

# GR\_GERICHTE S 2021 88 vom 7. Februar 2023

GR Gerichte, 2023-02-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S 2021 88](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2021_88)

FR: GR\_GERICHTE S 2021 88 du 7 février 2023

IT: GR\_GERICHTE S 2021 88 del 7 febbraio 2023

## Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 1

A.\_\_\_\_\_, Jahrgang 1967, war als Chauffeur über die Arbeitgeberin B.\_\_\_\_\_, in L.\_\_\_\_\_, obligatorisch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 16. Januar 2021 auf Eis ausrutschte und auf die linke Schulter stürzte. In der Folge war A.\_\_\_\_\_ zu 100 % arbeitsunfähig, er litt an Schmerzen und Bewegungseinschränkungen der Schulter. Die Suva richtete die gesetzlichen Leistungen aus (Taggelder und Heilbehandlungs-kosten).

### E. 2

Gemäss Bericht des Hausarztes Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 6. März 2021, suchte A.\_\_\_\_\_ den Hausarzt bereits am Unfalltag auf, u.a. aufgrund von Schulterbeschwerden. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ stellte am Unfalltag an der linken Schulter den Befund einer Druckdolenz ventral, die Beweglichkeit war frei aktiv, es bestanden Schmerzen bei Jobe-Test ohne Kraftverlust und kein Impingement; im Röntgen war keine Fraktur ersichtlich. Im weiteren Verlauf bestand aber weiterhin eine schmerzhafte eingeschränkte Schulterbeweglichkeit.

### E. 3

Gestützt auf das am 11. Februar 2021 durchgeführte MRI mit klinischer Angabe u.a. eines Schulterimpingement links im Dezember 2019 und unter Vornahme einer MR-Arthrographie beurteilten die Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_, Radiologen am Spital H.\_\_\_\_\_ "1. Ruptur der SSP- Sehne mit Retraktion Grad I nach Patte. Anteriore Footprint-Läsion der ISP-Sehne. Dabei initiale fettige Degeneration des Musculus supra- und infraspinatus, jeweils Grad I nach Goutallier. 2. Superiore Ruptur der SSC- Sehne, Grad III nach Fox und Romeo. 3. Tendinose der Bizepssehne mit Aufweitung der Pulley-Schlinge. 4. ACG-Arthrose mit diskreter Aktivität."

- 3 -

### E. 3.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie gemäss Art.

16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. 3.2.1. Die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Tod, Integritätseinbusse, Hilflosigkeit) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 147 V 161 E.3.1, 129 V 177 E.3; vgl.

- 12 - HÜRZELER/USINGER-EGGER, Einführung in das schweizerische Unfallversicherungsrecht, Bern 2021, Rz. 221 f. und Rz. 249 ff.; RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, Art. 6 S. 53 ff.). 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 (siehe statt vieler: BGE 147 V 161 E.3.2). Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass das Unfallereignis die alleinige oder unmittelbare Ursache der gesundheitlichen Störungen und Beschwerden ist; vielmehr genügt es, dass das Unfallereignis eine Teilursache des Gesundheitsschadens ist (vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 252; NABOLD, in: HÜRZELER/KIESER, Kommentar zum UVG, Bern 2018, Art. 6 Rz. 52), d.h. dass der Unfall nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 147 V 161 E.3.2, 129 V 177 E.3.1). 3.2.2. Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, stellt eine Tatfrage dar, die mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von der leistungsansprechenden Person nachzuweisen ist, wobei die blosser Möglichkeit, dass ein solcher besteht, den Beweisanforderungen nicht genügt (BGE 146 V 51 E.5.1, 129 V 177 E.3.1; vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 253; NABOLD, a.a.O., Art. 6 Rz. 53). Nicht tauglich für den Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs ist das Argument, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien erst nach dem Unfall aufgetreten und deshalb auf das Unfallereignis zurückzuführen, d.h. die Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc" ist unzulässig (BGE 119 V 335 E.2b/bb; Urteil des Bundesgerichts 8C\_241/2020 vom 29. Mai 2020 E.3; vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 253; NABOLD, a.a.O., Art. 6 Rz. 53).

- 13 - 3.2.3. Die Frage, ob ein bestimmter natürlicher Kausalzusammenhang adäquat ist, stellt eine Rechtsfrage dar. Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erfolgt eine einfache Adäquanztprüfung. Dabei spielt die Adäquanzt als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Leistungspflicht des Unfallversicherers praktisch keine (selbständige) Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 140 V 356 E.3.2; 138 V 248 E.4; vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 271; NABOLD, a.a.O., Art. 6 Rz. 62 f.). Daher erfolgt in solchen Fällen grundsätzlich keine Eingrenzung mittels der Adäquanztformel (vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 271). 3.2.4. Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht (BGE 147 V 161 E.3.3 mit Hinweisen; vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 261). 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 schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 147 V 161 E.3.3 mit Hinweisen; vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 262 f.; NABOLD, a.a.O., Art. 6 Rz. 54). 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 blosse

- 14 - Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteile des Bundesgerichts 8C\_241/2020 vom 29. Mai 2020 E.3, 8C\_669/2019 vom 25. März 2020 E.2.2 mit Hinweisen; vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 264). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_781/2017 vom 21. September 2018 E.5.1, 8C\_421/2018 vom 28. August 2018 E.3.2, 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E.2.3.2). 3.2.5. Der vom Unfallversicherer zu beweisende Wegfall des Kausalzusammenhanges muss ebenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (Status quo sine vel ante; BGE 146 V 51 E.5.1; Urteile des Bundesgerichts 8C\_689/2019 vom 9. März 2020 E.5.3, 8C\_93/2019 vom

### **E. 3.3**

Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E.3.2, 138 V 218 E.6). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die

Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E.3.2, 138 V 218 E.6;

- 16 - Urteile des Bundesgerichts 8C\_722/2021 vom 20. Januar 2022 E.4, 8C\_382/2020 vom 3. Dezember 2020 E.3.3, 8C\_17/2017 vom 4. April 2017 E.2.2).

### **E. 3.4**

Zur Beurteilung von sozialversicherungsrechtlichen Leistungsansprüchen sind die rechtsanwendenden Behörden auf verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen angewiesen. Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (siehe zum Ganzen: BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c; Urteil des Bundesgerichts 9C\_528/2021 vom 11. Februar 2022 E.4.1).

### **E. 3.5**

Gemäss Rechtsprechung ist auch ein reines Aktengutachten beweiskräftig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der

- 17 - Berichterstatter imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_397/2019 vom 6. August 2019 E.4.3 mit Hinweisen). Dabei geht es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts, mithin rückt die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund (Urteile des Bundesgerichts 8C\_390/2022 vom 7. September 2022 E.3, 8C\_322/2020 vom 9. Juli 2020 E.3, 8C\_780/2016 vom 24. März 2017 E.6.1, je mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten versicherungs- interner Ärztinnen und Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. 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 mit weiteren Hinweisen, 139 V 225 E.5.2, 135 V 465 E.4.4 und E.4.6 f., 125 V 351 E.3b/ee; Urteile des Bundesgerichts 8C\_549/2021 vom 7. Januar 2022 E.7.1, 8C\_143/2021 vom 7. Juni 2021 E.2.4, 8C\_740/2020 vom 7. April 2021 E.2.2). In Bezug auf behandelnde Ärztinnen und Ärzte, insbesondere Hausärzte, ist zu beachten, dass sie in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Da sie sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer

den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E.3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je

- 18 - in Frage kommen. Diese Erfahrungstatsache befreit das Gericht indessen nicht von seiner Pflicht zu einer korrekten Beweiswürdigung, bei der auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte mitzu- berücksichtigen sind. Diese sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte wecken (BGE 135 V 465 E.4.5 f.; Urteile des Bundesgerichts 8C\_301/2021 vom

#### **E. 4**

In ihrem Konsultationsbericht vom 1. März 2021 diagnostizierten die Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ eine traumatische Rotatoren- manschettenläsion Schulter links (SSp, vordere ISP, SSc) und Bicepstendinopathie sowie eine aktivierte ACG-Arthrose bei St.n. Sturz auf Eis am 16. Januar 2021. Sie stellten folgenden Befund: "Schulter links: Symmetrische Schultersilhouette, keine Rötung oder Überwärmung. Deutliche Druckdolenz über dem ACG. [...] Beweglichkeit schmerzbedingt ganz stark eingeschränkt. [...] Die Prüfung der Rotatorenmanschette ist nicht konklusiv beurteilbar, da ubiquitär Schmerzen angegeben werden. [...]" Das Röntgen vom 1. März 2021 ergab folgenden Schulterstatus links: "Glenohumeral zentriert, keine fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen, ACG-Arthrose. Acromion Typ 1-2 nach Bigliani". Das MRI der linken Schulter vom 11. Februar 2021 (extern) zeigte eine Komplettruptur SSp-Sehne, Retraktion Grad I nach Patte; Anteriore Footprint-Läsion ISp; SSp- und ISp-Degeneration Goutallier Grad I; Craniale Ruptur SSc, Tendinopathie der intraartikulären LBS mit V.a. Partialruptur; Deutliche ACG-Arthrose, leichte Aktivierungszeichen. Die Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ empfahlen als Procedere bei trauma- tischer transmuraler Rotatorenmanschettenläsion einen arthroskopisch assistierten Rekonstruktionsversuch mit Bizepstenodese und AC Gelenkresektion sowie subacromialer Dekompression. Der Eingriff sollte eher zeitnahe durchgeführt werden, insbesondere da ein ausgeprägtes Schmerzniveau und eine beginnende Retraktion bestanden.

#### **E. 4.1**

Sowohl die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ wie auch die versicherungsmedizinische von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ sind für die streitigen Belange der Schulterproblematik umfassend, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und sind alle jeweils in Kenntnis aller Vorakten (Anamnese) abgegeben worden. Aus der Kurzbeurteilung von Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 23. März 2021 (vgl. Bg-act. 29) geht hervor, dass – entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers, wonach er bis zum Unfall keinen Vorzustand (weder Unfall noch Krankheit) gehabt habe (vgl. Bg-act. 24) – die linke Schulter laut Hausarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ bereits im Dezember 2019 wegen Verdachts auf Schulterimpingement behandelt

- 19 - wurde. Das Unfallereignis habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen (zusätzlichen) strukturellen Läsionen geführt, da das vom Beschwerdeführer geschilderte

Unfallereignis nicht geeignet gewesen sei, den MR-morphologischen Befund vier Wochen nach dem Unfallereignis zu verursachen (vgl. MRI vom 11. Februar 2021 [Bg-act. 14]). Zudem spreche der klinische Echtzeitbefund eher gegen eine traumatische Ursache. Die Operation sei nicht unfallbedingt erfolgt und Unfallfolgen am Beschwerdebild hätten spätestens nach drei Monaten keine Rolle mehr gespielt (vgl. Bg-act. 29). In seiner vertieften Beurteilung vom 4. Mai 2021 hielt Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ sodann fest, dass die vom Beschwerdeführer bestätigte Kontusion der linken Schulter nicht geeignet gewesen sei, ein Zerreißen der Supraspinatussehne und des vorderen Anteils der Infrapinatussehne zu verursachen. Im vorliegenden MRI der linken Schulter seien keine Hinweise für eine übermässige äussere Gewalteinwirkung (Weichteilschwellung, Muskelödem, Kapsel- bzw. Bandläsion) erkennbar. Zudem verursache eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur unmittelbare Schmerzen und einen Funktionsverlust; im vorliegenden Fall sei hingegen rechtzeitig am Unfalltag eine freie aktive Beweglichkeit im Schultergelenk bestätigt worden. Viele degenerative Rotatorenmanschettenläsionen verliefen klinisch stumm und könnten über lange Zeit v.a. mit dem Musculus deltoideus kompensiert werden. Der Unfall vom 16. Januar 2021 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt. Der Schaden, der am 12. März 2021 operiert worden sei, sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Spätestens drei Monate nach dem Unfallereignis hätten Unfallfolgen für das Beschwerdebild keine Rolle mehr gespielt, wobei der Einfluss der Operation ausser Acht zu lassen sei (vgl. Bg-act. 53). Am 21. Mai 2021 bekräftigte Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, dass an der Beurteilung vom 4. Mai 2021 festzuhalten sei. Gegen eine traumatische Genese spreche zudem auch, dass die im MRI beschriebene fettige - 20 - Degeneration der SSP- und ISP-Sehne nicht bereits knapp drei Wochen nach dem Unfallereignis auftreten könne (vgl. Bg-act. 64).

#### **E. 4.2**

Soweit der Beschwerdeführer auf das Schreiben der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (Swiss Orthopaedics) vom 1. Oktober 2020 betreffend Unfallkausalität von Rotatorenmanschetten- Rupturen durch direktes Schultertrauma verweist (vgl. Bf-act. 3), wonach ein direktes Schultertrauma durchaus zu einer Rotatorenmanschetten- Ruptur führen könne und das relative Risiko, vor dem 60. Altersjahr an einer Rotatorenmanschettenruptur zu erkranken, im Mittelwert 0.13 betrage, ist auf die dazu ergangene höchstrichterliche Rechtsprechung hinzuweisen. Das Bundesgericht ging dazu über, dem Kriterium des Unfallmechanismus zur Beurteilung der Unfallkausalität keine übergeordnete Bedeutung mehr beizumessen. Es gehe vielmehr darum, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprächen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen. Dabei ist auch der Unfallmechanismus als einzelnes Indiz unter mehreren in die Gesamtwürdigung einzubeziehen. Ob und inwieweit Anpralltraumen geeignet sind, Rotatorenmanschettenläsionen auszulösen oder zu verursachen, wird in der neueren medizinischen Literatur kontrovers diskutiert. Das Bundesgericht sieht es nicht als seine Aufgabe an, den Expertenstreit hinsichtlich der Unfallkausalität von Rotatorenmanschettenrupturen zu entscheiden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_59/2020 vom 14. April 2020 E.5.4; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_593/2021 vom 6. Januar 2022 E.5.2.3, 8C\_167/2021 vom 16. Dezember 2021 E.4.1, 8C\_672/2020 vom 15. April 2021

E.4.5 und 8C\_740/2020 vom 7. April 2021 E.4.2). Somit kann der Beschwerdeführer allein aus der Stellungnahme der Swiss Orthopaedics nichts zu seinen Gunsten ableiten.

- 21 -

#### **E. 4.3**

Tatsächlich bestätigte Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ mit E-Mail vom

#### **E. 4.4**

Die Diagnose der behandelnden Orthopäden am KSGR lautete im Bericht vom 22. April 2021 auf "St.n. Arthroskopie Schulter links mit Rotatorenmanschettennaht (SSp, ant. ISp), subacromialer Dekompression und AC-Gelenksresektion am 12. März 2021 bei traumatischer Rotatorenmanschettenläsion sowie aktivierter AC-Arthrose nach Sturz auf Eis am 16. Januar 2021" (vgl. Bg-act. 47). Auf Anfrage des

- 22 - Beschwerdeführers hin erstattete Dr. med. F.\_\_\_\_\_ am 15. Oktober 2021 (vgl. Bf-act. 5), eingereicht zusammen mit der Replik, seine Stellungnahme, wonach die Verletzungen des Supraspinatus und des anterioren Infraspinatus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückgingen. Insbesondere der intraoperative Befund habe ergeben, dass sich noch eine Kongruenz des anterioren Anteils des Supraspinatus und zwei Drittel des Infraspinatus zeigte. Das Pulley sowie auch der lange Bizeps und die Subscapularissehne seien regelrecht. Somit hätten ausreichende Strukturen bestanden, um weiterhin eine gute Schulterfunktion zu gewährleisten. Damit wäre auch erklärt, dass nur durch die vermehrte Beanspruchung und durch eine scapulothorakale Dyskinesie die Schädigung im Verlauf nach dem Sturz zum Tragen gekommen und die weitere Diagnostik durchgeführt worden sei. Der intraoperative Befund bestätige diese Annahme, dass es sich um eine traumatische Ablösung der Sehnenstrukturen gehandelt habe, da keine degenerativen Ausfaserungen oder Veränderungen an der Sehne zu erkennen gewesen seien. Es habe keine grössere Retraktion von max. Grad I nach Pate bestanden. Während der Naht hätten sich sehr stabile Sehnenstrukturen gezeigt, die hätten genäht werden können. Bei degenerativen Schädigungen des Sehnenmaterials sei schnell eine Erweichung und Abschwächung der Sehnen und Muskelstrukturen wahrzunehmen und zu erkennen. Die aktivierte AC-Gelenksarthrose sei eher als Aktivierung eines Vorzustands zu interpretieren. Unfallfremd hätte nur ein Vorzustand einer Degeneration des AC-Gelenkes bestanden, welche bis dahin nicht symptomatisch gewesen und durch das Trauma aktiviert worden sei. Hinsichtlich der Rotatorenmanschette hätten keine unfallfremden Ursachen vorgelegen. Nur bei vorbestandener Degeneration der Rotatorenmanschetten-Sehnen durch entsprechende Vorbelastungen (Trauma, schwere Überkopfarbeit, Alter) wären als allfällige unfallfremde Ursachen zu interpretieren. Diese hätten jedoch nicht bestanden. Die kräftigen Strukturen der abgerissenen Sehnen deuteten nicht auf eine

- 23 - Vorschädigung hin. Die kreisärztliche Beurteilung sei nicht ganz nachvollziehbar. Aus seiner Aktenlage und den Berichten des Patienten gehe hervor, dass keine Vorzustände über der linken Schulter vor dem Unfallereignis bestanden hätten. Für ihn bestehe eindeutig mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang zwischen der Schulerschädigung an der Rotatorenmanschette und dem Unfallereignis und mit Sicherheit nach unbehandelten drei Monaten keine vernachlässigbare Situation (vgl. Bf-act. 5).

#### **E. 4.5**

Gerade was die Aktenlage anbelangt, überzeugt die Stellungnahme von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nicht vollends – mutmasslich aufgrund unvollständiger Aktenlage und fehlender umfassender Information durch den Beschwerdeführer –, da anerkanntermassen bereits im Dezember 2019 eine Impingementsymptomatik an der linken Schulter vorlag, die mit NSAR behandelt wurde. Aus den Dr. med. F. \_\_\_\_\_ zur Verfügung gestellten kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 4. Mai 2021 und 21. Mai 2021 (siehe Bf-act. 4 i.V.m. Bg-act. 53 und 64) hätte ihm die Impingementsymptomatik, die bereits im Dezember 2019 diagnostiziert und mit NSAR behandelt wurde, bekannt sein müssen und damit – nebst der AC-Gelenksarthrose – ein weiterer Vorzustand. Auch zur Feststellung von Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ zu der im MRI ersichtlichen initialen fettigen Degeneration, welche nicht bereits knapp drei Wochen nach dem Unfallereignis auftreten könne, äusserte sich Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nicht. Demgegenüber überzeugt der Versicherungsmediziner Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 10. November 2021 mit einer schlüssigen, nachvollziehbaren und widerspruchsfreien orthopädisch-chirurgischen Beurteilung – auch unter Bezugnahme auf die vervollständigte Aktenlage bzw. Bilddokumentation und mit zahlreichen Hinweisen auf die Literatur – zu den Einschätzungen von Hausarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ in der Krankengeschichte und von Facharzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in seinem

- 24 - Operationsbericht sowie der Stellungnahme vom 15. Oktober 2021 (vgl. Bg-Beilage 1 S. 3 ff.). So führt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ zunächst zur Stellungnahme von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2021 aus, am Unfalltag habe eine "gute Schulterfunktion" bestanden, was Hausarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ dokumentiere mit einer aktiven freien Beweglichkeit und einem Jobe-Test ohne Kraftverlust; der Beschwerdeführer habe auch vier Tage nach dem Ereignis die linke Schulter aktiv bewegen können. Nach Hempfling et al. führe eine traumatisch nach akuter Gewalteinwirkung verursachte ZerreiSSung der Rotatorenmanschette jedoch unmittelbar zu Schmerzen, Kraft- und Funktionsverlust mit einem charakteristischen zeitlichen Verlauf; so bestünden in der akuten Phase, d.h. etwa bis drei Tage nach dem Unfallereignis, heftige Schmerzen und sei die aktive Beweglichkeit der Schulter in typischer Weise so massiv eingeschränkt, dass von einer Pseudoparalyse, d.h. einer scheinbaren Lähmung des Armes gesprochen werde. So wiesen Porschke et al. auf die enorme Bedeutung der Erstuntersuchung hin, wonach eine nach dem Unfall bestehende freie aktive Beweglichkeit des Schultergelenkes gegen eine frische Rotatorenmanschettenläsion spreche. Demgemäss habe eine "gute Schulterfunktion" nicht aufgrund "ausreichender Strukturen" bestanden, sondern weil die vorliegenden Strukturen keine strukturelle Schädigung am 16. Januar 2021 erfahren hätten. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ wies weiter darauf hin, dass der Spontanverlauf einer traumatischen Läsion der Rotatorenmanschette in aller Regel einen typischen Decrescendo-Verlauf zeige. Zeige sich hingegen ein Crescendo-Verlauf mit zunächst unfallnah leichten Beschwerden und Einschränkungen, die sich dann in den nächsten Tagen und Wochen verstärkten und ausdehnten, deute dies gemäss Hempfling et al. in der Regel auf eine unfallunabhängige Ursache hin. Vorliegend sei aus den ärztlichen Unterlagen kein typischer Decrescendo-Verlauf zu erkennen, im Gegenteil, die Beschwerden hätten persistiert, wenn nicht sogar zugenommen. Eine "vermehrte Beanspruchung", wie sie Dr. med. F. \_\_\_\_\_ anführe, sei aus den

- 25 - Dokumenten hingegen nicht ersichtlich, sei dem Versicherten doch seit dem Unfallereignis bis zur Operation ununterbrochen eine Arbeits- unfähigkeit attestiert worden.

Weiter wies er auf den Widerspruch zwischen dem Operationsbericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ über den Eingriff vom 12. März 2021 und dessen Stellungnahme vom 15. Oktober 2021 bezüglich Sehnen-Ausfaserungen hin. So halte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Operationsbericht vom 15. März 2021 fest, dass er ein "Débridement randständig der Ausfaserung des Sehnen Schadens" durchgeführt habe und somit im Bereich der Sehne Ausfaserungen vorgelegen hätten. Äusserst fraglich sei, inwiefern intraoperativ beurteilt werden könne, ob die Ausfaserungen degenerativer oder traumatischer Genese seien. So hielten Porschke et al. fest, dass lediglich "Blutauflagerung am Sehnenstumpf [...] als starker Hinweis auf ein stattgehabtes Trauma gewertet werden [sollen]." Ein Hinweis auf derartige Blutauflagerungen fehle jedoch im Operationsbericht vom 15. März 2021. Betreffend intraoperativ beobachteter Sehnenretraktion von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ("keine grössere Retraktion von max. Grad I nach Pate") wies Dr. med. J. \_\_\_\_\_ auf Porschke et al. hin, wonach bisher bezüglich Sehnenretraktion kein signifikanter Unterschied zwischen degenerativer und traumatischer Rotatorenmanschettenläsion habe gefunden werden können. Weiter erläuterte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ betreffend intraoperativ beobachteter Sehnenstruktur ("Während der Naht [...] sich sehr stabile Sehnenstrukturen [zeigten], die genäht werden konnten. Bei degenerativen Schädigungen des Sehnenmaterials ist schnell eine Erweichung und Abschwächung der Sehnen und Muskelstrukturen wahrzunehmen und zu erkennen"), sei keine Objektivierung und Unterscheidung zwischen degenerativer oder traumatischer Genese einer Sehnenläsion ohne histologische Untersuchungen (Gewebeproben) möglich. Derartige Aussagen beruhten auf dem durch keine Evidenz gestützten subjektiven Empfinden des Operateurs. Der Aussage von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, dass unfallfremd lediglich ein Vorzustand einer Degeneration des AC-Gelenkes

- 26 - bestanden habe, die nur durch das Trauma aktiviert worden sei, stimmte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ insoweit zu, als dass die AC-Gelenksarthrose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Vorzustand zu werten sei. Hingegen ergäben sich weder aus dem MRI vom 11. Februar 2021 noch aus den KG-Einträgen des Hausarztes Dr. med. C. \_\_\_\_\_ Hinweise darauf, dass das AC-Gelenk am 16. Januar 2021 eine strukturelle Schädigung erfahren habe. Unter Hinweis auf Beickert et al., auf das MRI vom 11. Februar 2021 ("initiale fettige Degeneration des Musculus supra- und infraspinatus", "Tendinose der Bizepssehne", "ACG-Arthrose mit diskreter Aktivität"), auf die Feststellungen von Hausarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 16. April 2021, sowie auf den Operationsbericht vom 15. März 2021 ("subacromiale Dekompression", "anterolaterale Acromioplastik", "Entfernung der Exophyten des Acromions am AC-Gelenk") begründete Dr. med. J. \_\_\_\_\_ schliesslich das Vorliegen eines subacromialen Impingement, was aus der Diagnose im Dezember 2019, aufgrund des Alters des Beschwerdeführers und seinen körperlichen Tätigkeiten ("der Patient auch immer wieder Gewichte bis 1200 kg mit einem «Roller» schiebt und da hohe Belastungen auf die Schulter ausübt") sehr gut nachvollziehbar sei.

#### **E. 4.6**

Dr. med. J. \_\_\_\_\_ kommt in überzeugender Weise zum Schluss, dass die Stellungnahme von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ als behandelndem Orthopäden vom 15. Oktober 2021 weder neue medizinische Sachverhalte noch Fachliteratur liefere und teilweise seinem eigenen präoperativen Sprechstunden- bzw. Operationsbericht widerspreche. Unter Berücksichtigung sämtlicher im Dossier vorliegenden medizinischen Dokumente, insbesondere den gut dokumentierten Erstbefunden am Unfalltag mit einer freien

Beweglichkeit der linken Schulter, sei es am 16. Januar 2021 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen strukturellen Verletzungen gekommen. Die mit dem MRI vom 11. Februar 2021 zur Darstellung kommende Veränderung der Rotatorenmanschette und dem AC-Gelenk

- 27 - entsprächen typischen degenerativen Befunden, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Vorzustand zu werten seien. Eine (vorübergehende) Verschlimmerung durch den Unfall als Teilkausalität sei möglich. Unfallfolgen hätten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach drei Monaten nicht mehr vorgelegen.

#### **E. 4.7**

Den fachärztlichen Beurteilungen von Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ und Versicherungsmediziner Dr. med. J. \_\_\_\_\_ stehen keine (weiteren) fachärztlichen Beurteilungen entgegen, welche Zweifel daran zu wecken vermögen. Auch Dr. med. F. \_\_\_\_\_ als behandelnder Orthopäde (zusammen mit Dr. med. K. \_\_\_\_\_) scheint der Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" zu folgen, wenn er auf die Ankündigung der Leistungs- einstellung am 22. April 2021 mit einem Schreiben anregte, diese bei klarem traumatischem Ereignis und zuvor asymptomatischer Schulter seines 53-jährigen Patienten nochmals zu überdenken (vgl. Bg-act. 47). Die kreisärztlichen (Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_) und versicherungsmedizinischen (Dr. med. J. \_\_\_\_\_) Feststellungen sind Aktenbeurteilungen und als solche beweiskräftig, denn die Akten – welche jeweils in Aktenzusammenstellungen umfassend genannt sind – ergeben ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status und diese Daten sind unbestritten. Die Untersuchungsbefunde lagen dem Kreisarzt wie auch dem Versicherungsmediziner jeweils lückenlos vor, so dass sie imstande waren, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_390/2022 vom 7. September 2022 E.3, 8C\_809/2021 vom 24. Mai 2022 E.3.1, 8C\_414/2019 vom 25. September 2019 E.2.2.1, 8C\_397/2019 vom 6. August 2019 E.4.3 mit Hinweisen). Dabei ging es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung des an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts und es rückte die direkte ärztliche Befassung mit dem Beschwerdeführer in den Hintergrund. Die Beurteilungen von Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ und Versicherungsmediziner Dr. med. J. \_\_\_\_\_

- 28 - erscheinen schlüssig, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und es sind keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit erkennbar. Dies zumal sie in Kenntnis und unter Bezugnahme auf sämtliche Arztberichte von Hausarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ und von den H. \_\_\_\_\_-Ärzten ergingen. Die fachliche Qualifikation ist sowohl bei Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ als Facharzt für Orthopädie wie auch beim Versicherungsmediziner Dr. med. J. \_\_\_\_\_ als Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Chirurgie unbestrittenermassen gegeben. Schliesslich sind die Kreisärzte der Suva nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie – unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharztstitel – über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Im Verhältnis zu den Allgemeinpraktikern kommt ihnen eine spezialärztliche Stellung zu (Urteile des Bundesgerichts 8C\_59/2020 vom 14. April 2020 E.5.2, 8C\_316/2019 vom 24. Oktober 2019 E.5.4, 8C\_510/2007 vom 3. Oktober 2008 E.7.5.4). Der Unfallmechanismus ist lediglich eines der Begründungselemente – neben verschiedenen anderen schlüssig und nachvollziehbar vorgebrachten Argumenten –, die in

casu gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprechen (z.B. die am Unfalltag klinisch befundete freie aktive Beweglichkeit im Schultergelenk mit Jobe-Test ohne Kraftverlust, die fehlenden Hinweise auf eine übermässige äussere Gewalteinwirkung [Weichteilschwellung, Muskelödem, Kapsel- /Bandläsion], die bildgebend erhobenen Befunde mit fettigen Degenerationen, fehlender typischer Decrescendo-Verlauf, degenerative Vorzustände). Der Unfallmechanismus sowie die klinisch und bildgebend erhobenen Befunde führten zu keiner strukturell objektivierbaren Verletzung, sondern lediglich zu einer vorübergehenden Beschwerde- symptomatik an der linken Schulter und es ist überzeugend dargelegt,

- 29 - dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens nach drei Monaten der Zustand erreicht war, der sich – in Anbetracht des degenerativen Vorzustands (AC-Gelenksarthrose und Impingement, mit Behandlungs- notwendigkeit bereits im Dezember 2019) – auch ohne vorliegend in Frage stehendes Ereignis eingestellt hätte (Status quo sine). Die Operation vom 12. März 2021 diene somit nicht der Behebung von Unfallfolgen. Da die Unfallversicherung weder den Beweis zu erbringen hat für unfallfremde Ursachen (Krankheit, Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen) noch den negativen Beweis, dass kein Gesundheits- schaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei, hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_68/2019 vom 22. Juli 2019 E.3.2, 8C\_167/2018 vom 28. Februar 2019 E.4.2). Die Leistungs- einstellung per 30. April 2021 ist daher nicht zu beanstanden.

#### **E. 4.8**

Da der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend erstellt ist und von der Einholung eines Gerichtsgutachtens vorliegendenfalls keine entscheiderelevanten Ergebnisse zu erwarten sind, kann auf zusätzliche medizinische Abklärungsmassnahmen bzw. auf die eventualiter beantragte Rückweisung zur Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 144 V 361 E.6.5, 136 I 229 E.5.3, 134 I 140 E.5.3; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_156/2022 vom 29. Juni 2022 E.5.2.4, 8C\_55/2022 vom 19. Mai 2022 E.7, 8C\_658/2020 vom 14. Januar 2021 E.7). 5. Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 9. August 2021 als rechtmässig, womit die Beschwerde abzuweisen ist. 6. Gemäss Art. 61 lit. fbis ATSG sind Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig,

- 30 - wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Die Sonderbestimmungen zur Rechtspflege gemäss Art. 105 ff. UVG sehen keine generelle Kostenpflicht vor. Damit sind unfallversicherungs- rechtliche Beschwerdeverfahren über Leistungen in der Regel kostenlos. Vorbehalten bleibt die Kostenaufgabe infolge – in casu nicht vorliegenden – mutwilligen oder leichtsinnigen Verhaltens (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis in fine ATSG). Für das vorliegende Beschwerdeverfahren sind daher keine Kosten zu erheben. 7. Ein Parteikostensatz steht der obsiegenden Beschwerdegegnerin gemäss Art. 61 lit. g ATSG nicht zu. III. Demnach erkennt das Gericht:

#### **E. 5**

Am 12. März 2021 erfolgte am Spital H.\_\_\_\_ durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Leitender Arzt Departement Chirurgie H.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie des

Bewegungsapparates, ein operativer Eingriff an der linken Schulter mit Arthroskopie, Rotatorenmanschettennaht, subacromialer Dekompression und ACG Resektion.

- 4 -

#### **E. 6**

Nach der kreisärztlichen Kurzbeurteilung durch Kreisarzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, vom 19. März 2021, ergaben sich aus dem MRI und der medizinischen Aktenlage Hinweise auf einen Vorzustand bei behandlungsbedürftigem Impingement an der linken Schulter 2019, sowie die Notiz im medizinischen Erstbehandlungsbericht einer aktiv freien Schulterbeweglichkeit. Zur abschliessenden Beantwortung der Fragen empfahl Kreisarzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ das Einholen der medizinischen Vorzustandsakten und die Abklärung des Unfallhergangs sowie des Symptomverlaufs.

#### **E. 7**

Laut E-Mail von Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 23. März 2021 sei A.\_\_\_\_\_ im Dezember 2019 wegen Verdachts auf Schulterimpingement von ihm behandelt worden (Sprechstunde, NSAR). A.\_\_\_\_\_ habe sich aber diesbezüglich nie mehr gemeldet und keine Beschwerden mehr angegeben.

#### **E. 8**

Mit kreisärztlicher Kurzbeurteilung ebenfalls vom 23. März 2021 hielt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ fest, dass das Unfallereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen (zusätzlichen) strukturellen Läsionen geführt habe, da das vom Versicherten geschilderte Unfallereignis nicht geeignet sei, den MR-morphologischen Befund vier Wochen nach Unfallereignis zu verursachen. Zudem spreche der klinische Echtzeitbefund an der linken Schulter eher gegen eine traumatische Ursache. Der operierte Schaden sei überwiegend wahrscheinlich nicht auf den Unfall zurückzuführen. Die Unfallfolgen spielten im Beschwerdebild spätestens drei Monate nach Unfallereignis keine Rolle mehr.

#### **E. 9**

Mit Schreiben vom 12. April 2021 teilte die Suva A.\_\_\_\_\_ die Einstellung der Versicherungsleistungen per 30. April 2021 mit, da die heutigen Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien.

- 5 -

#### **E. 10**

Dagegen intervenierten die behandelnden Ärzte, Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_\_, mit Schreiben vom 16. April 2021 bzw. 22. April 2021.

#### **E. 11**

Am 29. April 2021 liess Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ der Suva den KG- Auszug vom Dezember 2019 betreffend die Diagnose eines Schulterimpingement links, ED 12/2019, zugehen, wonach A.\_\_\_\_\_ Schmerzen an der linken Schulter seit ein bis zwei Monaten beschrieb, die fast den gesamten Tag andauerten. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ befundete darin eine frei bewegliche linke Schulter mit Schmerzen bei Abduktion ab 150° mit Impingement, Jobe und Liffoff blande sowie AC-Gelenk blande. Als Prozedere wurde vorerst die Einnahme von Tabletten, bei fehlender Besserung ad Infiltration und eventuell Physiotherapie vorgesehen.

## **E. 12**

Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ hielt in der kreisärztlichen Beurteilung vom 4. Mai 2021 fest, eine Kontusion der linken Schulter, wie sie vom Versicherten bestätigt worden sei, sei nicht geeignet, ein Zerreißen der Supraspinatussehne und des vorderen Anteils der Infraspinatussehne zu verursachen, wobei im vorliegenden MRI der linken Schulter keine Hinweise erkennbar seien für eine übermässige äussere Gewalteinwirkung (Weichteilschwellung, Muskelödem, Kapsel-/ Bandläsion). Zudem verursache eine traumatische Rotatoren- manschettenruptur unmittelbare Schmerzen und einen Funktionsverlust, während im vorliegenden Fall echtzeitlich am Unfalltag eine freie aktive Beweglichkeit im Schultergelenk bestätigt sei. Viele degenerative Rotatorenmanschettenläsionen verliefen klinisch stumm und könnten über lange Zeit v.a. mit dem Musculus deltoideus weitgehend kompensiert werden. Der Unfall habe zu keinen zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt. Der Schaden, der am 12. März 2021 operiert worden sei, sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Spätestens drei Monate nach dem Unfallereignis hätten Unfallfolgen mit

- 6 - überwiegender Wahrscheinlichkeit im Beschwerdebild keine Rolle mehr gespielt.

## **E. 13**

Mit Verfügung vom 11. Mai 2021 stellte die Suva die Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeld) per 30. April 2021 mit der Begründung ein, dass die Beschwerden an der linken Schulter gemäss kreisärztlicher Beurteilung spätestens zwölf Wochen nach dem Unfallereignis nicht mehr unfallbedingt seien.

## **E. 14**

Mit dagegen erhobener Einsprache vom 19. Mai 2021 beantragte A. \_\_\_\_\_, es seien ihm die gesetzlichen Unfallleistungen über den 30. April 2021 hinaus zu gewähren.

## **E. 15**

Am 21. Mai 2021 bekräftigte Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, dass an der Beurteilung vom 4. Mai 2021 festzuhalten sei. Ein weiterer Parameter, der gegen eine traumatische Genese spreche, sei die initiale fettige Degeneration der im MRI beschriebenen SSP- und ISP-Sehne, welche nicht bereits knapp drei Wochen nach dem Unfallereignis auftreten könne.

## **E. 16**

Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 3. Juni 2021 befundete Dr. med. F. \_\_\_\_\_ eine Druckdolenz im Bereich der langen Bizepssehne sowie eine intakte Sensibilität insbesondere im Versorgungsgebiet des Nervus axillaris. Er beurteilte den klinischen Verlauf als zufriedenstellend und empfahl die Weiterführung der Physiotherapie und einen Belastungsaufbau.

## **E. 17**

Mit Einspracheentscheid vom 9. August 2021 wies die Suva die Einsprache vom 19. Mai 2021 ab und entzog einer allfälligen Beschwerde gegen den Entscheid die aufschiebende Wirkung.

## **E. 18**

Dagegen erhob A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 8. September 2021 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons

- 7 - Graubünden. Er beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 9. August 2021 und die Zusprache der gesetzlichen Versicherungsleistungen ab 1. Mai 2021; eventualiter die Aufhebung des Einspracheentscheids und die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens und zum Neuentscheid über die Versicherungsansprüche des Beschwerdeführers ab 1. Mai 2021. Zur Begründung brachte der Beschwerdeführer zusammenfassend vor, es werde bestritten, dass der Unfall vom 16. Januar 2021 zu keinen strukturellen Läsionen an der linken Schulter geführt habe und dass der Status quo sine am 30. April 2021 erreicht gewesen sei. Der Beschwerdeführer verwies auf die Expertengruppe Schulter und Ellenbogen von Swiss Orthopaedics, wonach ein direktes Trauma durchaus ein überwiegend wahrscheinlicher, ja sogar einer der häufigsten Mechanismen einer Rotatorenmanschettenruptur sei; dass auch das Alter von weniger als 60 Jahren eine schützende Wirkung für die Entstehung einer degenerativen Rotatorenmanschettenruptur aufweise. Es bestünden erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilungen. Der Beschwerdeführer habe ab 1. Mai 2021 weiterhin Anspruch auf die gesetzlichen Versicherungsleistungen gemäss UVG, da mit den bei der Beschwerdegegnerin liegenden Arztberichten und Zeugnissen belegt sei, dass der Beschwerdeführer nach der Leistungseinstellung noch in ärztlicher Behandlung gestanden und noch längere Zeit vollständig arbeitsunfähig gewesen sei. Aktuell betrage sein Arbeitspensum 50 %.

#### **E. 19**

Mit Beschwerdeantwort vom 28. September 2021 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 9. August 2021. Begründet wurde die Beschwerdeabweisung im Wesentlichen mit dem vollen Beweiswert der Beurteilungen des Kreisarztes Dr. med.

- 8 - I.\_\_\_\_\_, wonach aufgrund des Unfallmechanismus sowie der klinisch und bildgebend erhobenen Befunde das Unfallereignis vom 16. Januar 2021 zu keiner strukturell objektivierbaren Verletzung, sondern lediglich zu einer vorübergehenden Beschwerdesymptomatik an der linken Schulter geführt habe und spätestens nach drei Monaten der Zustand erreicht gewesen sei, der sich – in Anbetracht des degenerativen Vorzustandes mit Behandlungsnotwendigkeit bereits im Dezember 2019 – auch ohne vorliegend in Frage stehendes Ereignis eingestellt hätte. Die Argumentation des Hausarztes und der behandelnden Orthopäden des KSGR, wonach der Beschwerdeführer vor dem Unfall asymptomatisch gewesen sei, laufe auf den beweisrechtlich unzulässigen Schluss "post hoc ergo propter hoc" hinaus. Es sei auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärzte und behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagten, weshalb diese mit Vorbehalt zu würdigen und auch deshalb nicht geeignet seien, Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilung zu wecken. Kreisärzte verfügten überdies über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Die Vorbringen in der Beschwerde würden den Beweiswert der kreisärztlichen Beurteilung in Form der medizinischen Aktenbeurteilung nicht zu schmälern vermögen. Auch nicht mit dem Hinweis auf die Stellungnahme von Swiss Orthopaedics vom 1. Oktober 2020, da der Kreisarzt den Unfallmechanismus lediglich als weiteres Begründungselement – neben verschiedenen anderen Argumenten, die gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprächen (z.B. die am Unfalltag klinisch befundete

freie aktive Beweglichkeit im Schultergelenk und die bildgebend erhobenen Befunde mit fettigen Degenerationen) – erwähne; zudem sei die Haltung von Swiss Orthopaedics nicht wissenschaftlich belegt, daher nicht beweiskräftig und werde in der medizinischen Literatur kontrovers diskutiert. Ausserdem sehe es auch das Bundesgericht nicht als seine

- 9 - Aufgabe an, den Expertenstreit hinsichtlich der Unfallkausalität von Rotatorenmanschettenrupturen zu entscheiden.

#### **E. 20**

Mit Replik vom 21. Oktober 2021 hielt der Beschwerdeführer unverändert an seinen Rechtsbegehren fest, unter Einreichung eines Arztberichts von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2021, worin dieser ausführte, dass die Verletzungen des Supraspinatus und des anterioren Infraspinatus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückgingen. Insbesondere der intraoperative Befund habe ergeben, dass es sich um eine traumatische Ablösung der Sehnenstrukturen handelte, da keine degenerativen Ausfaserungen oder Veränderungen an der Sehne zu erkennen gewesen seien. Allein die aktivierte AC-Gelenksarthrose sei eher als Aktivierung eines unfallfremden Vorzustands zu interpretieren. Hinsichtlich der Rotatorenmanschette hätten keine unfallfremden Ursachen vorgelegen; die kräftigen Strukturen der abgerissenen Sehnen deuteten nicht auf eine Vorschädigung hin. Nach der gelungenen Rotatorenmanschetten-Naht müsse mit einer Rehabilitationszeit von einem Jahr hinsichtlich der Kraft und einem halben Jahr hinsichtlich des stabilen Einwachsens der Sehnenstrukturen gerechnet werden, somit könne noch eine Verbesserung des Gesundheitszustands erwartet werden. Die kreisärztliche Beurteilung sei nicht ganz nachvollziehbar. Aus der Aktenlage und den Berichten des Patienten gehe hervor, dass keine Vorzustände über der linken Schulter vor dem Unfallereignis bestanden hätten. Im Übrigen vertiefte der Beschwerdeführer seine bisherigen Standpunkte.

#### **E. 21**

In ihrer Duplik vom 16. November 2021 hielt die Beschwerdegegnerin unverändert an ihren Rechtsbegehren fest, unter Einreichung einer orthopädisch-chirurgischen Beurteilung von Versicherungsmediziner Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 10. November 2021, worin insbesondere auch unter Hinweis auf die aktuelle medizinische Literatur

- 10 - und in detaillierter Analyse der im Zeitverlauf erhobenen klinischen Befunde (u.a. mit gut dokumentierten Erstbefunden am Unfalltag mit einer freien Beweglichkeit der linken Schulter sowie mit vorliegend fehlendem, bei einer traumatischen Läsion der Rotatorenmanschette in aller Regel zu erwartendem typischen Decrescendo-Verlauf) sowie unter Bezugnahme auf die bildgebend und intraoperativ erhobenen Befunde dargelegt wurde, dass die Operation vom 12. März 2021 nicht zur Behebung von Unfallfolgen gedient habe. Es sei nicht zu strukturellen Verletzungen, sondern lediglich zu einer vorübergehenden Beschwerdesymptomatik an der linken Schulter gekommen und spätestens nach drei Monaten sei der Zustand erreicht gewesen, der sich – in Anbetracht des degenerativen Vorzustands – auch ohne das vorliegend in Frage stehende Ereignis eingestellt hätte. In antizipierter Beweiswürdigung könne auf zusätzliche medizinische Abklärungsmassnahmen und damit auf die eventualiter beantragte Rückweisung zur Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens verzichtet werden. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften, den angefochtenen Einspracheentscheid vom 9. August 2021 sowie die übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den

nachstehenden Erwägungen eingegangen. II. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 9. August 2021 (vgl. Akten des Beschwerdeführers [Bf-act.] 2; Akten der Beschwerdegegnerin [Bg-act.] 83). Gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen einen Einspracheentscheid innert 30 Tagen seit seiner Eröffnung Beschwerde an das Versicherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in welchem die versicherte Person

- 11 - im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Der Beschwerdeführer wohnt im Kanton Graubünden, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden gegeben ist. Dessen sachliche Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100). Als im Einspracheverfahren unterlegener, formeller und materieller Adressat des angefochtenen Einspracheentscheids ist der Beschwerdeführer davon überdies berührt und weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung auf (vgl. Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten (Art. 60 und Art. 61 ATSG). 2. Unbestritten geblieben sind das Vorliegen eines Unfalls i.S.v. Art. 4 ATSG und die Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG (Heilbehandlung und Taggeld). Streitig und zu prüfen ist vorliegend eine allfällige Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den 30. April 2021 hinaus.

## **E. 23**

März 2021 (vgl. Bg-act. 27) die Diagnose Schulterimpingement, wie er sie im Dezember 2019 gestellt hatte (vgl. Bg-act. 28). Mit Schreiben vom 16. April 2021 hielt Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ sodann fest, die Schulterimpingementsymptomatik sei folgenlos abgeheilt. Schulterschmerzen hätten sich erst nach dem Unfall im Januar 2021 manifestiert. Bis dahin hätte der Beschwerdeführer keine Schmerzen gehabt. Wäre die Impingementsymptomatik auf eine Rotatorenmanschettenläsion oder Degeneration zurückzuführen gewesen, wären die Beschwerden sicherlich nicht mit der Einnahme von NSAR (Anm. des Gerichts: Nichtsteroidale Antirheumatika) und ohne Physiotherapie sistiert, zumal der Beschwerdeführer immer wieder Gewichte bis 1200 kg mit einem "Roller" schiebe und hohe Belastungen auf die Schulter ausübe (vgl. Bg-act. 45). Diese Einschätzung des Internisten Dr. med. C.\_\_\_\_\_ folgt in der Argumentation der unzulässigen Beweisregel von "post hoc ergo propter hoc", da er die Betonung auf die Asymptomatik des im Dezember 2019 diagnostizierten Impingement unter NSAR bis zum Unfallereignis am 16. Januar 2021 legt und die aktuellen Beschwerden nach dem Unfall auf den Unfallmechanismus bzw. das Unfallereignis zurückführt (vgl. Bg-act. 27). Zudem ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass der Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ als behandelnder Arzt mitunter im Hinblick auf seine auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten seines Patienten aussagt, so dass seine Einschätzungen mit Vorbehalt zu würdigen sind.