

# ZG\_VERWALTUNGSGERICHT S 2020 107 vom 30. Juni 2022

ZG Verwaltungsgericht, 2022-06-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zg\\_verwaltungsgericht\\_S\\_2020\\_107](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zg_verwaltungsgericht_S_2020_107)

FR: ZG\_VERWALTUNGSGERICHT S 2020 107 du 30 juin 2022

IT: ZG\_VERWALTUNGSGERICHT S 2020 107 del 30 giugno 2022

## Regeste

Sozialvers.rechtl. Kammer — Unfallversicherung (Leistungen) — Beschwerde

## Erwägungen

### E. 2

Urteil S 2020 107 A. Mit Bagatellunfallmeldung vom 19. März 2018 informierte die C.\_\_\_\_\_ AG die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) über den Unfall ihres Mitarbeiters, den 1951 geborenen A.\_\_\_\_\_ (welcher gemäss Handelsregisterauszug zugleich einziges Mitglied des Verwaltungsrates der C.\_\_\_\_\_ AG war bzw. ist), vom 9. März 2018. A.\_\_\_\_\_ habe sich bei einem Sturz beim Skifahren in I.\_\_\_\_\_ eine Zerrung und eine Quetschung am "Finger links" zugezogen (Suva-act. 1). Daraufhin erteilte die Suva dem erstbehandelnden Arzt, Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, Kostengutsprache für die ärztliche Behandlung (Suva-act. 2). Am 4. Januar 2019 meldete die C.\_\_\_\_\_ AG bzw. A.\_\_\_\_\_ einen Rückfall betreffend das Schadenereignis vom 9. März 2018 mit Hinweis auf eine erlittene Verletzung der linken Schulter ("Verdrehung/Verstauchung") beim Skifahren in I.\_\_\_\_\_ (Suva-act. 3; vgl. auch die E-Mail des Versicherten vom 3. Dezember 2019, Suva-act. 11). Die Suva kam in der Folge für die ärztliche Behandlung und die Physiotherapie auf (vgl. Suva-act. 58 Sachverhalt lit. B), holte aber gleichzeitig medizinische Unterlagen ein und teilte dem Versicherten am 10. Dezember 2019 mit, dass sie zu den Versicherungsleistungen noch nicht endgültig Stellung nehmen könne und nach Abschluss der Abklärungen über ihre Leistungspflicht entscheiden werde (Suva-act. 12).  
Am

### E. 2.1

Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] sowie § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung [BGS 842.5]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 58 Abs. 1 ATSG – Wohnsitz der versicherten Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung – gegeben. Der Beschwerdeführer ist in G.\_\_\_\_\_ wohnhaft. Damit ist das Verwaltungsgericht des Kantons Zug zur Beurteilung der vorliegenden Streitsache örtlich und sachlich zuständig.

### E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin erliess den angefochtenen Einspracheentscheid am

### E. 6

Oktober 2020 auf die Einreichung einer umfassenden Beschwerdeantwort, verwies auf die Begründung im Einspracheentscheid vom 8. Juli 2020 und schloss auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 3). Das Verwaltungsgericht erwägt: 1. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu 8. Juli 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1). Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Artikel 82a ATSG sieht vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige

4 Urteil S 2020 107 Beschwerden das bisherige Recht gilt. Im hier zu beurteilenden Fall wurde die Beschwerde am 7. September 2020 der Schweizerischen Post übergeben, weshalb vorliegend die bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen Normen des ATSG Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden. 2.

### **E. 6.1**

In der Bagatellunfallmeldung vom 19. März 2018 ist festgehalten, dass der Versicherte beim Skifahren am 9. März 2018 gestürzt sei und sich am "Finger links" eine "Zerrung" und eine "Quetschung" zugezogen habe (Suva-act. 1).

### **E. 6.2**

Doktor D.\_\_\_\_\_ berichtete im undatierten Arzteugnis UVG betreffend die Erstbehandlung (eingegangen bei der Suva im Rahmen der Abklärungen zum Rückfall am 27. Januar 2020), der Patient habe einen Sturz beim Skifahren am 9. März 2018 angegeben, der Skistock sei gegen den Daumen links gespickt. Der Hausarzt diagnostizierte eine Bandzerrung des Daumengrundgelenks links und empfahl Schonung (Suva-act. 22). Doktor D.\_\_\_\_\_ schloss den Fall – gemäss unbestritten gebliebener Sachverhaltsdarstellung der Suva – nach dieser einmaligen Konsultation ab (vgl. Suva- act. 58 Sachverhalt lit. C; weitere Berichte des Hausarztes liegen denn auch nicht bei den Akten).

### **E. 6.3**

In der Schadenmeldung vom 4. Januar 2019 ist bezogen auf das Unfallereignis vom 9. März 2018 eine "Verdrehung/Verstauchung" der Schulter links festgehalten. Zum Unfallhergang führte der Versicherte aus, er sei beim Skifahren in I.\_\_\_\_\_ bei der Schlussfahrt gestürzt. Anfänglich habe er mittlere Schmerzen gehabt. Diese hätten sich im Verlauf des Jahres etwas reduziert, resp. nur bei gewissen Bewegungen bemerkbar gemacht. Im Herbst sei er eine Woche in J.\_\_\_\_\_ Segeln gewesen. Seither habe er wieder vermehrt Schmerzen bei gewissen Bewegungen. Weil die Schmerzen nicht weggegangen seien, habe er sich bei Dr. F.\_\_\_\_\_ zur Untersuchung angemeldet (Suva-act. 3).

### **E. 6.4**

Doktor F.\_\_\_\_\_ diagnostizierte am 26. Januar 2019 einen Status nach Sturz auf die linke Schulter am 9. März 2018 mit gelenkseitiger Partialruptur der Supraspinatussehne und höhergradiger SLAP-Läsion. Anamnestisch hielt der Arzt fest, nach dem Sturz auf die linke Schulter beim Skifahren seien Schmerzen wechselnder Art aufgetreten. Nachdem es vorübergehend besser gegangen sei, habe der Patient am 4. Oktober 2018 beim Tauziehen

eine ruckartige Bewegung der linken Schulter gemacht, danach sei eine Verstärkung der Schmerzen aufgetreten. Die Schmerzen würden vor allem bei Alltagsbewegungen wie beim Hemd anziehen auftreten, nachts erwache der Patient wegen der Schmerzen. Bis jetzt seien keine Physiotherapie und keine Schmerzmedikation erfolgt (Suva-act. 4).

#### **E. 6.5**

Nach Vorlage der beiden Schadenmeldungen (Suva-act. 1 und 3), des Berichts über die MRI-Untersuchung der Schulter links vom 24. Januar 2019 (Suva-act. 15), der Berichte von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 26. Januar (Suva-act. 4) und 30. November 2019 (Suva-act. 10), des Berichts über die MR-Arthrographie der Schulter links sowie der Arthrographie der Schulter rechts vom 29. November 2019 (act. 14) und des undatierten UVG-Arztzeugnisses von Dr. D.\_\_\_\_\_ (Suva-act. 22) nahm Kreisärztin Dr. E.\_\_\_\_\_ am 19. Februar 2020 zum Dossier des Versicherten Stellung (Suva-act. 35). Die Suva-Ärztin führte aus, weder in der Bagatellunfallmeldung vom 19. März 2018 noch im Erstuntersuchungsbericht des Hausarztes Dr. D.\_\_\_\_\_ (welcher der Suva nun vorliege) werde eine Verletzung der linken Schulter dokumentiert. Erst bei der erneuten Schadenmeldung am 4. Januar 2019 werde eine Verdrehung/Verstauchung der linken Schulter erwähnt. Im Januar 2019 sei ein MRI der linken Schulter angefertigt worden, hier hätten sich keine strukturellen Läsionen gezeigt, die auf ein Unfallereignis zurückzuführen

#### **E. 6.6**

Nach Eingang des Operationsberichts vom 18. Februar 2020 (Suva-act. 38) und des Austrittsberichts vom 20. Februar 2020 (Suva-act. 39) erklärte Kreisärztin Dr. E.\_\_\_\_\_ am 24. März 2020, aufgrund der Berichte von Dr. F.\_\_\_\_\_ sei ihre medizinische Beurteilung vom 19. Februar 2020 nicht als zweifellos unrichtig zu beurteilen. Es lägen keine neuen Tatsachen vor, der durchgeführte Eingriff habe der Sanierung der vorbestehenden degenerativen Befunde bei Impingement-Konstellation mit AC-Gelenksarthrose gedient (Suva-act. 40).

#### **E. 6.7**

Am 13. Mai 2020 äusserte sich Dr. F.\_\_\_\_\_ zur Beurteilung der Kreisärztin. Doktor F.\_\_\_\_\_ führte aus, dass die durch die Suva-Ärztin als Ursache der Sehnenruptur angegebene Impingement-Problematik in der Operation nicht habe bestätigt werden können. Es habe im Bereich der Supraspinatussehne eine vorwiegende gelenkseitige Ruptur der Supraspinatussehne vorgelegen, aber keine bursaseitige. Bei einem Impingement wäre die bursaseitige Supraspinatussehne betroffen. Typischerweise mache eine Teilruptur oft im Intervall Schmerzen (dies würde hier passen) und könne dann sekundär durch die kraniale Dezentrierung zu einer sog. Impingement-Symptomatik führen, die aber sekundär sei und nicht die Kausalität. Daneben habe auch eine SLAP- Läsion vorgelegen, die nach seinem (Dr. F.\_\_\_\_\_) Dafürhalten auch auf den Unfall zurückzuführen sei (Suva-act. 51).

#### **E. 6.8**

Unter Berücksichtigung des Schreibens von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 13. Mai 2020 erstattete Kreisärztin Dr. E.\_\_\_\_\_ am 7. Juli 2020 eine ergänzende ausführliche Stellungnahme zu ihrer Beurteilung vom 19. Februar 2020 (Suva-act. 57). Der Fall (die Bilder und die Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 13. Mai 2020) sei mit Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, besprochen worden. Doktor H.\_\_\_\_\_ gehe mit ihr (Dr. E.\_\_\_\_\_) einig, dass auch die von Dr. F.\_\_\_\_\_ nun beschriebene gelenkseitige Ruptur – entsprechend einer PASTA-Läsion

(partial articular supraspinatus tendon avulsion) – auch typischerweise degenerativer Genese sei. Der ansatznahe Teil der Supraspinatussehne sei besonders anfällig für ein Verschleissleiden. In diesem Zusammenhang könne übereinstimmend in der Literatur nachgelesen werden, dass bei der Suche nach der Ätiologie der Rotatorenmanschettenruptur bereits frühzeitig eine

#### **E. 6.9**

Mit der vorliegenden Beschwerde liess der Versicherte die Stellungnahme von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 27. August 2020 einreichen. Doktor F. \_\_\_\_\_ bezog sich auf die Beurteilung der Kreisärztin vom 7. Juli 2020 und erklärte, die Verletzungen der Schulter links, die während der Operation erhoben worden seien, würden in keiner Weise zu einem subacromialen Impingement durch ein hakenförmiges Acromion passen. Die Sehnenruptur sei gelenkseitig gewesen (Subscapularissehne, Supraspinatussehne). Auch sei eine SLAP-Läsion nie auf ein hakenförmiges Acromion zurückzuführen. Die gelenkseitigen Teilrupturen der Rotatorenmanschette seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein Trauma zurückzuführen. Um durch die Schwellung des Gewebes nach einer Operation eine Schmerzproblematik unter dem Schulterdach zu vermeiden, erweitere man dies heute nach einer Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion routinemässig (BF-act. 4). 7. 7.1 Im Licht der dargelegten Rechtsprechung zur Beweistauglichkeit von ärztlichen Berichten (vgl. vorne E. 5.4.1 ff.) – und dabei insbesondere jene zur Beweiswertigkeit

#### **E. 8**

Juli 2020. Dieser ging dem Beschwerdeführer bzw. seiner Rechtsschutzversicherung frühestens am Folgetag zu. Die am 7. September 2020 der Post übergebene Beschwerde gilt unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes gemäss Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG (15. Juli bis und mit 15. August) als i.S.v. Art. 60 Abs. 1 ATSG (30-tägige Frist) rechtzeitig eingereicht. Die Beschwerdeschrift entspricht sodann den übrigen formellen Anforderungen und der Beschwerdeführer ist als vom Einspracheentscheid direkt Betroffener zur Beschwerde legitimiert, weshalb die Beschwerde vom Gericht zu prüfen ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11). 3. Streitig und zu prüfen ist die (natürliche) Kausalität der im Rahmen eines Rückfalls am 4. Januar 2019 geltend gemachten Schulterbeschwerden zum Unfallereignis vom

#### **E. 9**

Urteil S 2020 107 5.4.4 Auch Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kann Beweiswert zukommen, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen (BGer 8C\_677/2010 vom 16. Dezember 2010 E. 4.5). Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen,

so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4). So sind etwa konkrete und differenzierte Einwände eines behandelnden Facharztes geeignet, zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung des versicherungsinternen Arztes zu wecken (BGer 8C\_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.3). 6. Den Akten lässt sich zum Unfallhergang und zum medizinischen Sachverhalt im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

#### **E. 10**

Urteil S 2020 107

#### **E. 11**

Urteil S 2020 107 gewesen wären. Es sei eine Partialruptur der Supraspinatussehne dargestellt worden. Zusätzlich sei eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose mit deutlicher Spornbildung mit Indentation des Musculus supraspinatus sowie ein Akromion Typ II, entsprechend einer Einengung des subakromialen Raumes beschrieben worden. Passend dazu habe sich damals Flüssigkeit in der Bursa subacromialis im Sinne einer Bursitis subacromialis gefunden. Bei intaktem Bizepsanker habe sich eine anteromediale Rissbildung des Labrum glenoidale dargestellt. Die durch Dr. F. \_\_\_\_\_ erhobenen anamnestischen Angaben und klinischen Befunde würden einer Impingement-Symptomatik entsprechen, passend zu den Befunden in der Bildgebung (Suva-act. 35 S. 2). Das Impingement-Syndrom entwickle sich in der Regel über Jahre bzw. Jahrzehnte fast unmerklich und verschlimmere sich kontinuierlich (Suva-act. 35 S. 2). Die Einengung werde primär durch Verschleisserscheinungen (z.B. Arthrose des Schultergelenks) oder durch eine Entzündung der Rotatorenmanschette, wie auch Schleimbeutelentzündungen verursacht. Ein Knochensporn im Subakromialraum oder eine ungünstige Form des Schulterdaches (hakenförmiges Akromion) gehörten auch zu den Auslösern. Ein Impingement-Syndrom der Schulter äussere sich typischerweise durch Schmerzen in der Schulter, diese würden zunächst meist belastungsabhängig auftreten, etwa bei bestimmten Armbewegungen wie dem Anheben des Armes zur Seite oder nach hinten. Die Beweglichkeit und Kraft des Armes sei durch die Schmerzen eingeschränkt. Je nach Dauer der Erkrankung würden weitere Symptome wahrgenommen, wie z.B. Schulterschmerzen bei Nacht. Die Beweglichkeit des Schultergelenkes könne im Verlauf des Impingements deutlich abnehmen, was als sekundäre Schultersteife oder "frozen shoulder" bezeichnet werde. Im schlimmsten Fall würden die Strukturen so lange strapaziert, bis es zu einem (Teil-)Riss der Sehnen komme (Suva-act. 35 S. 3). Die aktuellen Beschwerden des Versicherten und die MR-tomographischen Befunde entsprächen typischerweise einer oben beschriebenen Impingement-Symptomatik und seien deshalb nicht unfallkausal. Auch sei im Rahmen der Schadenmeldung im März 2018 keine Verletzung der linken Schulter dokumentiert, wie auch nicht im Erstuntersuchungsbericht des Hausarztes. In diesem Bericht sei nur eine Verletzung des linken Daumens erwähnt worden. Aufgrund der Befunde und der zeitlichen Latenz zum Ereignis sei der kausale Zusammenhang der Schulterschmerzen zum "Skisturz" vor fast zwei Jahren höchstens möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Bildgebung, die Beschwerden und vor allem der Beschwerdeverlauf entspreche einem Impingement. Die geplante Operation diene dementsprechend der Sanierung unfallfremder

#### **E. 12**

Urteil S 2020 107 degenerativer (stummer) Vorbefunde. Folgen des Sturzes vor zwei Jahren seien nach maximal sechs Wochen abgeklungen gewesen (Suva-act. 35 S. 3).

### **E. 13**

Urteil S 2020 107 hypovaskuläre Zone im Verlauf der Supraspinatussehne gefunden und beschrieben würde. Die gefässarme Zone im lateralen Bereich der Supraspinatussehne entspreche der "letzten Wiese" der deszendierenden und ascendierenden vertikalen Gefässversorgung des Musculus supraspinatus. Die Rotatorenmanschette sei im Lauf des Lebens einer hohen und anhaltenden Belastung ausgesetzt und unterliege einer fortschreitenden Degeneration. Aus anatomischer Sicht werde auf die sog. "critical zone" wegen einer verringerten Sehnendurchblutung mit 1 cm vor dem anterioren Ansatz der Supraspinatussehne und dem Tuberculum majus hingewiesen. In der Anatomie gebe es Hinweise auf einen Einfluss der Glenoidneigung, wobei dieser Faktor Einfluss auf die Entwicklung eines Impingements nehmen könne. Extrinsische Faktoren würden von aussen auf die Rotatorenmanschette einwirken, so Reibungseffekte durch die Akromionunterfläche. Häufig fänden sich eine Kombination extrinsischer und intrinsischer Faktoren. Bei dextrinschen Faktoren handle es sich in aller Regel um Belastungsstörungen, z.B. im Sinne der Aussenrotation. Hier werde der Rotatorenschaden durch die damit verbundene Beeinträchtigung der Durchblutung erklärt. Die typischen extrinsischen Faktoren seien in einem akromialen Impingement zu sehen, aber auch im Nachweis akromialer Sporne, die eine bursaseitige Schädigung in der Rotatorenmanschette nach sich ziehen würden. Die Oberkopfbelastung im Sinne eines "overuse" führe zur Mikrotrauma-Theorie und als extrinsischer Faktor würde das posterosuperiore Impingement gewertet. Die PASTA-Läsion sei die Folge der Stresszunahme mit Schädigung der Rotatorenmanschette in der kritischen Zone, d.h. im Bereich der posterioren Supraspinatussehne und der anterioren Infraspinatussehne. Dieser Sehnenschaden korreliere mit der Existenz eines sog. Tuberkulumnotch. Entscheidend in der Beurteilung des Rotatorenschadens sei die frühzeitige exakte Diagnose. Bereits bei der klinischen Untersuchung, unabhängig von einem angegebenen Unfallmechanismus, resultiere aus einer tatsächlichen Verletzung der Rotatorenmanschette eine Funktionsbeeinträchtigung, beim verschleissbedingten Schaden stehe der Schmerz im Vordergrund, meist in Verbindung mit Enthesiopathie- Zeichen. Eine leere Anamnese sei kein Beweis dafür, dass keine Vorschäden bestünden, denn sowohl Rotatorentendinosen als auch texturstörungsbedingte Defekte seien zu einem hohen Prozentsatz symptomlos (Suva-act. 57 S. 1 f.). Wäre die Supraspinatussehnenläsion frisch gewesen, wäre es zu einem entsprechenden Funktionsausfall (z.B. drop arm sign) des linken Armes gekommen, was unmittelbar das Aufsuchen eines Arztes zur Folge gehabt hätte. Eine isolierte Partialruptur der Supraspinatussehne ohne jegliche sonstige Begleitverletzungen sei entsprechend der

### **E. 14**

Urteil S 2020 107 umfangreichen Fachliteratur mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen (Suva-act. 57 S. 2). Auch die von Dr. F. \_\_\_\_\_ erwähnte SLAP II-Läsion sei nicht unfallkausal (Suva-act. 57 S. 2). Als geeignete Unfallmechanismen würden in der Literatur nur wenige genannt, laut Muffet entstünden 2/3 der traumatisch bedingten SLAP-Läsionen durch Traktionsverletzungen, gefolgt von Stürzen auf den ausgestreckten Arm, abgesehen von den Luxationsmechanismen. Nur in Ausnahmefällen könne ein direktes Trauma als Ursache gesehen werden. Bei der Traktion würde die Bizepssehne vom Knochen gezogen oder auch abgeschert, letzteres entspreche

dem "Peel-Back"-Mechanismus, was zum SLAP Typ II führe. Ein typischer Traktionsmechanismus der zu einer traumatischen SLAP- Läsion beitrage, wäre das Tragen eines schweren Gegenstandes mit einer plötzlich einsetzenden Fehlbelastung. In der Literatur herrsche bezüglich der Genese von SLAP- Läsionen bei Traktionsverletzungen weitgehend Einigkeit, insbesondere wenn gleichzeitig eine maximale exzentrische Anspannung des Bizepses zustande komme, z.B. beim Auffangen eines fallenden Gegenstandes mit gebeugtem Ellenbogen, aber auch bei unerwarteten Zugverletzungen im gestreckten Ellenbogen. Ebenso seien Kompressionsverletzungen durch Sturz auf den gestreckten Arm, sowohl in Extension, als auch in Flexion, geeignete Mechanismen. Diskutiert würden ebenfalls direkte Krafteinwirkungen, wie z.B. im Zuge eines Autounfalls, bei welchem der Sicherheitsgurt eine Bewegung des Armes (Schulter) nach vorne abbremsen, hier sei jedoch eine erhebliche Krafteinwirkung erforderlich, in aller Regel bestünde ein Luxations- bzw. Subluxationsmechanismus nach vorne (Suva-act. 57 S. 3). In allen Publikationen werde die SLAP-Läsion zwar als mögliche Traumafolge erwähnt, im Prinzip gingen aber alle Autoren darauf ein, dass rezidivierende Mikrotraumen eine Ursache darstellten und dass die SLAP-Läsion besonders bei Instabilitäten, aus denen sich Mikrotraumen ableiten liessen, nachgewiesen würden. Somit würden drei Entstehungsvarianten resultieren: Traumatisch, Mikrotraumen, Instabilitäten (Suva-act. 57 S. 4). Als geeignete Unfallmechanismen würden in der Literatur nämlich nur wenige genannt. Es handle sich um Traktionsverletzungen oder Stürze auf den ausgestreckten Arm, durch deren komprimierende Kraft unter dem Schulterdach, der Oberarmkopf gegen das superiore Labrum gedrückt werde. Deshalb gingen diese Verletzungen auch häufig mit Oberarmkopffimpressionen, nachgewiesen durch "Bone bruise"-Areale in der Kernspintomographie, einher. In Abhängigkeit des Sturzmechanismus, ob in Flexion oder Extension, sei eine zusätzliche Abduktions- oder Rotationskomponente notwendig. Der Sturz auf den ausgestreckten Arm in Abduktion und Flexion, d.h. ein Sturz nach vorne, sei

#### **E. 15**

Urteil S 2020 107 möglicherweise geeignet, eine SLAP II-Läsion zu verursachen. Liege an Stelle der Abduktion eine Adduktion des Oberarmes vor, überwiege die Kompressionskomponente mit kranialer Subluxation des Humeruskopfes, es entstehe eine Abscherung des Labrums mit Beteiligung der Bizepssehne. Entscheidend sei bei diesen Kompressionsverletzungen, dass kernspintomographisch in aller Regel eine Oberarmkopffimpression mehr oder weniger ausgebildet nachweisbar sei, vergleichbar mit einer typisch lokalisierten Hill Sachs-Delle, zumindest aber müsse ein Knochenödem nachweisbar sein, dass dann auch die Kompression bestätige (Suva-act. 57 S. 4 f.). Zusammengefasst sei weder die PASTA-Läsion noch die beschriebene SLAP-Läsion auf das Ereignis vom 9. März 2018 zurückzuführen, sondern degenerativer Genese. Ebenfalls werde nochmals darauf hingewiesen, dass in der Schadenmeldung im Jahr 2018 wie auch im Erstbefund des Hausarztes keine Verletzung der linken Schulter dokumentiert worden sei. Eine traumatisch bedingte Schulterverletzung führe unmittelbar zum Funktionsausfall und nicht erst nach Wochen resp. Monaten zu Schmerzen. Deshalb werde an der Stellungnahme vom 19. Februar 2020 festgehalten, dass die Operation der Sanierung unfallfremder degenerativer (möglicherweise stummer) Vorbefunde gedient habe. Die Folgen des Sturzes vor über zwei Jahren seien nach maximal sechs Wochen abgeklungen gewesen (Suva-act. 57 S. 5).

#### **E. 16**

Urteil S 2020 107 versicherungsinterner Stellungnahmen – sowie in Würdigung der Aktenlage kann vollumfänglich auf die Stellungnahme von Kreisärztin Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 7. Juli 2020 (welche sie unter Beizug von Dr. H. \_\_\_\_\_ erstattete; E. 6.8) abgestellt werden. Die Kreisärztin legt darin in Kenntnis der Vorakten schlüssig und nachvollziehbar dar, weshalb die Schulterverletzung des Versicherten nicht unfallkausal ist. Sie berücksichtigt dabei die geklagten Beschwerden des Versicherten und setzt sich insbesondere mit den Berichten und Stellungnahmen von Dr. F. \_\_\_\_\_ auseinander. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, vermögen daran auch die Vorbringen des Beschwerdeführers, welcher sich massgeblich auf die intraoperativ festgestellten Befunde und die Stellungnahmen von Dr. F. \_\_\_\_\_ stützt, nichts zu ändern. 7.2 So stellt die Suva-Ärztin in ihrer ausführlichen Stellungnahme vom 7. Juli 2020 nicht mehr eine Impingement-Symptomatik ins Zentrum ihrer Begründung der fehlenden Unfallkausalität. Sie legt vielmehr ausführlich dar, weshalb die (intraoperativ) festgestellte PASTA-Läsion sowie die SLAP-Läsion nicht unfallkausal seien bzw. unter welchen Voraussetzungen derartige Verletzungen Folge eines Unfalles sein könnten; dass namentlich bei einer unfallbedingten (frischen) Verletzung der Rotatorenmanschette bzw. der Supraspinatussehne eine sofortige Funktionsbeeinträchtigung zu erwarten gewesen wäre, was unmittelbar das Aufsuchen eines Arztes zur Folge gehabt hätte. Im Weiteren erklärt sie nachvollziehbar und schlüssig, dass bei (unfallkausalen) Kompressionsverletzungen kernspintomographisch in aller Regel eine Oberarmkopfimpression mehr oder weniger ausgebildet nachweisbar sei, zumindest aber ein Knochenödem nachweisbar sein müsse, was vorliegend aus den medizinischen Akten nicht ersichtlich ist und auch weder vom Beschwerdeführer noch von Dr. F. \_\_\_\_\_ behauptet wird. Doktor F. \_\_\_\_\_ setzt sich mit der dahingehenden Argumentation der Kreisärztin und dem zeitlichen Verlauf der Beschwerden (Latenzzeit sowie fehlende ärztliche Behandlung der Schulter direkt nach dem Unfallereignis) denn auch überhaupt nicht auseinander und legt den Fokus der Argumentation in seiner Stellungnahme vom 27. August 2020 nach wie vor auf die – ursprünglich von der Kreisärztin als Hauptargument angeführte – Impingement-Symptomatik. 7.3 Im Weiteren lässt sich den Akten nicht entnehmen, wie sich der Sturz auf die Schulter genau zugetragen hat, dies wird ferner auch in der Beschwerdeschrift nicht umschrieben. Unbestrittenermassen fehlt es an echtzeitlichen Schilderungen einer beim Unfallereignis vom 9. März 2018 erlittenen Schulterverletzung; daran würde im Übrigen

#### **E. 17**

Urteil S 2020 107 auch eine gutachterliche Beurteilung nichts zu ändern vermögen. Kreisärztin Dr. E. \_\_\_\_\_ bezieht diese Tatsache und die damit einhergehende (ursprünglich offensichtlich) fehlende ärztliche Behandlungsbedürftigkeit in ihre Beurteilung mit ein. Wie sich der Unfallmechanismus konkret dargestellt hatte, ist insofern auch nicht entscheidend, als die Kreisärztin bei der Verneinung der Kausalität hauptsächlich auf die erhobenen Befunde und den zeitlichen Verlauf der Beschwerden abstellt, was im Sinne einer medizinischen Gesamtbetrachtung nicht zu beanstanden ist. Angesichts der Tatsache, dass in vielen Fällen der genaue Unfallmechanismus aufgrund der Angaben der betroffenen Patienten nicht genau rekonstruiert werden kann, wird dem Kriterium des Unfallmechanismus zur Beurteilung der Unfallkausalität keine übergeordnete Bedeutung mehr beigemessen. Es geht vielmehr darum, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprechen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die

Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (BGer 8C\_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.4). Diesen Anforderungen kam Dr. E. \_\_\_\_\_ in ihrer Beurteilung vom 7. Juli 2020 zweifellos nach. Weitere Abklärungen zum konkreten Unfallhergang können demnach unterbleiben, zumal allenfalls nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung gemachten Angaben ohnehin kein allzu grosses Gewicht mehr beigemessen werden kann (vgl. zur Beweismaxime der "Aussage der ersten Stunde": BGE 143 V 168 E. 5.2.2; BGer 8C\_347/2021 vom 10. November 2021 E. 4.2). 7.4 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die kurz gehaltene und wenig differenzierte Kritik von Dr. F. \_\_\_\_\_ an der ausführlich begründeten Stellungnahme von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 7. Juli 2020 keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken vermag. Doktor E. \_\_\_\_\_ legte im Ergebnis schlüssig dar, dass beim Beschwerdeführer mehr Indizien vorliegen, die für eine degenerativbedingte also krankheitsbedingte Genese der Schulterverletzung sprechen, als solche, die einen traumatischen Ursprung der Läsionen nahelegen. Mithin hat die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz gemäss Art. 43 ATSG nicht verletzt, indem sie auf die versicherungsinterne Stellungnahme ihrer Kreisärztin abgestellt und keine gutachterliche Abklärung veranlasst hat. 8. Die vorliegende Beschwerde erweist sich folglich als unbegründet und ist dementsprechend abzuweisen.

#### **E. 18**

Urteil S 2020 107 9. Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG) und eine Parteientschädigung ist bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG).

#### **E. 19**

Urteil S 2020 107 Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

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