

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00121 vom 27. März 2024**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-03-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2021.00121](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00121)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00121 du 27 mars 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00121 del 27 marzo 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teil weise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art.

16

Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des Referenzalters (bis 31. Dezember 2023: ordentlichen Rentenalters)

ereignet hat (Art.

18

Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

### **E. 1.2**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder un

mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (vgl. BGE 138 V 248 E. 4, 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/ bb mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_640/2022 vom 9. August 2023 E. 4).

### **E. 1.3**

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 ein gestellt 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 (Urteile des Bundesgerichts 8C\_600/2021 vom 3. März 2022 E. 3.2 und 8C\_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2, je mit Hinweisen). Rechtsprechungs gemäss kommen sie aber nur dann zum Zuge, wenn die Kausalität einmal gegeben und anerkannt ist. Diese Anerkennung muss sich auf das Unfallereignis und die dabei erlittenen Verletzungen wie auch auf den Umstand beziehen, dass ein bestimmter Symptomkreis die Folge dieses Vorfalls darstellt. Dagegen kann die Rechtsprechung nicht dahingehend verstanden werden, dass der Versicherer, der im Zusammenhang mit einem Unfall seine Leistungspflicht einmal anerkannt hat, in der Folge auch die Beweislast für das Nichtbestehen einer Unfallkausalität in Bezug auf Beschwerden und Verletzungen trüge, welche ursprünglich nicht thematisiert worden waren (Urteil U 6/05 des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 27. April 2005, E. 3.2).

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).

#### **E. 1.4**

Der Unfallversicherer hat die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung (und allenfalls Taggeld) anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, etwa mit dem Argument, bei richtiger Betrachtung liege kein versichertes Ereignis vor (BGE 130 V 380 E. 2.3.1), oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und leistungs begründendem Gesundheitsschaden habe gar nie bestanden oder sei dahingefallen. Eine solche Einstellung kann auch rückwirkend erfolgen, sofern der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordern will (nicht publ. E. 3 des Urteils BGE 146 V 51; Urteile des Bundesgerichts 8C\_62/2023 vom 16. August 2023 E. 2.2 und 8C\_474/2022 vom 29. März 2023 E. 3.2, je mit Hinweisen). 1. 5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 1.

#### **E. 2**

Mit Beschluss vom 3. März 2023 (Urk. 33) nahm das Gericht die Einholung eines Obergutachtens in Aussicht. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme. Der Beschwerdeführer äusserte sich mit Eingabe vom 2. Mai 2023 (Urk. 43) und stellte Ergänzungsfragen. Mit Beschluss vom 6. Juni 2023 (Urk. 44) hiess das Gericht die Anträge des Beschwerdeführers auf Ergänzung oder Änderung der Fragen teilweise gut und beauftragte Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, C.\_\_\_\_ AG, mit der Erstellung eines orthopädisch-traumatologischen Obergutachtens. Dr. B.\_\_\_\_ erstattete sein Gutachten am 25. Oktober 2023 (Urk. 52). Dazu äusserten sich die Beschwerdegegnerin am 6. Dezember 2023 (Urk. 59) und der Beschwerdeführer

unter Einreichung eines Arztberichtes (Urk. 62) am

16. Januar 2024 (Urk.

##### **E. 2.1.1**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Entscheid (Urk. 2/2) auf die Beurteilungen durch ihren Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ vom 1. und 16. November

2018 und durch ihren Versicherungsmediziner Dr. E.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2019, welche sie als schlüssig, nachvollziehbar und überzeugend erachtete. Insbesondere habe sich Dr. E.\_\_\_\_ detailliert mit der abweichenden, vom Beschwerdeführer veranlassten Beurteilung durch Prof. F.\_\_\_\_ vom 8. März

2019 auseinandergesetzt (S. 5). Eine direkte Schulterprellung sei sodann nicht geeignet, eine Rotatorenmanschettentendenz (respektive eine Läsion einzelner Sehnen der

Rotatorenmanschette ) zu verursachen. Aus den Berichten der ärztlichen Erstuntersuchung am 29. November 2017 seien keinerlei Hinweise auf einen Unfallmechanismus mit Zugbelastung der Sehnen der Schulter hervorgegangen. Im Befund sei entsprechend einem Anprall mit der Schulter ein Druckschmerz über dem lateralen Humeruskopf und dem Schulterdach festgestellt und eine Kontusion diagnostiziert worden (S. 5 f. Ziff. 3. b).

Die Beweislastverteilung bezüglich des Wegfalls der Unfallkausalität gelte nur für Schädigungen, welche bei der Anerkennung einer Leistungspflicht des Unfallversicherers auch wirklich zur Diskussion gestanden seien. Sie gelte somit nicht betreffend die Läsion der Subscapularissehne und die Kapsulitis, nachdem anfänglich nur eine Schulterkontusion diagnostiziert worden sei (S. 6 Ziff. 3. b).

Es sei also davon auszugehen, dass 4-6 Wochen nach dem Unfall, spätestens aber im Zeitpunkt der Wiederaufnahme ärztlicher Behandlungen am 14. Juni 2018, der Status quo sine erreicht gewesen sei, so dass kein weiterer Leistungsanspruch mehr bestehe (S. 6 Ziff. 3. c).

#### **E. 2.1.2**

Zum Gerichtsgutachten der A.\_\_\_\_

hielt die Beschwerdegegnerin fest (Urk. 12), die Sachverhaltsdarstellung des Beschwerdeführers anlässlich der dortigen Begutachtung entspreche in verschiedener Hinsicht nicht seinen Erstangaben und sei dementsprechend nicht glaubwürdig. So fänden sich folgende Angaben: Er sei auf einer schneebedeckten Rampe ausgerutscht (Gutachten), über einen Stein gestolpert (eigene Schadenmeldung sowie Urteile des Sozialversicherungsgerichts und des Bundesgerichts), nach vorne gestürzt, mit dem nach vorne ausgestreckten Arm (was nicht nachvollziehbar sei, da er eine Werkzeugkiste in der rechten Hand getragen habe), der Arm sei hierbei überstreckt gewesen (Gutachten), er sei auf die rechte Körperseite gestürzt (Notfallpraxisbericht), er sei auf die rechte Schulter gestürzt (Röntgenbericht November 2017). Er habe den Arm sofort nicht mehr bewegen können (Gutachten), es sei nur eine Schmerzprovokation bei Abduktion und eine Abduktion gegen Widerstand bis etwa 90° möglich gewesen (Bericht Notfallpraxis). Die Gutachter hätten diesen neuen und erst 4 Jahre nach dem Unfallereignis behaupteten Sachverhalt des Beschwerdeführers ohne Weiteres übernommen und gingen von vornherein von einem erlittenen Hyperextensionstrauma beziehungsweise einer Überstreckungsverletzung sowie einer nachfolgenden Pseudoparalyse aus. Sie hätten ihre Kompetenzen überschritten, indem sie, statt auf den zwar nicht allzu präzise geschilderten, aber bislang unter den Parteien und in den Gerichtsurteilen völlig unbestrittenen Sachverhalt (Sturz auf die rechte Körperseite respektive die rechte Schulter und mit nachfolgenden Beschwerden entsprechend dem Bericht der Notfallpraxis des Kantonsspitals G.\_\_\_\_ vom 29. November 201

#### **E. 2.2.1**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 2/1), in der Magnetresonanztomographie (MRI) vom 5. Januar 2018 sei etwas über einen Monat nach dem Trauma ein Hämatom initial ersichtlich

gewesen und die Untersuchung habe eine klare Partialruptur der ansatznahen Subscapularissehne auf nahezu ganzer Breite ergeben. Dies sowie der beschriebene Erguss im Schultergelenk (AC)-Gelenk seien Traumamarker. Es sei daher falsch, von nicht

strukturellen Verletzungen zu sprechen. Das Vorliegen der Kapsulitis sei sodann bereits in der Sprechstunde vom 9. Februar 2018 in den Raum gestellt worden (S. 4 Ziff. 8). Auch die Diagnose der Tendinitis der langen Bizepssehne sei spätestens zu diesem Zeitpunkt bekannt gewesen und sei eine Folge der Sub scapularissehnenruptur (S. 5 Ziff. 10). Es werde von Dr. E.\_\_\_\_ verkannt, dass nicht eine Kapsulitis im Vordergrund der Behandlung stehe, sondern eine Bizepssehnenpathologie bei Subscapularisoberrandläsion (S. 5 Ziff. 11). Anlässlich der Sprechstunde vom 26. Juni 2018 aufgrund eines Rückfalles sei eine reaktive Kapsulitis diagnostiziert worden, bei unfallkausalen Diagnosen einer Tendinitis der langen Bizepssehne und Oberrandläsion der Subscapularissehne . Die Beschwerdegegnerin verkenne, dass eine Teilkausalität für die Leistungspflicht genüge (S. 6 Ziff. 13).

Seien unfallfremder Faktor (in casu Diabetes mellitus Typ 1) und Unfall unter dem Gesichtspunkt von Art. 36 UVG als Einheit zu betrachten und führten zu einem Gesundheitsschaden, so bestehe eine Leistungspflicht nach UVG. Es sei diesfalls zu klären, ob der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache des Gesundheitsschadens sei (S. 6 f. Ziff. 16). Weshalb die Diabetes-Erkrankung zu den Beschwerden geführt haben solle, werde seitens der Beschwerdegegnerin nicht ansatzweise nachvollziehbar und plausibel erläutert. Da das MRI keine Sehnendegeneration beschrieben habe, müsse von einer frischen Ruptur ausgegangen werden (S. 7 f. Ziff. 19). Obwohl sie die Beweislast treffe , habe die Beschwerdegegnerin keinen Beweis dafür erbracht, dass die Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal sein sollten (S. 8 Ziff. 20).

Sein junges Alter, die initialen Beschwerden, der klare MRI-Befund, das zeitnahe Aufsuchen medizinischer Hilfe und die medizinische Dokumentation sprächen eindeutig für ein kausales und adäquates Geschehen. Degenerative Sehnen pathologien seien in diesem Alter eher untypisch, zudem würden auch keinerlei degenerativen Veränderungen in der Bildgebung beschrieben. Auch der Bericht vom 26. Oktober 2018 bestätige, dass die Sehnenruptur für die Beschwerden verantwortlich sei (S. 8 Ziff. 21).

### **E. 2.2.2**

Zum A.\_\_\_\_ -Gutachten hielt der Beschwerdeführer fest ( Urk. 28), dieses sei in jeder Hinsicht umfassend und die Begründungen seien nicht nur schlüssig, sondern vielmehr stringent und entsprächen logischen Denkgesetzen. Die angeb lichen Diskrepanzen des Beschwerdeführers zum Unfallhergang und des Ver letzungsmechanismus seien von den Gutachtern plausibel widerlegt worden , weshalb vollumfänglich darauf abzustellen sei. Insbesondere sei darauf hinzuweisen, dass die echtzeitlichen Unfallschilderungen regelhaft nicht detailliert und fokussiert auf eine mögliche spätere juristische Auseinandersetzung erfolgten, sondern naturgemäss ungenau und undifferenziert ausfielen. Zweifel an der Sachverhalts schilderung seien vielmehr angebracht, wenn ein Versicherter ohne jegliche Fach kenntnisse in diesem Bereich wie in casu echtzeitlich eine versicherungsrechtlich detaillierte und differenzierte Unfallschilderung und einen detaillierten Unfall mechanismus zum Besten geben würde. Weiter verkenne die Beschwerde gegnerin, dass die behandelnden Ärzte Unfallhergänge, wenn überhaupt, dann nur vage, ungenau oder manchmal auch falsch festhielten. Ihr Fokus liege auf der Behandlungsmedizin und nicht auf der Beweissicherung und sie achteten sich nicht darauf, ob der Unfallhergang exakt und korrekt beschrieben werde. Die Einwände gegen die gutachterlichen Feststellungen entbehrten jedem gesunden Menschenverstand. Ungeachtet dessen legten die Gutachter auch dar, dass es auf die exakte Beschreibung des Unfallherganges in casu nicht rechtsrelevant ankomme (S. 1-2).

### **E. 2.2.3**

Zum Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_

führte der Beschwerdeführer aus ( Urk. 61), es stehe ausser Frage, dass er initial nach dem Unfall starke Schmerzen gehabt habe. Ebenfalls dürfte unbestritten sein, dass umgehend nach dem Ereignis eine entsprechende Funktionseinbusse bestanden habe. Er halte daran fest, dass er den Unfallhergang nach bestem Gewissen geschildert habe und dieses Thema habe keinen Beweiswert für die Frage der Kausalität. Es verstehe sich von selbst, dass jeder normale Mensch versuche, einen Sturz mit den Händen abzufangen. Weiter seien die Vorwürfe des Gutachters an Prof. F.\_\_\_\_ unhaltbar, insbesondere derjenige, wonach Prof. F.\_\_\_\_ die MRI-Bilder nicht persönlich gesehen habe (S. 2). Der Gutachter nehme nicht Stellung zur Frage, dass die epidemiologischen Kriterien eindeutig gegen eine degenerative Läsion sprächen, denn im Zeitpunkt der Untersuchung sei er knapp 36 Jahre alt gewesen (S. 4). Der Beschwerdeführer verwies auf die Beurteilung durch PD Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vom 15. Dezember 2023 ( S. 4 ff.; Urk. 62). Aus näher dargelegten Gründen könne auf das Obergutachten nicht abgestellt werden (S. 5 ff.).

### **E. 2.3**

Streitig ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den 14. Juni 2018 hinaus. Einer näheren Prüfung zu unterziehen ist insbesondere die Frage nach einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen nach diesem Zeitpunkt weiterbestehenden Beschwerden in der rechten Schulter und dem versicherten Unfallereignis vom 28. November 2017. Anzuführen ist, dass gemäss BGE 146 V 51 der Unfallversicherer nach Meldung einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung die genauen Begleitumstände abzuklären hat. 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.

Vorliegend wurde ein Unfallereignis anerkannt. 3. 3.1

Nachdem den Berichten von Kreisarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 1. November 2018 ( Urk. 2/ 8/57 ), von Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 8. März 2019 ( Urk. 2/ 8/72 ) und von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, vom 28. Mai 2019 (Urk. 2/ 8/74) keine genügende Beurteilung entnommen werden kann, ist auf eine erneute Wiedergabe zu verzichten. Nachfolgend werden deshalb lediglich die zeitnah beziehungsweise im Zeitraum zwischen November 2017 und Juli 2018 ergangenen Berichte wiedergegeben. 3.2

Die Ärzte des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin des Kantonsspitals G.\_\_\_\_ führten im Bericht zum Röntgen des Schultergelenks anterior- posterior ( ap ), Neer und axial rechts vom 29. November 2017 (Urk. 2/ 8/16) aus, es liege keine Fraktur vor. Es bestehe eine regelrechte Artikulation im rechten Schultergelenk, die Weichteile seien unauffällig. 3. 3

Die Ärzte der Notfallpraxis des G.\_\_\_\_ nannten in ihrem Bericht vom 29. November

2017 (Urk. 2/ 8/15/2-3) folgende Diagnose (S. 1): - Schulterkontusion rechts - nach Sturz am 28. November 2017

Am Vortag sei der Patient auf die rechte Körperseite gestürzt und habe nun deutliche Schmerzen in der rechten Schulter. Zum Status der Schulter rechts wurde festgehalten: Schonhaltung, deutlicher Druckschmerz über dem ventralen und lateralen Humeruskopf sowie subakromial, Schmerzprovokation bei Abduktion, diese sei gegen Widerstand bis zirka 90 Grad möglich; Clavicula und AC-Gelenk seien nicht druckdolent, die Überprüfung der peripheren Durchblutung, Motorik und Sensibilität (pDMS) in den Arm sei unauffällig gewesen. Aufgrund der Schmerzen sei die Untersuchung der Schulter eingeschränkt gewesen (S. 1 Mitte). Radiologisch habe keine frische ossäre Läsion abgegrenzt werden können (S. 2). 3. 4

Die Ärzte des G. \_\_\_ hielten in ihrem Bericht zur MR-Arthrographie der rechten Schulter vom 5. Januar 2018 (Urk. 2/ 8/17) fest, die lange Bizepssehne und das Bizeps-Pulley seien normal gewesen und die Kapsel unauffällig, ohne Anhalt für eine Kapsulitis (S. 1 unten). Es habe eine eingeschränkte Bildqualität und Beurteilbarkeit bei deutlichen Bewegungsartefakten bestanden. Es liege ein mutmasslich postkontusionell signalaltered AC-Gelenk vor, sowie eine interstitielle Partialruptur der ansatznahen Subscapularissehne auf nahezu ganzer Breite. Es gebe keine Sehnenretraktion und keinen Anhalt für eine Muskelruptur (S. 2). 3. 5

Die Ärzte der Klinik für Orthopädie und Traumatologie, G. \_\_\_, nannten in ihrem Bericht vom 16. Februar 2018 (Urk. 2/ 8/31) folgende Diagnosen (S. 1 oben): - Schulterschmerzen rechts, Differentialdiagnose (DD) Kapsulitis, subakromiales

Impingement, Tendinitis der langen Bizepssehne bei Subscapularis-Oberrandläsion (MRI vom 5. Januar 2018) - Sarkoidose (aktuell watchful

waiting) - Diabetes mellitus Typ 1 (HbA1c aktuell: 16.3 %)

Es bestünden rechtsseitige Schulterschmerzen, welche nach einem Hyperextensionstrauma nach dem Sturz vom 28. November 2017 erstmals aufgetreten seien. Seither habe der Patient starke Schmerzen, welche ihn auch in seinem Beruf als freischaffender Sanitärinstallateur deutlich einschränkten (S. 1 Mitte). Die aktuellen Beschwerden könnten mehrere Gründe haben. Es bestehe eine mögliche Impingement-Symptomatik oder eine mögliche Kapsulitis, für welche der Patient im Rahmen seiner Nebenerkrankung prädestiniert sei, zudem könnte es sich auch um eine Bizepssehnenpathologie bei Subscapularis-Oberrandläsion handeln (S. 2). 3. 6

Dr. med. I. \_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 2. März 2018 (Urk. 2/ 8/26/1-2) aus, der bisherige Verlauf und die Prognose seien gut, es habe eine deutliche Schmerzreduktion gegeben (S. 1 Ziff. 2). 3.

## **E. 6**

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten von versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzten 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). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens

entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 1.

#### **E. 7**

Die Ärzte des G.\_\_\_\_ nannten im Bericht vom 5. April 2018 (Urk. 2/ 8/51) folgende Diagnose (S. 1 oben): - Tendinitis der langen Bizepssehne rechts bei - Oberrandläsion des Subscapularis (MRI vom 5. Januar 2018)

Der Patient habe berichtet, er sei seit der glenohumeralen Infiltration vom 14. Februar 2018 praktisch beschwerdefrei. Insbesondere die Beweglichkeit in der rechten Schulter sei deutlich verbessert (S. 1 Mitte). Die Beschwerden würden am ehesten durch eine Tendinitis der langen Bizepssehne verursacht gesehen, was auch zur Subscapularisoberrandläsion als Begleitverletzung

passen würde. Der Patient sei bis zum 31. März 2018 zu 100 % krankgeschrieben und plane, anschliessend seine Arbeit wieder in vollem Pensum aufzunehmen (S. 2). 3.

#### **E. 8**

Im Bericht vom 13. Juli 2018 (Urk. 2/ 8/50) zur Sprechstunde vom 26. Juni 2018 nannten die Ärzte des G.\_\_\_\_ folgende Fachdiagnose (S. 1 oben): - reaktive Kapsulitis Schulter rechts mit/bei - Tendinitis der langen Bizepssehne und Oberrandläsion des Subscapularis (MRI vom 5. Januar 2018)

Der Patient habe sich mit erneut starken Schmerzen im Bereich der rechten Schulter vorgestellt, welche noch stärker ausgeprägt seien als vor der glenohumeralen Infiltration am 14. Februar 2018. Für rund dreieinhalb Monate nach der Infiltration sei er weitgehend beschwerdefrei gewesen, es hätten sich nun jedoch wieder sehr starke Schmerzen, welche bei Bewegung zunähmen, entwickelt (S. 1 Mitte). Die aktuellen Beschwerden würden am ehesten durch eine Kapsulitis der rechten Schulter verursacht gesehen (S. 2 Mitte). 3.

#### **E. 9**

Der Kausalzusammenhang sei überwiegend wahrscheinlich (S. 63). Eine degenerative Ursache sei eher unwahrscheinlich. Diese Einschätzung begründe sich vor allen Dingen aus den Schilderungen zum Unfallhergang und aus den Dokumentationen beziehungsweise den Bildgebungen. In beiden MRI-Aufnahmen aus dem Jahr 2018 und 2021 fänden sich keine über das alterstypische Mass hinaus gehende degenerative Veränderungen. Es könne auf die Beurteilung durch PD

Dr. H.\_\_\_\_ verwiesen werden (S. 64). Der Status quo sine vel ante sei nicht erreicht; es bestünden immer noch relevante Einschränkungen der Schulter belastbarkeit und -beweglichkeit sowie ein Kraftdefizit (S. 65). 3.

#### **E. 10**

Auf Nachfrage des Gerichts betreffend den zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit zwischen dem 14. Juni 2018 und dem Begutachtungszeitpunkt vom 26. November 2021 aus gutachterlicher, medizinisch-theoretischer Sicht (vgl.

Urk. 16 E. 2) hielten die Gutachter am 5. August 2022 (Urk. 18) fest, der Beschwerdeführer habe ab 1 2. Oktober 2018 seine berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen können, wenngleich mit grösseren und aus heutiger Sicht nachvollziehbaren fortbestehenden Einschränkungen. Es sei eine deutliche Limitierung der Bewegungsausmasse, eine eingeschränkte Kraftentfaltung der Führungshand und eine schmerzhaft eingeschränkte Belastbarkeit verblieben. In der bisherigen Tätigkeit habe auch über den 1 2. Oktober 2018 hinaus eine Arbeitsunfähigkeit von 90 % und zuvor eine von 100 % bestanden (S. 3 f.). In angepassten Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer vom 1 4. Juni bis 1 2. Oktober 2018 ebenfalls nicht arbeitsfähig gewesen, auch nicht in rein administrativen Tätigkeiten. Ab dem 1 0. Oktober 2018 bis zum Begutachtungszeitpunkt habe eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % bestanden (S. 4 unten f.). 3.

#### **E. 11**

Zu den Einwendungen der Beschwerdegegnerin betreffend den Unfallmechanismus (vgl. Urk. 12) hielten die Gutachter am 2 0. September 2022 (Urk. 23) fest, die entsprechende Befragung sei dahingehend ausgelegt worden, die vorgefallenen Ereignisse so detailliert und gründlich wie nur möglich darzustellen. Da, wie die Beschwerdegegnerin selbst festhalte, in den bisherigen medizinischen Berichten die Unfallschilderungen unpräzise gewesen seien, sei bei der Begutachtung ein besonderes Augenmerk darauf gerichtet worden, ein korrektes und lückenloses Bild zu bekommen. Die Schilderungen des Beschwerdeführers erschienen vor dem Hintergrund der entstandenen Körperschäden am Schultergelenk initial und im weiteren Verlauf plausibel und nachvollziehbar. Die bildmorphologisch beschriebenen Körperschäden deckten sich sehr wohl mit den Schilderungen zum Unfall. Es sei zudem nicht von einer Aggravation auszugehen (S. 3). Selbst wenn der Beschwerdeführer anderweitig gefallen wäre, zum Beispiel lediglich auf die rechte Seite, hätten sich mit hoher Wahrscheinlichkeit andere oder überwiegend wahrscheinlich auch andere Verletzungszeichen gezeigt. Seitstürze auf den herangezogenen Arm führten beispielsweise häufig zu Verletzungen des AC-Gelenks, eine solche sei jedoch in keiner radiologischen Untersuchung beschrieben. Schon gar nicht seien Verletzungszeichen wie etwa Hämatome beschrieben worden, welche die Annahme bekräftigen würden, dass der Beschwerdeführer auf den angezogenen Arm gefallen sei. Schlussendlich sei zu erwähnen, dass der Unfallmechanismus zwar eine zentrale Bedeutung bei der Rekonstruktion der Ereignisse spiele, jedoch für die Ausbildung einer traumatisch bedingten Kapsulitis auch eine andere Entstehungsgeschichte für die Ausbildung einer Gesundheitsstörung hätte verantwortlich sein können (S. 4 f.). 3.

#### **E. 12**

.8

Eine degenerative Genese der über den 1 4. Juni 2018 hinaus bestehenden Schulterbeschwerden sei überwiegend wahrscheinlich. Es sei davon auszugehen, dass nach der Zerrung des rechten Schultergelenkes der Status quo sine längstens 12

Wochen nach dem initialen Unfallereignis wieder erreicht sei. Dies bedeute im Umkehrschluss, dass schon die am 1 4. Februar 2018 durchgeführte diagnostisch-therapeutische glenohumerale sowie subacromiale Infiltration mit Cortison nicht auf Unfallfolgen zurückzuführen sei, sondern auf die zu diesem Zeitpunkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliegenden degenerativen Veränderungen. In der Folge sei der Beschwerdeführer über 3½ Monate beschwerdefrei gewesen (S. 24).

Die Ausübung des angestammten Berufs des Sanitärmeisters sei zumutbar. Zwar bestünden degenerative Veränderungen des rechten Schultergelenks mit unter anderem auch Zusammenhangstrennung der proximalen langen Bizepssehne. Jedoch seien keine funktionell schwerwiegenden Einschränkungen des rechten Schultergelenks festzustellen, die einer Tätigkeit als Sanitärmeister entgegen stünden. Auch sei durch eine solche Tätigkeit kein vermehrter Verschleiss zu befürchten (S. 25).

Längstens zwölf Wochen nach dem Unfall sei der status quo sine erreicht gewesen. Nach diesem Zeitpunkt sei aufgrund der Unfallfolgen keine weitere ärztliche Behandlung erforderlich gewesen (S. 26). Vor dem Hintergrund der MRI Untersuchung des rechten Schultergelenks vom 13. Oktober 2021 und der aktuellen körperlichen Untersuchung sei die Prognose trotz der Zusammenhangstrennung der langen Bizepssehne des rechten Schultergelenks günstig. Es zeige sich kein Kapselmuster, keine Einschränkung der Beweglichkeit und keine zu objektivierende Minderung der groben Kraft des rechten Schultergelenkes, so dass bezüglich des rechten Schultergelenks die Prognose günstig erscheine. Die Zusammenhangstrennung/Ruptur der langen Bizepssehne sei ein sehr häufiges Phänomen, da die Schultergelenke allgemein einem hohen Verschleiss unterlägen. Das heisse, die Ruptur der langen Bizepssehne sei harmlos und für die Funktion des Armes versicherungsmedizinisch nicht relevant (S. 26). 3.

### **E. 13**

PD Dr. H.\_\_\_\_ nahm am 15. Dezember 2023 zum Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ Stellung (Urk. 62) und hielt fest, er, PD Dr. H.\_\_\_\_, habe die Risscharakteristik ausführlich und eindeutig beschrieben und die in der radiologischen Literatur übliche Nomenklatur verwendet. Insofern liege keine missverständliche Ausdrucksweise vor, sondern ein korrekter fachärztlicher Beschrieb. Die Stellungnahme des Gutachters zur bildgebenden Charakterisierung des Risses trage unglücklicherweise nicht zur Klärung, sondern zur erneuten Verwirrung der Begrifflichkeiten bei. Diese Diskussion könne man problemlos beenden, die Rissform

habe er (PD

Dr. H.\_\_\_\_) umfassend nach fachärztlichen Kriterien charakterisiert und der Befund sei klar. Die Schlussfolgerung einer hochwahrscheinlichen Unfallkausalität leite sich in seiner Stellungnahme aus der bestehenden Bildmorphologie und der Epidemiologie ab. Ob der passende Unfallmechanismus vorliege oder nicht, wie die initialen Untersuchungsbefunde gewesen seien und wie der Verlauf einzuordnen sei, liege nicht in seinem fachärztlichen Kompetenzbereich. Diese Diskussion müssten die Versicherungsmediziner führen (S. 1).

Dr. B.\_\_\_\_ beschreibe den Verlauf der Verletzung als untypisch für eine traumatische Ursache und typisch für die Degeneration, was jedoch im Widerspruch zur gängigen Fachliteratur stehe und anzuzweifeln sei. Es sei nicht vorstellbar, wie ein derartiger Längsriss durch eine wie auch immer verursachte chronische Degeneration verursacht werden solle. Der Gutachter zitiere dazu vier verschiedene versicherungsmedizinische Bücher, die ihm (Dr. H.\_\_\_\_) nicht zur Verfügung stünden. Weiter liege in beiden Untersuchungen (vom 5. Januar 2018 und 23. Oktober 2021) der umschriebene Sehnenriss isoliert und ohne jegliche degenerative Begleitveränderungen vor. Bei länger bestehenden, chronischen Defekten wären grundsätzlich Atrophie- oder Dystrophiezeichen der Muskulatur zu erwarten (S. 2).

Die beiden zur Beurteilung der Subscapularissehne relevanten transversalen Schichtungen der MR-Untersuchungen unterschieden sich in Lagerung, Wichtung und Auflösung, so dass ein Vergleich nur unter Vorbehalt möglich sei. Es könne trotzdem festgehalten werden, dass der longitudinale Riss in der medialen Ausdehnung am 13. Oktober 2021 eher geringer ausfalle und die Risskonturen sich schärfer abbildeten. Diese Veränderungen seien durch eine im Ausmass begrenzte Remodellierung (Verklebung/Vernarbung des medialeseitigen filiformen Rissanteils, Glättung der initialen irregulären Risskontur) erklärbar und als Hinweis für den initialen, subakuten Charakter der Läsion (passend zum Zeitpunkt 6 Wochen nach Unfalltermin) zu werten. Bei einer chronischen degenerativen Genese wäre eine progrediente Dynamik des Defektes ohne Remodellierungszeichen zu erwarten gewesen (S. 3). 4. 4.1

Es ist zunächst der Beweiswert des Gutachtens von Dr. J.\_\_\_\_ und pract. med. K.\_\_\_\_ vom 3. März 2022 zu beurteilen. Darin diagnostizierten die Gutachter im Wesentlichen einen Status nach Hyperextensionstrauma (Überstreckverletzung) der rechten Schulter im Rahmen eines Sturzes am 28. November 2017 (vgl. vorstehend E. 3. 9. 2). Diese Diagnose stützten sie auf einen von ihnen erfragten Unfallhergang ab, den sie wie folgt wiedergaben (vorstehend E. 3. 9. 2 ; S. 6 lit. c des Gutachtens):

«In der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit am 28. November 2017 sei er auf einer Baustelle tätig gewesen. Am Abend, gegen 18:00 Uhr, wäre er beim Aufräumen der Baustelle mit dem Mobiltelefon in der linken Hand (Taschenlampefunktion) und mit einer Werkzeugkiste in der rechten Hand auf einer schneebedeckten Rampe ausgerutscht und nach vorne übergestürzt. Die Werkzeugkiste, die er in der rechten Hand getragen habe, sei zwischen Körper und Schulter zu liegen gekommen und er sei mit dem nach vorne ausgestreckten rechten Arm auf die Werkzeugkiste gestürzt. Hierbei habe er beim Sturz den ohnehin schon ausgestreckten rechten Arm überstreckt. Er habe sofort nach dem Unfall den Arm nicht mehr bewegen können.»

Den echtzeitlich dokumentierten Angaben können keine Hinweise auf den so geschilderten Unfallhergang entnommen werden. Ebenso wenig lässt sich den echtzeitlichen Akten entnehmen, der Beschwerdeführer habe den Arm sofort nach dem Unfall nicht mehr bewegen können. Anlässlich der Erstuntersuchung gab der Beschwerdeführer lediglich an, er habe deutliche Schmerzen in der rechten Schulter. Zwar bestand eine Schonhaltung, jedoch war die Abduktion gegen Widerstand bis ca. 90 Grad möglich (vgl. Urk. 2/8/15). Dennoch bildete die damit in Widerspruch stehende beschwerdeführerische nachträgliche Darstellung des Unfallhergangs und der zeitnah eingetretenen Beschwerden Grundlage für die gutachterliche medizinische Beurteilung (vgl. S. 46 unten f., S. 49 lit. a und S. 64 des Gutachtens).

Die Gutachter hielten gestützt auf die se neuen Angaben des Beschwerdeführers fest, dass er habe am 28. November 2017 anamnestisch ein Überstreckungstrauma erlitten.

Verstärkend, in Bezug auf den geschilderten Unfallmechanismus, sei das Aufprallen des Beschwerdeführers auf die Werkzeugkiste, wobei hierdurch der ausgestreckte rechte Arm eine weitere Beschleunigung im Sinne einer Überstreckung erfahren habe. Diese Überstreckung müsse derart stark gewesen sein, dass es, gemäss Aussagen des Beschwerdeführers, zur Ausbildung eines Blutergusses im Bereich des ellbogennahen Oberarms und des Ellbogengelenkes gekommen sei (vgl. vorstehend E. 3. 9. 6). Ein solcher Bluterguss wurde jedoch in den echtzeitlichen Akten nicht dokumentiert, denn i m

Bericht der Notfallpraxis am Kantonsspital G.\_\_\_\_ vom 29. November 2017 ( Urk. 2/8/15/2-3) findet sich im Status kein Hinweis auf ein Hämatom. Die gleichentags veranlasste Röntgenuntersuchung ergab unauffällige Weichteile ( Urk. 2/8/16). Das Fehlen eines dokumentierten Hämatoms

bemerkten auch die Gutachter, indem sie festhielten, ein solches sei aktenkundig im Erstbefund nicht dokumentiert (S. 57 des Gutachtens). Dass anlässlich der bildgebenden Untersuchung vom 5. Januar 2018 ( Urk. 2/8/18) in der Fragestellung erwähnt wurde, dass initial ein Hämatom voranden gewesen sei, ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf anamnestic Angaben zurückzuführen. 4.2

Es gilt der Grundsatz,

dass die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts präzisgemäss auf die sogenannten Aussagen der ersten Stunde abstellen, denen in beweismässiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen ver sicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 143 V 168 E. 5.2.2, 121 V 45 E. 2a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis ; Urteil des Bundesgerichts 8C\_120/2022 vom 4. August 2022 E. 5.1.2 ).

Zwar wird zur Beurteilung der Unfallkausalität dem Kriterium des Unfallmechanismus keine übergeordnete Bedeutung mehr zugemessen (SVR 2021 Nr.

34 S. 154, Urteil 8C\_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.4; Urteil 8C\_167/2021 vom 16. Dezember 2021 E. 4.1) . Vielmehr sind

die einzelnen für oder gegen eine traumatische Genese sprechenden Aspekte aus medizinischer Sicht zu diskutieren und ein Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest überwiegend wahrscheinlich ist (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2; 138 V 218 E. 6 und Urteil 8C\_59/2020 vom 4. April

2020 E. 5.4) . Vorliegend ist jedoch nicht auszuschliessen, dass der vom Beschwerdeführer nun neu und anders geschilderte Unfallmechanismus auf ver sicherungsrechtliche Überlegungen zurückzuführen ist. Denn im Urteil des hiesigen Gerichts vom 16. September 2020 (Urk. 2/10) wurde gestützt auf die Akten zum Sachverhalt festgehalten, der Beschwerdeführer sei am 28. November 2017 beim Aufräumen seines Werkzeugs auf der Baustelle über einen Stein gestolpert, sei gestürzt und habe sich an der rechten Schulter verletzt (vgl. E. 1.1 des Sachverhalts und Urk. 2/8/1 Ziff. 6). Dies er Unfallhergang wurde vom Beschwerdeführer bislang nie bestritten (vgl. Urk. 2/2 S. 2 lit . A; Urk. 2/1 S. 4 Ziff. 7) und blieb auch in der Beschwerde vor Bundesgericht unerwähnt (vgl.

Urk. 2/12/2) . Er bildete auch nicht Gegenstand des Fragenkatalogs, der den Gutachtern mit Beschluss vom 20. Juli 2021 ( Urk. 4) vorgelegt wurde.

Zudem ist nicht ersichtlich, weshalb der Beschwerdeführer solche minutiösen Details (Werkzeugkiste in der rechten Hand , Ausrutschen auf einer schneebedeckten Rampe, Sturz mit ausgestrecktem Arm auf die Werkzeugkiste) nicht zeitnah erwähnte . Nicht zu überzeugen vermag auch, dass er nachträglich von einem Ausrutschen auf einer schneebedeckten Rampe berichtete, ursprünglich jedoch geltend gemacht hat, über einen Stein gestolpert zu sein (vgl. Urk. 2/8/1 Ziff. 6) . In dieser Situation kommt dem Kriterium des Unfallmechanismus vorliegend eben doch eine erhebliche Bedeutung zu . Denn die Aspekte, die für oder gegen eine traumatische Genese sprechen, wurden von den Gutachtern unter diesem Gesichtspunkt

zu wenig ausführlich und genau

diskutiert. Vielmehr liessen sie sich unkritisch von einem Sachverhalt leiten, der massgeblich von den nachträglichen Angaben des Beschwerdeführers beeinflusst wurde .

Schliesslich gingen die Gutachter davon aus, die Ausbildung einer adhäsiven Kapsulitis sei eher auf das Trauma zurückzuführen. Dafür spreche auch, dass der Beschwerdeführer vor dem Trauma zu keiner Zeit unter relevanten Schulterbeschwerden gelitten habe und sich diese in ihrer Gesamtheit erst nach dem Unfall eingestellt hätten ( vorstehend E. 3. 9 . 6 ; S. 52 des Gutachtens ). Damit verfielen die Gutachter der beweis rechtlich unzulässigen Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc », nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Diese ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb , Urteil des Bundesgerichts 8C\_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). Ärztliche Auskünfte, die allein auf dieser Argumentation beruhen, sind beweisrechtlich nicht zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_241/2020 vom 29. Mai 2020 E. 3).

Dies gilt auch für die Argumentation der Gutachter, dass bei dem jungen Alter des Beschwerdeführers und bildgebend nicht nachweisbaren abnutzungsbedingten Veränderungen der Schulter eine vor dem Unfallereignis bestehende volle Belastbarkeit der Schulter bestanden habe . Setze man hierzu das Unfallereignis in seinem Ablauf als beschwerdekausal in Bezug, so müsse man in der Zusammenschau der Befunde eine isolierte Verletzung der kranialen Anteile der Subscapularissehne mit Beteiligung des sogenannten Pulleys annehmen (vgl. vorstehend E. 3. 9 . 8 ). Erneut ist hier auf dem Umstand eines echtzeitlich gerade nicht dokumentierten Hyperextensionstraumas hinzuweisen. 4.3

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind zur Beurteilung der Kausalitätsfrage die Interpretation der Bildgebung, die Vorgeschichte, der Unfallhergang, der Primärbefund und der Verlauf zu berücksichtigen und in einem Gesamtbild medizinisch zu bewerten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.3) .

Das Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ und pract . med.

K.\_\_\_\_

enthält nach dem Gesagten keine medizinisch schlüssige Bewertung eines Gesamtbildes.

Daran vermögen auch die nach zweifacher gerichtlicher Aufforderung ( Urk.

## **E. 16**

und 20) eingegangenen Stellungnahmen der Gutachter (vorstehend E. 3. 10 -3. 11 ) nichts zu ändern. Darin brachten die Gutachter zum Ausdruck, dass sie den Unfallmechanismus anhand der Befunde überprüften (« Die Schilderungen des Beschwerdeführers erschienen vor dem Hintergrund der entstandenen Körperschäden am Schultergelenk initial und im weiteren Verlauf plausibel und nachvollziehbar. Die bildmorphologisch beschriebenen Körperschäden deckten sich sehr wohl mit den Schilderungen zum Unfall »), anstatt die Unfallschilderung anhand der Akten kritisch zu hinterfragen. Weiter hielten sie fest, es seien keine Verletzungszeichen wie Hämatome beschrieben worden, welche für die Annahme eines Sturzes auf den angezogenen Arm sprächen. Dies ist zumindest missver

ständig, erachteten die Gutachter im Gutachten doch das initiale Auftreten eines Hämatoms in Ellbogennähe als glaubhaft (vgl. vorstehend E. 4.1) , obwohl ein solches rechtzeitig, wie erwähnt, nicht dokumentiert ist . Zudem wiesen sie darauf hin, dass für die Ausbildung einer traumatisch bedingten Kapsulitis auch eine andere Entstehungsgeschichte für die Gesundheitsstörung hätte verantwortlich sein können , versäumten es jedoch, diese von möglichen unfallbedingten Ursachen abzugrenzen und einzuordnen beziehungsweise Stellung zu nehmen, wie es sich beim Beschwerdeführer verhält.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Gerichtsgutachten der A.\_\_\_\_ widersprüchlich und nicht schlüssig ist. Mithin kann nicht darauf abgestellt werden (vgl. vorstehend E. 1.7).  
5. 5.1

Dr. B.\_\_\_\_ erstattete sein Obergutachten vom 25. Oktober 2023 (vorstehend E.

3. 12 ) unter Berücksichtigung sämtlicher für den Beweiswert einer Expertise massgeblicher Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.5). Im Gegensatz zu den Feststellungen im A.\_\_\_\_ -Gutachten nahm er eine kritische Würdigung der Angaben des Beschwerdeführers zum Unfallmechanismus vor. Gegenüber Dr. B.\_\_\_\_ machte der Beschwerdeführer nun geltend, er sei auf einer Schalttafel ausgerutscht und dabei mit dem Körper nach vorne und mit dem rechten Arm auf den Werkzeugkoffer zwischen Oberkörper und Arm gefallen. Dr. B.\_\_\_\_ wies darauf hin, dass rechtzeitig, nämlich im Bericht der Notfallpraxis vom 29. November 2017, von einem Sturz auf die rechte Körperseite berichtet werde, womit eine Inkonsistenz zur aktuellen Darstellung bestehe. Gemäss Dr. B.\_\_\_\_ handelte es sich gestützt auf die rechtzeitiglichen Berichte am ehesten um eine Kontusion des rechten Schultergelenks. Würde man die aktuelle Schilderung zugrunde legen, so handelte es sich gemäss Dr. B.\_\_\_\_ am ehesten um eine Zerrung beziehungsweise Distorsion des rechten Schultergelenks (vorstehend E.

3. 12 .1). Beide Varianten waren gemäss Dr. B.\_\_\_\_ nicht geeignet, biomechanisch respektive anatomisch die später festgestellten Veränderungen zu verursachen. Es bestehe in der Literatur Einigkeit, dass eine Strukturverletzung der Rotatorenmanschette mit der überwiegenden Wahrscheinlichkeit lediglich durch eine Luxation oder Subluxation des Oberarmkopfes verursacht werden könne (vorstehend E. 3. 12 .5). Diesbezüglich muss festgehalten werden, dass aus der bundesgerichtlichen Rechtsprechung keine allgemeingültige Betrachtungsweise etabliert werden

kann . Zwar hat das Bundesgericht im Urteil 8C\_446/2019 vom 22. Oktober 2019 in E. 5.2.3 gestützt auf die Publikation von Alfred Schönberger / Gerhard Mehrrens / Helmut Valentin , Arbeitsunfall und Berufskrankheit, Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte, 8. Aufl., S. 412, erwogen, eine Rotatorenmanschettenschädigung setze voraus, dass das Schultergelenk unter Einsatz der Rotatorenmanschette unmittelbar vor der Einwirkung muskulär fixiert gewesen sein und eine plötzliche passive Bewegung hinzukommen müsse, die überfallartig eine Zugbelastung der Sehnen der Rotatorenmanschette bewirke. Diese Auffassung werde auch in der 9. Auflage 2017 dieser Publikation vertreten. Zudem werde hierin ausgeführt, ein ungeeigneter Hergang sei die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag), da die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe ( Akromion ) und Delta-Muskel gut abgeschirmt sei.

Im Urteil 8C\_62/2023 vom 16. August 2023 wies das Bundesgericht demgegenüber darauf hin, dass eine Einzelfallbeurteilung unabdingbar

sei (E. 5.2.1). Zudem erwog das Bundesgericht mit Urteil SVR 2021 UV Nr. 34 S. 154, 8C\_672/2020 vom 15. April 2021 E. 4.5 unter Verweis auf die medizinische Literatur (Stellungnahme von swiss

orthopaedics vom 1. Oktober

2020 zum Urteil 8C\_446/2019 ; Der Schultertrauma-Check, Ursachen von isolierten Schädigungen der Rotatorenmanschette und deren [versicherungs-] medizinische Beurteilung, in: Medinfo / Infoméd Nr. 2021/1), die Haltung von swiss

orthopaedics hinsichtlich der Frage, ob auch ein Sturz mit direktem Schulteranprall geeignet sei, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen, sowie in Bezug auf den Einfluss des Alters, sei nicht unumstritten. Im Übrigen sei es nicht Aufgabe des Bundesgerichts, den Expertenstreit hinsichtlich des Nachweises der Unfallkausalität von Rotatorenmanschettenrupturen zu entscheiden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_62/2023 vom 16. August 2023 E. 5.1-5.2.2). An anderer Stelle erwog das Bundesgericht, für eine traumatisch verursachte Rotatorenmanschettenläsion sei eine sofortige erhebliche Funktionseinbusse typisch (Urteil 8C\_43/2022 vom 24. Mai 2022 E. 5.1, unter Verweis auf E. 5.3 des Urteils 8C\_253/2021 vom 2. Juli 2021, wo eine sofortige Pseudoparalyse nebst der akromohumeralen Distanz als einziges typisches Merkmal einer traumatisch verursachten Rotatorenmanschettenläsion genannt wird).

Vorliegend hielt Dr. B. \_\_\_ fest, dass gemäss Bericht der Notfallpraxis vom 29. November 2017 sofort eingetretene Schmerzen der rechten Schulter, eine Schonhaltung, Druck- und Bewegungsschmerzen genannt würden und die Beweglichkeit gegen Widerstand bis etwa 90° möglich gewesen

sei. Er schloss daraus auf eine sofortige, als erheblich zu bezeichnende Funktionseinbusse des rechten Armes und der rechten Schulter. Aus dem genannten Bericht (vgl.

Urk. 2/8/15/2-3) geht jedoch keine eigentliche Pseudoparalyse hervor. Denn Dr. B. \_\_\_ hielt präzisierend fest, der Erstbefund habe zwar Beschwerden des rechten Schultergelenks dokumentiert, die Befunde seien jedoch unspezifisch und deuteten nicht auf eine traumatische Beeinträchtigung der Rotatorenmanschette hin (vgl. vorstehend E. 3.12.5). Davon ist auszugehen. 5.2

Es bestehen keine zwingenden Gründe, vom Gerichtsgutachten von Dr. B. \_\_\_ abzuweichen (vgl. vorstehend E. 1.7). Dr. B. \_\_\_ legte differenziert dar, weshalb die über den 14. Juni 2018 hinaus noch bestehenden Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf degenerative Gründe zurückzuführen sind. Er nahm eine medizinische Interpretation der Bildgebung, der Vorgeschichte, des Unfallhergangs, des Primärbefundes und des Verlaufs vor und bewertete das Gesamtbild und berücksichtigte somit alle Parameter, die zur Beurteilung der Kausalitätsfrage notwendig sind.

Dr. B. \_\_\_ stellte - im Gegensatz zu den Gutachtern der A. \_\_\_ - auch eine pathologische Ausprägung des rechten Bizepsmuskels (Popeye sign) fest, welche gemäss Angaben des Beschwerdeführers auch bei der dortigen Untersuchung schon vorhanden gewesen sei. Dies spricht für die Genauigkeit der Untersuchung durch Dr. B. \_\_\_. Dabei diskutierte er auch die Berichte von Prof. F. \_\_\_, Dr. E. \_\_\_ und PD Dr. H. \_\_\_. Zu Recht wies er darauf hin, dass Prof. F. \_\_\_ keine eigene Sichtung der Bildgebung vorgenommen hat (vgl. Urk. 2/8/72), was seine Beurteilung relativiert. Der Bericht von PD Dr. H. \_\_\_ vom 15.

Dezember 2023 vermag das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen, wies Dr. H.\_\_\_\_ doch selbst darauf hin, dass die Prüfung des passenden Unfallmechanismus, die Frage nach den initialen Untersuchungsbefunden und die Einordnung des Verlaufs nicht in seinen fachärztlichen Kompetenzbereich fielen; diese Diskussion müssten die Versicherungsmediziner führen (vgl. vorstehend E. 3. 13 ). Somit konnte er die erforderliche medizinische Interpretation des Gesamtbildes nicht vornehmen. Seiner Stellungnahme kann deshalb nicht gefolgt werden. Dies gilt auch für seinen Bericht vom 2. November 2020 (vgl. vorstehend E. 3.9.1) , zumal Dr. H.\_\_\_\_ zu wenig auf den Umstand einging, dass das MRI vom 5. Januar 2018 aufgrund von Artefakten eine deutlich eingeschränkte Beurteilbarkeit aufwies, worauf auch Dr. B.\_\_\_\_ hingewiesen hat (vgl. vorstehend E. 3. 12 .2 und E. 3. 12 .4).

Dr. B.\_\_\_\_ legte dar, dass weder das initial

geschilderte Ereignis noch , wie es im weiteren Verlauf noch anlässlich der aktuellen Begutachtung dargestellt worden sei , biomechanisch respektive anatomisch die später festgestellten Veränderungen verursacht haben kann, und verwies dabei auf die Literatur , wo Einigkeit bestehe , dass eine Strukturverletzung der Rotatorenmanschette mit der überwiegenden Wahrscheinlichkeit lediglich durch eine Luxation oder Subluxation des Oberarmkopfes verursacht werden könne. Eine solche sei jedoch zu keinem Zeitpunkt dokumentiert und es bestehe kein Hinweis auf eine solche. Dazu gilt das oben Gesagte der Notwendigkeit einer Einzelfallprüfung (vgl. vorstehend E. 5.1). Diese ist aber vorliegend erfolgt, denn Dr. B.\_\_\_\_ legte dar, dass dann entsprechende Begleitverletzungen eingetreten sein müssten , wie zum Beispiel Knorpelschäden (Hill-Sachs-Delle) oder Labrumläsionen (Bankartläsion). Beim Beschwerdeführer bestünden keinerlei Hinweise für eine schwerwiegende Verletzung des rechten Schultergelenks, auch keine Hinweise für einen allfälligen Hämarthros oder Bone

bruise des Oberarmkopfes . Hinzu kommt, dass anlässlich der Erstbehandlung in der Notfallpraxis des G.\_\_\_\_ keinerlei äusserliche Merkmale (Prellmarken, Abschürfungen, Hämatome) dokumentiert wurden. 5.3

Gemäss Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ sei vor dem Hintergrund des Ereignis herganges , so wie dieser initial echtzeitlich und vom Beschwerdeführer selbst anlässlich der Begutachtung beschrieben worden und nicht im weiteren Verlauf «rekonstruiert» worden sei, dem erstmaligen Untersuchungsbefund, vor dem Hintergrund des weiteren Verlaufes, der bildgebenden Untersuchungen und der konkurrierenden Ursachen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festzustellen, dass der Unfall vom 28. November 2017 zu einer Schultergelenksdistorsion /Schultergelenkszerrung geführt habe. Diese sei zeitgerecht ausgeheilt und es sei letztendlich zu einer mehrmonatigen Beschwerdefreiheit gekommen, die gut dokumentiert worden sei. Die über den 14. Juni 2018 hinaus noch bestehenden Schulterbeschwerden seien nicht mit der versicherungsmedizinisch überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 28. November 2017 zurückzuführen, sondern auf ereignisunabhängige, degenerative Veränderungen (vorstehend E. 3. 12 .6). Davon ist auszugehen.

Somit ist gestützt auf das Gerichtsgutachten von Dr. B.\_\_\_\_ festzustellen, dass die über den 14. Juni 2018 hinaus bestehenden Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers nicht mehr auf das Unfallereignis vom 28. November 2017 zurückzuführen sind. Dies gilt insbesondere für die erstmals durch Dr. B.\_\_\_\_ festgestellte Popeye sign nach Ruptur der

proximalen (körpernahen) Bizepssehne (vgl. vorstehend E. 3.12.1) , war diese Sehne doch initial intakt und nicht als unfallkausal thematisiert (vgl. vorstehend E. 3.4, E. 3.12.2). 5.4

Der angefochtene Entscheid ist rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Besteht ein Zusammenhang zwischen Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, können die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung auferlegt werden. Dies ist der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, und wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt. Wenn die Verwaltung dagegen den Untersuchungsgrundsatz respektiert und ihre Auffassung auf objektive konvergente Grundlagen oder auf die Ergebnisse einer rechtsgenügenden Expertise gestützt hat, ist die Überbindung der Kosten eines Gerichtsgutachtens an sie nicht gerechtfertigt, aus welchen Gründen auch immer dieses eingeholt wurde (BGE

140 V 70 E. 6.1 mit Hinweisen).

Das Bundesgericht hat in seinem Rückweisungsurteil festgehalten, dass die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren nicht ausreichend beweiskräftig sind. Es ständen sich zwei gleichwertige medizinische Beurteilungen gegenüber und aufgrund der Darlegungen des Prof. F.\_\_\_\_ seien zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der verwaltungsinternen ärztlichen Auskünfte angebracht (Urk. 1 E. 3.3.4). Damit sind die Voraussetzungen für eine Kostenüberbindung an die Beschwerdegegnerin gegeben. Diese ist demnach zu verpflichten, dem Gericht die Kosten des Gerichtsgutachtens von Dr. B.\_\_\_\_ im Betrag von Fr. 7'500.-- (Urk. 55) zu ersetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 7'500.-- zu erstatten. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - Suva unter Beilage einer Kopie von Urk. 55 - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin

Grieder-MartensTiefenbacher

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