



## VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

### SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz  
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und MLaw Ines Stocker  
Gerichtsschreiberin: lic. iur. Claudia Meier

URTEIL vom 6. Januar 2021 *[rechtskräftig]*  
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer  
vertreten durch RA lic. iur. B. \_\_\_\_\_

gegen

**AXA Versicherungen AG**, Operations Unfall & Krankentaggeld, General-Guisan-  
Strasse 40, 8401 Winterthur  
Beschwerdegegnerin

betreffend

Unfallversicherung  
(Leistungen)

S 2019 113



A. Der 1953 geborene A.\_\_\_\_\_ war mit einem Beschäftigungsgrad von 25 % bei der C.\_\_\_\_\_ AG als Vermögensverwalter tätig und dadurch bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) für die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 7. März 2018 einen Skiunfall erlitt und sich eine Schulterprellung rechts zuzog. Die AXA anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Heilkosten; BF-act. 4). In der Folge wurde eine Rotatorenmanschetten-Ruptur an der betroffenen Schulter festgestellt. Am 13. März 2019 wurde die Rotatorenmanschette operativ rekonstruiert. Mit Verfügung vom 15. März 2019 und Einspracheentscheid vom 9. Juli 2019 stellte die AXA ihre Leistungen per 27. Februar 2019 ein und verneinte einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den noch vorhandenen Beschwerden (UV-act. A23 und A16).

B. Dagegen erhob A.\_\_\_\_\_ am 11. September 2019 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids und Verpflichtung der AXA, ihm auch über den 27. Februar 2019 hinaus die versicherten Leistungen zu erbringen, insbesondere die Operationskosten zu übernehmen und die damit verbundenen Taggeldleistungen zu erbringen. Weiter beantragte er eine umfassende Abklärung des medizinischen Sachverhaltes, eventuell durch Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur versicherungsexternen Begutachtung und neuem Entscheid über den weiteren Leistungsanspruch. Schliesslich beantragte der Beschwerdeführer die Verpflichtung der AXA zur Erstattung der Kosten des Berichts des Operateurs in Höhe von Fr. 200.– (act. 1 S. 2 f.).

C. In ihrer Vernehmlassung vom 22. Januar 2020 schloss die Versicherung unter Verweis auf die Einschätzungen ihrer beratenden Ärzte auf Abweisung der Beschwerde. Sie begründete dies damit, dass von einer temporären Aktivierung eines vor dem Ereignis vom 7. März 2018 stummen Vorzustandes durch eine starke direkte Schulterkontusion und einem erreichten Status quo sine nach sechs Monaten auszugehen sei (act. 6).

D. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an den gestellten Anträgen fest (act. 15 und 18).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1.

1.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu: 9. Juli 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

1.2 Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 7. März 2018 ereignet, weshalb – entsprechend den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln – die am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

1.3 Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Dementsprechend sieht Art. 83 ATSG vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 11. September 2019 der Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] in Verbindung mit § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] sowie § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung [BGS 842.5]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 58 Abs. 1 ATSG – Zuständigkeit am Wohnsitz der versicherten Person oder des Beschwerde führenden Dritten zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung – gegeben, lebt der Beschwerdeführer doch in D. \_\_\_\_\_/ZG. Der angefochtene Einspracheentscheid datiert vom 9. Juli 2019 (BF-act. 1) und ist am 12. Juli 2019 im Herrschaftsbereich des

Beschwerdeführers eingetroffen. Die Beschwerdeschrift trägt das Datum des 11. September 2019, wurde gleichentags der Post übergeben und ging am darauffolgenden Tag beim Verwaltungsgericht ein. Damit gilt die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes zwischen dem 15. Juli und dem 15. August 2019 (Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG) als gewahrt. Der Beschwerdeführer ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen verständlichen Antrag und eine Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

### 3.

3.1 Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Abs. 2): Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g) und Trommelfellverletzungen (lit. h). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen.

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise 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 Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 402 E. 4.3.1).

3.3 Die vom Unfallversicherer einmal anerkannte Leistungspflicht entfällt erst, wenn dieser nachweist, dass der Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine). 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 bezeichnet die Rechtsprechung dies als richtunggebende Verschlimmerung (BGer 8C\_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.1.2), womit die natürliche Kausalität als weiterhin gegeben betrachtet wird.

Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast indessen – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGer 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Dabei hat der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen; entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (BGer 8C\_523/2018 vom 5. November 2018 E. 3.2 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel

neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (BGer 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

3.4 Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen. Ärztliche Auskünfte, die allein auf der Argumentation beruhen, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien erst nach dem Unfall aufgetreten, sind beweisrechtlich nicht zu verwerten (vgl. zur Unzulässigkeit der Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc" u.a. BGE 119 V 335 E. 2b/bb; zum Ganzen BGer 8C\_523/2018 vom 5. November 2018 E. 3.2 mit Hinweisen).

3.5 Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

3.6 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Beurteilungen der beratenden Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt ihnen indessen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur

geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen von beratenden Ärzten, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Auf Aktenberichte kann abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (BGer 8C\_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. BGE 137 V 210 E. 1.4; 135 V 465 E. 4.4).

4. In der Sache ist strittig, ob die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht für die Folgen des Ereignisses vom 7. März 2018 zu Recht verneint hat. Dabei ist zu klären, ob das Ereignis die Voraussetzungen eines Unfalles oder einer unfallähnlichen Körperschädigung erfüllt und ob zwischen den geklagten Beschwerden und dem Ereignis ein natürlicher Kausalzusammenhang als erstellt gelten kann. Es ist zunächst festzustellen, wie sich das Ereignis vom 7. März 2018 genau zugetragen hat.

5.

5.1 In der Unfallmeldung vom 9. März 2018 wurde angegeben, der Beschwerdeführer sei auf das Gesicht und die rechte Schulter gefallen. Die Brille sei kaputt gegangen und die Schulter habe nicht mehr aufgehört zu schmerzen. Als Verletzung wurde eine Prellung der rechten Schulter angegeben (UV-act. A1).

5.2 Der vom Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, handschriftlich geführten Krankengeschichte lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 12. März 2018 vorstellig wurde. In den Skiferien habe er einer Skifahrerin ausweichen müssen, sei hängen geblieben und nach vorne gestürzt. Danach habe er noch fahren können. Die Untersuchung habe einen deutlichen Painful Arc mit Elevations- und Abduktionsschmerzen ergeben. Eine Schmerzausstrahlung, Rückwärtsschmerzen und Dysästhesien hätten dagegen nicht bestanden. Bei Verdacht auf eine Zerrung der Supraspinatussehne verordnete Dr. E.\_\_\_\_\_ Physiotherapie (UV-act. M9).

Im Bericht vom 30. November 2018 gab der Hausarzt zum Unfallhergang an, ein Ski sei ausgeschert und hängen geblieben. Dabei sei der Beschwerdeführer nach vorne gestürzt und habe seither Schulterschmerzen rechts. Wegen des Verdachts auf eine Zerrung der Supraspinatussehne überwies der Hausarzt den Beschwerdeführer an die Klinik F.\_\_\_\_\_ (UV-act. M1).

5.3 Oberarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Abteilung Orthopädie Obere Extremitäten der Klinik F. \_\_\_\_\_, berichtete am 10. Dezember 2018 nach einer Untersuchung des Beschwerdeführers, dieser habe sich beim Sturz auf die rechte Schulter eine Distorsion zugezogen. Bei Verdacht auf eine Rotatorenmanschetten-Ruptur veranlasste er eine Arthro-Magnetresonanztomographie (nachfolgend: Arthro-MRT; UV-act. M2).

Diese ergab gemäss den Berichten des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2018 und von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 4. Februar 2019 eine transmurale [d.h. vollständige] Ruptur der Supraspinatussehne mit erstgradiger Retraktion um etwa 15 mm auf einer Breite von 20 mm und ohne Atrophie sowie einen Verdacht auf eine dadurch destabilisierte lange Bizepssehne bei Mitbeteiligung des Pulleys (UV-act. M3 und M5/3).

5.4 Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, führte in seiner Stellungnahme vom 7. März 2019 aus, die mit Arthro-MRT festgestellten morphologischen Veränderungen stünden nur möglicherweise in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 7. März 2018. Einerseits sei vom Unfallmechanismus her von einer direkten Kontusion der Schulter auszugehen, die nicht geeignet sei, eine völlig gesunde Sehne transmural zu rupturieren. Andererseits führe ein akuter transmuraler kompletter Sehnenriss zu einem sofortigen Funktionsausfall, was beim Beschwerdeführer offensichtlich nicht der Fall gewesen sei. Ausser einer hausärztlichen Beurteilung fünf Tage nach dem Unfallereignis seien bis im Dezember 2018 keine weiteren ärztlichen Konsultationen in Anspruch genommen worden und der Beschwerdeführer sei mit Physiotherapie offensichtlich kompensiert worden. Es sei vielmehr davon auszugehen, dass ein degenerativ bedingter stummer Vorzustand bestanden habe, der durch das Unfallereignis vorübergehend aktiviert worden sei (UV-act. M10).

5.5 Der Operateur Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Senior Consultant an der Abteilung Orthopädie Obere Extremitäten der Klinik F. \_\_\_\_\_, gab im Operationsbericht vom 13. März 2019 an, aufgrund des Rupturmusters sowie der voll erhaltenen muskulären Qualität passe der Befund zum Unfallereignis ein Jahr zuvor (UV-act. M11).

5.6 In seiner Aktenwürdigung vom 25. Juni 2019 (UV-act. M12) kam der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, zum Schluss, dass die geltend gemachte Symptomatik und die erhobenen Befunde lediglich mit dem Beweisgrad der Möglichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom

7. März 2018 stünden. Einerseits handle es sich beim Unfallablauf um eine direkte Schulterkontusion, die per se aus biomechanischen Gründen nicht geeignet sei, eine Supraspinatussehnen-Ruptur zu verursachen. Zudem sprächen die anlässlich der initialen ärztlichen Beurteilung vom 12. März 2018 erhobenen Befunde bei einer schmerzfreien Beweglichkeit der rechten Schulter in allen Richtungen gegen eine frische, traumatisch verursachte Supraspinatussehnen-Ruptur. Vier Tage nach dem Ereignis wäre eine massive Schmerzhaftigkeit bis hin zur Pseudoparalyse zu erwarten gewesen. Auch die Tatsache, dass sich die transmurale Rissbildung direkt am Ansatz des Tuberculum majus befinde, spreche gegen eine traumatisch verursachte Ruptur. Es treffe jedoch zu, dass ab Unfalltag ein chronischer, tolerierbarer Schmerzzustand bestehe und verschiedene Konsultationen beim Hausarzt stattgefunden hätten, womit eine Brückensymptomatik seit 7. März 2018 bestehe.

Weiter führte Dr. K. \_\_\_\_\_ aus, es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es sich um eine chronische Supraspinatussehnen-Ruptur handle, wie sie sich in der Altersgruppe des Beschwerdeführers ohne besondere Symptomatik entwickeln könne und erst nach einer ungewöhnlichen Bewegung, Belastung oder einer Kontusion erstmals symptomatisch werde. Dafür spreche die nicht dramatische initiale Schmerzsituation ohne Pseudoparalyse bei voller und schmerzfreier Beweglichkeit in alle Richtungen. Das Ereignis vom 7. März 2018 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einen bisher stummen Vorzustand temporär aktiviert. Nach direkter Kontusion sei ein Status quo sine ca. sechs Monate nach dem Ereignis anzunehmen.

Abschliessend stellte Dr. K. \_\_\_\_\_ fest, dass auch die Teilruptur der langen Bizepssehne und die Läsion des Pulleys nur mit dem Beweisgrad der Möglichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 7. März 2018 stünden. Die genannten Strukturen würden bei einer direkten Schulterkontusion keiner besonderen Belastung ausgesetzt.

5.7 In seiner Einsprache vom 1. April 2019 gab der Beschwerdeführer eine detailliertere Umschreibung des Unfallhergangs ab. Demnach habe er mit seiner Körperlänge von 190 cm und seinem Körpergewicht von brutto 115 kg bei einer Abfahrt in steilem Gelände überraschend einer unvermittelt seitlich in seiner Fahrbahn auftauchenden Skifahrerin ausweichen müssen und dabei die Skier verkantet so, dass er den Sturz nicht mehr habe vermeiden können. Durch die Wucht des Aufpralls seien sein Stock verbogen und die Brillenfassung zerbrochen (UV-act. A18).

5.8 Am 18. August 2019 nahm Dr. J. \_\_\_\_\_ erneut zur Unfallkausalität Stellung und führte aus, dass sich anlässlich der arthroskopischen Operation vom 13. März 2019 das Bild einer typischen Pulley-Läsion gezeigt habe. Die Supraspinatussehne habe sowohl ventral im Bereich des Intervalls wie auch dorsal am Übergang zum Infraspinatus einen tangentialen Einriss im Sinne einer kombinierten L-förmigen und umgekehrt L-förmigen Ruptur gezeigt. Die Pulley-Läsion mit Instabilität der langen Bizepssehne sowie das vorgefundene Rupturmuster der Supraspinatussehne seien per se sehr untypisch für eine rein degenerative Läsion. Sowohl die Synovia im Bereich des Intervalls sowie an der Basis der langen Bizepssehne sowie auch die Bursa im Bereich der Ruptur hätten eine deutlich vermehrte Gefässinjektion gezeigt, was ebenfalls gegen eine rein degenerative Läsion spreche. Auch habe sich intraoperativ eine voll erhaltene muskuläre Elastizität gefunden. Dies seien alles intraoperativ vorgefundene Befunde, die doch deutlich für eine traumatisch ausgelöste Rissverletzung sprächen. In Anbetracht der klar dokumentierten Brückensymptome stehe somit die vorgelegene Verletzung in zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit [in natürlicher Kausalität] mit dem Unfallereignis vom 7. März 2018 (BF-act. 9).

5.9 Zu Dr. J. \_\_\_\_\_s Ausführungen nahm der beratende Arzt Dr. K. \_\_\_\_\_ am 10. Dezember 2019 Stellung (UV-act. M14). Mit Bezug auf den intraoperativen Befund gab er an, dass ein Jahr nach dem Unfallereignis nicht mehr verlässlich beurteilbar sei, ob eine Substanzunterbrechung der Supraspinatussehne degenerativ oder unfallkausal entstanden sei. Das Gleiche gelte für die Pulley-Läsion und die damit vergesellschaftete Schädigung der langen Bizepssehne. Weiter werde im Operationsbericht vom 13. März 2019 (UV-act. M11) eine vermehrte Gefässinjektion der Synovia im Bereich des Intervalls sowie an der Basis der langen Bizepssehne nicht erwähnt. Bei Betrachtung der intraoperativen Bildgebung könne er lediglich eine vermehrte Gefässinjektion im Bereich der Bursa acromialis erkennen, was auf eine chronische Reizung hindeute. Sodann liessen sich Defekte der deutlich retrahierten Supraspinatussehne erkennen. Auffallend sei eine starke Ausfaserung im Defektbereich, was ein Jahr nach dem Ereignis weder für eine degenerative Veränderung noch für eine posttraumatische Veränderung beweisend sei. Allerdings stimmte er Dr. J. \_\_\_\_\_ zu, dass angesichts der gut erhaltenen Muskulatur ohne fettige Degeneration eine chronische, über lange Zeit entstandene Supraspinatussehnen-Ruptur unwahrscheinlich sei.

Laut Dr. K. \_\_\_\_\_ spricht vieles für ein krankhaft degeneratives Geschehen, das durch das Ereignis vom 7. März 2018 aktiviert wurde. Die initialen Befunde mit Schmerzen bei Abduktion und Painful arc seien nicht beweisend für eine frische transmurale Rotatorenmanschetten-Ruptur. Würde eine solche vorliegen, wäre mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer initialen Pseudoparalyse auszugehen, was offensichtlich nicht der Fall gewesen sei. Erstaunlich wäre auch die lange Latenz bis zur Wiederaufnahme der ärztlichen Behandlung am 10. Dezember 2018, wenn man von einer initialen Supraspinatussehnen-Ruptur am 7. März 2018 ausgehe. Eine solche Ruptur führe mindestens temporär zu einer recht ausgeprägten Invalidisierung mit praktisch obligater Behandlungsbedürftigkeit innerhalb kurzer Zeit. Zudem liessen sich die verschiedenen Veränderungen mit Substanzdefekt der Supraspinatussehne kombiniert mit Pulley-Läsion und darauf zurückzuführenden Veränderungen der langen Bizepssehne aus biomechanischer Sicht nicht unter einen Hut bringen. Dasselbe gelte für das stattgehabte Ereignis mit direkter Kontusion der Schulter, was eine dadurch bedingte Verletzung der Rotatorenmanschette und des Pulleys aus biomechanischer Sicht äusserst unwahrscheinlich mache.

Schliesslich räumte Dr. K. \_\_\_\_\_ ein, im früheren Bericht irrtümlich von einer vollen und schmerzfreien Beweglichkeit bei der Erstbehandlung am 12. März 2018 ausgegangen zu sein, was jedoch nichts an seiner Beurteilung ändere.

6. Aufgrund dieser Aktenlage wirft der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin vor, den Unfallhergang ungenügend abgeklärt zu haben (act. 15 S. 6).

6.1 Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Die behördliche Abklärungspflicht bezieht sie sich auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hiezu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a; 110 V 48 E. 4a).

6.2 Gemäss den ersten Angaben zum Unfallablauf (E. 5.1–2) musste der Beschwerdeführer einer Skifahrerin ausweichen, dabei scherte ein Ski aus und blieb

hängen. Das Verkanten eines Skis führt gewöhnlich dazu, dass man diesen Ski nicht mehr steuern kann. Dies führte zum Sturz des Beschwerdeführers nach vorne. Dabei schlug dieser die rechte Schulter und das Gesicht an. Selbst wenn man die vom Beschwerdeführer in der Einsprache vom 1. April 2019 (E. 5.7) vorgebrachten Ergänzungen hinzufügen würde, würde daraus kein wesentlich anderer Ablauf resultieren. Denn danach habe er mit seiner Körperlänge von 190 cm und seinem Körpergewicht von brutto 115 kg bei einer Abfahrt in steilem Gelände überraschend einer unvermittelt seitlich in seiner Fahrbahn auftauchenden Skifahrerin ausweichen müssen. Dabei habe er die Skier verkantet, sodass er den Sturz nicht mehr vermeiden können.

6.3 Es stellt sich die Frage, ob die Beschwerdegegnerin nach Eingang der Unfallmeldung den Unfallhergang hätte genauer abklären müssen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in den ersten neun Monate nach dem Unfall sämtliche involvierten Personen lediglich von einer Zerrung der Supraspinatussehne ausgegangen waren. Ein Verdacht auf Ruptur der Rotatorenmanschette stellte sich erst im Rahmen der Abklärungen in der Klinik F. \_\_\_\_\_ im Dezember 2018 ein und wurde in der Folge im Februar 2019 ärztlich bestätigt (vgl. E. 5.3). Für die Beschwerdegegnerin bestand somit bis zum Gesuch um Kostengutsprache für die Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion keinerlei Anlass, den in der Unfallmeldung rudimentär beschriebenen, auf eine Schulterkontusion hindeutenden Unfallhergang genauer abzuklären. Auch der Beschwerdeführer sah sich im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht bei der Feststellung des Sachverhaltes nicht veranlasst, den Unfall von sich aus detaillierter zu beschreiben und damit der Beschwerdegegnerin einen Anlass zu weiteren Abklärungen zu liefern. Daran änderte auch die Ergänzung des Beschwerdeführers nichts, dass ein Skistock beim Sturz stark verbogen worden sei (E. 5.7). Denn bei einem Sturz auf die Schulter ist anzunehmen, dass der Stock unter den Körper des Beschwerdeführers geriet und durch dessen Gewicht verbogen wurde. Unter diesen Umständen kann der Beschwerdegegnerin keine Verletzung der Abklärungspflicht vorgeworfen werden.

6.4 In der Replik vom 17. April 2020 ergänzte der Beschwerdeführer die bisherige Unfallschilderung mit einem weiteren Detail. Demnach soll er versucht haben, den Sturz durch reflexartiges Abstützen auf den dabei verbogenen Stock zu vermeiden oder zumindest zu dämpfen (act. 15 S. 6). Dass ein Skistock beim Abstützen verbogen wird, erscheint weniger wahrscheinlich, als dass er beim Sturz unter den Körper des Skifahrers gerät und durch dessen Gewicht verbogen wird. Bei diesem neu angegebenen Sachverhaltselement liegt vielmehr der Schluss nahe, dass dadurch die Berücksichtigung

einer bislang nicht in Betracht gezogenen Kraffteinwirkung auf die verletzte Schulter bezweckt werden soll. Diese mit Bezug auf die Rolle des rechten Armes detaillierteren Angaben zum Unfallablauf scheinen somit von Überlegungen versicherungsrechtlicher Art geprägt zu sein. Dies gilt umso mehr, als die Ergänzung durch den im Sozialversicherungsrecht versierten Rechtsvertreter vorgebracht wurde. Diese erst im Verwaltungsrechtspflegeverfahren gemachten Angaben zum Sachverhalt vermögen den Anforderungen gemäss der Rechtsprechung zur "Aussage der ersten Stunde" (BGE 121 V 45 E. 2a; 115 V 133 E. 8c mit Hinweis) nicht zu genügen und können daher nicht berücksichtigt werden.

7.

7.1 Unbestrittenermassen stellt das Ereignis vom 7. März 2018 ein Unfall im Rechtssinne dar. Dementsprechend erbrachte die Beschwerdegegnerin bis Ende Februar 2019 die gesetzlichen Leistungen. Der Umfang der Leistungspflicht beziehungsweise die Frage, bis zu welchem Zeitpunkt die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig ist, beurteilt sich danach, ob die beim Beschwerdeführer erstmals am 18. Dezember 2018 diagnostizierte Rotatorenmanschetten-Ruptur (vgl. E. 5.3) auf den erlittenen Skiunfall zurückzuführen ist.

7.2 Die Beschwerdegegnerin macht gestützt auf die Beurteilungen der Dres. I. \_\_\_\_\_ und K. \_\_\_\_\_ (E. 5.4, 5.6 und 5.9) geltend, die Rotatorenmanschetten-Ruptur sei überwiegend wahrscheinlich nicht unfallbedingt (UV-act. A23 S. 4 f.). Die Ausführungen dieser zwei Ärzte sind überzeugend und nachvollziehbar. Sie setzen sich eingehend mit den dokumentierten klinischen Befunden auseinander und setzen sie in Relation zum aktenkundigen Unfallhergang. Insbesondere halten die beiden Versicherungsmediziner fest, dass zeitnah zum Unfall nach Lage der Akten weder erhebliche Funktionseinschränkungen noch besonders starke Schmerzen bestanden hätten. Tatsächlich wäre zu erwarten gewesen, dass sich der Beschwerdeführer bei einer akuten Rotatorenmanschetten-Läsion, wenn nicht schon am selben Abend, spätestens am folgenden Tag, Donnerstag, 8. März 2018, notfallmässig in ärztliche Behandlung begeben hätte. Er wartete aber bis zum darauffolgenden Montag, den 12. März 2018, um seinen Hausarzt zu konsultieren. Dabei gab er an, dass er nach dem Unfall noch habe fahren können, was ebenfalls gegen das Vorliegen der bei einer Rotatorenmanschetten-Ruptur sofort nach dem Skiunfall üblichen starken Schmerzen spricht. Weiter stellte der erstbehandelnde Hausarzt Dr. E. \_\_\_\_\_ nach klinischer Untersuchung der verletzten Schulter keine Funktionseinschränkungen fest. Auch der von ihm beschriebene Painful

Arc weist nicht auf eine akute Rotatorenmanschetten-Verletzung hin (vgl. Felix Bonnaire, Begutachtung der Rotatorenmanschettenläsionen, Trauma und Berufskrankheiten, Supplement 1, 2008, S. 20). Es bestanden somit bereits im Anschluss an das Unfallereignis gewichtige Hinweise gegen eine akute Rotatorenmanschetten-Ruptur.

Aufgrund dieser Umstände ist es nachvollziehbar, dass eine Ruptur beim vorliegenden Sturz mit direkter Kontusion der Schulter und Ausbleiben weiterer Verletzungen, wie z.B. einer Schulterluxation, angesichts des Alters des bei der Diagnose bereits 65-jährigen Beschwerdeführers weniger wahrscheinlich erscheint als eine degenerative Genese. Diesbezüglich überzeugen auch die von der Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 9. Juli 2019 wiedergegebenen Literaturstellen (UV-act. A23 S. 6).

7.3 Der Operateur Dr. J. \_\_\_\_\_ begründete die Unfallkausalität mit den intraoperativen Befunden, insbesondere dem Rupturmuster und der erhaltenen muskulären Elastizität (E. 5.5 und 5.8). Er unterliess es jedoch, diese Befunde anhand des konkreten Unfallhergangs und der von Dr. E. \_\_\_\_\_ bei der Erstbehandlung am 12. März 2018 erhobenen klinischen Befunde zu diskutieren. Somit argumentiert Dr. J. \_\_\_\_\_ mehr mit allgemein-medizinischen Ausführungen als mit konkret auf den vorliegenden Fall des Beschwerdeführers bezogenen klinischen Hinweisen.

Auch Dr. K. \_\_\_\_\_ hat die aktenkundigen intraoperativen Befunde unter die Lupe genommen. Darunter zeigt er solche auf, die auf eine chronische Reizung und damit auf eine degenerative Veränderung hinwiesen, so die vermehrte Gefässinjektion im Bereich der Bursa acromialis (E. 5.9) und die transmurale Rissbildung direkt am Ansatz des Tuberculum majus (E. 5.6). Als auffallend bezeichnete er sodann die starke Ausfaserung im Bereich der Ruptur der Supraspinatussehne, räumte aber ein, dass dies weder eine degenerative noch eine posttraumatische Veränderung beweise. Schliesslich berücksichtigte er auch Befunde, die gegen einen längerdauernden degenerativen Prozess sprächen, so die gut erhaltene Muskulatur ohne fettige Degeneration. Insgesamt kam er zum Schluss, dass ein Jahr nach dem Unfallereignis nicht mehr verlässlich beurteilbar sei, ob die Schädigungen an der Rotatorenmanschette degenerativ oder unfallkausal entstanden seien (E. 5.9). Durch die Berücksichtigung der sowohl für als auch gegen eine traumatische Genese sprechenden Befunde überzeugt Dr. K. \_\_\_\_\_s ausgewogene Abwägung mehr als die eher einseitige Beurteilung von Dr. J. \_\_\_\_\_.

7.4 Die Tatsache, dass weder Dr. K. \_\_\_\_\_ noch Dr. I. \_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer persönlich untersucht haben, vermag – entgegen der Meinung des Beschwerdeführers (act. 15 S. 4) – den Beweiswert ihrer Stellungnahmen nicht zu schmälern, geht es doch vorliegend um die fachärztliche Würdigung einer klar dokumentierten und unbestrittenen Befundlage. Von einer persönlichen Untersuchung wären keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten gewesen, weshalb darauf verzichtet werden durfte (vgl. E. 3.6).

Weiter rügt der Beschwerdeführer Ungereimtheiten in den Beurteilungen der Dres. I. \_\_\_\_\_ und K. \_\_\_\_\_ (act. 15 S. 4). Dem ist zu entgegnen, dass Dr. K. \_\_\_\_\_ diese Irrtümer in der letzten Stellungnahme (E. 5.9) berichtigt hatte, was an seinen Schlussfolgerungen nichts änderte. Ausserdem lassen sich diese Fehlinterpretationen mit der schlechten Lesbarkeit der vom Hausarzt Dr. E. \_\_\_\_\_ handschriftlich und stichwortartig geführten Krankengeschichte (UV-act. M9) erklären. Ein zielgerichtetes Vorgehen der Versicherungsmediziner kann in diesen Ungereimtheiten nicht erblickt werden. Sie sind auch nicht geeignet, Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen zu erwecken.

Bei dieser Sachlage erübrigen sich auch weitere medizinische Abklärung und insbesondere die Einholung eines versicherungsexternen Gutachtens (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.7; 134 V 231 E. 5.1; ferner act. 1 S. 12 und act. 15 S. 5).

7.5 Für eine Unfallkausalität spricht somit hauptsächlich die voll erhaltene muskuläre Elastizität, was auch Dr. K. \_\_\_\_\_ einräumte (E. 5.9). Dabei ist indessen zu berücksichtigen, dass Dr. E. \_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer ab der Erstbehandlung vom 12. März 2018 verschiedene Physiotherapie-Serien verordnet hatte (vgl. UV-act. M9), was wohl einen positiven Einfluss auf die Erhaltung der Schultermuskulatur zur Folge hatte. Mangels eines adäquaten Unfallmechanismus und angesichts der Befunde bei der Erstbehandlung und des Alters des Beschwerdeführers ist vielmehr von einem schleichenden Voranschreiten der Abnutzung der Rotatorenmanschette auszugehen.

Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass der Beschwerdeführer am 7. März 2018 auf die rechte Schulter stürzte und davor diesbezüglich keinerlei Beschwerden bekannt waren (vgl. u.a. act. 15 S. 6). Denn diese Argumentation greift auf die beweisrechtlich unzulässige Formel «post hoc ergo propter hoc» zurück, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht

gälte, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Dies ist gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht zulässig und vermag zum Beweis natürlicher Kausalzusammenhänge nicht zu genügen. Nicht jede nach einem Unfall aufgetretene gesundheitliche Störung muss zwingend in einem kausalen Zusammenhang mit diesem stehen (BGer 8C\_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). Vielmehr ist ein Kausalzusammenhang zwischen einem Unfall und danach aufgetretenen gesundheitlichen Beschwerden mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, was vorliegend mit Bezug auf die Rotatorenmanschetten-Läsionen nicht möglich ist.

7.6 Ist damit ein kausaler Zusammenhang der Rotatorenmanschetten-Läsionen mit dem Unfallereignis vom 7. März 2018 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen, kann aufgrund der Angaben der Dres. I. \_\_\_\_\_ und K. \_\_\_\_\_ von einer vorübergehenden Aktivierung eines bis zum 7. März 2018 stummen Vorzustandes durch Unfallereignis ausgegangen werden (E. 5.4 und 5.6). Angesichts der direkten Schulterkontusion ging Dr. K. \_\_\_\_\_ davon aus, dass sechs Monate nach dem Unfall der Gesundheitszustand erreicht war, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf des krankhaften Vorzustandes auch ohne das Ereignis vom 7. März 2018 eingestellt hätte (Status quo sine; E. 3.3). Offenbar erwartete auch der Hausarzt Dr. E. \_\_\_\_\_ eine relevante Besserung ein halbes Jahr nach dem Unfall. Als diese bis zum Behandlungstermin vom 27. September 2018 immer noch nicht eingetreten war, sich vielmehr eine cervikoradikuläre Symptomatik links entwickelt hatte, überwies er den Beschwerdeführer am 30. November 2018 an die Klinik F. \_\_\_\_\_ zur weiteren Abklärung (UV-act. M1 und M9). Es ist somit davon auszugehen, dass der Status quo sine im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 27. Februar 2019 bereits eingetreten war.

7.7 Zusammenfassend ist die Voraussetzung der natürlichen Kausalität nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit rechtsgenügend erstellt, weshalb die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit den Rotatorenmanschetten-Läsionen zu Recht verneint hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 9. Juli 2019 erweist sich demzufolge als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

8.

8.1 Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen Fassung).

8.2 Unter dem Titel Parteientschädigung sind nach der Rechtsprechung auch die Kosten privat eingeholter Gutachten zu vergüten, soweit die Parteiexpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (BGE 115 V 62 E. 5c; EVG I 591/06 vom 15. Dezember 2006 E. 5.1). Für das Verwaltungsverfahren ist dieser Grundsatz ausdrücklich in Art. 45 Abs. 1 ATSG festgehalten.

Dem Antrag des Beschwerdeführers auf Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zur Übernahme der Kosten des von ihm eingeholten Berichts von Dr. J. \_\_\_\_\_ (act. 1 S. 3) kann nicht entsprochen werden. Die Ausführungen von Dr. J. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 18. August 2019 (UV-act. M13) erweisen sich nach Dargelegtem für die Entscheidungsfindung nicht als unerlässlich. Dementsprechend besteht kein Anspruch auf die Vergütung der dafür angefallenen Kosten (vgl. dazu BGer 8C\_546/2017 vom 27. Februar 2018 E. 5).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (im Doppel), an die Beschwerdegegnerin sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 6. Januar 2021

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am