

200 21 24 UV
SCP/PES/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. März 2021

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiber Peter

A. _____

Beschwerdeführer

gegen

Suva

Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern

Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 20. November 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1964 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war seit dem 1. April 2015 bei der B._____ GmbH angestellt und aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Suva (nachfolgend Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als er gemäss Bagatellunfallmeldung UVG vom 6. Dezember 2019 am 8. Oktober 2019 nach dem Runterklettern von einer Leiter rückwärts über ein am Boden liegendes Rohr stolperte, umfiel und sich beim Aufprall die rechte Schulter an einer Betoneinfassung verletzte (Antwortbeilage [AB] 1).

Eine Erstkonsultation fand gemäss Arzteugnis UVG vom 7. Januar 2020 (AB 11 S. 2 f.) am 2. Dezember 2019 in der Hausarztpraxis C._____ statt. Am 23. Dezember 2019 wurde der Versicherte an der rechten Schulter operiert (AB 22).

Mit Verfügung vom 1. April 2020 (AB 43) verneinte die Suva einen Anspruch des Versicherten auf Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 8. Oktober 2019 über den 8. Dezember 2019 hinaus. Der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 8. Oktober 2019 eingestellt hätte, sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens nach 6 bis 8 Wochen, also definitiv am 8. Dezember 2019 erreicht gewesen. Die Versicherungsleistungen würden deshalb auf diesen Zeitpunkt eingestellt.

Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache des Versicherten (AB 49) wies die Suva mit Entscheid vom 20. November 2020 (AB 57) ab.

B.

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte am 8. Januar 2021 (Datum der Postaufgabe) Beschwerde mit den Rechtsbegehren, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei

zu verpflichten, ihm über den 8. Dezember 2019 hinaus Leistungen auszurichten. Es sei ein unabhängiges Gutachten einzuholen.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Januar 2021 beantragt die Beschwerdegegnerin, 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. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er 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 der Beschwerdegegnerin vom 20. November 2020 (AB 57). Streitig und zu prüfen ist ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Unfallversicherungsleistungen infolge des Ereignisses vom 8. Oktober 2019 über den 8. Dezember 2019 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 [BGer] 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 Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser 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).

Für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist die Formel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2).

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). Dem Erfordernis eines adäquaten Kausalzusammenhanges als Voraussetzung für die Leistungspflicht der Versicherung kommt die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 177 E. 3.3 S. 182, 125 V 456 E. 5c S. 462; SVR 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges 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 blosser 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).

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 Situa-

tion 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).

2.5 Die versicherte Person hat von Bundesrechts wegen keinen formellen Anspruch auf Beizug eines versicherungsexternen Gutachtens, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Es ist auch im Lichte der von Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) gewährleisteten Verfahrensgarantien grundsätzlich zulässig, den Entscheid ausschlaggebend oder gar ausschliesslich auf verwaltungsinterne Abklärungen zu stützen (BGE 123 V 175 E. 3d S. 176, 122 V 157 E. 2c S. 165). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4).

2.6 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weite-

rer Beweise zu verzichten. In einem solchen Vorgehen liegt kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101). Auch das Fairnessgebot von Art. 6 Ziff. 1 EMRK gewährt in diesem Zusammenhang keinen zusätzlichen Schutz (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

3.

3.1 Dass das in der Unfallmeldung vom 6. Dezember 2019 beschriebene Ereignis vom 8. Oktober 2019 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiavor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten.

3.2 Den medizinischen Akten lässt sich im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.2.1 Gemäss Arzzeugnis UVG der Hausarztpraxis C. _____ vom 7. Januar 2020 gab der Beschwerdeführer anlässlich der Erstbehandlung vom 2. Dezember 2019 im Zusammenhang mit dem Unfall vom 8. Oktober 2019 an, er sei dabei mit ausgestreckter Hand auf die rechte Seite gestürzt. Seither persistierten rechtsseitige Schulterschmerzen. Hinsichtlich objektiver Befunde wurde festgehalten: Keine Druckdolenz, Abduktion und Elevation kräftig möglich, Elevation leicht schmerzhaft, Jobe-Test möglich aber schmerzhaft und konsekutiv weniger kräftig, Belly-press-Test schmerzhaft, Lift-off-Test nicht möglich, unauffälliger Infraspinatustest. Ante- und Retroversion in der Schulter kräftig (M5) und schmerzfrei möglich, Flexion und Extension im Ellenbogengelenk schmerzfrei und kräftig (M5) möglich (AB 11 S. 2).

3.2.2 Im Bericht zum Arthro-MRI der rechten Schulter vom 5. Dezember 2019 (AB 10 S. 2) sind unter "Klinische Angaben" ein Sturz auf die rechte Schulter, mit ausgestreckter rechter Hand abgefangen, sowie persistierende Schmerzen mit Verdacht auf Rotatorenmanschettenläsion vermerkt. Im MRI selbst zeigten sich ein leichter Humeruskopfhochstand mit leichter Subluxation nach dorsal, ein schmaler Subakromialraum von 3 mm, ein

Akromion Typ II, eine aktivierte, beginnend hypertrophe AC-Gelenkdegeneration mit Knochenödem, ein diskreter Erguss und eine Kapselschwellung, jedoch kein osteochondraler Defekt am Humeruskopf und am Glenoid. Festgestellt wurde eine anterior kurzstreckige Labrumablösung mit feiner periostaler Abhebung. Kapsel und Bandapparat wurden als intakt beschrieben. Im intraartikulären Verlauf wurden eine partiell rupturierte, signalalterierte und verdickte lange Bizepssehne, eine signalalterierte, verdickte und im kranialen Abschnitt partiell abgerissene Subscapularissehne sowie ein Abriss der Supraspinatussehne mit Retraktion ans Glenoid gesehen. Infraspinatussehne und Teres minor waren intakt, die Rotatorenmuskulatur erhalten. Als Beurteilung wurden ein Abriss der Supraspinatussehne mit Retraktion ans Glenoid, eine kräftig gezerrte und im kranialen Abschnitt partiell abgerissene Subscapularissehne sowie eine im intraartikulären Verlauf verdickte und partiell gerissene lange Bizepssehne, ein Humeruskopfhochstand mit leichter Subluxationsstellung nach dorsal, eine anterior kurzstreckige Labrumablösung mit periostaler Beteiligung, aber ohne begleitenden chondralen Defekt sowie eine aktivierte (als Differentialdiagnose: kontusionierte), beginnend hyperthrophe AC-Gelenksarthrose festgehalten (AB 10 S. 2).

3.2.3 Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, an den der Beschwerdeführer in der Folge überwiesen worden war, hielt mit Bericht vom 16. Dezember 2019 unter "Anamnese" fest, der Beschwerdeführer sei am 8. Oktober 2019 von einer Leiter auf die rechte Schulter gestürzt. Seither bestünden lokale Schmerzen und ein deutlicher Kraftverlust. Insbesondere die Arbeiten oberhalb der Schulterebene seien erschwert. Der Beschwerdeführer arbeite als ... und Subjektiv betrage der Schulterwert noch 50%. Als Befund hielt Dr. med. D._____ eine rechte Schulter mit kräftigem Muskelrelief, gut innerviertem Deltamuskel und erhaltender Trophik der Supra- und Infraspinatusmuskulatur, eine aktive Beweglichkeit zur Flexion/Elevation bis 160°, Aussenrotation 40°, Innenrotation L5, einen negativen Bellypress-Test, eine gute Kraft zur Aussenrotation und einen positiven Jobe-Test fest. Der Sulcus bicipitalis sei druckdolent, das AC-Gelenk indolent, der Body-cross-Test negativ. Gestützt auf einen gleichentags erstellten röntgenologischen Schulterstatus (G0/H0/Neer/ax) rechts (vgl. AB 8 S. 2)

hielt Dr. med. D. _____ zudem eine erhaltene glenohumerale Kongruenz, eine akromiohumerale Distanz von 8 mm sowie einen kritischen Schulterwinkel von 35° fest. Aufgrund der erhaltenen Muskeltrophik bei transmuraler Rotatorenmanschettenmassenruptur gehe er von einer traumatischen Läsion aus, insbesondere, weil der Humeruskopf nach wie vor rezentriert und nicht nach kranial migriert sei. Als Diagnose nannte er in der Folge eine traumatische Rotatorenmanschettenmassenruptur rechts (Supraspinatus, Infraspinatusoberrand und Subscapularisoberrand mit Instabilität der langen Bizepssehne) infolge Leitersturz vom 9. [recte: 8.] Oktober 2019. Der Beschwerdeführer wünsche ein aktives Vorgehen im Sinne einer Rotatorenmanschettenrekonstruktion (AB 12).

3.2.4 Am 23. Dezember 2019 fand die entsprechende Operation statt (siehe Operationsbericht vom 23. Dezember 2019 [AB 22]). Im Austrittsbericht gleichen Tages wird ein komplikationsloser intra- und postoperativer Verlauf beschrieben. Der Versicherte habe noch am Operationstag in gutem Allgemeinzustand sowie mit reizlosen und zunehmend trockenen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können. Es sei ihm für die Zeit von 20. Dezember 2019 bis 2. Februar 2020 (bis zur ersten Nachkontrolle nach 6 Wochen) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (AB 21).

3.2.5 Das Dossier wurde am 29. Januar 2020 dem Versicherungsmediziner Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vorgelegt, der die gestellten Fragen wie folgt beantwortete: Der Unfall während der Arbeit am 8. Oktober 2019 habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an der rechten Schulter zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar seien, geführt. Der Schaden, welcher am 20. [recte: 23.] Dezember 2019 operiert worden sei, sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 8. Oktober 2019 zurückzuführen. Die Schädigung der Rotatorenmanschette sei deutlich älter als der angegebene Zeitpunkt. Es sei von einer Schulterkontusion auszugehen. Der Vorzustand sei unter diesem Aspekt innerhalb von 6 - 8 Wochen erreicht gewesen (AB 24).

3.2.6 Nachdem sich der Beschwerdeführer mit dieser Beurteilung nicht einverstanden erklärt hatte (vgl. AB 27, 33, 37, 39), unterbreitete die Be-

schwerdegegnerin das Dossier erneut ihrem beratenden Arzt Dr. med. E. _____ zur Neuprüfung und bei unverändertem Ergebnis zum Erlass der ärztlichen Beurteilung für die anstehende Verfügung (AB 40). In der hierauf verfassten ärztlichen Beurteilung vom 23. März 2020 (AB 41) hielt Dr. med. E. _____ fest, dass es im vorliegenden Fall auch unter der Annahme, dass der Beschwerdeführer versucht habe, sich mit dem rechten Arm abzustützen und damit unter der Annahme eines Schadenhergangs, der geeignet sei, einen Rotatorenschaden herbeizuführen (ein direktes Anpralltrauma, wie es ursprünglich beschrieben worden sei, sei nicht geeignet, eine Schädigung der Rotatorenmanschette hervorzurufen [vgl. AB 41 S. 6]), nicht zu der vorgefundenen Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschette gekommen sein könne, wie nachfolgend dargelegt werde (AB 41 S. 2).

Dem Dossier sei zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach dem Ereignis vom 8. Oktober 2019 – wenn auch mit Einschränkungen der Schulterfunktion – weitergearbeitet habe. Eine Erstkonsultation habe nach Aktenlage am 2. Dezember 2019, also circa zwei Monate nach dem geltend gemachten Ereignis stattgefunden. Eine traumatisch nach akuter Gewalteinwirkung verursachte Rotatorenmanschettenzerreissung führe unmittelbar zu Schmerzen, Kraft- und Funktionsverlust mit einem charakteristischen zeitlichen Verlauf. Da bei einer Zerreissung die Kraftübertragung vom Muskel auf die Sehne und von ihr auf Knochen und Gelenke unterbrochen sei, sei die aktive Beweglichkeit der Schulter in typischer Weise so massiv eingeschränkt, dass man von einer Pseudoparalyse, also einer scheinbaren Lähmung des Armes spreche. In der subakuten Phase (etwa bis 14 Tage nach dem Unfallereignis) liessen die Beschwerden nach, die betroffene Person leide aber weiterhin unter einer schmerzhaften Einschränkung der aktiven Beweglichkeit und es bestehe eine Kraftminderung der verletzten Schulter. Im vorliegenden Fall sei der erste Arztbesuch circa zwei Monate nach dem Ereignis erfolgt. Der Beschwerdeführer sei offensichtlich zunächst seiner angestammten Tätigkeit weiter nachgegangen. Hinweise auf eine Pseudoparalyse fänden sich im Dossier nicht (AB 41 S. 2). Bei der Erstbehandlung am 2. Dezember 2019 seien Abduktion und Elevation der rechten Schulter kräftig möglich gewesen. Jobe-Test (Musculus supraspinatus), Lift-off-Test (Musculus subscapularis) sowie

Belly-Press-Test (Musculus subscapularis) seien als positiv dokumentiert (AB 41 S. 2 f.).

Nach Wiedergabe des MRI-Befundes vom 5. Dezember 2019 (vgl. AB 10 S. 2 sowie E. 3.2.2 hiervor) sowie des Röntgenbefundes vom 16. Dezember 2019 (vgl. AB 8 S. 2 sowie E. 3.2.3 hiervor) hielt Dr. med. E. _____ gestützt auf die entsprechenden Bilddokumente resp. es darin aufzeigend fest, dass sich tatsächlich auf der Nativaufnahme (G0) vom 16. Dezember 2019 eine deutliche Exostose beziehungsweise Exophytenbildung am lateralen Rand subakromial nachweisen lasse. Am oberen hinteren Glenoidrand finde sich ein Ossikel, möglicherweise adhärent zum Glenoid, mit Zeichen einer zeitlich zurückliegenden Entstehung (abgerundet). Korrespondierend zu dem Exophyten subakromial zeigten sich im MRI am lateralen Rand subakromial erhebliche knöcherne Ausziehungen (Serie 502 Bild 10), welche in der MRI-Beurteilung vom 5. Dezember 2019 nicht erwähnt worden seien. Weiter sei im Tuberculum majus eine deutliche Verkalkung nachzuweisen (Serie 502 Bild 9). In dieser Einstellung ergebe sich eine akromiohumerale Distanz von 4.5 mm mit erkennbarer Dezentralisierung des Humeruskopfes nach kranial. Diese Befunde seien typische Zeichen einer degenerativen Veränderung am Akromion zur Rotatorenmanschette hin. Sie seien als Ursache für eine kontinuierliche Schädigung der Rotatorenmanschette, insbesondere der Supraspinatussehne und des Vorderrandes der Infraspinatussehne zu sehen (AB 41 S. 4 f.).

Die Supraspinatussehne selbst zeige sich im MRI komplett rupturiert und bis zum Glenoid retrahiert. Erkennbar sei eine deutliche Atrophie der Supraspinatussehne mit positivem Tangenzzeichen nach Zanetti und fettiger Infiltration Grad II - III nach Goutallier. Diese Konstellation sei ein Zeichen für eine langfristig entstandene degenerative Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne. Selbst bei traumatischer Ursache sei dieser Konstellation gemäss Fachliteratur ein Entstehungszeitraum von 35 Monaten zuzumessen, bei degenerativer Ursache gar ein Entstehungszeitraum von 49 bis 56 Monaten. Mitnichten sei diese Läsion der Supraspinatussehne somit auf das Ereignis vom 8. Oktober 2019 zurückzuführen (AB 41 S. 5).

Der behandelnde Dr. med. D. _____ habe die Schädigung der Rotatorenmanschette als traumatisch bedingte Massenruptur interpretiert. Gemäss Fachliteratur sei die sogenannte "Massenruptur", also die Läsion von drei Sehnen der Rotatorenmanschette, überaus selten unfallkausal. Sie sei vielmehr Ergebnis eines langfristigen Prozesses der Degeneration und der sukzessiven Ausweitung nach ventrokaudal und dorsal durch ständige Mikrotraumatisierung bei beruflicher oder sportlicher Belastung. Für diesen über Monate und Jahre sich entwickelnden Prozess spreche auch der festgestellte Humeruskopfhochstand mit Dezentrierung des Humeruskopfes nach kranial. Die akromiohumerale Distanz (ACHD) sei von ihm (Dr. med. E. _____) im MRI mit 4.5 mm gemessen worden. Gemäss Fachliteratur sei der MRI-Messung eine Korrektur von durchschnittlich 0.6 mm zuzurechnen, da die MRI-Untersuchung im Liegen und nicht am hängenden Arm im Stehen erfolgt sei. Die von Dr. med. D. _____ gemessene ACHD von 8 mm sei anhand der Nativröntgenaufnahme am hängenden Arm erfolgt. Es sei davon auszugehen, dass die Schwerkraft des Armes in dieser Position den Humeruskopfhochstand "vertusche", insbesondere wenn der Deltamuskel der Schulter entspannt sei und die Rotatorenmanschette keine Haltefunktion mehr ausübe (AB 41 S. 5 f.).

Das oben erwähnte MRI-Bild (Serie 402 Bild 8) zeige eine Atrophie des Musculus infraspinatus Grad Stadium I - II, geringer auch der Subscapularissehne. Der Muskelbauch des Infraspinatus sei bereits auch retrahiert (AB 41 S. 6).

Zusammengefasst bestehe eine erhebliche Läsion der Rotatorenmanschette mit Beteiligung von drei Sehnen. Retraktion, Humeruskopfhochstand, Muskelatrophie und fettige Infiltration sprächen für einen langwierigen, über Monate und Jahre entstandenen Prozess der Degeneration. Hierzu gehöre dann auch der sogenannte Pulley-Komplex, also der Halteapparat der langen Bizepssehne. Nach der medizinischen Fachliteratur sei es durchaus möglich, dass ein solch ausgedehnter Defekt, welcher über lange Zeit entstanden sei, muskulär kompensiert und symptomlos sei. Richtungsgebende strukturelle Unfallfolgen seien der Bildgebung, aber auch dem klinischen Verlauf und den Untersuchungsbefunden nicht zu entnehmen (AB 41 S. 6).

In Kenntnis des primär geschilderten Unfallhergangs (Aussage der ersten Stunde) in der Schadenmeldung sowie im Bericht von Dr. med. D. _____ vom 16. Dezember 2019 und dem dazu widersprüchlich dokumentierten Unfallhergang vom 17. Februar 2020 sei der Unterzeichner geneigt, von einem direkten Anpralltrauma des rechten Schultergelenks auszugehen (AB 41 S. 6).

Zusammengefasst liessen sich die Fragen der Fallführung wie folgt beantworten: Der Unfall während der Arbeit am 8. Oktober 2019 habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen an der rechten Schulter geführt, welche objektivierbar wären. Der Schaden, welcher am 23. Dezember 2019 operiert worden sei, sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 8. Oktober 2019 zurückzuführen. Der Vorzustand sei nach einer Schulterkontusion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit innerhalb von vier bis sechs Wochen erreicht gewesen (AB 41 S. 6 f.).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin stützt ihren Entscheid im Wesentlichen auf die medizinische Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. med. E. _____ vom 23. März 2020 (vgl. AB 41 sowie E. 3.2.6 hiervor). Das betreffende Aktengutachten erfüllt sämtliche der von der Rechtsprechung an medizinische Expertisen gestellten Anforderungen. Es erfolgte in Kenntnis der gesamten Vorakten, insbesondere auch der bildgebenden Abklärungsergebnisse und damit auch gemäss behandelnden Ärzten auf einem lückenlosen Befund. Es ist im Hinblick auf die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Widersprüche oder andere Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung des Dr. med. E. _____ sprechen würden, finden sich in den gesamten Akten nicht. Ebenso wenig sind besondere Umstände ersichtlich, die ein Misstrauen in die Unparteilichkeit von dessen Beurteilung objektiv als begründet erscheinen liessen. Solche Umstände

werden vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht (vgl. E. 2.4 und 2.5 hiervor).

4.2 Vorab ist festzuhalten, dass – soweit Dr. med. E. _____ aufgrund der sogenannten "Aussagen der ersten Stunde" in Abrede zu stellen scheint, dass sich der Beschwerdeführer beim Sturz mit ausgestreckter Hand habe auffangen wollen (vgl. AB 41 S. 2) – dies nicht zu überzeugen vermag. Dass der Beschwerdeführer den Sturz mit ausgestreckter rechter Hand auffangen wollte, wurde gemäss Arztzeugnis UVG vom 7. Januar 2020 (AB 11 S. 2 f.; vgl. E. 3.2.1 hiervor) bereits anlässlich der Erstbehandlung vom 2. Dezember 2019 erwähnt. Dass dieser Bericht erst vom 7. Januar 2020 datiert, schadet dabei nicht, findet sich diese Unfallschilderung doch auch bereits im MRI-Bericht vom 5. Dezember 2019 (AB 10 S. 2; vgl. E. 3.2.2 hiervor). Es ist somit von einem Unfallmechanismus auszugehen, der auch gemäss Dr. med. E. _____ grundsätzlich geeignet ist, einen Rotatorenschaden herbeizuführen (vgl. AB 41 S. 2 sowie E. 3.2.6 hiervor). Der behandelnde orthopädische Chirurg Dr. med. D. _____ geht denn auch von einem traumatischen Geschehen aus (vgl. AB 12 sowie E. 3.2.3 hiervor).

Dr. med. E. _____ legt indessen in seinem Aktengutachten unter Hinweis auf die medizinische Erfahrungstatsache, wonach eine traumatisch nach akuter Gewalteinwirkung verursachte Rotatorenmanschettenzerreissung zu einem unmittelbaren Kraft- und Funktionsverlust führt, aufgrund der anlässlich der Erstkonsultation in der Hausarztpraxis C. _____ noch am 2. Dezember 2019 erhobenen klinischen Befunde (vgl. AB 11 S. 2 sowie E. 3.2.1 hiervor) sowie des Fehlens von Hinweisen auf eine Pseudoparalyse in den Akten (siehe insbesondere AB 37 S. 1) nachvollziehbar und überzeugend dar, dass das geltend gemachte Ereignis vom 8. Oktober 2019 nicht zum am 23. Dezember 2019 operierten Schaden geführt haben kann und demgemäss – nicht zuletzt aufgrund der mit den bildgebenden Verfahren dokumentierten Befunden – vielmehr im Sinne eines Vorzustandes von einem degenerativen Prozess auszugehen ist, welcher durch das Sturzereignis bei noch erhaltenen Funktionen nicht richtungsgebend beeinflusst wurde. Soweit der Beschwerdeführer hiergegen vorbringt, er habe vor dem Unfall keine Probleme mit der Schulter gehabt, weshalb diese un-

fallkausal sein müssten, ist darauf hinzuweisen, dass diese Argumentation der Formel "post hoc, ergo propter hoc" entspricht, die gemäss ständiger Rechtsprechung für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung nicht massgebend ist (vgl. E. 2.2.1 hiervor) und dass es im Übrigen, wie von Dr. med. E._____ in seinem Aktengutachten dargelegt, nach der medizinischen Fachliteratur durchaus möglich ist, dass ein solch ausgedehnter Defekt, welcher über lange Zeit entstanden ist, muskulär kompensiert und symptomlos ist (vgl. AB 41 S. 6).

Das Ereignis vom 8. Oktober 2019 hat gemäss dem schlüssigen Aktengutachten von Dr. med. E._____ zu keinen richtungsgebenden strukturellen Unfallfolgen am rechten Schultergelenk geführt, weshalb auch eine richtungsgebende Verschlimmerung ausgeschlossen werden konnte (AB 41 S. 6). Die degenerativen Befunde sind klinisch und bildgebend hinreichend dokumentiert, weshalb (nach der erfolgten Operation) von weiteren Untersuchungen keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten sind. Auf solche ist folglich in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (vgl. E. 2.6 hiervor). Aufgrund der eindeutigen degenerativen Befunde besteht auch nicht Anspruch auf Leistungen zufolge unfallähnlicher Körperschädigung, ist mit dem Aktengutachten von Dr. med. E._____ doch gleichzeitig erstellt, dass die beim Beschwerdeführer vorliegende Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG vorwiegend, d.h. zu mehr als 50%, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist.

4.3 Zusammenfassend ist der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 20. November 2020 (AB 57) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

5.

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

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss

aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG); auch die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als mit der Durchführung der obligatorischen Unfallversicherung beauftragte öffentlich-rechtliche Anstalt praxisgemäss keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 4 VRPG; BGE 126 V 143 E. 4a S. 150).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - 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.

