

200 21 124 UV
ACT/PES/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. August 2021

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 5. Januar 2021



Sachverhalt:

A.

Die 1975 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war als Angestellte der C. _____ AG bei der Suva (nachfolgend Suva bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als sie gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 19. Dezember 2019 am 5. November 2019 in der Filiale ... einen TV habe halten wollen, der am Umfallen gewesen sei. Dabei habe sie sich eine Sehne in der rechten Schulter angerissen (Antwortbeilage [AB] 1). Am 16. April 2020 erfolge eine erneute Meldung mit dem Hinweis, dass die Versicherte nach einem externen Einsatz bei D. _____ seit dem 30. März 2020 vermehrt Schmerzen habe und seither arbeitsunfähig sei. Eine Operation sei für den 8. Mai 2020 geplant (AB 6).

Nach medizinischen Abklärungen teilte die Suva mit Schreiben vom 11. Mai 2020 mit, sie werde ihre Versicherungsleistungen per 30. März 2020 einstellen (AB 36), wogegen sich sowohl die Versicherte als auch die E. _____ als deren Krankenversicherer wehrten (AB 40, AB 45). Nachdem sie weitere Abklärungen getätigt hatte, verfügte die Suva am 25. Juni 2020 die Einstellung ihrer Versicherungsleistungen per 30. März 2020, da die bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien (AB 58). Dagegen erhoben sowohl die E. _____ (AB 70 i.V.m. AB 73) als auch die Versicherte (vertreten durch Rechtsanwalt B. _____; AB 79) jeweils Einsprache, welche die Suva mit Entscheid vom 5. Januar 2021 abwies (AB 89).

B.

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte, wiederum vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 5. Februar 2021 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben. Eventualiter sei die Sache zur Vervollständigung des Sachverhalts und zu neuer Entscheidung an die Suva zurückzuweisen – unter Kostenfolge. Mit

Eingabe vom 8. Februar 2021 stellte sie den Beweisantrag, es sei ein externes medizinisches Gutachten anzuordnen.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2021 beantragt die Beschwerdeführerin, die Beschwerde sei abzuweisen.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 5. Januar 2021 (AB 89). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung infolge des Ereignisses vom 5. November 2019 über den 30. März 2020 hinaus.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.2.2 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft 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 146 V 51 E. 5.1. S. 55).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

2.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.5 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). 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. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberechnen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.

3.1 Dass das Ereignis vom 5. November 2019 (AB 13 S. 1) die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten.

3.2 Den medizinischen Akten lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.2.1 Im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 5. November 2019 begab sich die Beschwerdeführerin erstmals am 3. Dezember 2019 in ärztliche Behandlung (vgl. AB 21, AB 27 S. 4 und AB 51 S. 2). Dabei hielt der erstbehandelnde Arzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, die Versicherte habe vor drei Wochen versucht, herunterstürzende Fernsehdisplays mit der rechten Hand aufzufangen. Sie habe einen Schlag in der rechten Schulter verspürt. Dann habe sie vor allem ab dem

nächsten Tag Schmerzen gehabt und den Arm auf gewisse Arten nicht bewegen können. Es sei seither zu keiner Besserung gekommen. Schmerzen seien vermehrt auch in Ruhe und im Liegen aufgetreten. Dr. med. F._____ diagnostizierte einen Verdacht auf eine Teilruptur der Supra- und der Infraspinatussehne rechts und veranlasste ein MRI der rechten Schulter (AB 51 S. 2).

3.2.2 Die in der Folge am 10. Dezember 2019 im Spital G._____ durchgeführte Arthro-MR-Untersuchung (vgl. AB 8) zeigte gemäss der Beurteilung gleichen Tages durch Dr. med. H._____, Facharzt für Radiologie, eine fokale tiefgreifende bursaseitige Footprintläsion der Supraspinatussehne ventral, eine diskrete Ansatz tendonopathie der Infraspinatus- und Subscapularissehne, jedoch keine Muskelatrophien oder fettige Muskeldegenerationen (AB 8 S. 2).

3.2.3 Am 16. April 2020 hielt Dr. med. I._____, Facharzt für Chirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in der Anamnese fest, nach dem Unfall vom 5. November 2019 sei trotz zwei Serien Physiotherapie keine Besserung eingetreten. Es bestünden anhaltende Schmerzen und eine starke Bewegungseinschränkung mit anhaltender Arbeitsunfähigkeit seit 30. März 2020. Anamnese und Befunde sprächen für eine Verletzung der rechten Schulter durch den Unfall vom 5. November 2019 (recte: 5. November 2019) mit Verletzung der Supraspinatussehne. Im MRI des rechten Schultergelenks vom 10. Dezember 2020 (recte: 10. Dezember 2019) sei eine Footprintläsion der Supraspinatussehne bestätigt worden. Die Versicherte habe sich zur operativen Refixation der Supraspinatussehne in Mini-Open-Technik entschieden (AB 7).

3.2.4 Am 9. Mai 2020 hielt der Suva-Arzt Dr. med. J._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, die Versicherte stelle sich fünfeinhalb Monate nach einem angeblichen Ereignis vor und mache einen Schaden im Bereich des Schultergelenks geltend. Die Schadenmeldung sei im Dezember 2019, vier Wochen nach dem Ereignis bzw. nach der MRT-Untersuchung erfolgt. Kernspintomographisch finde sich kein Hinweis für eine sogenannte "Partialruptur", sondern nur Hinweise auf eine Tendonopathie/Enthesiopathie; der fehlende Kon-

trastmitteldurchfluss beweise das Fehlen einer transmuralen Zusammenhangstrennung. Es liege keine unfallbedingte strukturelle Veränderung vor. Die Operation adressiere keine Unfallfolgen. Es handle sich in diesem Fall eindeutig um eine ansatznahe Tendinopathie der Supraspinatussehne, der Infraspinatussehne und der Subscapularissehne. Es sei von einer Distorsion des Schultergelenks mit Aktivierung eines verschleissbedingten Vorzustands für maximal sechs Wochen auszugehen. Er empfehle eine sofortige MRT-Kontrolle. Es sei keine Kostenzusage für die Operation zu erteilen (AB 25).

3.2.5 Im Operationsbericht vom 8. Mai 2020 hielt Dr. med. I. _____ als Diagnose eine Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne rechts fest. Der im MRI vorbeschriebene Riss der Supraspinatussehne am Footprint habe sich relativ leicht identifizieren lassen. Die Infraspinatussehne habe in unmittelbarer Nähe der Insertion ebenfalls eine Ruptur aufgewiesen. Dort sei im MRI eine Tendinitis beschrieben worden (AB 30).

Im Austrittsbericht vom 15. Mai 2020 diagnostizierte Dr. med. I. _____ eine Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne rechts vom 5. November 2020 (recte wohl: 5. November 2019; AB 39 S. 2).

3.2.6 Die Vertrauensärztin des Krankenversicherers E. _____, Dr. med. K. _____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, kam zum Schluss, die Schulterbeschwerden seien überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 5. November 2019 zurückzuführen. Die Beschwerdeführerin sei vor dem Unfall beschwerdefrei und voll arbeitsfähig gewesen. Die MRI-Aufnahme habe einen tiefgreifenden Footprinttriss der Supraspinatussehne ergeben. Es sei lediglich eine diskrete Ansatz-tendinopathie der Infraspinatussehne und der Subscapularissehne beschrieben worden. Degenerative Veränderungen des Schultergelenks seien keine dargestellt worden. Der operative Eingriff habe der Refixierung der Supraspinatussehne sowie der Infraspinatussehne gedient. Letztere habe sich im Gegensatz zum MRI-Befund intraoperativ ebenfalls als rupturiert dargestellt. Auch dem Operationsbericht sei nicht zu entnehmen, dass chronische degenerative Veränderungen vorgelegen hätten, die eine Ruptur der Sehnen begünstigt hätten. Die Operation vom 8. Mai 2020 stehe somit im Zusammenhang mit dem

Ereignis vom 5. November 2019. Durch das Unfallereignis sei es zu einer richtunggebenden Verschlechterung gekommen (AB 45 S. 5).

3.2.7 Am 31. Mai 2020 hielt Dr. med. J. _____ unverändert fest, er könne auf den MRI-Bildern keine tiefgreifende Partial- oder Transmuralläsion der Rotatorenmanschette erkennen. Videoprintbilder lägen nicht vor. Der fehlende Durchtritt des Kontrastmittels bestätige die Intaktheit der Ansätze der Rotatorenmanschette für alle Anteile. Insofern seien die vom Operateur beschriebenen Diagnosen einer Ruptur der Supraspinatussehne und Infraspinatussehne nicht nachvollziehbar. Aus seiner (Dr. med. J. _____) Sicht hätte eine präventive subacromiale Dekompression Sinn gemacht, um die tendinopathisch veränderte Rotatorenmanschette zu schützen. Der stattgehabte Eingriff habe keine Unfallfolgen adressiert. Zur Bestätigung seiner Einschätzung bitte er um Vorlage der Bilder an Prof. Dr. med. L. _____ mit der Fragestellung, wie die auf den MRI-Bildern zu erkennenden Signalsteigerungen im ansatznahen Bereich der Rotatorenmanschette zu interpretieren seien, insbesondere ob aus der Bildgebung Hinweise für eine partielle oder transmurale Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschette zu erkennen und ob die im Operationsbericht beschriebene Diagnose einer vollständigen Supra- und Infraspinatusruptur unter Berücksichtigung der MRT-Bilder nachvollziehbar sei (AB 52).

3.2.8 Gemäss radiologischem Fachkonsilium von Prof. Dr. med. L. _____, Facharzt für Radiologie, vom 22. Juni 2020 (AB 56) ging dieser bei seiner Beurteilung davon aus, dass die Beschwerdeführerin am 5. November 2019 einen Schlag auf die rechte Schulter erlitten habe. Ihm liege die MR-Arthrographie vom 10. Dezember 2019 zur Beurteilung vor. Diese zeige eine Signalstörung im distalen, ansatznahen Anteil der Supraspinatussehne ohne Diskontinuität der Sehne oder einen pathologischen Kontrastmittelübertritt von intraartikulär in die Bursa subacromialis/subdeltoidea. Es zeige sich zusätzlich noch wenig Erguss in der Bursa subacromialis/subdeltoidea im Sinne einer leichten Bursitis. Die Infraspinatussehne sei in allen Abschnitten regelrecht. Es bestehe keine Atrophie, weder des Musculus supraspinatus noch des Musculus infraspinatus. Die übrigen mitdargestellten artikulären und periartikulären Strukturen des rechten Schultergelenks seien regelrecht. Die distalen, ansatznahen Veränderun-

gen der Supraspinatussehne, welche sich in der MR-Arthrographie vom 10. Dezember 2019 darstellten, würde er als Tendinopathie bezeichnen. In keiner der Sequenzen erkenne er weder einen fokalen Einriss noch eine Diskontinuität der Sehne. Auch erkenne man keine indirekten Hinweise für ein stattgehabtes Trauma (AB 56 S. 1). Zusammenfassend komme er zum Schluss, dass ein Zusammenhang zwischen den in der MR-Untersuchung vom 10. Dezember 2019 festgestellten Befunden (MR-morphologischer Befund einer Tendinose der distalen Supraspinatussehne) und dem stattgehabten Trauma unwahrscheinlich sei. Die im Bericht zur am 5. November 2020 (recte: 8. Mai 2020; AB 30) durchgeführten Schulterarthroskopie beschriebenen Befunde einer Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne könne er aufgrund der vorliegenden radiologischen Dokumentation vom 10. Dezember 2019 nicht nachvollziehen (AB 56 S. 2).

3.2.9 Am 7. Juli 2020 hielt Dr. med. J. _____ fest, auch Prof. Dr. med. L. _____ bestätige seine Einschätzung der Situation und könne keine strukturelle Läsion der Rotatorenmanschette im Ansatzbereich erkennen. Es sei kein kausaler Zusammenhang mit dem geltend gemachten Ereignis bestätigt. Der Operateur habe versäumt, die von ihm behaupteten Schäden in irgendeiner Form und nachvollziehbar für Kollegen und die Unfallversicherung zu dokumentieren. Im Operationsbericht sei eine Ruptur zweier Sehnen beschrieben. Das sei nicht nachvollziehbar und seines Erachtens reiche das auch nicht aus, wenn dem Behandler klar sei, dass es hier um versicherungsmedizinische Fragen und Unfallkausalität gehe (AB 66).

3.2.10 Am 2. August 2020 hielt die Vertrauensärztin der E. _____, Dr. med. K. _____, fest, die Versicherte habe unkontrolliert und reflexartig mit der rechten Hand versucht, 20 - 30 kg schwere Fernsehgeräte beim von einer Palette Fallen aufzufangen. Es sei biomechanisch absolut plausibel, dass es bei diesem Versuch in einer Schrecksekunde zu einer unkontrollierten Maximalanspannung der Muskulatur gekommen sei, was zu den intraoperativ gefundenen Rupturen der Supraspinatus- und Infraspinatussehne geführt habe. Daran ändere auch die Nachbefundung von Prof. Dr. med. L. _____ nichts, da diese im Widerspruch zur Erstbefundung von Dr. med. H. _____ und zu den intraoperativ gefundenen Pathologi-

en stehe. Es sei unstrittig, dass die intraoperative Statuserhebung der Befunderhebung in der Bildgebung überlegen sei. Es bestehe darüber hinaus kein Grund, am Wahrheitsgehalt des intraoperativen Status von Dr. med. I. _____ zu zweifeln. (AB 73 S. 5).

3.2.11 Am 1. Oktober 2020 nahm Dr. med. J. _____ eine erneute Beurteilung vor, wobei er die Stellungnahmen von Dr. med. K. _____ nicht erwähnte. Es sei festzuhalten, dass die gut vier Wochen nach dem geltend gemachten Ereignis vom 5. November 2019 durchgeführte kernspintomographische Diagnostik keine unfallbedingten Veränderungen des rechten Schultergelenks aufzeige. Insofern seien die im Operationsbericht im Mai 2020 dokumentierten transmuralen Rissbildungen im Bereich des Ansatzes der Supraspinatus- und Infraspinatussehne nicht überwiegend wahrscheinlich als Folge des geltend gemachten Ereignisses anzusehen. Die Versicherte habe überwiegend wahrscheinlich als Folgen des Ereignisses vom 5. Dezember (recte: 5. November) 2019 eine Distorsion des rechten Schultergelenks mit zeitlich limitierter Aktivierung eines unfallunabhängig vorbestehenden Verschleiss- und Entzündungszustands (Tendinopathie) der Sehnenmanschettenansätze erlitten. Die sich am 10. Dezember 2019 darstellende entzündliche Ansatzkrankung der Supraspinatussehne stehe überwiegend wahrscheinlich in kausalem Zusammenhang mit einem unfallunabhängig vorliegenden subacromialen Engpasssyndrom. Gemäss Reintegrationsleitfaden Unfall des Schweizerischen Versicherungsverbandes, persönlicher medizinischer Erfahrung und unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten im vorliegenden Fall sei die zeitlich limitierte Aktivierung eines Vorzustands für einen maximalen Zeitraum von zwölf Wochen ausgewiesen. Der Status quo sine sei dementsprechend spätestens Ende Februar 2020 eingetreten. Die Operation vom 8. Mai 2020 habe somit keine Unfallfolgen adressiert (AB 83 S. 5).

3.2.12 Am 10. November 2020 fand im Spital G. _____ ein fachärztliches Konsilium statt. Dieses ergab gemäss Dr. med. M. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnose eine postoperative frozen shoulder mit Abduktions- und Elevationsschwäche bei einem klinischen Verdacht auf eine persistierende Biceps-/Pulley-Pathologie. Anamnestisch bestehe ein Unfallereignis vom

5. November 2020 (recte: 2019; AB 101 S. 1). Sechs Monate postoperativ zeige sich bei der 45-jährigen adipösen Patientin noch ein ausgeprägtes Abduktions- und Elevationsdefizit mit muskulärer Schwäche. Eine Bicipspathologie im Rahmen einer Pulley-Läsion könne nicht sicher als mögliche Ursache ausgeschlossen werden (AB 101 S. 2).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin stellte vorliegend auf die Beurteilung ihres Versicherungsmediziners Dr. med. J. _____ ab, wonach der Unfall vom 5. November 2019 zu keiner Veränderung im Bereich des rechten Schultergelenks geführt habe und der Status quo sine spätestens Ende Februar 2020 erreicht gewesen sei (AB 83 S. 5). Dazu führte Dr. med. J. _____ aus, dass er in den kernspintomographischen Bildern vom 10. Dezember 2019 weder für die Supra- noch für die Infraspinatussehne strukturelle ansatznahe Defekte habe erkennen können, die für eine partielle oder transmurale Kontinuitätsunterbrechung sprechen würden (AB 83 S. 4). Insofern seien die im Operationsbericht im Mai 2020 dokumentierten transmuralen Rissbildungen im Bereich des Ansatzes der Supra- und Infraspinatussehne nicht überwiegend wahrscheinlich als Folge des geltend gemachten Ereignisses anzusehen (AB 83 S. 5).

Demgegenüber kam die Vertrauensärztin der E. _____, Dr. med. K. _____, zum Schluss, die Schulterbeschwerden seien überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 5. November 2019 zurückzuführen. Die Arthro-MR-Untersuchung vom 10. Dezember habe einen tiefgehenden Footprintriss der Supraspinatussehne und lediglich eine diskrete Ansatzendinopathie der Infra- und Supraspinatussehne gezeigt, während keinerlei degenerative Veränderungen des Schultergelenks dargestellt würden. Die Infraspinatussehne habe sich intraoperativ ebenfalls als rupturiert dargestellt und chronische degenerative Veränderungen der Schulterstrukturen seien nicht beschrieben worden (AB 45 S. 2). Es sei biomechanisch absolut plausibel, dass das Unfallereignis vom 5. November 2019 zu den am 8. Mai 2020 intraoperativ gefundenen Rupturen der Supra- und Infraspinatussehne geführt habe (AB 73 S. 5).

4.2 Die sich entgegenstehenden Auffassungen der Dres. med. J._____ und K._____ können nicht durch das radiologische Fachkonsilium des Prof. Dr. med. L._____ vom 22. Juni 2020 (AB 56; siehe E. 3.2.8 hiervor) geklärt werden, so dass zumindest geringe Zweifel an der Einschätzung des Suva-Arztes Dr. med. J._____ bestehen (vgl. E. 2.5 hiervor): Zum einen beschränkte sich Prof. Dr. med. L._____ im Wesentlichen auf die Beurteilung der MRT-Bilder ohne die übrigen medizinischen Akten in die Würdigung miteinzubeziehen. Zum anderen ging er von einem Schlag auf die Schulter aus (AB 56 S. 10), was sich so aus den Akten nicht ergibt (vgl. insbesondere den Unfallbeschrieb in der E-mail vom 20. Mai 2020; AB 45). Es kommt hinzu, dass die Fragestellung in der Auftragserteilung, ob die im Operationsbericht beschriebenen Diagnosen einer vollständigen Supra- und Infraspinatusruptur unter Berücksichtigung der MRT-Bilder nachvollziehbar seien (AB 52 S. 1), impliziert, der Operateur habe eine vollständige Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne vorgefunden, was sich so aus dem Operationsbericht vom 8. Mai 2020 nicht ohne Weiteres ergibt (AB 30 S. 2). Dies relativiert die Aussage von Prof. Dr. med. L._____ etwas, er könne die im Rahmen der Operation beschriebene Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne nicht nachvollziehen (AB 56 S. 2; vgl. E. 3.2.8 hiervor). Jedoch konnte er in den Sequenzen der Supraspinatussehne nicht nur keine Diskontinuität, sondern auch keinen fokalen Einriss der Sehne entdecken (AB 56 S. 2), weshalb auch nicht auf die Einschätzung der Dr. med. K._____ abgestellt werden kann. Es ist zudem unklar, ob Prof. Dr. med. L._____ die im Radiologiebericht von Dr. med. H._____ wiedergegebene Footprintläsion als Tendinopathie ansieht (vgl. AB 56 S. 1 unten) oder ob es sich dabei um eine zusätzliche Schädigung der Sehne handelt und ob dies eine Unfallfolge darstellt. Damit vermag das radiologische Fachkonsilium die bestehenden Zweifel nicht auszuräumen.

4.3 Nach dem Dargelegten ist der Sachverhalt nicht liquid, weshalb der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache antragsgemäss (Beschwerde S. 2 Ziff. I) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese im Verfahren nach Art. 44 ATSG ein umfassendes Aktengutachten veranlasse und anschliessend über den Leistungsanspruch neu verfüge (vgl. E. 2.5 hiervor).

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. ^fbis ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Die von Rechtsanwalt B._____ eingereichte Kostennote vom 1. März 2021 ist nicht zu beanstanden. Gestützt darauf wird die Parteientschädigung für das vorliegende Verfahren auf Fr. 3'781.10 (Honorar Fr. 3'463.30, Auslagen Fr. 47.50, Mehrwertsteuer Fr. 270.30) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 5. Januar 2021 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'781.10 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- Suva
- Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.