

# SO\_GERICHTE VSBES.2021.80 vom 6. April 2021

SO Obergericht, 2021-04-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2021.80](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.80)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2021.80 du 6 avril 2021

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2021.80 del 6 aprile 2021

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der Versicherte A.\_\_\_\_ (fortan: Beschwerdeführer), geb. 1978, war bei der [...] GmbH als Fitnesstrainer angestellt und aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der B.\_\_\_\_ (fortan: Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 23. August 2019 verletzte er sich im Thaiboxtraining an der rechten Schulter und litt seither unter Schmerzen (s. Bagatellunfall-Meldung UVG vom 22 Oktober 2019, Akten der Beschwerdegegnerin / B.\_\_\_\_-Nr. 27). 1.2 Am 2. April 2020 traten zusätzliche Schmerzen auf, nachdem sich der Beschwerdeführer mit der rechten oberen Extremität abgestützt hatte (B.\_\_\_\_-Nr. 5 S. 1). Diesbezüglich erfolgte keine eigene Unfallmeldung. 1.3 Die Beschwerdegegnerin stellte ihre Leistungen mit Verfügung vom 9. November 2020 per 17. April 2020 ein (B.\_\_\_\_-Nr. 31), da es für einen Unfall an einem ungewöhnlichen äusseren Faktor fehle, während einer unfallähnlichen Körperschädigung entgegenstehe, dass die Beschwerden vorwiegend abnützungs- oder krankheitsbedingt seien. Die dagegen gerichtete Einsprache (B.\_\_\_\_-Nrn. 34 + 38) wurde mit Entscheid vom 6. April 2021 abgewiesen (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

### E. 2

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 2.2 Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 21. Mai 2021 die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (A.S. 17 ff.). 2.3 Die Parteien halten mit Replik vom 15. Juli 2021, Duplik vom 21. Juli 2021 sowie Triplik vom 23. September 2021 an ihren Rechtsbegehren fest (A.S. 26 f. / 30 ff. / 37 f.). 2.4 Die damalige Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts teilt den Parteien am 17. Januar 2022 mit, es sei beabsichtigt, bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein monodisziplinäres Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben (A.S. 39 ff.). Der Beschwerdeführer verzichtet am

### E. 2.4

2.4.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend

wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264, mit Hinweis).

#### 2.4.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses 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 des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Von einem Gerichtsgutachten darf nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten widersprüchlich ist oder ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C\_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3).

##### 3. 3.1 3.1.1

Gemäss der Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin vom 11. Februar 2020 (B.\_\_\_\_-Nr. 2) erklärte der Beschwerdeführer, er (60 kg) habe am 23. August 2019 beim Thaiboxen zusammen mit seinem Kollegen (110 kg) eine Übung vorgemacht. Während dieser Übung sei nichts Aussergewöhnliches passiert. Er sei nicht gestürzt und auch nicht ausgerutscht. Am nächsten Tag habe er in der rechten Schulter Schmerzen bemerkt. Diese

müssten von der Übung kommen, da ihm sonst nichts erinnerlich sei, was die Beschwerden ausgelöst haben könnte. 3.1.2 Dr. med. D.\_\_\_\_, Gemeinschaftspraxis [...], stellte im Bericht vom 14. Februar 2020 (B.\_\_\_\_-Nr. 4) folgende Diagnosen: · Zerrung des akromioklavikulären Gelenks rechts. · Ansatzendinose des M. levator scapulae rechts. · Kleine benigne Knochenzyste Hüftkopf rechts. · Ansatzendinose des M. gluteus minimus rechts und des M. piriformis rechts. Der Beschwerdeführer leide an Schmerzen im rechten AC-Gelenk. Diese hätten nach einer heftigen Umarmung an Kopf und Thorax durch den Gegner am 23. August 2019 begonnen. 3.1.3 Die am 25. Februar 2020 im E.\_\_\_\_, [...], vorgenommene MRT-Arthrographie des rechten Schultergelenks führte zu folgendem Resultat (A.S. 57): · Kein Hinweis auf eine signifikante Partialläsion der Sehnen der Rotatorenmanschette sowie keine Trophikstörung der Muskulatur. · Allenfalls Reizzustand der Bursa subacromialis / subdeltoidea. · Verdacht auf kleine SLAP-Läsion. · Kein Hinweis auf eine stattgehabte Traumatisierung des AC-Gelenks. 3.1.4 Das MRT des rechten Schultergelenks vom 8. April 2020 wurde im Bericht der E.\_\_\_\_ wie folgt beurteilt (A.S. 59): · Ausgedehnte Läsion im myotendinösen Übergang des Musculus infraspinatus in der Fossa infraspinata, kein kompletter Abriss der Sehne. · Demarkierung einer Osteonekrose-verdächtigen subchondralen Zone am oberen Pol des Humeruskopfes, Verlaufskontrolle empfohlen. · Etwas vermehrte Flüssigkeitsansammlung in der Bursa subacromialis subdeltoidea. 3.1.5 Ein weiteres MRT des rechten Schultergelenks vom 15. April 2020, diesmal im F.\_\_\_\_, [...], erbrachte folgendes Ergebnis (B.\_\_\_\_-Nr. 6): · Vollständige Ruptur der langen Bizepssehne im intraartikulären Verlauf mit Retraktion im Sulcus intertubercularis. · Einriss des anterosuperioren Labrums mit Abhebung dessen von anterosuperior bis posterosuperior (SLAP II-Läsion). · Leichte Tendinopathie der Supraspinalsehne, der Infraspinatussehne und der Subscapularissehne sowie geringes Ödem im M. infraspinatus. 3.1.6 Der Bericht der G.\_\_\_\_, [...], vom 16. April 2020 (B.\_\_\_\_-Nr. 5) diagnostizierte ein subacromiales Impingement mit SLAP-Läsion sowie eine lange Bizepssehnenruptur mit Distalisierung des Muskelbauches und asymptomatischer AC-Arthrose der dominanten rechten Schulter. Der Beschwerdeführer beklage seit August 2019 zunehmende Schmerzen in der rechten Schulter, woran Physiotherapie und eine Kortisoninfiltration nichts geändert hätten. Am 2. April 2020 habe sich der Beschwerdeführer mit der rechten oberen Extremität abgestützt und dabei einschliessende Schmerzen verspürt. Seitdem bestehe ein Tages- und Nachtschmerz. Die analgetische Therapie bewirke nur eine geringe Verbesserung. In den letzten Tagen habe der Beschwerdeführer eine auffällige Distalisierung des rechten Bizepsbauches bemerkt. Im Vergleich zum MRI-Befund vom 8. April 2020 zeige sich eine Ruptur der langer Bizepssehne, die am ehesten auf die vorangegangene Kortisoninfiltration und das erneute adäquate Trauma vom 2. April 2020 zurückgehe. Aufgrund des frischen Traumas empfehle man die zeitnahe operative Versorgung mit Refixation der langen Bizepssehne. Sodann wurde am 21. April 2020 der folgende Eingriff durchgeführt (B.\_\_\_\_-Nr. 14): 1. Transarthroskopische subacromiale Bursektomie, Acromioplastik, partielle Labrum-, Synovia- wie Kapsel (MGHL)-resektion wie Labrum mit Bizepssehnenstumpf rechts. 2. Offene LB-Tenolyse und Tenodesen nach POST. 3.1.7 Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Vertrauensarzt SGV der Beschwerdegegnerin, hielt in seiner Stellungnahme vom 2. Juni 2022 folgende Diagnosen fest (B.\_\_\_\_-Nr. 21 S. 4 ff.): · Subakromiales Impingement rechts. · AC-Arthrose rechts · SLAP-Läsion rechts mit Ruptur der langen Bizepssehne rechts mit / bei Status nach Eingriff am 21. April 2020. Die subjektiv geklagten Beschwerden liessen sich aufgrund der

mässigen Degeneration der rechten Schulter objektivieren. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei ca. drei bis sechs Monate nach dem Eingriff zu rechnen. Es liege eine unfallähnliche Schädigung in Form eines Sehnenrisses vor. Die Schädigung sei im gesamten Ursachenspektrum vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 % auf Abnutzung zurückzuführen. Ein Impingement begünstige tendinopathische Veränderungen der Rotatorenmanschette. Derartige Degeneration sei altersentsprechend; eine Tendinopathie sowie Partialrupturen jenseits des 40. Lebensjahres entsprächen der normalen Abnutzung. Im vorliegenden Fall werde keine typische Fehlbewegung beschrieben, die zu einer entsprechenden Läsion führe. Nach dem anfänglichen Schmerzereignis am 2. April 2020 präsentiere sich radiologisch kein entsprechendes Korrelat. Im Verlauf sei es zu einer Spontanruptur gekommen. Möglicherweise habe die erfolgte Kortisoninfiltration die Sehnedegeneration nochmals beschleunigt. Das MRT vom 15. April 2020 zeige kein Hämatom, welches mit einer traumatisch bedingten Ruptur einer nicht vorgeschädigten Sehne einhergehen müsste.

3.1.8 Gemäss Bericht der G.\_\_\_\_ vom 5. August 2020 (B.\_\_\_\_-Nr. 28) gestaltete sich der postoperative Verlauf regelrecht. Die Physiotherapie sei fortzuführen. Eine analgetische Therapie sei laut Beschwerdeführer nicht notwendig. Ab dem 3. August 2020 liege keine Arbeitsunfähigkeit mehr vor, doch dürfe weitere sechs Wochen keine Belastung erfolgen.

3.1.9 Der Beschwerdeführer brachte in seiner Einsprache vor, er habe am 23. August 2019 seinem körperlich überlegenen Kollegen eine Technik demonstrieren wollen, um diesen beim sog. Clinchen zu Fall zu bringen. Aufgrund des massiven Grössen- und Gewichtsunterschiedes hätten ungewöhnlich grosse Kräfte auf ihn, den Beschwerdeführer, eingewirkt. Am 2. April 2020 wiederum habe er sich über ein Balkongeländer schwingen wollen und sich dabei mit dem rechten Arm abgestützt. Bei diesem Vorgang sei der Arm eingeknickt (B.\_\_\_\_-Nr. 38 S. 1).

3.1.10 Dr. med. I.\_\_\_\_ von der G.\_\_\_\_ kritisierte in seiner E-Mail vom 6. September 2021 (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 2) die Feststellungen von Dr. med. H.\_\_\_\_. Bereits das MRI vom

### **E. 3.1**

3.1.1 Gemäss der Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin vom 11. Februar 2020 (B.\_\_\_\_-Nr. 2) erklärte der Beschwerdeführer, er (60 kg) habe am 23. August 2019 beim Thaiboxen zusammen mit seinem Kollegen (110 kg) eine Übung vorgemacht. Während dieser Übung sei nichts Aussergewöhnliches passiert. Er sei nicht gestürzt und auch nicht ausgerutscht. Am nächsten Tag habe er in der rechten Schulter Schmerzen bemerkt. Diese müssten von der Übung kommen, da ihm sonst nichts erinnerlich sei, was die Beschwerden ausgelöst haben könnte.

3.1.2 Dr. med. D.\_\_\_\_, Gemeinschaftspraxis [...], stellte im Bericht vom 14. Februar 2020 (B.\_\_\_\_-Nr. 4) folgende Diagnosen:

Der Beschwerdeführer leide an Schmerzen im rechten AC-Gelenk. Diese hätten nach einer heftigen Umarmung an Kopf und Thorax durch den Gegner am 23. August 2019 begonnen.

3.1.3 Die am 25. Februar 2020 im E.\_\_\_\_, [...], vorgenommene MRT-Arthrographie des rechten Schultergelenks führte zu folgendem Resultat (A.S. 57):

3.1.4 Das MRT des rechten Schultergelenks vom 8. April 2020 wurde im Bericht der E.\_\_\_\_ wie folgt beurteilt (A.S. 59):

3.1.5 Ein weiteres MRT des rechten Schultergelenks vom 15. April 2020, diesmal im F.\_\_\_\_, [...], erbrachte folgendes Ergebnis (B.\_\_\_\_-Nr. 6):

3.1.6 Der Bericht der G.\_\_\_\_, [...], vom 16. April 2020 (B.\_\_\_\_-Nr. 5) diagnostizierte ein subacromiales Impingement mit SLAP-Läsion sowie eine lange Bizepssehnenruptur mit Distalisierung des Muskelbauches und asymptomatischer AC-Arthrose der dominanten rechten Schulter. Der Beschwerdeführer beklage seit August 2019 zunehmende Schmerzen in der rechten Schulter, woran Physiotherapie und eine Kortisoninfiltration nichts geändert hätten. Am 2. April 2020 habe sich der Beschwerdeführer mit der rechten oberen Extremität abgestützt und dabei einschliessende Schmerzen verspürt. Seitdem bestehe ein Tages- und Nachtschmerz. Die analgetische Therapie bewirke nur eine geringe Verbesserung. In den letzten Tagen habe der Beschwerdeführer eine auffällige Distalisierung des rechten Bizepsbauches bemerkt. Im Vergleich zum MRI-Befund vom 8. April 2020 zeige sich eine Ruptur der langer Bizepssehne, die am ehesten auf die vorangegangene Kortisoninfiltration und das erneute adäquate Trauma vom 2. April 2020 zurückgehe. Aufgrund des frischen Traumas empfehle man die zeitnahe operative Versorgung mit Refixation der langen Bizepssehne. Sodann wurde am 21. April 2020 der folgende Eingriff durchgeführt (B.\_\_\_\_-Nr. 14):

3.1.7 Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Vertrauensarzt SGV der Beschwerdegegnerin, hielt in seiner Stellungnahme vom 2. Juni 2022 folgende Diagnosen fest (B.\_\_\_\_-Nr. 21 S. 4 ff.):

Die subjektiv geklagten Beschwerden liessen sich aufgrund der mässigen Degeneration der rechten Schulter objektivieren. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei ca. drei bis sechs Monate nach dem Eingriff zu rechnen. Es liege eine unfallähnliche Schädigung in Form eines Sehnenrisses vor. Die Schädigung sei im gesamten Ursachenspektrum vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 % auf Abnützung zurückzuführen. Ein Impingement begünstige tendinopathische Veränderungen der Rotatorenmanschette. Derartige Degeneration sei altersentsprechend; eine Tendinopathie sowie Partialrupturen jenseits des 40. Lebensjahres entsprächen der normalen Abnützung. Im vorliegenden Fall werde keine typische Fehlbewegung beschrieben, die zu einer entsprechenden Läsion führe. Nach dem anfänglichen Schmerzereignis am 2. April 2020 präsentiere sich radiologisch kein entsprechendes Korrelat. Im Verlauf sei es zu einer Spontanruptur gekommen. Möglicherweise habe die erfolgte Kortisoninfiltration die Sehnerdegeneration nochmals beschleunigt. Das MRT vom 15. April 2020 zeige kein Hämatom, welches mit einer traumatisch bedingten Ruptur einer nicht vorgeschädigten Sehne einhergehen müsste.

3.1.8 Gemäss Bericht der G.\_\_\_\_ vom 5. August 2020 (B.\_\_\_\_-Nr. 28) gestaltete sich der postoperative Verlauf regelrecht. Die Physiotherapie sei fortzuführen. Eine analgetische Therapie sei laut Beschwerdeführer nicht notwendig. Ab dem 3. August 2020 liege keine Arbeitsunfähigkeit mehr vor, doch dürfe weitere sechs Wochen keine Belastung erfolgen.

3.1.9 Der Beschwerdeführer brachte in seiner Einsprache vor, er habe am 23. August 2019 seinem körperlich überlegenen Kollegen eine Technik demonstrieren wollen, um diesen beim sog. Clinchen zu Fall zu bringen. Aufgrund des massiven Grössen- und Gewichtsunterschiedes hätten ungewöhnlich grosse Kräfte auf ihn, den Beschwerdeführer, eingewirkt. Am 2. April 2020 wiederum habe er sich über ein Balkongeländer schwingen wollen und sich dabei mit dem rechten Arm abgestützt. Bei diesem Vorgang sei der Arm eingeknickt (B.\_\_\_\_-Nr. 38 S. 1).

3.1.10 Dr. med. I.\_\_\_\_ von der G.\_\_\_\_ kritisierte in seiner E-Mail vom 6. September 2021 (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 2) die Feststellungen von Dr. med. H.\_\_\_\_. Bereits das MRI

vom

### **E. 3.2**

3.2.1 Der Experte Dr. med. C.\_\_\_\_ gelangt im Gerichtsgutachten vom 3. Juni 2022 (A.S. 64 ff.) zu folgenden Diagnosen (A.S. 87)

3.2.2 Der Beschwerdeführer schilderte dem Experten das Ereignis vom 23. August 2019 wie folgt: Sein Kollege, 185 cm gross und 110 kg schwer, sei ihm körperlich weit überlegen gewesen. Im Rahmen des Unterrichtes beim Thaiboxen habe er zusammen mit dem Kollegen das Clinchen demonstriert und sich dabei erheblich mehr als gewöhnlich anstrengen müssen. Er habe den Kopf und den Nacken des Gegners mit den Händen umfasst und bei gebeugten Ellbogen versucht, sowohl den Kopf seines Gegenübers als auch dessen Oberkörper nach unten zu ziehen. Sein Kontrahent habe sich heftig dagegen gewehrt, ihn an der Hüfte umfasst und nach hinten gedreht. Zu einem Sturz sei es nicht gekommen, es habe sich um ein übliches Training zur Demonstration der Clinch-Technik gehandelt. In diesem Zusammenhang habe er aufgrund der starken Anstrengung einen kurzen Schmerz in der rechten Schulter gespürt. Eigentliche Schmerzen hätten aber erst am nächsten Tag in Form von leichten Dauer- und Ruheschmerzen nach dem Aufstehen begonnen. Er habe sofort gemerkt, dass etwas mit der Schulter anders gewesen sei, und ein Schleifen und Blockieren sowie Reibgeräusche im Gelenk vernommen. Da es sich um eine eher unscheinbare Symptomatik gehandelt habe, sei er nicht weiter beunruhigt gewesen und habe die Schadenmeldung erst Wochen später nach mehrmaligem Kontakt mit der Hausarztpraxis abgegeben. Man habe ihn dort über längere Zeit vertröstet und geraten, zunächst abzuwarten und physiotherapeutische Massnahmen durchzuführen. Erst im Februar habe der für ihn normalerweise zuständige Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_ aufgrund der anhaltenden Schmerzen im rechten Schultergelenk eine Kernspintomographie veranlasst (A.S. 73). Der Experte hält dazu fest, beim Thaiboxen sei das Clinchen eine regelkonforme taktische Massnahme. Bei dieser Angriffstechnik umfasse der Boxer mit beiden Händen den Nacken des Gegners und versuche diesen mit einer Art Zugbewegung nach unten zu ziehen, wobei dessen Oberkörper und der Kopf nach vorne gebeugt und gezogen würden, um ihm dann einen Stoss mit dem Knie gegen den Brustkorb oder den Kopf versetzen zu können. Es handle sich dabei um eine Adduktionsbewegung im Schultergelenk nebst Zugbewegung der Arme bei gebeugtem Ellbogengelenk, was als motorische, aktiv kontrollierte Willkürbewegung desjenigen, der dieses Manöver durchführe, zu betrachten sei (A.S. 79).

Hinsichtlich des 2. April 2020 erklärte der Beschwerdeführer, er habe sich mit dem rechten Arm beim Springen über eine Balustrade abgestützt und in dem Moment einen Schlag im rechten Schultergelenk mit scharf-reissendem Schmerz verspürt. Ein Abknicken des Armes sei in diesem Zusammenhang nicht aufgetreten. Im gleichen Moment habe er gewusst, dass etwas im Schultergelenk gerissen sei. Als er zwei bis drei Tage später eine auffällige Konturveränderung der rechten Oberarmmuskulatur wahrgenommen habe, habe ihn dies erneut zu einer Vorstellung beim Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_ bewogen (A.S. 74).

In der Zeit vom 23. August 2019 bis zur stationären Aufnahme in die G.\_\_\_\_ habe er seine Tätigkeit mit mehr oder weniger leichten Einschränkungen und fortwährenden Schmerzen ausüben können und sei nicht krankgeschrieben worden (A.S. 74).

3.2.3 Nach Einsicht in die radiologischen Aufnahmen gibt der Experte folgende Beurteilung ab:

Zur intraoperativen Bilddokumentation der Schulteroperation vom 21. April 2020 bemerkt der Experte, insgesamt zeige sich ein unauffälliges Glenohumeralgelenk. Das vordere Labrum sei fest am ventralen Glenoidrand verankert und zeige allenfalls im oberen Bereich in Höhe

#### **E. 3.2.4**

hiervor). Eine solche allmähliche Abnützung ist (unter Vorbehalt der unfallähnlichen Körperschädigung) als Krankheitsfolge zu betrachten (Hofer, a.a.O., Art. 6 N 39).

3.3.2 Zum Vorfall am 2. April 2020 hielt der Bericht der G.\_\_\_\_ vom 16. April 2020 lapidar fest, der Beschwerdeführer habe sich mit der rechten oberen Extremität abgestützt, ohne Einzelheiten zu nennen (E. II. 3.1.6 hiervor). In seiner Einsprache ergänzte der Beschwerdeführer, der rechte Arm sei eingeknickt, als er sich über das Geländer geschwungen habe (E. II. 3.1.9 hiervor). Gegenüber dem Experten wiederum verneinte er ein Abknicken und sprach von einem schmerzhaften Schlag im rechten Schultergelenk (E. II. 3.2.2 hiervor). Ein unüblicher Ablauf lässt sich diesen recht knappen Angaben nicht entnehmen, es handelt sich vielmehr um ein Ereignis im Rahmen des Alltäglichen. Um die Ungewöhnlichkeit zu bejahen, bräuchte es hier ein sinnfälliges äusseres Ereignis, das den natürlichen Bewegungsablauf stört und eine unkoordinierte Eigenbewegung auslöst, was z.B. bei einem Misstritt mit Distorsion beim Treppensteigen der Fall ist (Hofer, a.a.O., Art. 6 N 37). Selbst wenn beim Beschwerdeführer der rechte Arm eingeknickt sein sollte, wäre dies kein aussergewöhnlicher äusserer Faktor. Es muss sich in dieser Situation gleich verhalten, wie wenn beim Treppensteigen das Knie wegnickt, ohne dass andere Umstände als Auslöser hinzukommen (a.a.O.).

3.3.3 Somit stellt weder das Ereignis vom 23. August 2019 noch dasjenige vom 2. April 2020 einen Unfall im Sinne des Gesetzes dar, da es jeweils an einer ungewöhnlichen äusseren Einwirkung fehlt. Aber selbst wenn der Unfallbegriff erfüllt wäre, bestünde kein Leistungsanspruch des Beschwerdeführers, wie sogleich zu zeigen ist.

#### **E. 3.4**

3.4.1 Das Gerichtsgutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ geniesst vollen Beweiswert, erfüllt es doch sämtliche Anforderungen der Rechtsprechung (s. dazu E. II. 2.4.2 hiervor): Es stammt von einem unabhängigen Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, welcher aufgrund seiner Ausbildung qualifiziert ist, die sich hier stellenden Fragen zu beantworten. Weiter hat der Experte den Beschwerdeführer lege artis zu seinen subjektiven Beschwerden, seiner Vorgeschichte sowie den Ereignissen vom 23. August 2019 und 2. April 2020 befragt (A.S. 72 ■ 74), die objektiven Befunde erhoben (A.S. 74 ■ 78) und die wesentlichen Vorakten zur Kenntnis genommen (A.S. 66 ■ 72). Auf dieser Grundlage befasste sich der Experte sodann mit dem Gesundheitszustand sowie dem natürlichen Kausalzusammenhang (A.S. 78 ■ 87). Dabei gelangte er zum Schluss, dass weder das Ereignis von 23. August 2019 noch das vom 2. April 2020 eine (Teil-) Ursache für die Schäden am rechten Schultergelenk bilden (E. II. 3.2.5 hiervor). Diese Beurteilung wird eingehend und nachvollziehbar begründet. Die Sorgfalt und Gründlichkeit des Experten zeigt sich dabei auch darin, dass er einerseits die einschlägige Fachliteratur konsultierte (s. A.S. 80 ff. + 89) und andererseits die radiologischen Aufnahmen sowie die intraoperative Bilddokumentation selber einsah (A.S. 76 ff.).

3.4.2 Der Beschwerdeführer wendet gegen das Gutachten lediglich ein, die Bizepssehne habe sich bei der MRI-Untersuchung vom 25. Februar 2020 noch vollkommen unauffällig

dargestellt. Da es nur knapp fünf Wochen später, am 2. April 2020, zu einer kompletten Ruptur der Sehne gekommen sei, sei bewiesen, dass diese Ruptur nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückgeführt werden könne (A.S. 100). Damit dringt der Beschwerdeführer indes nicht durch. Entgegen seiner Auffassung bildete bereits das MRT vom 25. Februar 2020 eine Schädigung der rechten Schulter in Form einer SLAP-Läsion ab (E. II. 3.2.3 hiervor). Der Experte bringt diese Läsion plausibel mit einer berufsbedingten repetitiven Mikrotraumatisierung, begünstigt durch den vorliegenden subacromialen Engpass, in Verbindung, was er noch mit dem Hinweis untermauert, spontane Rupturen der Bizepssehne wie hier hätten gemäss der Fachliteratur weit überwiegend einen degenerativen Hintergrund (E. II. 3.2.4 hiervor). Der Experte hält mit anderen Worten überzeugend dafür, es sei am 2. April 2020 im Rahmen einer alltäglichen Bewegung zu einer Spontanruptur der abgenützten Bizepssehne gekommen. Es handelt sich mithin beim Ereignis vom 2. April 2020 bestenfalls um eine Gelegenheits- bzw. Zufallsursache der Gesundheitsschädigung, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden liess, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (Hofer, a.a.O., Art. 6 N 68).

3.4.3 Vor diesem Hintergrund besteht kein begründeter Anlass, vom Gerichtsgutachten abzuweichen. Es ist vielmehr auf die dortigen Ausführungen abzustellen und davon auszugehen, dass zwischen den Ereignissen vom 23. August 2019 resp. 2. April 2022 und den festgestellten Schäden am rechten Schultergelenk resp. an der Bizepssehne nie ein natürlicher Kausalzusammenhang bestand.

3.5 Sehnenrisse, wie hier einer vorliegt, gehören an sich zu den Listenverletzungen gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG. Auch unter dem Titel der unfallähnlichen Körperschädigung ergibt sich indes keine Leistungspflicht der Beschwerde-

gegnerin. Die Ereignisse vom 23. August 2019 und 2. April 2020 stellen gemäss dem voll beweiskräftigen Gerichtsgutachten keine auch nur geringe Teilursache des Sehnenrisses dar (s. E. II. 3.4.3 hiervor). Damit ist aber gleichzeitig erstellt, dass diese Listenverletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückgeht. Die Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ist demnach umgestossen und die Beschwerdegegnerin von ihrer Pflicht befreit (BGE 146 V 51 E. 9.2 S. 71).

3.6 Zusammenfassend besteht kein Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung, womit sich die Beschwerde als unbegründet herausstellt und abzuweisen ist.

4. Bei diesem Verfahrensausgang sind keine Parteientschädigungen auszurichten.

5. In Beschwerdesachen der Unfallversicherung sind (abgesehen vom hier nicht interessierenden Fall einer mutwilligen oder leichtsinnigen Prozessführung) keine Verfahrenskosten zu erheben, weil dies im UVG nicht vorgesehen ist (s. Art. 61 lit. fbisATSG).

6. Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen (s. Art. 45 Abs. 1 ATSG, BGE 143 V 269 E. 6.2.1 S. 279 f.), sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Dies ist namentlich dann der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die



Einwände erhebt (A.S. 92 ff.), betrachtet der Beschwerdeführer das Gutachten in seiner Eingabe vom 16. August 2022 als nicht beweistauglich und bekräftigt seinen Antrag auf Gutheissung der Beschwerde (A.S. 99 f.). 2.6 Der Vertreter des Beschwerdeführers reicht am 5. September 2022 eine Kostennote ein (A.S. 102 ff.). II. 1. Da die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer aufgrund der Ereignisse vom 23. August 2019 resp. 2. April 2020 Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat. 2. 2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Bei Sportverletzungen ohne besonderes Vorkommnis ist die Ungewöhnlichkeit zu verneinen. Die äussere Einwirkung muss den üblichen Bewegungsablauf programmwidrig beeinflussen. Von einer Programmwidrigkeit kann nur gesprochen werden, wenn der Bewegungsablauf nach einem objektiven Massstab nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist, nicht aber wenn ein Geschehen in die gewöhnliche Bandbreite der Bewegungsmuster des betreffenden Sports fällt (Irene Hofer in: Ghislaine Frésard-Fellay / Susanne Leuzinger / Kurt Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar zum UVG, Basel 2019, Art. 6 N 41). 2.2 Die Leistungspflicht des 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 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 353 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt nicht, um einen Leistungsanspruches zu begründen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.). 2.3 Die Unfallversicherung erbringt ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 UVG, in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung): a.

Knochenbrüche b. Verrenkungen von Gelenken c. Meniskusrisse d. Muskelrisse e. Muskelzerrungen f. Sehnenrisse g. Bandläsionen h. Trommelfellverletzungen Die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG setzt zwar entgegen der früheren Rechtslage keinen äusseren Faktor und damit kein unfallähnliches sinnfälliges Ereignis oder eine allgemein gesteigerte Gefahrenlage mehr voraus. Insoweit führt grundsätzlich bereits die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 lit. a – h UVG genannte Körperschädigung vorliegt, zur Vermutung, es handle sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Indessen ergibt sich aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises weiterhin die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnützungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis – nicht zuletzt auch auf Grund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes – auch nach der UVG-Revision relevant. Zu betonen ist aber, dass der Unfallversicherer bei Vorliegen einer Listenverletzung grundsätzlich in der Pflicht steht, Leistungen zu erbringen, solange er nicht den Nachweis für eine vorwiegende Bedingtheit durch Abnützung oder Erkrankung erbringt. Dies setzt voraus, dass er im Rahmen seiner Abklärungspflicht nach Eingang der Meldung einer Listenverletzung die Begleitumstände der Verletzung genau abklärt. Lässt sich dabei kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter resp. harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten. Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnützung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen – mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit – nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnützung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (BGE 146 V 51 E. 8.6 S. 69 f.). Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht (a.a.O., E. 9.1 S. 70).

## **E. 8**

April 2020 zeige eine volle Sehnenruptur und die SLAP-Läsion, was aber im Befund nicht auftauche. Dr. med. H. \_\_\_ habe die Aufnahmen wohl nicht selber gesichtet. Die Behauptung, die Kortisoninfiltration habe zur Ruptur geführt, sei anhand der Bildgebung nicht belegt und stelle eine reine Spekulation dar. Zumindest lasse sich dadurch nicht belegen, dass der Unfall vom 23. August 2019 nicht überwiegend wahrscheinlich zur SLAP-Läsion resp. zur Bizepssehenschädigung /-ruptur geführt habe. Das Fehlen eines Hämatoms im MRI vom 15. April 2020 belege nicht, dass die Ruptur nicht traumatisch bedingt sei, sondern rühre daher, dass sie überwiegend wahrscheinlich bereits am 23.

August 2019 erfolgt sei. Es handle sich klar um eine Unfallfolge und keine Krankheit. Vor diesem Hintergrund bestanden für das Gericht zumindest geringe Zweifel an den Aussagen des Versicherungsarztes Dr. med. H.\_\_\_\_, so dass eine Begutachtung erforderlich war.

#### **E. 11**

bis 12 Uhr leichte Auffaserungen. Ausserdem gebe es in diesem Bereich Auffaserungen des Superioren Labrums ohne nachweisbares Abheben des Labrums vom kranialen Glenoidrand. Die bildgebende Darstellung des Labrums sowie die Beschreibung des Operateurs entsprächen im Gegensatz zur Kernspintomographie eher einer SLAP-Läsion Typ I. Die Bizepssehne sei aufgrund der vollständigen Ruptur auf den Bildern nur im Bereich des Sulcus intertubercularis dargestellt, im Bereich des Bizepsankers finde sich kein Sehnenstumpf, so dass von einem ansatznahen Ausriss der intraartikulär verlaufenden langen Bizepssehne am Labrum auszugehen sei. In diesem Bereich, auch bezeichnet als Bizepsanker, seien keine Einblutungen oder Rissbildungen sichtbar oder bildgebend dargestellt. Die Subscapularis-, Supraspinatus- und Infraspinatussehne stellten sich äusserlich unauffällig ohne partielle Rissbildungen oder transmurale Zusammenhangstrennungen dar (A.S. 77).

3.2.4 In seiner Beurteilung hält der Experte im Wesentlichen fest, am 25. Februar 2020, d.h. sechs Monate nach dem Ereignis vom 23. August 2019, hätten als pathologische Befunde leichte Veränderungen des Schleimbeutels in Zusammenhang mit einem überwiegend wahrscheinlichen Impingementsyndrom bei grenzwertiger Weite des Subacromialraumes sowie eine Schädigung des superioren Labrum-Bizeps-Komplexes im Sinne einer SLAP-Läsion Typ I (Auffaserung des superioren Labrums und des Bizepsankers) resp. Typ II (Ablösung des Labrum-Bizepssehnen-Komplexes vom Glenoid) vorgelegen. Die intraartikulär verlaufende lange Bizepssehne habe sich damals vollkommen unauffällig ohne Zeichen einer Partialruptur oder Entzündung präsentiert (A.S. 80). Der Schilderung des Beschwerdeführers lasse sich entnehmen, dass es am 23. August 2019 im Verlauf der sportlichen Belastung zwar zu einer maximalen Willkürinnervation und motorisch geführten Bewegung des Armes im Sinne einer Adduktionszugbelastung des Schultergelenkes gekommen sei, doch habe kein Mechanismus vorgelegen, der geeignet wäre, eine makrotraumatische Verletzung des Labrum-Bizepssehnen-Komplex zu bewirken. Unter Berücksichtigung der tagtäglichen Arbeitstätigkeit des Beschwerdeführers mit repetitiven sportlichen Belastungen der Arme und Schultergelenke auf Horizontalebene und auch über Kopf sei überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass es sich bei der am 25. Februar 2020 kernspintomographisch dargestellten Veränderung des Labrum-Bizepssehnen-Komplexes im Sinne einer SLAP I- resp. SLAP II-Läsion um Folgen einer repetitiven Mikrotraumatisierung auf der Basis degenerativer Veränderungen handle. Während in den später erstellten Aufnahmen eher von einer SLAP-Läsion Typ II nach Snyder auszugehen sei, finde sich in der Dokumentation der intraoperativen Befunde im Operationsbericht und auf den intraoperativen Videoprintbildern eher die Darstellung einer SLAP-Läsion Typ I. Der Operateur beschreibe eine Ausfransung der oberen Gelenkklippe und lasse die ansonsten übliche Klassifikation der Läsion gemäss Snyder im Bericht vermissen. Abhängig davon lege sich auch der Vertrauensarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 2. Juni 2020 beim Typus der SLAP-Läsion nicht eindeutig fest. Anhand aller vorgelegten medizinischen Befunde sei somit nicht eindeutig ersichtlich, ob es sich um eine stattgefundene Delamination des Labrums und damit um eine SLAP-Läsion Typ II oder nur um eine Auffaserung gemäss Typ I handle, was jedoch letztendlich für die

Beurteilung der Genese der SLAP-Läsion unerheblich sei. Das geschilderte Ereignis vom 23. August 2019 sei vom Mechanismus her nicht in der Lage, eine Schädigung eines Labrum-Bizepssehnen-Komplexes im Sinne einer SLAP-Läsion Typ I oder II zu bewirken. Allerdings sei nach den Angaben des Beschwerdeführers überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass es genau in diesem Moment zur Manifestation einer ersten klinischen Symptomatik bezüglich des überwiegend wahrscheinlich verschleissbedingt vorgeschädigten Labrum-Bizepssehnen-Komplexes gekommen sei (A.S. 82). Die seit dem Ereignis des 23. August 2019 durchgehend geltend gemachte Beschwerdesymptomatik insbesondere bei Rotationsbewegungen und Belastungen leichteren Ausmasses entsprächen dem klassischen und zunächst unscheinbaren Beschwerdebild einer SLAP-Läsion niedrigeren Grades. Die Beschwerden imponierten in der Regel nicht als hochakute klinische Symptomatik, sondern vielmehr als subtile geringfügige bewegungsabhängige Beschwerden und liessen sich in der Regel wie auch hier durch physiotherapeutische Massnahmen und / oder Injektionstherapien mit entzündungshemmenden und schmerzlindernden Medikamenten wie Kortison nur unwesentlich positiv beeinflussen (A.S. 83).

Beim Ereignis vom 2. April 2020 handle es sich ausschliesslich um eine Abstützreaktion auf dem rechten Arm beim Überspringen einer Balustrade. Hinsichtlich des rechten Schultergelenkes habe keine Verdrehung, Verrenkung oder anderweitige Gewalteinwirkung stattgefunden. Auf den kernspintomographischen Bildern der Untersuchung vom 8. April 2020, sechs Tage nach dem zweiten Ereignis, stellten sich neben Signalsteigerungen im Bereich des muskulotendinösen Übergangs der Infraspinatussehne weiterhin Signale im Bereich des Schleimbeutelkomplexes, progrediente Signalalterationen im Bereich des oberen Labrum-Bizepssehnen-Komplexes und eine halbmondförmige Demarkation im Bereich des Apex des Humeruskopfes dar. Aufgrund der persönlichen Beurteilung der kernspintomographischen Bilder sei zu ergänzen, dass die lange Bizepssehne in ihrem normalen intraartikulären Verlauf bereits zu diesem Zeitpunkt nicht mehr sichtbar gewesen sei. Auch unter Berücksichtigung der Angaben des Beschwerdeführers hinsichtlich einer zeitnah veränderten Kontur des rechten Oberarmmuskels sei davon auszugehen, dass es im Verlauf des geltend gemachten zweiten Ereignisses vom 2. April 2020 zu einem spontanen Ausriss der Bizepssehne im Insertionspunkt am verschleiss- resp. abnutzungsbedingt geschädigten oberen Labrum gekommen sei. Die vom Beschwerdeführer nunmehr wahrgenommene Deformierung mit Distalisierung des Bizepsmuskels im Sinne einer Popeye-Deformität gelte als pathognomonisches Zeichen einer stattgefundenen vollständigen Ruptur der langen Bizepssehne (A.S. 83). Auf den intraoperativen Videoprintbildern sei ein Stumpf der Bizepssehne im Bereich des Ansatzes / Bizepsankers nicht zu erkennen, sodass von einer spontanen Avulsions- / Ausrisschädigung der Bizepssehne am Bizepsanker und nicht von einer Schädigung im intraartikulären Verlauf ausgegangen werden müsse. Bezüglich der kernspintomographischen Befunde sei ebenfalls überwiegend wahrscheinlich zu folgern, dass es im Rahmen des Ereignisses vom 2. April 2020 zu einer spontanen Ruptur der langen Bizepssehne am proximalen Ansatzpunkt im Bereich des Labrum-Bizepsankers gekommen sei. Die sich darstellenden Signalsteigerungen im Bereich der Infraspinatussehne seien unter Berücksichtigung des bagatellären Ereignisses allenfalls als Ausdruck einer Flüssigkeitsvermehrung im Bereich des muskulotendinösen Überganges wahrscheinlich im Zusammenhang mit einer möglichen Einblutung nach Ruptur der Bizepssehne oder Darstellung einer entzündlichen Tendinopathie zu interpretieren. Die weitere Kontrollkernspintomographie des rechten

Schultergelenkes am 15. April 2020, sieben Tage nach der ersten Kontrolluntersuchung, zeige bereits eine weitgehende Regredienz der Flüssigkeitssignale auf, was gegen eine strukturelle Läsion im Sinne einer Muskelsehnenverletzung spreche. Die halbmondförmige Veränderung des Humeruskopfes sei überwiegend wahrscheinlich als unter dem Knorpel gelegene, spontan aufgetretene Osteonekrose zu interpretieren. Die gängige Fachliteratur zeige, dass sich Spontanrupturen in der weit überwiegenden Anzahl der Fälle auf dem Boden degenerativer Veränderungen vollzögen. Insbesondere bei Vorliegen einer Impingementkonstellation werde die lange Bizepssehne in ihrem Verlauf durch das Schulterdach aufgerieben. Spontane Bizepssehnenrupturen seien häufig mit zusätzlichen Pathologien im Bereich des Subakromialraumes wie Rotatorenmanschetten-Läsionen / -entzündungen oder chronischen Bursitiden ■ wie im vorliegenden Fall ■ assoziiert. Nur selten finde sich ein wirklich adäquates Trauma als Rupturursache. Im vorliegenden Fall sei eine Spontanruptur der Bizepssehne nach einer eher alltäglichen Abstützbewegung des rechten Armes erfolgt (A.S. 84). Bei einem bildgebend nachgewiesenen subacromialen Engpass-Syndrom sei überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass die lange Bizepssehne sowohl unter dem Schulterdach und im Ansatzbereich einer mikrotraumatisch vorgeschädigten Labrumläsion einer ständigen Belastung ausgesetzt gewesen sei, und es letztendlich unter Bildung von Mikroläsionen und ständiger Sehnenausdünnung im Rahmen einer alltäglichen Belastung zu einer Zerreißung im Bereich des Insertionspunktes am Labrum-Bizepssehnen-Komplex gekommen sei (A.S. 84 f.). Ein Hämatom sei im Übrigen im Zusammenhang mit der Spontanruptur der proximalen Bizepssehne nicht obligat und auch bei den proximalen Bizepssehnenrupturen nicht selten nur gering ausgeprägt. Zudem täuschten die funktionellen Ausfälle häufig über den tatsächlichen Befund hinweg, zumal bei einer Ruptur der langen Bizepssehne noch die Möglichkeit zur kraftvollen Armbeugung bestehe, da diese Aufgabe von der kurzen Bizepssehne weitgehend übernommen und kompensiert werde. So finde sich nach Ruptur der proximalen Bizepssehne laut Literaturangaben nur ein Kraftverlust von 8 bis 21 % (A.S. 85).

3.2.5 Zusammenfassend hielt der Experte fest, die Ereignisse vom 23. August 2019 resp. 2. April 2020 seien nicht geeignet gewesen, die Monate später kernspintomographisch und intraoperativ verifizierten Läsionen des superioren Labrum-Bizepssehnen-Komplexes im Sinne einer SLAP-Läsion Typ I resp. II und der Rissbildung der Bizepssehne zu verursachen. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die besagten Schäden auf repetitive mikrotraumatische Veränderungen im Sinne einer verschleiss- resp. abnutzungsbedingten Ursache zurückzuführen seien. Die verifizierten Pathologien des rechten Schultergelenkes seien damit weder als unfallkausale Folge eines der beiden geltend gemachten Ereignisse noch als unfallähnliche Körperschädigung zu bewerten (A.S. 88).

3.3 Vorab ist zu prüfen, inwieweit die beiden fraglichen Ereignisse überhaupt Unfälle im Sinne des Gesetzes darstellen.

3.3.1 Was den Clinch beim Thaiboxen mit seinem Kollegen am 23. August 2019 angeht, erklärte der Beschwerdeführer am 11. Februar 2020 ausdrücklich, diese Übung sei nicht aussergewöhnlich verlaufen, namentlich sei es weder zu einem Sturz noch einem Ausrutschen gekommen (E. II. 3.1.1 hiervor). Dieser Aussage lassen sich keine Hinweise auf einen programmwidrigen Bewegungsablauf entnehmen. Dasselbe gilt für den Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom

## **E. 14**

Februar 2020, worin er von einer heftigen Umarmung durch den Gegner spricht (E. II. 3.1.2 hiervor), ohne aber den Ablauf näher zu beschreiben. Somit bleibt insbesondere unklar, inwieweit eine «normale» Bewegung des Beschwerdeführers gestört und dabei auf sein rechtes Schultergelenk eingewirkt wurde. Später betonte der Beschwerdeführer in seiner Einsprache und gegenüber dem Experten die körperliche Überlegenheit und das massiv höhere Gewicht seines Kollegen sowie die erhebliche Kraft, welche er, der Beschwerdeführer, beim Clinch habe aufwenden müssen (E. II. 3.1.9 + 3.2.2 hiervor). Daraus ergibt sich jedoch ebenfalls nichts zu seinen Gunsten. Entscheidend ist, dass der Beschwerdeführer gleichzeitig erklärt, es habe sich um ein «übliches Training» gehandelt (E. II. 3.2.2 hiervor). Von einem irgendwie unüblichen Bewegungsablauf war also nach wie vor keine Rede. Dies korrespondiert mit der Feststellung des Experten, ein Clinch beim Thaiboxen bestehe aus einer kontrollierten Bewegung der ausführenden Person (a.a.O.), dies im Gegensatz zu einer unkoordinierten Eigenbewegung, welche allenfalls als ungewöhnlich zu werten wäre (vgl. Hofer, a.a.O., Art. 6 N 37). Im Übrigen hält der Beschwerdeführer fest, er habe zeigen wollen, wie man einen überlegenen Gegner zu Fall bringe. War es aber gerade der Sinn der Übung, eine Technik anzuwenden, um die Überlegenheit des Gegners zu kompensieren, so kann man nicht sagen, der grössere und schwerere Gegner, welcher sich heftig gewehrt habe, stelle eine Programmwidrigkeit dar. Andererseits führt der Experte die SLAP-Läsion auf eine repetitive Mikrotraumatisierung im Rahmen der Berufsausübung zurück (E. II.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.