

SO_GERICHTE VSBES.2022.11 vom 25. Juli 2022

SO Obergericht, 2022-07-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.11_d20220725

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.11 du 25 juillet 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.11 del 25 luglio 2022

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1965 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) war im Unfallzeitpunkt vom 7. Januar 2021 seit dem 3. November 1989 bei der C.____ als Wirtschaftsprüfer angestellt und in dieser Funktion gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch bei der SWICA Versicherungen AG (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) versichert (vgl. Bagatellunfall-Meldung UVG vom 15. Januar 2021, Akten der Beschwerdegegnerin [Swica-Nr.] 1).

1.2 Mit Bagatellunfall-Meldung vom 15. Januar 2021 (Swica-Nr. 1) wurde der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, der Beschwerdeführer sei am Donnerstag, 7. Januar 2021 um ca. 08.00 Uhr auf dem Morgenspaziergang mit den Hunden auf der schneebedeckten Strasse ausgerutscht, gestürzt und auf die rechte Schulter gefallen. Seither könne er den rechten Arm nicht mehr heben.

1.3 Am 25. Februar 2021 erfolgte im Röntgeninstitut D.____ eine MRT Arthrographie des rechten Schultergelenks, welche mutmasslich frischere Komplett rupturen der Supraspinatus-, Infraspinatus- und Subskapularissehne ergab (Swica-Nr. 9). Daraufhin wurde der Beschwerdeführer an den Orthopäden Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Klinik F.____, zugewiesen, welcher in seinem Bericht vom 11. März 2021 die Diagnose einer Massentraktur der Rotatorenmanschette rechts nach Sturz am 7. Januar 2021 stellte und die Indikation zur Rekonstruktion der Rotatorenmanschette als klar gegeben bezeichnete (Swica-Nr. 2). Mit Bericht vom 16. März 2021 bestätigte auch PD Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Handchirurgie, Klinik H.____, die Indikation zur Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion (Swica-Nr. 4). Die Beschwerdegegnerin wurde um eine Bestätigung der Kostenübernahme gebeten (Swica-Nr. 3).

1.4 In der Folge gab die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Chirurgie, beratender Expertenarzt der Beschwerdegegnerin, eine Aktenbeurteilung in Auftrag (Swica-Nr. 11). Dr. med. I.____ gelangte in seiner Beurteilung vom 27. März 2021 (Swica-Nr. 14) zum Ergebnis, dass überwiegend wahrscheinlich eine deutliche Degeneration der Rotatorenmanschette ursächlich für die Symptomatik sei und keine traumatische Ursache für die Rotatorenmanschettenruptur vorliege. Hierauf lehnte die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 30. März 2021 das Gesuch um Kostengutsprache für die geplante Operation ab (Swica-Nr. 15). Mit Schreiben gleichen Datums (Swica-Nr. 17) stellte die Beschwerdegegnerin die gesetzlichen Versicherungsleistungen

per 24. Februar 2021 ein.

1.5 Am 6. April 2021 unterzog sich der Beschwerdeführer einer Operation (Schulterrekonstruktion rechts mit: anterokaudale Kapsulolyse; Bicepstenotomie/-Tenodese; Mobilisation und Reinsertion der Subskapularissehne; Mobilisation und Reinsertion der Supraspinatussehne; Mobilisation und Reinsertion der kranialen Infraspinatus- und dorsalen Supraspinatussehne mit je einem dreifach armierten Titan-Schraubanker und zusätzlich zur lateralen Abspannung der rekonstruierten Sehnen zwei Push-Lock-Knochenanker; Swica-Nr. 30, S. 11 ■ 13).

1.6 Mit Schreiben vom 12. Mai 2021 (Swica-Nr. 30, S. 1 f.) erklärte sich der Beschwerdeführer, inzwischen vertreten durch die B.____, mit dem Ablehnungsschreiben der Beschwerdegegnerin vom 30. März 2021 nicht einverstanden und liess gleichzeitig eine Beurteilung von Dr. med. J.____, FMH orthopädische Schulterchirurgie, beratender Arzt der B.____, vom 29. April 2021 einreichen (Swica-Nr. 30, S. 3 ff.). Daraufhin ersuchte die Beschwerdegegnerin Dr. med. I.____ um einen Nachtrag zur Aktenbeurteilung vom 27. März 2021 (Swica-Nr. 32), welcher am 17. Mai 2021 erstattet wurde (Swica-Nr. 33).

1.7 Mit Verfügung vom 4. Juni 2021 (Swica-Nr. 40) bestätigte die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid.

1.8 Am 1. Juli 2021 erhob die Sanitas als Krankenversicherung des Beschwerdeführers dagegen Einsprache und beantragte, es sei festzustellen, dass aufgrund der vorliegenden Akten die Beschwerden im Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 7. Januar 2021 stehen. Die notwendigen Behandlungen seien von der Beschwerdegegnerin weiterhin zu übernehmen (Swica-Nr. 45).

1.9 Der Beschwerdeführer erhob am 2. Juli 2021 dagegen Einsprache und beantragte unter Beilage der eingeholten Beurteilung von Dr. med. J.____ vom 28. Mai 2021 (Swica-Nr. 46, S. 6 ff.) die Aufhebung der Verfügung und die Erbringung der gesetzlichen Leistungen für das Unfallereignis vom 7. Januar 2021 (Swica-Nr. 46, S. 1 ff.).

1.10 Mit Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2021 wurde die gegen die Verfügung vom 4. Juni 2021 erhobene Einsprache abgelehnt (Aktenseite [A.S.] 1 ff.; Swica-Nr. 55).

2. Mit Zuschrift vom 13. Januar 2022 lässt der Beschwerdeführer beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2021 erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 13 ff.):

3. Mit Verfügung vom 14. Januar 2022 wird die Sanitas Grundversicherungen AG zum vorliegenden Verfahren beigelegt (A.S. 23).

4. Die Beschwerdegegnerin schliesst in ihrer Beschwerdeantwort vom 4. Februar 2022 auf Abweisung der Beschwerde (A.S. 28 ff.).

5. Mit Eingabe vom 3. März 2022 (A.S. 40) hält der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest.

6. Am 9. März 2022 reicht die Vertretung des Beschwerdeführers ihre Kostennote zu den Akten (A.S. 43). Diese wird den übrigen Parteien am 10. März 2022 zur Kenntnis zugestellt (A.S. 44).

7. Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 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). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die ■ wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt ■ nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann, wobei nur der unfallbedingt, und nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen ist (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

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 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2017 vom 10. Oktober 2017 E. 3).

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 zu befinden hat (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Der Beweis der Gesundheitsschädigung und des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt, d.h. mit den Berichten der behandelnden Ärzte und allenfalls einem Gutachten (Irene Hofer in: Ghislaine Frésard-Fellay / Susanne Leuzinger / Kurt Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar

zum UVG, Basel 2019, Art. 6 N 6). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt nicht, um einen Leistungsanspruch zu begründen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist 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 Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen).

2.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer 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. 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 Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen)

2.5 Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

3. Für den Beweiswert eines Arztberichtes 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 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). 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). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

E. 3

Alles unter o-/e- Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. Mit Verfügung vom 14. Januar 2022 wird die Sanitas Grundversicherungen AG zum vorliegenden Verfahren beigegeben (A.S. 23). 4. Die Beschwerdegegnerin schliesst in ihrer Beschwerdeantwort vom 4. Februar 2022 auf Abweisung der Beschwerde (A.S. 28 ff.). 5. Mit Eingabe vom 3. März 2022 (A.S. 40) hält der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. 6. Am 9. März 2022 reicht die Vertretung des Beschwerdeführers ihre Kostennote zu den Akten (A.S. 43). Diese wird den übrigen Parteien am 10. März 2022 zur Kenntnis zugestellt (A.S. 44). 7. Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 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). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die – wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt – nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann, wobei nur der unfallbedingt, und nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen ist (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). 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 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2017 vom 10. Oktober 2017 E. 3). 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 zu befinden hat (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Der Beweis der Gesundheitsschädigung und des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt, d.h. mit den Berichten der behandelnden Ärzte und allenfalls einem Gutachten (Irene Hofer in: Ghislaine Frésard-Fellay / Susanne Leuzinger / Kurt Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar zum UVG, Basel 2019, Art. 6 N 6). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt nicht, um einen Leistungsanspruch zu begründen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist 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 Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen).

2.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer 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. 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 blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des

Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen) 2.5 Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen). 3. Für den Beweiswert eines Arztberichtes 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 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). 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). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

E. 4

4.1 In der Bagatellunfall-Meldung vom 15. Januar 2021 (Swica-Nr. 1) wurde der Unfallhergang folgendermassen beschrieben: «Am Donnerstag, 07.01.2021 um ca. 08.00Uhr bin ich auf dem Morgenspaziergang mit den Hunden auf der schneebedeckten Strasse ausgerutscht, gestürzt und auf die rechte Schulter gefallen. Seither kann ich den rechten Arm nicht mehr heben. Bei der ersten Arztkonsultation gleichentags am Nachmittag im medizinischen Zentrum K.____ wurden Röntgenaufnahmen gemacht. Gemäss diesen Röntgenbildern ist nichts gebrochen».

4.2 Am 25. Februar 2021 erfolgte im Röntgeninstitut D.____ eine MRT Arthrographie des rechten Schultergelenks (Swica-Nr. 9). Dr. med. L.____, Facharzt für Radiologie FMH, berichtet von mutmasslich frischeren Komplett rupturen der Supraspinatus-, Infraspinatus- und Subskapularissehne. Entsprechende Subluxationsstellung der leicht tendinopathisch veränderten langen Bizepssehne. Die Muskulatur bezüglich Trochik sei weitestgehend erhalten; keine fortgeschrittene fettige Infiltration; beginnende Cuff-Arthropathie; Degeneration des superioren Labrums.

4.3 Dem Bericht von Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Klinik F.____, vom 11. März 2021 ist die Diagnose einer Massenruptur der Rotatorenmanschette rechts nach dem Sturz am 7. Januar 2021 zu entnehmen. Gemäss dem Orthopäden sei die Indikation zur Rekonstruktion der Rotatorenmanschette klar gegeben. Vorgesehen sei die arthroskopische Rekonstruktion der Supraspinatus-, Infraspinatus- und Subskapularissehne, die Bizepssehne werde zur Augmentation verwendet (Swica-Nr. 2).

4.4 PD Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Handchirurgie, Klinik H.____, bestätigte in seinem Bericht vom 16. März 2021 die Indikation zur baldigen Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion. Die Rotatorenmanschetten-Massenruptur sei frisch, dennoch zeige die MR-Untersuchung vorbestehende degenerative Veränderungen, welche die Rekonstruktionsmöglichkeiten einschränkten (Swica-Nr. 4).

4.5 Der Notiz zum Telefongespräch zwischen dem Beschwerdeführer und der Beschwerdegegnerin vom 25. März 2021 (Swica-Nr. 8) ist Folgendes zu entnehmen: Der Beschwerdeführer teile mit, der Sturz sei sehr schnell passiert. Er sei mit dem Hund spazieren gegangen und es habe Neuschnee auf dem Weg gelegen. Er habe zum Robidog gehen wollen und sei dabei ausgerutscht und gestürzt. Er habe sich noch abstützen wollen, aber es habe dann nicht mehr gereicht und er sei direkt nach hinten gefallen. Da er sich noch habe abstützen wollen, habe es ihm den rechten Arm noch nach oben/hinten gezogen. Den Kopf hätte er sich auch noch angeschlagen sowie den Ellenbogen. Nach dem Ereignis habe er direkte Schmerzen gehabt. Er habe dann am Nachmittag direkt ins medizinische Zentrum in K.____ gehen können. Nach den Ferien habe er dann direkt einen Termin bei seinem Hausarzt in der M.____ vereinbart. Es sei erst vorgeschlagen worden, die Schulter konservativ zu behandeln, auch damit die Schwellung zurückgehe, und dass erst danach ein MRI gemacht werde. Der Beschwerdeführer sei dann ein bis zwei Mal in der Woche zur Physiotherapie und habe eine leichte Verbesserung verspürt. Das MRI habe am 25. Februar 2021 stattgefunden. Vor dem Ereignis habe er noch nie Beschwerden mit der rechten Schulter gehabt.

4.6 Die Beschwerdegegnerin gab bei Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Chirurgie, eine Aktenbeurteilung zum Unfallereignis vom 7. Januar 2021 in Auftrag (Swica-Nr. 11). Dr. med. I.____ kam in seinem Bericht vom 27. März 2021 (Swica-Nr. 14) zum folgenden Ergebnis: Die vom Versicherten subjektiv beklagten Beschwerden seien hinreichend durch die Untersuchungsberichte und MRI objektiviert. Der Behandlungsverlauf sei nicht dokumentiert. Die Prognose sei aufgrund der beginnenden Cuffarthropathie als schlecht zu bezeichnen. Das Unfallereignis vom 7. Januar 2021 sei eine bloss mögliche Ursache der gesundheitlichen Störung. Schon der Sturz selbst auf den rechten Ellbogen und auf die rechte Schulter sei kein geeigneter Vorgang gewesen, um eine Massenruptur der Rotatorenmanschette zu verursachen. Die Angaben des Versicherten zum Sturzereignis in der Telefonnotiz vom 25. März 2021 seien nicht nachvollziehbar. Er habe versucht, sich beim Sturz nach hinten mit dem Arm abzufangen und sei dabei auf den rechten Ellbogen gestürzt. Eine Zugbelastung nach oben hinten sei dabei sicherlich nicht aufgetreten. Insbesondere diese fehlende Zugbelastung sowie die fehlende gewaltsame Aussenrotation sprächen gegen eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion. Diese sei vom Radiologen auch lediglich als «mutmasslich», also als möglich bezeichnet worden. Die MRT zeige degenerative Veränderungen. Der Radiologe spreche von einer Retraktion der Sehnen bis auf Höhe Glenoid-Niveau. Diese Retraktion bedürfe eines Zeitraums von mindestens einem halben Jahr. Weitere Degenerationszeichen zeigten sich am Labrum sowie am AC-Gelenk in Form einer wenn auch geringen Arthrose. Auch das Ganglion am Tuberculum majus (Ansatz der Supraspinatussehne) spreche für eine Degeneration. Des Weiteren berichte der Radiologe, es bestehe keine signifikante fettige Infiltration und in der Beurteilung werde vermerkt, es bestehe keine fortgeschrittene fettige Infiltration. Das heisse jedoch, es bestehe schon eine gewisse fettige Infiltration der Muskulatur und auch ein Goutailler Stadium I-II bedürfe eines Zeitraums zwischen Schädigung und Auftreten von mindestens einem halben

Jahr. Zusammenfassend liege hier überwiegend wahrscheinlich eine deutliche Degeneration der Rotatorenmanschette vor, welche ursächlich für die Symptomatik sei und keine traumatische Ursache für die Rotatorenmanschettenruptur. Unter der Annahme eines minimalen Stauchtraumas der rechten Schulter durch den Sturz, wofür es allerdings im MRI keinen Anhalt gebe, sei der Status quo sine spätestens am 25. Februar 2021 (MRT) wieder erreicht worden, da es mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit aufgrund der massiven degenerativen Veränderungen auch ohne das Unfallereignis vom 7. Januar 2021 zu dieser durch dieses Unfallereignis verursachten Verschlechterung des vorbestehenden Gesundheitszustands im gegenwärtigen Umfang gekommen wäre.

4.7 Am 6. April 2021 unterzog sich der Beschwerdeführer einer Operation (Schulterrekonstruktion rechts mit: antero-kaudale Kapsulolyse; Bizepsstenotomie/-Tenodese; Mobilisation und Reinsertion der Subskapularissehne; Mobilisation und Reinsertion der Supraspinatussehne; Mobilisation und Reinsertion der kranialen Infraspinatus- und dorsalen Supraspinatussehne mit je einem dreifach armierten Titan-Schraubanker und zusätzlich zur lateralen Abspannung der rekonstruierten Sehnen zwei Push-Lock-Knochenanker; Swica-Nr. 30, S. 11 ■ 13)). Der intraoperativen Befunderhebung im Operationsbericht von PD Dr. med. G. ___ und Dr. med. N. ___, FMH orthopädische Chirurgie und Traumatologie (Swica-Nr. 30, S. 12), lässt sich entnehmen, die Subskapularissehne sei vollständig rupturiert bis auf die kaudalsten Muskelfasern und retrahiert bis auf Höhe des anterioren Glenoidalrandes. Die Sehne sei massiv verwachsen mit dem subkorakoldalen Weichteilgewebe und auch gegenüber der Glenoidalvorderwand. Deutlich positives Komma-Zeichen. Die lange Bizepssehne sei intakt geblieben und nach medial aus dem Sulcus heraus subluxiert. Die Pulley-Strukturen seien vollständig fehlend. Die Supraspinatussehne sei vollständig rupturiert und bis zum kranialen Glenoidalrand retrahiert. Die Rupturgrenze sei abgerundet und wulstartig verdickt. Nach dorsal hin seien die Strukturen schwer abgrenzbar, da auch die kraniale Infraspinatussehne rupturiert sei und die ganze übrige Infraspinatussehne zusätzlich massiv ausgedünnt über dem dorsalen Supraspinatusrand liege. Sowohl die dorsale Supraspinatussehne wie auch die Infraspinatussehne und Muskulatur seien mit dem viszeralen Blatt der Deltoideusfaszie intensiv verwachsen und müssten zur Mobilisation der Sehnen von diesen Verwachsungen vollständig befreit werden. Die Knorpelbeläge von Humeruskopf und Glenoid seien unauffällig und altersentsprechend normal. Der Footprint erscheine relativ weich und weise keine Sklerosierungen auf. Dasselbe gelte für den Sulcus bicipitalis.

4.8 Die Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers veranlasste bei ihrem beratenden Arzt Dr. med. J. ___, FMH Chirurgie, spez. Traumatologie, orthopädische Schulterchirurgie, eine medizinische Beurteilung. Dr. med. J. ___ führte in seinem Bericht vom 29. April 2021 (Swica-Nr. 30, S. 3 ff.) aus, laut Aussagen des Patienten sei er vorher beschwerdefrei gewesen, was nicht heissen sollte, dass er nicht einen vorbestehenden Rotatorenmanschettenschaden gehabt haben könnte, aber erst durch den Sturz habe sich bei ihm eine klassische Rotatorenmanschettenruptur- Symptomatik mit Pseudoparalyse, Schmerzen und bleibender Funktionsbehinderung manifestiert. Es bestehe also bereits aufgrund des zeitlichen Zusammenhangs und aufgrund der Art des Unfallereignisses ein kausaler Zusammenhang ■ ein adäquates, geeignetes Ereignis, um eine Rotatorenmanschettenruptur oder zumindest eine Verschlimmerung derselben zu verursachen. Es bleibe nun die Frage, inwiefern die festgestellten Befunde im MRI eine

vorgängige Schädigung der Manschette implizierten, oder die Ruptur der Sehnenmanschette nur auf das Unfallereignis zurückgeführt werden könne. Würden unabhängig der Geschichte lediglich aufgrund der Arthro-MRI-Bilder die pathologischen Befunde im rechten Schultergelenk beurteilt, so sei eine Rotatorenmanschetten-Vorschädigung, wenn auch klinisch vorher stumm und asymptomatisch, sehr wahrscheinlich anzunehmen, denn es bestünden Veränderungen der Strukturen, die auf einen längeren Verlauf der Rotatorenmanschettenläsion hindeuteten, so z. B. die Dezentrierung des Humeruskopfes mit apikalem Hochsteigen desselben nach subacromial, eine bereits starke Retraktion der SSP- Sehne über den Glenoidalrand hinaus nach proximal und eine Abrundung der Sehnenrissränder. Diesen Veränderungen, welche eindeutig auf ein längeres Bestehen der Ruptur hindeuteten, stünden Veränderungen, d.h. fehlende pathologische Befunde, gegenüber, die auf ein frisches Geschehen hindeuteten, so die vollständig fehlende Atrophie der Rotatorenmanschettenmuskulatur und die fehlende Verfettung der SSP- Muskulatur. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die RM bereits vorbestehende Veränderungen ausgewiesen habe, obwohl asymptomatisch, aber trotzdem Anhaltspunkte für ein frisches Trauma der RM bestanden hätten, was auch im Operationsbericht klar zum Ausdruck komme. Das Ereignis vom 7. Januar 2021 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlimmerung des Vorzustandes geführt. Am Wahrscheinlichsten sei eine Verschlimmerung durch ein erhebliches Nachreißen einer bereits vorher klinisch asymptomatischen Rotatorenmanschettenruptur.

4.9 Dem Verlaufsbericht von PD Dr. med. G.____ vom 4. Mai 2021 (Swica-Nr. 29) lässt sich entnehmen, der Beschwerdeführer habe bei einem Sturz am 7. Januar 2021 auf Glatteis eine direkte und indirekte Schulterverletzung rechts mit plötzlich einschliessenden Schmerzen in die rechte Schulter und seither bestehender Pseudoparalyse der rechten Schulter erlitten. Der Beschwerdeführer sei sehr sportlich und auch sportlich aktiv und sei vor diesem Unfall vonseiten seiner rechten Schulter vollständig beschwerdefrei ohne irgendwelche Einschränkungen bezüglich Funktion und Belastung seiner rechten dominanten oberen Extremität gewesen, auch bei sportlichen Aktivitäten unter Einbezug der oberen Extremitäten. Seit diesem Unfallereignis habe bis zur Operation eine konservativ nicht beeinflussbare Pseudoparalyse der rechten Schulter bei MR-tomographisch ausgedehnter Rotatorenmanschetten-Massenruptur mit Einbezug aller drei Sehnen der Rotatorenmanschette rechts bestanden. Versicherungstechnisch handle es sich um eine richtungsweisende Verschlechterung mit bleibendem Gesundheitsschaden (Pseudoparalyse) bei einem vorher beschwerdefreien vollfunktionstüchtigen rechten Schultergelenk. Am 6. April 2021 hätten Dr. med. N.____ und PD Dr. med. G.____ den Beschwerdeführer arthroskopisch operiert und die klinisch und MR-tomographisch festgestellte ausgedehnte Verletzung der Rotatorenmanschette rechts auch intraoperativ bestätigen können. Es sei gelungen, die Rotatorenmanschette zu rekonstruieren und alle drei Sehnen trotz der zum Teil erheblichen Retraktion und vorbestehenden degenerativen Veränderungen zu reinsrieren. Der Beschwerdeführer habe den rekonstruktiven Eingriff sehr gut toleriert und auch der postoperative Verlauf sei ohne Besonderheiten gewesen. Die heutigen Kontrollröntgenbilder bestätigten die korrekte Zentrierung des Glenohumeralgelenkes, einen freien Subakromialraum nach Acromioplastik sowie eine korrekte Lage der implantierten Titan-Schraubankern zur Reinsertion der Rotatorenmanschette.

4.10 Dr. med. I.____ führte in seiner Stellungnahme vom 17. Mai 2021 (Swica-Nr. 33) aus, die Unfallschilderung durch Dr. med. J.____ könne nur als abenteuerlich bezeichnet werden. Es sei dabei nicht klar, woher die Zugbelastung auf den Arm komme und niemand strecke beim Versuch, einen Sturz nach hinten abzufangen, seine Arme nach oben. Die Angaben, der Versicherte sei vor dem Sturz bezüglich seiner Schulter beschwerdefrei gewesen, sei für die Beurteilung der Kausalität völlig unerheblich und dürfe nicht in Erwägung gezogen werden (post hoc ergo propter hoc). Die Retraktion der Sehnenstümpfe in diesem Ausmass finde sicher nicht nach eineinhalb Monaten (Trauma bis MRT) statt. Zudem beschreibe der Radiologe, wie auch vom Kollegen wörtlich zitiert, «Keine fortgeschrittene fettige Infiltration», somit liege jedoch eine Degeneration vor, auch wenn dies vom Kollegen (Dr. med. J.____) bestritten werde. Ein semantischer Interpretationsspielraum bestehe hier nicht. Traumatologisch sei auch nicht nachvollziehbar, dass bei einer derartig ausgeprägten Rotatorenmanschettenruptur eine Bagatellunfall-Meldung erstattet werde und nicht umgehend ein Arzt aufgesucht werde. Zusammenfassend sei das Unfallereignis nicht geeignet gewesen, eine Rotatorenmanschette zu verletzen, zudem lägen deutliche degenerative Veränderungen in der MRT vor.

4.11 Im Anschluss an die Beurteilung von Dr. med. I.____ verfasste Dr. med. J.____ am 28. Mai 2021 eine Stellungnahme (Swica-Nr. 46, S. 6 ff.). Darin führte er aus, die Antwort von Dr. med. I.____ zu diesem vom Patienten selber genau geschilderten Unfallhergang sei seltsam, denn weder der Patient noch er selbst (Dr. med. J.____) gäben einen abenteuerlichen Ablauf des Sturzes an, noch habe der Vertrauensarzt mit grosser Wahrscheinlichkeit die Schilderung des Patienten richtig verstanden. Der Abstützversuch des Patienten, um den Sturz zu verhindern oder abzufangen, sei ein völlig normaler, reflexartiger Vorgang. Überdies erscheine die Schilderung des Patienten absolut vertrauenswürdig. Die Angaben des Patienten, wonach er vor dem Sturz bezüglich seiner Schulter beschwerdefrei gewesen sei, sei sehr wohl wichtig. Es sei erheblich zu wissen, ob der Patient vor einem Trauma nie Schulterschmerzen gehabt habe oder ob er schon längere Zeit an Schulterschmerzen gelitten habe. Das vom Vertrauensarzt ständig angeführte lateinische Sprichwort (post hoc) heisse nicht, dass die Aussagen des Patienten völlig unerheblich seien, sondern, dass es trotz der Angaben des Patienten wohl sein könnte, dass bereits vor dem Trauma, klinisch stumm, eine Manschettenläsion hätte vorliegen können. Er, Dr. med. J.____, habe in seinen Ausführungen im Bericht vom 29. April 2021 überdeutlich erklärt, dass eine vorbestehende SSP- Sehnenruptur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Trauma **■klinisch stumm** habe vorliegen müssen, dass es in diesem Kontext aber äusserst seltsam sei, dass keine fettige Infiltration, Degeneration, der Rotatorenmanschettenmuskulatur vorliege; kein fettiger Ersatz der atrophierten Muskelfasern. Dies beschreibe auch der Radiologe (Swica-Nr. 9) korrekt und vor allem sprächen die MRI-Bilder für sich. Wenn die SSP-Läsion schon lange bestanden hätte, was wegen der starken Retraktion und der ausgedünnten Sehnenränder angenommen werden dürfe, würde auch eine fettige Degeneration der SSP- Muskulatur erwarten werden. Ein möglicher Lösungsansatz, den Widerspruch zu klären, wäre die Annahme, dass z.B. die Rotatorenmanschette, und v.a. die SSP- Sehne und -Muskulatur an noch erhaltenen, unverletzten Faserbündeln daran gehindert worden sei, sich vollständig zu retrahieren. Sie blieben noch aktiv, womit auch die Atrophie verhindert worden sei. Im MRI und im OP-Bericht bestätigt, habe sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anlässlich des Sturzes nach rückwärts, mit geschildertem Abstützversuch, ein weiteres Einreissen der Rotatorenmanschette ereignet, und zwar nach ventral, von den oberen SSP-Sehnenfasern nach ventral zum Subscapularis

hin. Dadurch habe auch die Bizepssehne ihre Halterung im Sulcus verloren (Ruptur des Lig. Transversum). Die Art und Weise des Sturzes des Beschwerdeführers bewiese eine plötzliche Zugüberlastung des SSC durch den schnell retrovertierten und rotierten Arm, sodass angenommen werden dürfe, dass sich im Bereich des SSC die Erweiterung der vorbestehenden RM-Ruptur ereignet habe. Dafür spreche auch die Tatsache, dass der SSC anlässlich der Operation überhaupt nicht direkt rekonstruiert werden können. Die Stellungnahme von Dr. med. I. ___ zeige keine Auseinandersetzung mit den von ihm, Dr. med. J. ___, eingebrachten medizinischen Argumenten und setze sich nicht mit dem vom Patienten klar geschilderten Ereignisablauf auseinander. Er ignoriere auch die anfängliche Symptomatik, genauso wie die Tatsache, dass der Patient unmittelbar nach dem Trauma das Notfallzentrum aufgesucht habe. Auch die klare Aussage des Radiologen werde sophistisch in seinem Sinne ausgelegt und die MRI-Bilder selber ignoriert. Auf die klaren Widersprüche zwischen dem Bild einer schon lange vorbestehenden RM-Ruptur und der fehlenden Atrophie und fettigen Degeneration werde in seinem Schreiben nicht einmal versucht, auch nur ansatzweise, darauf einzugehen.

4.12 Dem Verlaufsbericht von PD Dr. med. G. ___ vom 25. Juni 2021 (Swica-Nr. 42) lässt sich ein sehr erfreulicher Verlauf drei Monate nach der Operation entnehmen. Der Patient sei grundsätzlich schmerzfrei. Bisher sei die rechte Schulter noch nicht belastet worden, aber aktiv unterstützt mobilisiert. Aktiv könne der Beschwerdeführer seine rechte Schulter in allen Richtungen bis 90° flektieren bzw. abduzieren. Sehr erfreulich sei auch die Kraft der Aussenrotation, welche auf einen intakten Infraspinatusmuskel / Sehneneinheit deute (rekonstruiert). Deshalb gelinge dem Patienten auch ein guter Griff zum behaarten Kopf und zum Nacken. Der Schürzengriff sei noch eingeschränkt, gelinge aber knapp zur unteren LWS. Ursache für die noch vorhandene Einschränkung der passiven Schulterfunktion sei die Verdickung und sekundäre Fibrose (Ruhigstellung und Operationstrauma) der kaudalen Gelenkkapsel des Glenohumeralgelenkes. Bei der heute durchgeführten Kontroll-Sonographie der rechten Schulter hätten intakte rekonstruierte Rotatorenmanschettensehnen (Subskapularis-, Infraspinatus- als auch Supraspinatussehnen) festgestellt werden können. Deshalb könne die Belastung der rechten Schulter nun langsam schrittweise aufgebaut werden, wobei die volle Belastbarkeit frühesten vier Monate nach Operation wiedergegeben sei.

5. Unbestritten ist, dass das Ereignis vom 7. Januar 2021 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstellt (siehe auch S. 5 Ziff. 3.4 im Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2021, A.S. 5). Streitig und zu prüfen ist jedoch, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 25. Februar 2021 eingestellt hat.

5.1 Der angefochtene Entscheid basiert in erster Linie auf den Einschätzungen des beratenden Arztes Dr. med. I. ___ vom 27. März 2021 (Swica-Nr. 14) und vom 17. Mai 2021 (Swica-Nr. 33). Dr. med. I. ___ ist fachlich kompetent, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die Unfallkausalität zu beurteilen. Er hatte Kenntnis von den medizinischen Vorakten, namentlich auch von den Ergebnissen der bildgebenden Untersuchungen (Swica-Nr. 9). Der Umstand, wonach Dr. med. I. ___ seine Beurteilung ausschliesslich aufgrund der vorliegenden Akten und ohne eigene Untersuchung abgegeben hat, steht dem Beweiswert seiner ärztlichen Beurteilung nicht entgegen, sofern die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu

verschaffen (Urteile des Bundesgerichts 8C_792/2009 vom 1. Februar 2010 E. 5 mit Hinweisen und 8C_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1). So verhält es sich hier, denn die Situation der rechten Schulter sowie der Verlauf sind durch Berichte über bildgebende und klinische Untersuchungen umfassend dokumentiert. Somit war die vom Beschwerdeführer als fehlend gerügte persönliche Untersuchung nicht notwendig.

5.2 Nach Auffassung von Dr. med. I.____ sei der status quo sine spätestens am 25. Februar 2021 (MRI vom 25. Februar 2021, Swica-Nr. 9) erreicht worden, da es mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit aufgrund der massiven degenerativen Veränderungen auch ohne das Unfallereignis vom 7. Januar 2021 zu der durch dieses Unfallereignis verursachten Verschlechterung des vorbestehenden Gesundheitszustandes im gegenwärtigen Umfang gekommen wäre (Swica-Nr. 14, S. 5). Konkret zu prüfen ist nachfolgend, ob am 25. Februar 2021 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits der Status quo sine vorlag.

5.3 Gemäss den Einschätzungen von Dr. med. I.____ sind die Schulterbeschwerden nicht auf das Unfallereignis vom 7. Januar 2021, sondern auf eine degenerative Vorschädigung zurückzuführen. Den fehlenden Kausalzusammenhang zwischen den Schulterbeschwerden und dem Unfallereignis begründet der beratende Arzt im Wesentlichen mit dem Unfallmechanismus und den MRI-Bildern (Swica-Nr. 9). Die Beurteilung von Dr. med. I.____ erweist sich indes aus nachstehenden Gründen als nicht schlüssig: Dr. med. I.____ geht in seinem Bericht vom 27. März 2021 davon aus, dass das Unfallereignis vom 7. Januar 2021 nur eine bloss mögliche Ursache der gesundheitlichen Störung sei. Schon der Sturz selbst auf den rechten Ellbogen und auf die rechte Schulter sei kein geeigneter Vorgang gewesen, um eine Massenruptur der Rotatorenmanschette zu verursachen. Die Angaben des Versicherten zum Sturzereignis in der Telefonnotiz vom 25. März 2021 (Swica-Nr. 8) seien nicht nachvollziehbar. Er habe versucht, sich beim Sturz nach hinten mit dem Arm abzufangen und sei dabei auf den rechten Ellbogen gestürzt. Eine Zugbelastung nach oben hinten sei dabei sicherlich nicht aufgetreten. Insbesondere diese fehlende Zugbelastung sowie die fehlende gewaltsame Aussenrotation sprächen gegen eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion. Diese sei vom Radiologen (MRT-Bericht vom 25. Februar 2021, Swica-Nr. 9) auch lediglich als «mutmasslich», also als möglich bezeichnet worden. Dr. med. I.____ sieht den Unfallhergang für die Beantwortung der Kausalitätsfrage somit als entscheidend an. Da aber die medizinischen Lehrmeinungen zur Relevanz des Unfallhergangs weit auseinandergehen und nicht (mehr) von einer klar herrschenden Auffassung gesprochen werden kann, und weil zudem oftmals der genaue Unfallhergang nicht mehr rekonstruiert werden kann, wird dem Kriterium des Unfallmechanismus bei der Beurteilung der Unfallkausalität rechtsprechungsgemäss keine übergeordnete Bedeutung mehr beigemessen (Urteil des Bundesgerichts 8C_167/2021 vom 16. Dezember 2021 E. 4.1 mit Hinweisen). Im Übrigen ist zu bemerken, dass die Ausführungen des Beschwerdeführers zum Unfallhergang (siehe Telefonnotiz vom 25. März 2021, Swica-Nr. 8), anders als von Dr. med. I.____ behauptet, durchaus nachvollziehbar sind (siehe dazu E. II. 6.1 nachstehend). Weiter geht Dr. med. I.____ in seinem Bericht vom 17. Mai 2021 davon aus, es sei traumatologisch nicht nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer bei einer derartig ausgeprägten Rotatorenmanschettenruptur nicht umgehend einen Arzt aufgesucht habe (siehe Swica-Nr. 33, S. 4). Diese Ausführungen sprechen für ein unvollständiges Aktenstudium von Seiten des beratenden Arztes, denn in der Bagatellunfall-Meldung vom 15. Januar 2021 (Swica-Nr. 1) berichtet der Beschwerdeführer ausdrücklich, dass er noch

am Unfalltag einen Arzt aufgesucht habe und sogar eine Röntgenuntersuchung veranlasst worden sei. Auch am Telefongespräch mit der Beschwerdeführerin vom 25. März 2021 (Swica-Nr. 8) berichtete der Beschwerdeführer, dass er am Tag des Unfallereignisses einen Arzt aufgesucht habe. Sodann vermögen auch die Ausführungen des beratenden Arztes zum MRT-Bericht vom 25. Februar 2021 (Swica-Nr. 9) nicht zu überzeugen. So berichtet der Radiologe Dr. med. L.____ am 25. Februar 2021, es liege keine signifikant fettige Infiltration resp. keine fortgeschrittene fettige Infiltration vor. Dr. med. I.____ deutet diese Aussagen aber dahingehend, dass doch eine gewisse fettige Infiltration der Muskulatur und ein Goutailler Stadium I-II bestehe, worüber Dr. med. L.____ aber kein Wort erwähnte. Die Argumentation von Dr. med. I.____ erweckt den Eindruck, dass keine persönliche Sichtung der MRI-Bilder erfolgte, sondern er die Ausführungen des Radiologen lediglich in seinem Sinne interpretierte. Schliesslich setzt sich Dr. med. I.____ auch nicht mit dem entgegenstehenden Bericht von Dr. med. J.____ vom 29. April 2021 auseinander. Insbesondere äussert er sich nicht zur Möglichkeit, dass beim Beschwerdeführer doch ein Vorzustand bestanden haben und wegen des Sturzes ein Nachreissen in der Rotatorenmanschette stattgefunden haben könnte, welches dann zu der umfangreichen Ruptur und einer richtungsgebenden Verschlimmerung geführt haben könnte, so wie es Dr. med. J.____ für überwiegend wahrscheinlich hält (siehe dazu E. II. 6.1 nachstehend). Aus diesen Gründen sind gewisse Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Einschätzung durch Dr. med. I.____ nicht auszuräumen. Da bereits geringe Zweifel an den versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ausreichen, damit rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind, lässt sich die Beurteilung der Unfallkausalität nicht abschliessend auf die Stellungnahmen von Dr. med. I.____ abstützen.

6. Es bleibt zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Unterlagen, insbesondere die Stellungnahmen von Dr. med. J.____, ausreichen, um alleine gestützt darauf die Unfallkausalität mit hinreichender Zuverlässigkeit zu beurteilen.

6.1 Die Berichte von Dr. med. J.____ vom 29. April 2021 (Swica-Nr. 30, S. 3 ff.) und 28. Mai 2021 (Swica-Nr. 46, S. 6 ff.) werden den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Die Beurteilung stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher die Vorakten studiert hat. Dr. med. J.____ setzt sich eingehend mit den bildgebenden und intraoperativen Befunden, dem Verlauf nach dem Unfall sowie den seiner Beurteilung entgegenstehenden Arztberichten von Dr. med. I.____ auseinander und begründet seine Schlussfolgerungen überzeugend: Es sei als überwiegend wahrscheinlich anzusehen, dass das Ereignis vom 7. Januar 2021 zu einer Verschlimmerung des Vorzustandes geführt habe, welche letztendlich die Operation nach sich gezogen habe. Am wahrscheinlichsten sei eine Verschlimmerung durch ein erhebliches Nachreissen einer bereits vorher klinisch asymptomatischen Rotatorenmanschettenruptur, am ehesten ein Nachreissen der Infrapinatussehnenfasern oder der Subscapularissehne mit Luxation der Bizepssehne nach ventral. Nur dies könne gemäss Dr. med. J.____ auch die plötzliche, erhebliche Funktionseinschränkung erklären. Wenn man die Aussagen des Patienten ernst nehme, und es gebe keinen vernünftigen Grund, dies nicht zu tun, dann müsse angenommen werden, dass das erwähnte Trauma zu einer richtungsweisenden, verschlimmernden Funktionseinschränkung des rechten Schultergelenkes geführt habe im Sinne einer definitiven Aufhebung eines vorher langsam entstandenen Gleichgewichts der zentrierenden Rotatorenmanschettenmuskulatur bei bestehender älterer Faserläsion, sei sie nun degenerativer oder traumatischer Natur. Dass die lange Bizepssehne dabei eine zentrale

Rolle gespielt haben dürfte, sei sehr zu vermuten und wahrscheinlich, denn es sei hinlänglich bekannt, dass die glenohumerale Zentrierung trotz recht grossen Rotatorenmanschettenrupturen aber bei noch gut funktionierender langer Bizepssehne, aufrechterhalten werden könne und somit auch eine gute Beweglichkeit im Schultergelenk noch ermöglicht werden könne, obwohl ein Teil der Rotatorenmanschette bereits fehlend sei. Durch die plötzliche Luxation der langen Bizepssehne nach ventral verliere sie auf einmal ihren zentrierenden Effekt auf das Glenohumeralgelenk. Dies wäre gut erklärbar durch ein plötzliches Nachreissen im Bereich der Subscapularissehnenfasern, wodurch der Halt der langen Bizepssehne im Sulcus intertubercularis verloren gehe.

Anders als Dr. med. I. ___ misst Dr. med. J. ___ dem Unfallhergang kein entscheidungserhebliches Gewicht zu. Dr. med. J. ___ bestreitet auch nicht, dass ein Vorzustand gegeben war. Vielmehr bestätigt er diese Tatsachen und berücksichtigt sie bei der Beurteilung des Kausalzusammenhangs. Er setzt sich sorgfältig und differenziert mit den bildgebenden Befunden im MRT-Bericht vom 25. Februar 2021 auseinander und führt aus, es bestünden Veränderungen der Strukturen, die auf einen längeren Verlauf der Rotatorenmanschettenläsion hindeuteten, so z.B. die Dezentrierung des Humeruskopfes mit apikalem Hochsteigen desselben nach subacromial, eine bereits starke Retraktion der SSP-Sehne über den Glenoidalrand hinaus nach proximal und eine Abrundung der Sehnenrissränder. Auf der anderen Seite, so Dr. med. J. ___, stünden diesen Veränderungen, welche eindeutig auf ein längeres Bestehen der Ruptur hindeuteten, Veränderungen gegenüber, d.h. fehlende pathologische Befunde, die auf ein frisches Geschehen hindeuteten, so die vollständig fehlende Atrophie der Rotatorenmanschettenmuskulatur und die fehlende Verfettung der SSP-Muskulatur. Dies gehe gemäss Dr. med. J. ___ auch aus der intraoperativen Befunderhebung im Operationsbericht von PD Dr. med. G. ___ und Dr. med. N. ___ (Swica-Nr. 30, S. 11 ■ 13, insb. S. 12) hervor. Solche ausgedehnten Riss-Befunde könnten nur operativ, offen oder arthroskopisch, primär erfolgreich adaptiert und fixiert werden, wenn das Gewebe noch relativ frisch rupturiert und noch genügend beweglich sei.

Des Weiteren setzt sich Dr. med. J. ___ eingehend und überzeugend mit den entgegenstehenden Stellungnahmen von Dr. med. I. ___ auseinander. Zu dessen Argument, wonach das Unfallereignis nicht geeignet sei, diese Verletzung der Rotatorenmanschette zu verursachen, führt er aus, es sei aufgrund der Fakten falsch anzunehmen, dass der Unfall im vorliegenden Fall für die ganze RM-Ruptur verantwortlich sei. Ein phasenweises Nachreissen von RM-Rissen sei hingegen sehr bekannt und gut in der Literatur dokumentiert. Es reiche ein Sturz, ein Abstützversuch, eine Wurfbewegung, ein Auffangversuch, also eine plötzliche abrupte Bewegung, um ein Nachreissen zu verursachen. Weiter setzt sich Dr. med. J. ___ mit der Behauptung von Dr. med. I. ___ auseinander, wonach aufgrund der Ausführungen des Radiologen Dr. med. L. ___ (siehe MRT-Bericht vom 25. Februar 2021, Swica-Nr. 9: «keine fortgeschrittene fettige Infiltration») doch eine gewisse fettige Infiltration der Muskulatur bestehe. So beschreibe der Radiologe klar, dass praktisch keine ■ und nicht doch eine ■ fettige Degeneration bestehe und keine Atrophien vorhanden seien. Wenn man selber MRI-Bilder der Schulter beurteilen und lesen könne, müsse man klar erkennen, dass dies auch tatsächlich der Fall sei. Es leuchtet ein, wenn Dr. med. J. ___ festhält, dass eine längere Zeit bestehende Sehnenruptur eine nachhaltigere fettige Degeneration der Muskulatur hinterlassen würde. Diesen Widerspruch zu interpretieren sei praktisch nur möglich mit der Erklärung, dass ein

Teil der Fasern der SSP/ISP- und SSC-Sehne noch intakt gewesen sei und erst anlässlich des Traumas vom 7. Januar 2021 gerissen sei. Sodann setzt sich Dr. med. J.____ mit dem Vorwurf von Dr. med. I.____ auseinander, wonach seine Unfallschilderung abenteuerlich sei resp. die Schilderung des Beschwerdeführers zum Unfallhergang nicht nachvollziehbar sei. Der Abstützversuch des Patienten, um den Sturz zu verhindern, sei ein völlig normaler, reflexartiger Vorgang. Dass dabei die Arme nach hinten/oben gezogen resp. gerissen würden und mit einer Verdrehung kombiniert belastet würden, sei ebenso leicht verständlich. Dem ist beizupflichten. Die daran anknüpfende Argumentation von Dr. med. J.____ ist schlüssig und nachvollziehbar. Die Schlussfolgerung wird auch vom behandelnden Schulterorthopäden PD Dr. med. G.____ unterstützt (vgl. Bericht vom 4. Mai 2021, Swica-Nr. 29) und erweist sich als überzeugend.

6.2 Insgesamt kann somit festgehalten werden, dass die Beurteilung von Dr. med. J.____ auf einer einlässlichen Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten und einer überzeugend begründeten Würdigung basiert. Die Berichte von Dr. med. J.____ vom 29. April 2021 und 28. Mai 2021 erweisen sich somit als beweiskräftig. Sie vermögen den Kausalzusammenhang mit dem erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen.

7. Wie soeben dargelegt, stehen die Beschwerden der rechten Schulter und die deshalb am 6. April 2021 erfolgte Operation in einem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 7. Januar 2021. Demnach hat der Beschwerdeführer Anspruch auf Heilkosten- und Taggelderleistungen über den 24. Februar 2021 hinaus bis zur vollständigen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese durch den Unfall beeinträchtigt ist, respektive bis zum Erreichen des Fallabschlusses. Die Beschwerde ist somit gutzuheissen.

E. 7

Wie soeben dargelegt, stehen die Beschwerden der rechten Schulter und die deshalb am 6. April 2021 erfolgte Operation in einem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 7. Januar 2021. Demnach hat der Beschwerdeführer Anspruch auf Heilkosten- und Taggelderleistungen über den 24. Februar 2021 hinaus bis zur vollständigen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese durch den Unfall beeinträchtigt ist, respektive bis zum Erreichen des Fallabschlusses. Die Beschwerde ist somit gutzuheissen.

E. 7.4

Stunden, einen Stundenansatz von CHF 210.00 und Auslagen von insgesamt CHF 22.00 geltend, was zu einer Kostenforderung von insgesamt CHF 1'576.00 führt. Die Höhe dieser Kostenforderung ist nicht zu beanstanden und die entsprechende Entschädigung ist zuzusprechen. 8.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

E. 8

8.1 Der Beschwerdeführer obsiegt und hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Seine Vertretung macht mit Kostennote vom 9. März 2022 (A.S. 43) einen Aufwand von 7.4 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 210.00 und Auslagen von insgesamt CHF 22.00 geltend, was zu einer Kostenforderung von insgesamt CHF 1'576.00 führt. Die Höhe dieser Kostenforderung ist nicht zu beanstanden und die entsprechende

Entschädigung ist zuzusprechen.

8.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 30 Tagen seit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheidungen (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Lazar

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