit nicht einverstanden erklärte (Vi-act. 31), holte B._____ AG bei Dr.med. C._____ am 16. März 2021 eine versicherungsmedizinische Stellungnahme ein (Vi-act. 32) und verfügte am 21. April 2021, die Schulterbeschwerden links stünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Kausalzusammenhang zum Unfall vom 8. August 2020; es bestehe ab 22. November 2020 keine Leistungspflicht des gesetzlichen Unfallversicherers (Vi-act. 34).

D. Am 6. Mai 2021 liess A._____ vorsorglich Einsprache erheben (Vi-act. 62); die ergänzte Einsprache erfolgte am 31. Mai 2021 (Vi-act. 66). Dieser war eine chirurgisch-versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr.med. H._____ (Fachärztin Chirurgie, MAS Versicherungsmedizin, FA Vertrauensärztin SGV) vom 22. Mai 2021 beigefügt (Vi-act. 68). Am 11. Januar 2022 beauftragte die B._____ AG Dr.med. I._____ (Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation; Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Zertifizierter Gutachter SIM, Vertrauensarzt SGV) mit einem Aktengutachten, welches dieser am 28. Januar 2022 vorlegte (Vi-act. 93). Hierauf reichte A._____ ein von PD Dr.med. J._____ (Radiologie FMH)

am 20. Februar 2022 erstelltes radiologisches Kurzgutachten und Stellungnahme zum Aktengutachten von Dr.med. I. _____ ein (Vi-act. 96). Am 11. Juni 2022 erstellte Dr.med. K. _____ (Facharzt Radiologie, Vertrauensarzt SGV, zertifizierter Medizinischer Gutachter SIM) im Auftrag der B. _____ AG eine Zweitbeurteilung des MR-Arthrogramms Schulter links vom 14. Oktober 2020 (Vi-act. 103). Mit Entscheid vom 10. August 2022 wies B. _____ AG die Einsprache ab (Vi-act. 106).

E. Am 29. August 2022 lässt A. _____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid vom 10.08.2022 sei aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen.
2. eventualiter sei ein orthopädisches und radiologisches Gutachten einzuholen und hernach über die Leistungen des Beschwerdeführers zu entscheiden;
unter Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

F. Die Vorinstanz beantragt mit Vernehmlassung vom 28. September 2022:

1. Es sei die Beschwerde des Beschwerdeführers vom 29. August 2022 betreffend UVG-Leistungen vollumfänglich abzuweisen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

G. Am 29. September 2022 werden dem Beschwerdeführer die Vernehmlassung und die vorinstanzlichen Akten zugestellt zur freigestellten Stellungnahme bis 27. Oktober 2022. Am 3. Oktober 2022 sendet der Beschwerdeführer die vorinstanzlichen Akten zurück; eine Stellungnahme zur Vernehmlassung und den Akten, namentlich der Zweitbeurteilung von Dr.med. K. _____, geht beim Gericht innert Frist keine ein.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Strittig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Vorinstanz die Leistungen zu Recht per 22. November 2020 eingestellt hat, weil die darüber hinaus geklagten Schulterbeschwerden links nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 8. August 2020 zurückzuführen 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 Ein-

wirkung 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 entfiel; 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 Leistungsanspruchs 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 Be-

weislosigkeit 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 Beweismwürdigung 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 25. August 2020 unterbreitete die Arbeitgeberin des Beschwerdeführers der Vorinstanz eine Bagatellunfall-Meldung UVG (Vi-act. 1). Dergemäss ereignete sich am 8. August 2020, 15.30 Uhr, bei F-Guebwiller (MTB-Trail bei der Abfahrt Col de Bannstein) folgender Fahrradunfall: "Sturz bei einer Abfahrt auf dem Bike-Trail, Prellung mit Bluterguss in der Schulter". Als verletzter Körperteil wird die Schulter genannt, als Art der Verletzung eine Prellung.

2.1.2 Im Fragebogen der Vorinstanz beschrieb der Beschwerdeführer den Unfallhergang am 24. Januar 2021 wie folgt (Vi-act. 25):

Am Sa. 8.8.2020 / im Elsass / Region Guebwiller auf einer Abfahrt vom Col de Bannstein nach Guebwiller auf einem Bike-Trail durch den Wald. Bin in einer engen Passage an den Wurzeln eines umgekippten Baumes hängengeblieben und gestürzt.

MTB-Fahren sei sein Hobby; es sei sein erster Sturz mit einer Verletzung. Keine speziellen Vorkommnisse. Die Beschwerden hätten sich bemerkbar gemacht, erst als die Muskeln und der Körper wieder abgekühlt gewesen seien.

2.1.3 Die Erstbehandlung fand bei Dr.med. F._____ am 19. August 2020 statt. Im ärztlichen Erstbericht (erstellt am 4.1.2021, Vi-act. 16) wird als Unfallhergang ein Sturz mit dem Bike am 8. August 2020 erwähnt. Der Allgemeinzustand sei gut, den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussende Umstände lägen keine vor. Zum objektiven Befund hielt er fest: OB, Schmerzen (zum morphologischen Schadensbild); freie Schulterbeweglichkeit links (zum funktionellen Schadensbild), das MRI zeige eine Ruptur der Supraspinatussehne (zur Untersuchung/Bildgebung). Dr.med. F._____ nennt als Diagnose eine Rotatorenmanschettenläsion linke Schulter.

2.2 Im Auftrag von Dr.med. F._____ wurde am 14. Oktober 2020 bei klinischer Angabe 'Sturz auf linke Schulter am 08.08.2020. Seither Schmerzen bei freier Beweglichkeit' und Fragestellung nach der Pathologie ein Schulter Arthro-MRI links gemacht. Dr.med. N._____ (Fachärztin Radiologie) berichtete Dr.med. F._____ (Vi-act. 10):

Rotatorenmanschettensehnen: Mindestens hochgradige Partialruptur der Supraspinatussehne am Footprint. Keine Tendinopathie oder Riss der Infraspinatus-, Subscapularis- oder Teres minor-Sehne.

Muskulatur: Kräftige Muskulatur. Keine fettige Atrophie.

Kapsell/Rotatorenintervall: Keine Obliteration des Rotatorenintervalls. Coracohumerales und superiores glenohumerales Ligament normal. Axillärer Recessus regelrecht.

Bicepsanker/-sehne: Regelrechter Verlauf der langen Bicepssehne im Sulcus intertubercularis.

Labrum: Regelrecht, keine Läsion.

Knorpel: Glenohumeraler Knorpel intakt.

Knochen: Humeruskopf zentriert. Kein Knochenmarksödem. Keine Frakturen oder degenerativen Veränderungen.

AC-Gelenk: Unauffällig.

Bursa subacromialis: Reizlos.

Beurteilung

Keine Voruntersuchung zum Vergleich vorliegend.

- Ruptur der Supraspinatussehne am Footprint mit V.a. noch vereinzelt durchgängigen Fasern im anterioren Aspekt.

2.3.1 Nach der Überweisung untersuchte Dr.med. G._____ den Beschwerdeführer am 3. November 2020 (Vi-act. 5). Er stellte die Diagnose einer transmuralen Supraspinatussehnen-Ruptur links nach Bike-Sturz 8.8.2020. Die transmurale Supraspinatussehnen-Ruptur sei MRI-mässig gesichert. Anlässlich der Sprechstunde zeige sich klinisch ein unauffälliger Nacken- und Schürzengriff, dann leicht positiver Jobe-Test mit Kraftdifferenz zur Gegenseite, Rotationsreste M5/M5. Dr.med. G._____ empfahl dem Beschwerdeführer eine operative Sanierung aufgrund der Gesamtsituation. Als solche beschrieb er, die Sehne sei nicht gross retrahiert, qualitativ gut, zeige jedoch im MRI eine deutliche Spornbildung subacromial mit auch Spornbildungen auf Höhe AC-Gelenk, der Beschwerdeführer sei jüngeren Alters, sportlich und mit einer anatomischen Grundsituation mit etwas ungünstiger subacromialer Spornbildung.

2.3.2 Am 23. November 2020 erfolgte bei Diagnose St.n. Bikesturz mit transmuraler Supraspinatussehnenruptur mit Bicepstendinopathie links eine Arthroskopie Schulter links, offene Dekompression mit Bursektomie und Acromioplastik, Bicepstenodese sowie transossäre Suprapinatus-Sehennaht links (Vi-act. 81). Zur Operation führte der Operateur aus:

Glenohumeral unauffällige chondrale Situation, das Labrum zirkulär ist intakt, dann Verdacht auf instabile lange Bizepssehne aspektmässig, zartes Ligamentum glenohumerale mediale, jedoch intakt. Dann unauffällige Subscapularissehne ohne Partialläsion mit intakter Verankerung am Tuberculum minus mit negativem Push back-Test. Deutliche Tendinopathie der langen Bizepssehne beim Übergang in den Sulcus intertubercularis, dann intervallnahe Supraspinatussehnen-Ruptur transmural mit freier Einsicht nach subacromial, die Infraspinatussehne ist intakt, Axillary pouch ohne Befund. [...]

Hautschnitt über dem antero-lateralen Schulterbereich, Mini open-Deltasplitt-Zugang zur Schulter, subdeltoidale digitale Mobilisierung der Deltamuskulatur sowie Resektion der Bursa subacromialis, Dekompression mittels Acromioplastik im

lateralen Anteil, palpatorisch nun schöner Subacromialraum, AC-Gelenk unauffällig palpatorisch, somit keine LCR. Somit Bestätigung der transmuralen Supraspinatussehnenruptur mit Beteiligung ins Intervall, so dass aufgrund der Tendinopathie der langen Bizepssehne sowie fraglicher SLAP-Läsion der Entscheid zur Tenodesse gestellt wird. [...].

Der postoperative Verlauf zeigte sich komplikationslos mit problemloser Mobilisation mit stets intakter pDMS. Der Beschwerdeführer konnte in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden. Bis 27. Dezember 2020 wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Vi-act. 80).

Die Verlaufskontrolle vom 5. Januar 2021 zeigte keine Auffälligkeiten. Dr.med. G. _____ verordnete Physiotherapie für ein intensives Remobilisieren der linken Schulter. Die Arbeitsunfähigkeit wurde stufenweise reduziert mit Erreichen der vollständigen Arbeitsfähigkeit ab 8. Februar 2021 (Vi-act. 26).

2.4 In einer E-Mail vom 14. Januar 2021 teilte Dr.med. C. _____ der Vorinstanz folgende Kurzbeurteilung mit (Vi-act. 22):

RM-Läsion. Dieser Schaden ist unfallfremd, degenerativ bedingt.

Es liegt kein geeignetes Ereignis vor für das Zuziehen einer isolierten RM-Läsion. Kontusionen sind kein geeignetes Ereignis. Es ist nicht nachvollziehbar, dass eine in der Tiefe gelegene Struktur isoliert verletzt wird. Auch fehlt der sofortige Funktionsverlust der Schulter. Keine zeitnahe Arztkonsultation.

Status quo sine 3 Monate nach Ereignis erreicht. Es liegen keine traumatischen Läsionen vor. Es wurde lediglich ein asymptomatischer Vorzustand traumatisiert. OP muss als degenerativ klassifiziert werden.

2.5.1 Am 22. Februar 2021 informierte die Vorinstanz den Beschwerdeführer, ihr beratender Arzt sei zum Schluss gekommen, die Schulterbeschwerden links seien ab dem 22. November 2020 nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen (Vi-act. 27).

2.5.2 Hiergegen opponierte der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 25. Februar 2021. Es sei nicht nachvollziehbar, dass der Sehnenabriss in seinem Alter und seinem Fitnessstand nicht unfallbedingt sein solle. Der Schulterspezialist Dr.med. G. _____ und der Hausarzt Dr.med. F. _____ könnten dies bestätigen. Der Kausalzusammenhang bestehe zu 100%. Weiter führte er aus (Vi-act. 31):

Nachfolgend führe ich nochmals gerne Details zum Unfallhergang auf: Der Bike-Trail ging auf einem schmalen Weg durch den Wald zum Teil steil zum Teil flacher. Nach einer steilen Passage kam eine kurze flächere Passage, auf welchem am Rand des Trails zwei umgekippte, (durch Stürme) herausgerissene Bäume (Durchmesser ca. 1m) lagen. Der eine links und der andere rechts. Die Wurzeln ragten noch heraus bis über die Mitte in den Trail rein. Ich bin mit Tempo gekommen und musste wie ein Slalom durch diese schmale Zone gehen, hatte die Arme etwas auseinander (d.h. Ellenbogen gegen aussen), wie es eine professionelle Bi-

kerhaltung auf Trails verlangt, um die Dämpferzone zu verlängern. Dabei bin ich leider an einem oder mehreren Wurzelstrang/Stränge in voller Fahrt genau auf Schulterhöhe hängengeblieben, bzw. es hat mich von der Wucht direkt vom Bike wegkatapultiert, da die Wurzeln extrem hart waren und nicht nachgegeben haben. Ich hatte zwar überall Wunden, welche ja dann nach entsprechender Desinfizierung wieder heilen würden. Aufgrund der Schmerzen in der Schulter, habe ich meinen Hausarzt aufgesucht.

Da ich muskulär und körperlich sehr gut trainiert bin und ich bislang glücklicherweise deshalb nie grössere Verletzungen hatte meinte der Hausarzt, dass es wahrscheinlich ein Bluterguss sei, welcher innert 2 Monaten heilen würde und ein MRI deshalb zu diesem Zeitpunkt nicht notwendig sei. Da die Schmerzen aber nicht weggingen, habe ich dann nochmals meinen Hausarzt aufgesucht, welcher mich dann für einen MRI-Termin im Spital Lachen angemeldet und mir auch einen Termin beim Schulter spezialisten Hr. Dr.med. G. _____, welcher alsdann auch die Operation durchgeführt hat, organisiert hat.

Es gab nie eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes, wie Sie es in Ihrem Schreiben erwähnen, sondern der Zustand vom Sehnenriss ist von Anbeginn weg immer gleichgeblieben. Die Schürfwunden am Arm und Beine sind relativ schnell verheilt, was auch für meinen guten allgemeinen Gesundheitszustand spricht.

2.6 In einer versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 16. März 2021 hielt Dr.med. C. _____ gestützt auf die medizinischen Akten fest, es gelte die Unfallkausalität eines Schadens einer Supraspinatussehnenruptur sowie einer Bizepstendinopathie der langen Bizepssehne zu klären. (Vi-act. 32). Als Ereignismechanismus liege ein Hängenbleiben in voller Fahrt auf Schulterhöhe an Wurzelstrang/-stränge und Wegkatapultieren vom Bike mit Sturz mit Verletzung der linken Schulter vor. Im weiteren Verlauf sei eine als traumatisch klassifizierte Rotatorenmanschettenläsion nachgewiesen worden. Es handle sich aber um keinen spezifisch traumatischen Befund. Der Unfallmechanismus sei nicht geeignet für eine solche Verletzung (wobei er beispielhaft verschiedene taugliche und untaugliche Mechanismen aufführt). Hauptmechanismus beim Versicherten sei das Anpralltrauma durch Sturz. Jedoch fehlten eine Fraktur oder relevante Schäden an vorgelagerten Strukturen. Es sei nicht nachvollziehbar, dass eine in der Tiefe gelegene Struktur isoliert verletzt werde, wenn vorgelagerte Strukturen keine relevanten Schäden aufwiesen. Auch weise die lange Bizepssehne bereits tendinopathische Veränderungen auf, als Hinweis für vorbestehend degenerative Veränderungen. Es fehle auch der sofortige Funktionsverlust sowie eine zeitnahe ärztliche Konsultation. Der Nachweis einer Rotatorenmanschettenruptur nach Ereignis sei kein Beweis für eine traumatische Ursache. Ein Symptomatischwerden einer Rotatorenmanschettenruptur könne einer frischen traumatischen Ruptur nicht gleichgesetzt werden. Auch das Fehlen von Beschwerden vor dem Ereignis sei kein Beweis für eine traumatische Ursache. Gegen einen Unfall spre-

che auch das Alter des Beschwerdeführers. Zudem würden intraoperativ Hinweise auf eine traumatische Entstehung fehlen; es lägen keine relevanten strukturellen Begleitverletzungen oder Hämatome vor, kein Bone Bruise, keine Fraktur. Entsprechend sei der Schaden an der Schulter als degenerativ zu klassifizieren. Damit sei der durchgeführte Eingriff unfallfremd. Es könne maximal eine vorübergehende Verschlimmerung akzeptiert werden, wobei der status quo sine spätestens nach 3 Monaten erreicht sei.

Mit Verfügung vom 21. April 2021 stellte die Vorinstanz die Leistungen per 22. November 2020 ein. Die Schulterbeschwerden links stünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Kausalzusammenhang zum Unfall vom 8. August 2020 (Vi-act. 34).

2.7 Am 29. April 2021 äussert Dr.med. G. _____ gegenüber der Vorinstanz, die Leistungsablehnung, bzw. die Ablehnung der Unfallfolge sei bei dem sportlich sehr aktiven Patienten absolut nicht nachvollziehbar. Er sei körperlich sehr fit und betreibe mehrere Sportarten; die Unfallkausalität sei aufgrund des hohen energetischen Traumas absolut gegeben, die Ruptur sei sturzbedingt. Die zeitlich erst spätere Abklärung vermöge die Ablehnung des Unfallgeschehens nicht zu begründen, sei doch verständlich, dass der Patient initial selber versucht habe, die Situation zu optimieren. Die Wahrscheinlichkeit, dass nach diesem Sturzereignis im Rahmen einer sekundären Situation aufgrund einer allfälligen Vorschädigung die Sehe gemäss MRI vom 14. Oktober 2020 erst sekundär rupturiert sei, sei sicherlich nicht gegeben (Vi-act. 59).

2.8 Mit der Einsprache vom 31. Mai 2021 reichte der Beschwerdeführer eine chirurgisch-versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr.med. H. _____ vom 22. Mai 2021 ein (Vi-act. 68). Sie gelangte zur Beurteilung, bei dem Sturz auf dem Bike-Trail auf die linke Schulter mit Entwicklung eines Blutergusses handle es sich mit Sicherheit nicht um einen einfachen Sturz mit Prellung der linken Schulter. Der Mechanismus könne letztlich nie verlässlich rekonstruiert werden. Dr.med. C. _____ zitiere ältere Literatur mit verschiedenen Unfallmechanismen. Hierauf könne man sich nicht verlassen; der Mechanismus sei letztlich nicht allein massgebend. Der vorliegende Sturz bei Durchfahrt eines Waldstückes mit dem Bike mit hoher Geschwindigkeit sei durchaus geeignet, eine Rotatorenmanschettenläsion zu verursachen. U.a. befänden sich die Hände aktiv am Lenkrad; im Rahmen eines Sturzes könne es problemlos zu einer Belastung der Supraspinatussehne entgegen der Zugbelastung der Sehne kommen. Korrekt sei, dass keine zu erwartenden Begleitverletzungen vorlägen und dass sich relativ rasch eine freie Beweglichkeit gezeigt habe. Bei einem sehr sportlichen Patienten mit kräftiger Muskulatur könne muskulär sehr gut kompensiert werden,

weshalb dies vorliegend nicht gegen die Unfallkausalität spreche. Und weiter führt Dr.med. H. _____ aus:

Es liegt hier ein Fall vor, welcher nicht ausschliesslich mit Diskussion der Literatur beurteilt werden kann. Vorliegend ist die Beurteilung der individuellen Bildgebung wichtig. Es finden sich absolut keine Hinweise für einen Verschleiss am linken Schultergelenk, keine Anzeichen von Tendinopathie an der Supraspinatussehne. Die letztlich intraoperativ dokumentierte Tendinopathie der langen Bizepssehne ist überwiegend wahrscheinlich auf eine mechanische Reizung im Rahmen der intervallnahen Supraspinatussehnenläsion zurückzuführen. Die bildgebend dokumentierte Spornbildung auf Höhe des AC-Gelenks (Schulterreckgelenk) führt nicht überwiegend wahrscheinlich zu einer Schädigung der Supraspinatussehne in Lokalisation des Footprints (Sehnenansatz). Eine Sehnenläsion auf Höhe des Footprints wird in der Literatur tatsächlich eher mit einem Verschleiss in Zusammenhang gebracht. Es handelt sich dabei aber nicht um eine zwingende Voraussetzung. Die lokale Situation bei Herrn A. _____ zeigt ein kräftiges Sehnenkaliber ohne Verdünnung (was auf einen Verschleiss hinweisen würde) und die Sehnenober- und -unterflächen sind glatt und weisen ebenfalls nicht auf eine Sehnen Degeneration hin. Die Supraspinatussehne ist eng umschrieben und direkt am Knochen scharf abgetrennt. So sieht keine degenerative Ruptur aus.

2.9 In der Folge holte die Vorinstanz bei Dr.med. I. _____ ein versicherungsmedizinisches Aktengutachten ein (Vi-act. 93). Die Frage nach dem Kausalzusammenhang der erhobenen Befunde zum Ereignis vom 8. August 2020 beantwortete Dr.med. I. _____ mittels Diskussion der Indikatoren für und wider traumatische resp. degenerative Genese der Supraspinatussehnen-Ruptur, welche am 23. November 2021 operiert wurde, wie folgt:

Bei dem heute 53-jährigen Versicherten wurde im Arthro-MRI der linken Schulter vom 14.10.2020 folgende Befunde gezeigt: Hochgradige Partialruptur (vereinzelt noch durchgängige Fasern im anterioren Aspekt) der Supraspinatussehne am Footprint, Keine Tendinopathie oder Riss der Infrapinatus-, Subscapularis- oder Teres minor- Sehne. Kräftige Muskulatur, keine fettige Atrophie.

[...]

Indikatoren, welche für oder gegen eine traumatische Genese bzw. für oder gegen eine degenerative Genese der gezeigten Veränderungen sprechen:

- Unfallereignis:

Das Unfallereignis (Sturz vom Velo im Wald) war grundsätzlich geeignet, eine Strukturschädigung des Schultergelenkes zu verursachen.

- Funktionsverlust - Ausprägung (Verhalten nach dem Ereignis):

Eine Pseudoparalyse lag zu keinem Zeitpunkt vor, der Funktionsverlust war stets geringen Ausmasses. Die leichte Funktionsstörung trat nicht unmittelbar, sondern erst im Verlauf ein. Dies spricht deutlich gegen die traumatische Genese und für eine degenerative Genese.

- Schmerzverlauf:

Hierzu gibt es keine genauen Angaben, da aber gut 3 Monate nach dem Unfallereignis operiert wurde, ist eher von einem Schmerz-Crescendo auszugehen,

was eher für die degenerative Genese der Beschwerden spricht, bei traumatischer Genese ist ein Decrescendo typisch.

- Vorzustand:

Bildgebend wurden klar degenerative Veränderungen dargestellt, namentlich eine subacromiale Spornbildung u.a. auf Höhe des AC-Gelenks, zudem zeigte sich intraoperativ eine Tendinopathie der langen Bicepssehne (es ist spekulativ (siehe Frau Dr. H. _____), dass diese sekundär zu einer Supraspinatussehnenläsion aufgetreten ist, wobei ja auch zur Diskussion steht, ob die Supraspinatussehnenläsion nicht degenerativer Natur ist - auch ohne Supraspinatussehnenläsion kann eine Tendinopathie der langen Bicepssehne vorliegen, was im vorliegenden Fall die wahrscheinliche Erklärung ist). Diese Veränderungen sind als degenerative Vorzustände zu werten.

- Exposition (beruflich/sportlich, repetitive Bewegungen und Belastungen): Der Versicherte berichtet, sehr regelmässig Mountain-Bike zu fahren, dies wohl seit Jahren. Dies kann als repetitive Belastung für das Schultergelenk gewertet werden, was für eine degenerative Genese der Supraspinatussehnenläsion spricht.

- Alter:

Der Versicherte war zum Unfallzeitpunkt 51-jährig. Dies spricht weder für noch gegen eine traumatische oder degenerative Genese. Ein Alter unter 40 Lebensjahren würde für eine traumatische Genese sprechen, da in diesem Alter degenerative Veränderungen noch seltener sind. Ein Alter über 60 Lebensjahren würde im Umkehrschluss eher für eine degenerative Genese sprechen.

- Bildgebung:

Dies ist ein gewichtiger Punkt. Eine Einblutung oder ein Bone Bruise wurden nicht gezeigt, was gegen die traumatische Genese spricht. Es zeigte sich gemäss OP-Bericht um keine Retraktion, was gegen die degenerative Genese spricht, dahingegen zeigte sich keine fettige Degeneration, was wiederum ebenfalls gegen die degenerative Genese spricht. Bildgebend zeigte sich aufgrund der Knochensporne eine für eine degenerative Veränderung eher typische Impingementkonstellation. Letztlich kann die Bildgebung alleine im vorliegenden Fall nicht sicher zwischen traumatischer und degenerativer Genese unterscheiden, so dass die Bildgebung als neutral gewertet werden sollte.

- Intraoperativer Befund:

Eine Einblutung oder eine frische Einblutung zeigte sich nicht, was für eine traumatische Genese gesprochen hätte. Es zeigte sich vielmehr einerseits die o.g. Tendinopathie der langen Bicepssehne und ein ausgefranster Sehnenrand der teilrupturierten, nicht retrahierten Supraspinatussehne am Footprint, was klar für eine degenerative Genese spricht.

Fasst man nun die o.g. acht Punkte (8) zusammen, so spricht davon nur 1 Punkt (Unfallmechanismus/Ereignis) für die traumatische Genese, 2 Punkte (Alter und Bildgebung) sind als neutral zu werten und 5 Punkte (Funktionsverlust, Schmerzverlauf, Vorzustand, Exposition und intraoperativer Befund) sprechen für die degenerative Genese der Sehnenschädigung (Supraspinatussehne).

Die klinisch gering ausgeprägten Befunde bzw. die Supraspinatussehnenruptur stehen somit nur möglicherweise in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum gemeldeten Unfallereignis vom 08.08.2020.

Gemäss Dr.med. I._____ haben degenerative Vorzustände, die anamnestisch vor dem Ereignis klinisch asymptomatisch waren, mitgewirkt. Das Ereignis habe wahrscheinlich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorher anamnestisch klinisch stummen Vorzustände geführt. Der Status quo sine sollte seines Erachtens ca. 6 Wochen nach dem gemeldeten Ereignis erreicht worden sein.

2.10 Hierauf beauftragte der Beschwerdeführer PD Dr.med. J._____ mit einem radiologischen Kurzgutachten und Stellungnahme zum Aktengutachten Dr.med. I._____ (Vi-act. 96). In seiner Beurteilung vom 20. Februar 2022 stützte sich PD Dr.med. J._____ auf das Arthro-MRI vom 14. Oktober 2020 (vgl. oben Erw. 2.2), da der Bildgebung für vorliegende Fragestellung eine wichtige Rolle zukomme. Zudem verweist er auf den Artikel von Läderman et al. (Revidierte Unterscheidungskriterien 'Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette'. Swiss Med Forum. 2019;19(1516):260-267), dessen Inhalt und Schlussfolgerung zur bestehenden Problematik als relevante Referenzliteratur herangezogen werden könne.

Nach eigener Befundung und Beurteilung der Bildgebung gelangt PD Dr.med. J._____ zu folgender Stellungnahme:

Die MRT Untersuchung vom 14.10.2020 dokumentiert im vorliegenden Fall mehrere eindeutige Befunde, die die bestehenden Kriterien für eine traumatisch ausgelöste Ruptur erfüllen, und in der Summe die Schlussfolgerung einer durch das Trauma verursachten Ruptur der Supraspinatussehne rechtfertigen.

a. Unter Berücksichtigung der aufgeführten Kriterien in der Arbeit von Lädermann et al (1) finden sich

- I. Eine fehlende Atrophie des M supraspinatus und keine Fettgewebseinlagerungen in den M. supraspinatus (Grad 0 nach Goutallier)
- II. Fehlende Retraktion der Sehne bei transmuraler Ruptur (Stadium I nach Patte)

Weitere richtungsweisende Kriterien, die zum Gesamtbild passen, sind:

- III. Lineare und weitgehend glatte Risskontur in ap-Ausdehnung
- IV. 5mm breiter distaler Sehnenstumpf am Tuberculum maius im vorderen Drittel. An dieser Stelle irreguläre Kontur mit leicht ausgefransten Sehnenstümpfen
- V. Erhaltenes bzw. sogar leicht verdicktes Kaliber des proximalen Sehnenstumpfes
- VI. Flüssigkeit in der Bursa subdeltoidea
- VII. Keine wesentlichen weiteren Degenerationszeichen

b. Bei einer chronischen, degenerativ bedingten Ruptur im Rahmen einer Impingementproblematik wäre eine Retraktion des proximalen Sehnenstumpfes

zu erwarten (Stadium II/III nach Patte), ein Kaliberverlust und Ausdünnung des proximalen Sehnenstumpfes wären abgrenzbar, und es fände sich kein distaler Sehnenstumpf am Tuberculum majus. Des weiteren wäre ein Kaliberverlust mit Fetteinlagerungen des M. supraspinatus zu erwarten. Keines dieser Kriterien ist erfüllt.

Das fehlende Kontusionsödem bzw. fehlende Muskelödem ist der Tatsache geschuldet, dass die Untersuchung erst 2 Monate nach Unfallereignis durchgeführt wurde. Es zeigt sich noch eine geringgradige, umschriebene, residuelle Knochenmarksreaktion, die jedoch neutral gewertet werden muss.

- c. Die Akromionmorphologie als Prädisposition für eine chronisch-degenerative Rotatorenhöhlepathologie wurde in der Vergangenheit kontrovers diskutiert und ist mittlerweile verworfen. Am ehesten wird noch der lateralen Extension des Akromions ein Stellenwert einberaumt, allerdings ist auch dies umstritten. Im vorliegenden Fall liegt kein nach lateral deszendierendes Akromion vor, auch ist es nicht nach lateral verlängert (der critical shoulder angle (CSA) > beträgt ca. 33°, was der Norm entspricht. Der CSA ist ein allerdings ein konventionell-radiologischer Parameter und konnte nur approximativ in der MRT-Untersuchung bestimmt werden.

Das Vorliegen eines subakromialen Knochenspornes im Sinne einer Fibroostose wird im Rahmen des normalen Alterungsprozesses gesehen und entspricht nicht einer Veränderung der intrinsischen akromialen Anatomie im Sinne einer Impingementprädisposition. Entgegen der Ausführung von Dr. med. I. _____ lässt sich im vorliegenden Fall der Knochensporn vergleichbar zum Alterskriterium (<60a) nicht als Argument für eine degenerative Rotatorenhöhleläsion verwenden.

(4) Zusammenfassung

Unter Berücksichtigung der vorgängig aufgeführten bildgebenden Befunde, die sich schlüssig zu einem Gesamtbild zusammenfügen, liegt eine unfallkausale, transmurale Supraspinatussehnenruptur vor, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Die Bildgebung ist im vorliegenden Streitfall als wesentlicher Faktor/Indikator zur Unterscheidung <traumatische versus degenerative Ursache> zu werten, und nicht als neutral, wie von Dr. med. I. _____ vorgeschlagen.

2.11 Nach Eingang des radiologischen Kurzgutachtens von PD Dr.med. J. _____ holte die Vorinstanz am 25. März 2022 bei Dr.med. K. _____ eine Beurteilung der Bildgebung und Stellungnahme zur Beurteilung von PD Dr.med. J. _____ ein (Vi-act. 99). In seiner Zweitbeurteilung vom 11. Juni 2022 (Vi-act. 103) erhob Dr.med. K. _____ einen Befund zum Arthro-MRI vom 14. Oktober 2020 sowie eine Beurteilung, in welcher er auch gleich ausführlich Stellung zur radiologischen Beurteilung von PD Dr.med. J. _____ nahm. Nach Diskussion von dessen Beurteilung gelangte Dr.med. K. _____ zum Schluss, von sämtlichen von PD Dr.med. J. _____ vorgebrachten Argumenten bleibe kein einziges übrig, das dessen Aussage, die Läsion des Tendo musculi supraspinati sei auf das Ereignis vom 8. August 2020 zurückzuführen, unterstützen würde. Es sei klar, dass nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden könne, dass das

vom Beschwerdeführer gemeldete Ereignis zu einer Läsion des sicherlich seit Langem und deutlich vorgeschädigten Tendo musculi supraspinati geführt habe, doch konkrete Hinweise dafür fehlten gänzlich. Hingegen fänden sich zahlreiche Befunde, die klar dafür sprächen, dass beim Versicherten bereits zum Zeitpunkt der Untersuchung seit geraumer Zeit- und zwar nicht nur 9 1/2 Wochen - eine relevante Problematik des Tendo musculi supraspinati vorgelegen haben müsse. Somit müsse unter Berücksichtigung sämtlicher Befunde angenommen werden, dass die Läsion des Tendo musculi supraspinati - und zwar nicht nur die Ablösung, sondern auch der kleine Riss des ventralen ansatznahen Anteiles der Sehne - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf ein Trauma, sondern auf eine Degeneration, am ehesten im Rahmen eines subakromialen Impingement, zurückzuführen sei. Auch im Übrigen finde sich im vorliegenden MR-Arthrogramm kein einziger Befund, der aus radiologischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein Trauma zurückzuführen wäre. Entsprechend beantwortete Dr.med. K. _____ die gestellten Fragen:

1. *Welche Befunde lassen sich im vorliegenden MR-Arthrogramm erkennen?*

Im vorliegenden MR-Arthrogramm zeigt sich als Hauptbefund eine knapp subtotale Läsion des Tendo musculi supraspinati mit einer Ablösung der dorsalen 3/4 der Sehne vom Tuberculum majus und einem ansatznahen transmuralen Riss des ventralen Viertels der Sehne unter Aussparung eines feinen Faserbündels am ventralen Rand der Sehne; innerhalb der Sehne müssen betont ventral und artikulärseitig Adhäsionen vorliegen. Zudem finden sich Zeichen einer deutlichen distal und in diskreterem Masse auch artikulärseitig betonten Tendinopathie sowie einer seit langer Zeit bestehenden Insertionstendinose des Musculus supraspinatus und eine leichte Atrophie desselben Muskels. Weiter finden sich eine vermutlich bis leicht zu weit nach laterale reichende akromiale Überdachung des Caput humeri, ein ähnlich einem Schuhabsatz geformter, an der Unterfläche des lateralen Anteiles des Acromion liegender Sporn (engl. heel-type acromial spur), der den allgemein relativ engen Subakromialraum relevant einengt und von kranial her den Tendo musculi supraspinati komprimiert, eine ziemlich stark ausgeprägte Akromioklavikulararthrose mit relativ starker Hypertrophie des Gelenkes, das zu einer zusätzlichen kurzstreckigen, ventralen Einengung des Subakromialraumes führt, Zeichen einer Bursitis subacromialis et subdeltoidea sowie Zeichen einer leichten proximalen Tendinopathie des Caput longum musculi bicipitis brachii. Als Normvariante findet sich ein Recessus sublabralis.

a. *Liegen Läsionen vor, die aus radiologischer Sicht als eher frisch und traumatisch bedingt zu werten sind, und falls ja, welche?*

Nein, es lassen sich keine Befunde nachweisen, die aus radiologischer Sicht als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit frisch und traumatisch bedingt oder auch nur traumatisch bedingt zu werten wären.

b. *Liegen Veränderungen vor, die aus radiologischer Sicht als eher degenerativ, krankheits- oder anlagebedingt zu werten sind, und falls ja, welche?*

Ja. Sämtliche nachgewiesenen pathologischen Befunde sind aus radiologischer Sicht als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativ bedingt zu werten.

2. *Sind bezüglich der radiologischen Beurteilung und Stellungnahme vom 20.02.2022 von PD Dr. med. J. _____ irgendwelche Anmerkungen anzubringen und falls ja, welche?*

Ja. Keines der von PD Dr.med. J. _____ in seiner Stellungnahme vom 20.02.2022 angeführten Argumente, die seiner Ansicht nach den Beweis erbringen sollten, dass die beim Versicherten nachgewiesene Läsion des ansatznahen Abschnittes des Tendo musculi supraspinati auf das gemeldete Ereignis vom 08.08.2020 zurückzuführen ist, kann aus radiologischer Sicht nachvollzogen werden. [...].

3.1 Im Anschluss an die Beurteilung von Dr.med. K. _____ wies die Vorinstanz die Einsprache mit Entscheid vom 10. August 2022 ab (Vi-act. 106). In der Aktenbeurteilung des MR-Arthrogrammes der linken Schulter vom 14. Oktober 2020 habe Dr. K. _____ detaillierte Ausführungen zu den einzelnen Bildsequenzen gemacht und sich über drei Seiten auch mit den Ausführungen von Dr. J. _____ auseinandergesetzt. Seine Schlussfolgerung sei schlüssig und nachvollziehbar begründet. Gestützt auf die Beurteilung von Dr. K. _____ sei unter Berücksichtigung sämtlicher Befunde anzunehmen, dass die Läsion des Tendo musculi supraspinati - und zwar nicht nur die Ablösung, sondern auch der kleine Riss des ventralen ansatznahen Anteiles der Sehne - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf ein Trauma, sondern auf eine Degeneration, am ehesten im Rahmen eines subakromialen Impingement, zurückzuführen sei. Sämtliche nachgewiesenen Befunde seien folglich aus radiologischer Sicht als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativ zu werten. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen von Dr. K. _____ würden überzeugen, weshalb der radiologischen Aktenbeurteilung von Dr. K. _____ voller Beweiswert zukomme. Mit Blick auf die ebenfalls schlüssige Beurteilung von Dr. I. _____ nach Schultertrauma-Check, habe das Sturzereignis beim Biken am 8. August 2020 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des anamnestisch klinisch stummen Vorzustands in der linken Schulter geführt. In casu sei der Status quo sine ca. sechs Wochen nach dem Ereignis erreicht gewesen. Die Leistungseinstellung ab 22. November 2020 sei demnach nicht zu beanstanden.

3.2 Vor Verwaltungsgericht verweist der Beschwerdeführer auf seinen nicht banalen Velosturz vom 8. August 2020. Die Erstkonsultation habe am 19. August 2020 beim Hausarzt stattgefunden, der den sportlich aktiven Beschwerdeführer seit Jahrzehnten betreue und entsprechend kenne. Er habe vorerst Ruhigstellung und analgetische Versorgung empfohlen. Echtzeitlich habe der Beschwerdeführer eine bewegungseingeschränkte Schulter in Elevation, Innen- und Aussenrota-

tion beschrieben, was als Befund klassisch für Rupturen der Rotatorenmanschette sei. Wegen anhaltenden Beschwerden hätten weitere Abklärungen erst später stattgefunden. MR-tomographisch habe sich am 14. Oktober 2020 eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne am Footprint gezeigt, jedoch keine Tendinopathie oder Riss der Infraspinatus-, Subscapularis oder Teres-minor-Sehne, jedoch eine kräftige Muskulatur, aber keine fettige Atrophie und die Bursa sei reizlos gewesen. Dr.med. C._____ habe die Unfallkausalität mit Verweis auf den Unfallmechanismus verneint. Aber er verkenne dabei vollumfänglich die aktuelle Evidenz zu den Läsionen der Rotatorenmanschette. Die von Dr.med. C._____ zitierte Literatur sei völlig veraltet. Sein Einwand der schnellen Wiederherstellung der Schulterbeweglichkeit sei beim sehr sportlichen Beschwerdeführer mit kräftiger, kompensierender Muskulatur so nicht haltbar.

Gemäss Dr.med. H._____ könne der Unfall nicht als harmlos bezeichnet werden. Der vorliegende Unfallmechanismus - der letztlich nie verlässlich rekonstruiert werden könne - mit Fahrt in hoher Geschwindigkeit durch den Wald mit Sturz sei durchaus geeignet, eine Rotatorenmanschettenläsion zu verursachen.

PD Dr.med. J._____ komme in seiner ausführlichen Beurteilung der Bildgebung zum Schluss, aufgrund der objektiven Befunde müsse eindeutig von einer traumatischen Ruptur ausgegangen werden. Dafür spreche aus radiologischer Sicht die fehlende Atrophie des M supraspinatus und keine Fettgewebsinlage in den M. supraspinatus (Grad 0 nach Goutallier); fehlende Retraktion der Sehne bei transmuraler Ruptur (Stadium I nach Patte). Und weitere richtungsweisende Kriterien, die zum Gesamtbild passen würden, seien die lineare und weitgehend glatte Risskontur in ap-Ausdehnung, ein 5mm breiter distaler Sehnenstumpf am Tuberculum majus im vorderen Drittel sowie an dieser Stelle irreguläre Kontur mit leicht ausgefransten Sehnenstümpfen; ein erhaltenes bzw. sogar leicht verdicktes Kaliber des proximalen Sehnenstumpfes, eine Flüssigkeit in der Bursa subdeltoidea und keine wesentlichen weiteren Degenerationszeichen. Nach PD Dr.med. J._____ würden Zeichen, die auf eine degenerative Genese hinweisen würden, fehlen. Radiologisch betrachtet würden sämtliche Hinweise für eine traumatische Ruptur der Supraspinatussehne sprechen.

Demgegenüber sei überhaupt nicht klar, von welchen Befunden Dr.med. K._____ spreche. Er begnüge sich banalerweise festzuhalten, die Beweise, welche PD Dr.med. J._____ vorlege, könnten aus radiologischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Er begnüge sich mit einer unbegründeten Bestreitung. Seine Beurteilung, welche dem Beschwerdeführer nicht vorliege, sei unhaltbar, willkürlich und als Tendenzgutachten zu qualifizieren. Die Nichtvorlage der Beur-

teilung stelle im Übrigen eine Verletzung des rechtlichen Gehörs dar und man behalte sich nach Edition der Akten weitere Ausführungen vor.

4.1 Die Vorinstanz stützt sich im angefochtenen Entscheid auf die Beurteilungen der sie beratenden Ärzte Dr.med. I. _____ und insbesondere Dr.med. K. _____. Deren Beurteilungen kommt der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellung 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).

4.2 Soweit der Beschwerdeführer die Beurteilung von Dr.med. K. _____ als unhaltbare, willkürliche, unbegründete Bestreitung der nachvollziehbaren und mit evidenzbasierten Argumenten begründeten Beurteilung von Dr.med. J. _____ darstellt, so kann dem nicht gefolgt werden. Zum einen lagen Dr.med. K. _____ sämtliche medizinischen Berichte zum Gesundheitsverlauf und ebenso die Akten zum Unfallgeschehen sowie die verschiedenen medizinischen Beurteilungen vor (vgl. Vi-act. 103 S. 2 f. von 15). Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers hat Dr.med. K. _____ auf Basis des MR-Arthrogrammes der Schulter links vom 14. Oktober 2020 einen ausführlichen Befund erhoben (Vi-act. 103 S. 3 f. von 15). In der nachvollziehbaren und schlüssigen Beurteilung hat sich Dr.med. K. _____ mit dem Befund, der Literatur und insbesondere auch mit der Beurteilung von PD Dr.med. J. _____ vertieft auseinandergesetzt (Vi-act. 103 S. 5 f. von 15). Zu jedem der von PD Dr.med. J. _____ aufgeführten Argumente nimmt Dr.med. K. _____ einzeln Stellung (Vi-act. 103 S. 7 f. von 15). Wenn er dann zum Schluss gelangt, von sämtlichen von PD Dr. med. J. _____ vorgebrachten Argumenten bleibe kein einziges übrig, das dessen Aussage der Unfallkausalität unterstützen würde, so ist dies aufgrund seiner Ausführungen sowohl nachvollziehbar als auch schlüssig. Das Nämliche gilt für seine abschliessende Beurteilung, dass sich keine Befunde nachweisen liessen, die aus radiologischer Sicht als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit frisch traumatisch bedingt oder auch nur traumatisch bedingt zu werten wären, hingegen seien die nachgewiesenen pathologischen Befunde als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativ bedingt.

Bleibt anzufügen, dass die beschwerdeführerische Bestreitung des Beweiswertes der Beurteilung von Dr.med. K. _____ insoweit nachvollziehbar ist, als es die Vorinstanz unterliess, diese für den Einspracheentscheid wesentliche Beurteilung

dem Beschwerdeführer weder nach deren Vorliegen noch zusammen mit dem Einspracheentscheid zuzustellen. Damit aber wurde sein Anspruch auf rechtliches Gehör (vgl. Art. 42 ATSG) verletzt. Hieran ändert weder die Tatsache, dass er die Beurteilung noch vor Beschwerdeerhebung hätte einfordern können, noch, dass der Mangel im Rahmen des Beschwerdeverfahrens geheilt wird, etwas. Dies gilt es im Rahmen der Entschädigungsfolgen zu berücksichtigen (vgl. Urteil BGer 1C_158/2019 vom 30.3.2020 Erw. 6).

4.3.1 Was die Berücksichtigung des Unfallmechanismus zur Klärung der hier strittigen Frage anbelangt, so hat Dr.med. H. _____ zu Recht darauf hingewiesen, dass der eigentliche Hergang wohl kaum je verbindlich wird festgestellt werden können. In der neueren Rechtsprechung hält das Bundesgericht zudem 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.). Dem ist Dr.med. I. _____ in seiner Beurteilung gefolgt (vgl. oben Erw. 2.9). Er hat darin auch den Unfallhergang berücksichtigt und, losgelöst ob es sich um einen banalen Unfall (wie ihn die Vorinstanz qualifiziert) oder um ein relevantes Unfallgeschehen handelte (wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht), festgestellt, das Unfallereignis (Sturz vom Velo im Wald) sei grundsätzlich geeignet, eine Strukturschädigung des Schultergelenkes zu verursachen (Vi-act. 93). Gemäss Dr.med. I. _____ ist es vorliegend jedoch das einzige Kriterium, welches für eine traumatische Genese spricht (vgl. oben Erw. 2.9). Entscheidend bzw. strittig sind damit die weiteren Kriterien.

4.3.2 Wenn die Vorinstanz - gestützt auf die Beurteilungen der sie beratenden Ärzte - festhält, der Verlauf nach dem Unfall spreche gegen eine traumatische Genese, so erscheint dies schlüssig. Unfallnah werden keine funktionellen Beeinträchtigungen dokumentiert, was bei einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur indes zu erwarten wäre (vgl. Urteil BGer 8C_253/2021 vom 2.7.2021 Erw. 5.3). Auch im Fragebogen erwähnt der Beschwerdeführer selbst keine Einschränkungen; die Arbeitsunfähigkeit resultierte erst aus der Operation (Vi-act. 25). Wenn er in der Beschwerde von ereignisnahen funktionellen Einschränkungen

gen spricht, so werden diese durch keine medizinischen Berichte bestätigt; im Gegenteil spricht der Hausarzt von freier Beweglichkeit (vgl. Vi-act. 10 und 16). Schlüssig ist ebenso die Beurteilung von Dr.med. I._____, dass bezüglich Schmerzen wie auch Funktionalität eher ein Crescendoverlauf vorliege, was für ein degeneratives Geschehen spreche (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). Wenn dagegen der Beschwerdeführer diese Beurteilung mit dem Hinweis widerlegen will, seine sportliche, muskuläre Person könne vieles kompensieren, so vermag dies eine traumatische Genese auf jeden Fall nicht als überwiegend wahrscheinlich zu begründen.

4.3.3 Schon Dr.med. C._____ wies sodann darauf hin, dass beim Beschwerdeführer eine Fraktur oder relevante Schäden an vorgelagerten Strukturen fehlen, die isolierte Verletzung einer in der Tiefe gelegenen Struktur hingegen nicht nachvollziehbar sei, weshalb von einem degenerativen Geschehen auszugehen sei (Vi-act. 32). Dass keine eigentlich zu erwartende Begleitverletzungen vorliegen, bestätigt auch Dr.med. H._____ (Vi-act. 68); solche werden - soweit ersichtlich - von niemandem postuliert. Warum dies vorliegend nicht gegen eine Unfallkausalität sprechen soll, begründet Dr.med. H._____ nicht weiter. Auf jeden Fall spricht das Fehlen von Begleitverletzungen nicht für eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität.

4.3.4 Zum Vorzustand des Beschwerdeführers ist nichts aktenkundig. Immerhin gilt es aber auf die unzulässige Beweismaxime 'post hoc ergo propter hoc' hinzuweisen. Die Tatsache allein, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall über keine Schulterbeschwerden links klagte, vermag die Unfallkausalität daher nicht zu beweisen (SVR 2020 UV Nr. 15 S. 56, 8C_471/2019 Erw. 5.2). Dass ein Gesundheitsschaden als Vorzustand bereits vor dem Unfall vorgelegen haben kann, aber asymptomatisch war, ist notorisch (und erklärt etwa die Rechtsprechung zur Aktivierung eines stummen Vorzustandes; Urteil BGer 8C_269/2016 vom 10.8.2016 Erw. 2.4).

Dr.med. I._____ beurteilt den Vorzustand wesentlich anhand der Bildgebung und intraoperativen Befunde (Vi-act. 93), wodurch er diesen Kriterien mehr Bedeutung zuspricht. Diese Begründung teilt PD Dr.med. J._____, demgemäss der Bildgebung eine wichtige Rolle zuzuordnen ist (Vi-act. 96). Auch Dr.med. H._____ betont die Wichtigkeit der Bildgebung für den vorliegenden Fall (Vi-act. 68, S. 3 von 4).

4.3.5 Was die Befunde des Arthro-MRI vom 14. Oktober 2020 anbelangt, so fällt jener von Dr.med. K._____ wesentlich ausführlicher und detaillierter aus als

der Befund von PD Dr.med. J._____. Entsprechend fraglich erscheint ein Vergleich der Befunde als solche; eigentliche Widersprüche sind indes keine offensichtlich (vgl. Vi-act 103 und 96). Diskrepanz sind hingegen die Beurteilungen der Befunde, wobei auch hier die Ausführungen von Dr.med. K._____ detaillierter ausfallen. Er begründet dabei nicht nur seine Beurteilung ausführlich und nachvollziehbar, sondern er geht ebenso auf die Stellungnahme von PD Dr.med. J._____ ein und widerlegt diese schlüssig.

Zum einen weist Dr.med. K._____ darauf hin, dass die von PD Dr.med. J._____ als Referenzartikel bezeichnete Literatur in sich widersprüchlich ist und ihrerseits auf Literatur verweist, welche die im angeblichen Referenzartikel festgehaltenen Schlussfolgerungen nicht bestätigen würden.

Zum andern setzt sich Dr.med. K._____ mit den sieben Kriterien, welche nach PD Dr.med. J._____ die transmurale Supraspinatussehnenruptur links mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als unfallkausal qualifizieren lassen (vgl. zu den einzelnen Kriterien oben Erw. 2.10), einzeln auseinander und widerlegt sie. So liege entgegen PD Dr.med. J._____ eine leichte Atrophie des M supraspinatus vor (occupation ratio von 0.65). Das Fehlen einer Verfettung lasse keine Rückschlüsse auf die Ursache zu, da sich eine solche sowohl bei Degeneration als auch Trauma erst nach längerer Zeit nach Auftreten der Beschwerden nachweisen lasse. Das Ausmass der Retraktion eines abgelösten und/oder abgerissenen Tendo musculi supraspinati erlaube keine Differenzierung zwischen einer traumatischen und einer degenerativen Genese der Läsion. Zudem korreliere die Retraktion mit der Verfettung und da eine solche nicht vorhanden sei, sei auch keine Retraktion zu erwarten. Zudem lägen beim Beschwerdeführer Adhäsionen innerhalb des Tendo musculi supraspinati vor, weshalb gut denkbar sei, dass die Adhäsionen eine Retraktion der Sehne verhindern könnten. Die Form des Sehnenrandes entlang der Ablösung oder des Risses erlaube keine Rückschlüsse auf die Ätiologie der Läsion; ein glatter Rand spreche allenfalls eher dafür, dass eine Ablösung/ein Riss bereits seit längerer Zeit bestehe. Auch ein am Knochen haftender Sehnenstummel erlaube keine Differenzierung zwischen einer traumatischen und degenerativen Läsion des Tendo musculi supraspinati. Eine verdickte Sehne finde sich bei einem subakromialen Impingement signifikant häufiger als bei asymptomatischen und da die Sehne vorliegend leicht verdickt sei, spreche dies dafür, dass eine Problematik des Tendo musculi supraspinati im Sinne eines subakromialen Impingements vorliegen müsse. Die Flüssigkeit in der Bursa subacromialis et subdeltoidea erlaube keine Differenzierung zwischen einer traumatischen und einer degenerativen Läsion des Tendo musculi supraspinati. Da die Flüssigkeit vorliegend kontrastmittel-frei sei, könne sie nicht aus dem glenohumeralen Gelenkraum in das Lumen des

Schleimbeutels übergetreten sein. In Berücksichtigung der Zeit zwischen Unfall und Arthro-MRI (mehr als 2 Monate) müsse davon ausgegangen werden, dass eine Bursitis ursächlich sei. Und eine Bursitis an dieser Lokalisation sei in den meisten Fällen auf ein subakromiales Impingement zurückzuführen. Schliesslich treffe nicht zu, dass sich im Arthro-MRI keine weiteren Degenerationszeichen finden würden. So bestünden Zeichen einer klaren Tendinopathie des M supraspinatus, ein degenerativ bedingter akromialer Sporn mit einer Form, die häufig mit Läsionen des Tendo musculi supraspinati assoziiert sei und eine leichte Atrophie des M supraspinatus. Zudem weise der proximale Abschnitt des Tendo capitis longi musculi bicipitis brachii Veränderungen auf, die Ausdruck einer leichten Tendinopathie seien, also eines Befundes, der auch relativ häufig im Zusammenhang mit dem subakromialen Impingement beobachtet werde.

Auch Dr.med. K._____ hält fest, es könne nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden, dass das Unfallereignis vom 8. August 2020 zu einer Läsion des sicherlich seit langem und deutlich vorgeschädigten Tendo musculi supraspinati geführt habe. Konkrete Hinweise hierfür würden jedoch gänzlich fehlen; andererseits fänden sich zahlreiche Befunde, die klar dafür sprechen würden, dass eine relevante Problematik des Tendo musculi supraspinati schon vor dem Unfall vorgelegen haben müsse. Entsprechend schlüssig ist seine abschliessende Beurteilung, es finde sich kein Befund, der aus radiologischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein Trauma zurückzuführen sei.

4.4 Zusammenfassend kommt der umfassenden Beurteilung von Dr.med. K._____ somit voller Beweiswert zu. Die Beurteilung von PD Dr.med. J._____ vermag keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken bzw. hat Dr.med. K._____ dessen Beurteilung nachvollziehbar entkräftet. Aufgrund dessen und zusammen mit den weiteren, durch Dr.med. I._____ herausgearbeiteten Kriterien (welche nicht nur die Radiologie berücksichtigen), ist die Gesamtbeurteilung der Vorinstanz daher nicht zu beanstanden, wonach die am 23. November 2020 operativ sanierte Schulterverletzung links nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Velounfall vom 8. August 2020 zurückzuführen ist und der status quo sine ca. sechs Wochen nach dem Ereignis eingetreten ist, mithin kein Leistungsanspruch über den 22. November 2020 hinaus bestand.

4.5 Bleibt zu ergänzen, dass diesfalls auch keine Leistungspflicht aus Art. 6 Abs. 2 UVG besteht. Selbst wenn in der Ruptur der Supraspinatussehne eine Listenverletzung zu sehen ist (Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG), wäre der Entlastungsbeweis, dass die Ruptur vorwiegend auf Abnützung / Erkrankung zurückzuführen ist, dadurch erbracht, dass das Unfallereignis vom 8. August 2020 überwiegend

wahrscheinlich keine auch nur geringe Teilursache der Ruptur bildet (BGE 146 V 51 Erw. 9.2; Urteil BGer 8C_59/2020 vom 14.4.2020 Erw. 6).

5. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

6.1 Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. ^fbis ATSG).

6.2 Die vorstehend in Erw. 4.2 festgestellte Verletzung des rechtlichen Gehörs ist bei der Festlegung der Parteientschädigung zu berücksichtigen. Diese ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'500 (inkl. Barauslagen und MwSt) zu leisten.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

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

Schwyz, 9. Dezember 2022

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

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

Versand: 27. Dezember 2022

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

