

200 23 111 UV
LOU/BRO/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 22. Dezember 2023

Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
vertreten durch B. _____ AG
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 13. Januar 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1970 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seinen Arbeitgeber bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als er gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 18. Februar 2021 (Akten der Suva [act. II, act. IIA] act. II 1) am 10. Januar 2021 beim ... den ... unsachgemäss ausgeführt und mit dem ... die Matte hart touchiert und sich dabei eine Zerrung der rechten Schulter zugezogen habe. Die Suva gewährte im Zusammenhang mit diesem Ereignis (zunächst) die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen (vgl. act. II 6).

Mit Schadenmeldung UVG vom 1. Februar 2022 (act. II 10) machte der Versicherte einen Rückfall im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 10. Januar 2021 geltend (act. II 10). In der Folge tätigte die Suva medizinische Abklärungen, nahm Rücksprache mit ihrem Kreisarzt, med. pract. C. _____, Facharzt für Chirurgie (act. II 24), und verneinte mit formlosem Schreiben vom 26. April 2022 (act. II 27 S. 1) ihre Leistungspflicht mangels Kausalität zwischen dem Ereignis vom 10. Januar 2021 und den geltend gemachten Beschwerden. Nachdem sich der Versicherte hiermit nicht einverstanden erklärt hatte (act. II 29), holte die Suva weitere kreisärztliche Beurteilungen ein (act. II 30 f.) und verneinte mit Verfügung vom 27. Mai 2022 (act. II 36) dem formlosen Schreiben entsprechend ihre Leistungspflicht. Zur Begründung legte sie dar, die Beschwerden seien weder auf einen Unfall noch auf eine unfallähnliche Körperschädigung (UKS) zurückzuführen. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. II 39) mit Entscheid vom 13. Januar 2023 (act. II 55) fest.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch die B. _____ AG, mit Eingabe vom 13. Februar 2023 Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) vom 13. Januar 2023 sei aufzuheben.
2. Unserem Versicherungsnehmer seien weiterhin die gesetzlichen Leistungen nach UVG auszurichten.
3. Eventualiter sei eine unabhängige Drittbeurteilung des Sachverhalts (medizinisches Gutachten) vornehmen zu lassen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge

Mit Beschwerdeantwort vom 7. März 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 4. Mai 2023 machte der Beschwerdeführer unter Beilage eines Arztberichtes weitere Angaben und hielt sinngemäss an seinen Anträgen fest.

Mit Duplik vom 19. Juni 2023 reichte die Beschwerdegegnerin eine weitere kreisärztliche Beurteilung zu den Akten und hielt an ihren Anträgen fest.

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

kantonales Gesetz vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 13. Januar 2023 (act. II 55). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Ereignis vom 10. Januar 2021.

1.3 Die Beschwerdegegnerin kam zunächst für die vorübergehenden Leistungen in Form von Heilbehandlung auf (vgl. act. II 6) und verneinte den Leistungsanspruch erst nach geltend gemachtem Rückfall im Februar 2022 (act. II 10). Die Trägerin der obligatorischen Krankenversicherung des Beschwerdeführers zog die erhobene Einsprache gegen die Verfügung vom 27. Mai 2022 (act. II 36) zurück (act. II 47) und akzeptierte dadurch gleichsam ihre Leistungspflicht (vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 4. Aufl. 2020, Art. 49 N. 117). Bei Abweisung der Beschwerde müsste der Beschwerdeführer demnach einzig die Kostenbeteiligung nach Art. 64 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) für die Jahre 2022 und 2023 tragen (maximale Franchise von Fr. 2'500.-- [Art. 93 Abs. 1 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung {KVV; SR 832.102}], maximaler Selbstbehalt von Fr. 700.-- [Art. 103 Abs. 2 KVV] sowie Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts von Fr. 15.-- pro Tag [Art. 104 Abs. 1 KVV]). Mit Blick darauf sowie der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Zeit vom 10. Januar bis 26. Februar 2023 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 5 S. 3; zu den Lohnangaben des Beschwerdeführers vgl. act. II 10 S. 1 Ziff. 12 und zur Taggeldhöhe vgl. Art. 17 Abs. 1 UVG) liegt der Streitwert unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 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 Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g), Trommelfellverletzungen (lit. h).

2.3 Nach Meldung einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG hat der Unfallversicherer die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 9.1 S. 70).

2.4 Der Unfallversicherer hat die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, d.h. den Fall abzuschliessen, dies mit der Begründung, ein versichertes Ereignis liege – bei richtiger Betrachtungsweise – gar nicht vor. In gleichem Sinne ist auch hin-

sichtlich der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen Unfall und Gesundheitsschaden zu entscheiden. Danach kann der Unfallversicherer trotz vorheriger Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld ohne Berufung auf Wiedererwägung oder prozessuale Revision die Adäquanz verneinen und gestützt hierauf die Leistungen ex nunc einstellen. Nur im Rahmen einer allfälligen Leistungsrückerstattung sind die Rückkommensvoraussetzungen zu beachten (vgl. BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384).

2.5 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Es ist zu Recht nicht (mehr) umstritten, dass das Ereignis vom 10. Januar 2021, als der Beschwerdeführer beim ... den ... unsachgemäss ausführte und mit dem ... die Matte hart touchierte (act. II 1), ohne dass ein ungewöhnlicher äusserer Faktor aufgetreten wäre, keinen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG (vgl. E. 2.1 hiervor) darstellt (in Bezug auf Unfallereignisse bei sportlichen Tätigkeiten vgl. SVR 2008 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.3).

Die unbestrittene Diagnose der subtotalen Supraspinatussehnenruptur rechts (act. I 5 S. 1) ist jedoch unter die unfallähnlichen Körperschädigungen i.S.v. Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG (Sehnenrisse) zu subsumieren (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Februar 2020, 8C_819/2019, E. 5.2 mit Hinweisen; zu den partiellen Rupturen vgl. BGE 114 V 298 E. 5a S. 305; Entscheid des BGer vom 18. Februar 2020, 8C_618/2019, E. 6.2.3; RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 84), was zur Rechtsvermutung führt, dass es sich hierbei um eine vom Unfallversicherer grundsätzlich zu übernehmende Schädigung handelt. Demnach kann sich die Beschwerdegegnerin von der Leistungspflicht nur befreien, wenn sie die vorwiegend degenerative oder krankheitsbedingte

Ursächlichkeit der besagten Körperschädigung überwiegend wahrscheinlich nachzuweisen vermag (vgl. E. 2.3 hiervor). Mit anderen Worten hat sie darzutun, dass eine Auswirkung eines krankhaften oder degenerativen Prozesses vorliegt. Diesbezüglich lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Im Bericht des Spitals D. _____ vom 7. Januar 2022 (act. II 7) legte Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, dar, klinisch fänden sich Hinweise auf eine Bizepspolyverletzung mit gleichzeitiger Partialläsion der Supraspinatussehne. Ebenso zeige sich radiologisch eine kleine Verkalkung. Aufgrund deren Lokalisation und Grösse schein diese voraussichtlich nicht verantwortlich für die bleibenden Beschwerden. Es werde eher von einer Bizepssehnenproblematik mit gleichzeitiger Partialläsion der Supraspinatussehne ausgegangen (S. 2).

Nach durchgeführtem Arthro-MRI der rechten Schulter (act. II 23) stellte Dr. med. E. _____ in seinem Bericht vom 13. Januar 2022 (act. II 8 S. 2 f.) die Diagnose einer instabilen langen Bizepssehne mit dorsaler Bizeps-Pulley-Läsion und PASTA-Läsion rechts (Typ II nach Habermeyer) mit/bei kleinem Kalkdepot posterosuperiore Rotatorenmanschette. Im MRI hätten sich nur sehr diskrete Befunde gezeigt. Passend zur Klinik zeige sich jedoch eine ventrale PASTA-Läsion sowie eine Tendinopathie der langen Bizepssehne (S. 2).

3.1.2 Der Kreisarzt der Suva, med. pract. C. _____, legte in seiner Beurteilung vom 10. Mai 2022 (act. II 31) dar, ereigniskausale frische strukturelle Läsionen im Bereich der rechten Schulter hätten mit dem rechtlich geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anhand der durchgeführten Untersuchungen nicht nachgewiesen werden können. Die anhaltende Schmerzproblematik weise auch auf die wahrscheinlich alters- und/oder ...sportbedingte Degeneration im Bereich der rechten Schulter hin (Kalkdepots im Bereich der oberen hinteren Rotatorenmanschette und Degeneration im Bereich der langen Bizepssehne bei jedoch unauffälliger Verankerung am Tuberculum supraglenoidale). In der vorliegenden MRI-Bildgebung sei die lange Bizepssehne nicht luxiert und der Bizeps-Pulley nicht rupturiert. Damit habe das Ereignis den Charakter einer vorüberge-

henden Verschlimmerung eines möglicherweise zuvor klinisch stummen degenerativen Vorzustandes. Mit Erreichen des Status quo sine nach drei Monaten spiele das Ereignis im Beschwerdebild keine Rolle mehr und sei auf die genannte Degeneration zurückzuführen. Der erhobene Befund entspreche nicht einer UKS-Diagnose gemäss Art. 9 (recte wohl: Art. 6) Abs. 2 UVG.

3.1.3 Am 10. Januar 2023 wurden beim Beschwerdeführer eine arthroskopische Rotatorenmanschettenrekonstruktion, eine Tenotomie, eine Tenodese lange Bizepssehne und eine Acromioplastik durchgeführt. Im kombinierten Operations- und Austrittsbericht vom gleichen Datum (act. I 5) hielten die Operateure des Spitals D. _____ in Bezug auf die intraartikuläre Situation fest, es bestünden glatte und glänzende Knorpelverhältnisse sowohl am Glenoid als auch am Humeruskopf und die Synovia sei unauffällig. Die lange Bizepssehne zeige eine leichte Reizung im Bereich des Ursprungs, jedoch ohne eindeutige degenerative Veränderungen. Es bestehe eine intakte Subscapularissehne, jedoch eine Supraspinatussehne mit subtotaler bursaseitiger Läsion, wobei die ventrale und dorsale Fixation noch erhalten sei. Es bestehe eine intakte Insertion von Infraspinatus und teres minor. Zudem bestehe eine stark schwartig, entzündlich veränderte Bursa subdeltoidea mit Acromionsporn.

Im Schreiben vom 12. Februar 2023 (act. I 6) führte der Operateur, Dr. med. E. _____, unter anderem aus, es finde sich eine nicht transmurale Sehnenläsion der Supraspinatussehne. Die Beschwerden hätten nach einem Trauma während eines ... begonnen und unter konservativer Therapie nicht gebessert. Im MRI gebe es Zeichen einer Supraspinatussehnenläsion mit Tendinopathie der langen Bizepssehne. Aus biomechanischen Überlegungen sei eine Läsion des Bizeps-Pulley-Systems sowie der kranialen Anteile des Lig. transversum mit konsekutiver Avulsion des intraoperativ als gerissen bestätigten Anteils der Supraspinatussehne durch das angegebene Trauma vorstellbar. Durch einen abrupt gestoppten Schlägerkopf beim Schlag in die Matte sei es „wahrscheinlich“ zu einer anterosuperioren Subluxation des Humeruskopfes bei gleichzeitiger maximaler Anspannung des Bizepses gekommen. Dies hätte dann zu einer Überlastung des Pulley-

Systems im Sulcuseingang geführt mit in der Folge auftreten genau der gefundenen Verletzung (S. 1).

3.1.4 Der Kreisarzt der Suva, med. pract. C. _____, erläuterte in seiner Beurteilung vom 6. März 2023 (act. IIA 2), rein formal sei die mehrfach postulierte „Instabilität“ der langen Bizepssehne im Operationsbericht nicht befundet worden und sei auch präoperativ anhand der durchgeführten MRI-Untersuchung der rechten Schulter vom 12. Januar 2022 bei intakten Bizeps-Pulley nicht dokumentiert. Intraoperativ zeige sich ein stabiler Bizepssehnenanker, also keinerlei Hinweis für eine SLAP-Läsion, und auch kein Hinweis für eine PASTA-Läsion, also eine an der Unterfläche des Supraspinatusmuskels gelenkseitige (Partial-)Ruptur, sondern eine bursaseitige, nach oben kranial gerichtete Partialruptur der Supraspinatussehne (im Gebiet der beschriebenen Kalkdepots) unterhalb des vom Operateur beschriebenen Acromionsporns (weshalb Dr. med. E. _____ auch eine Acromioplastik zur mechanischen Entlastung dieser Region durchgeführt habe [S. 3]). Eine Läsion des Bizeps-Pulley-Systems sei nicht belegt worden. Gemäss dem Operateur sei zumindest ein gewisser mechanischer Impact auf die rechte Schulter, im Speziellen auf die partialrupturierte Supraspinatussehne, erfolgt. Die Supraspinatussehne habe die Funktion, den Arm zu heben. In diesem speziellen Fall beim Ausholen mit dem ... beim Rechtshänder der rechte Arm. Beim Durchschwingen am tiefsten Punkt, also bei gesenktem rechtem Arm, treffe der Schläger unerwartet auf einen Widerstand. Zu diesem Zeitpunkt, an dem der linke Arm zunehmend Führungsaufgaben übernehme, solle gemäss dem Operateur auf die rechte Supraspinatussehne ein hoher mechanischer unfallkausaler Impact eingewirkt haben. Dies sei nicht nachvollziehbar. Insbesondere nicht ein Impact, der eine Sehne reissen lasse. Es sei immer zu berücksichtigen, dass eine degenerativ vorgeschädigte Sehne (und hierfür sprächen die Kalkdepots in diesem Bereich) schon durch einen mechanischen Impact niedriger Stärke aufgrund ihrer vulnerablen Situation richtungsgebend geschädigt werden könne. Dies sei jedoch mit dem rechtlich geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in diesem Fall nicht zu belegen. Daher werde an der Vorbeurteilung vom 10. Mai 2022 festgehalten (S. 4).

3.1.5 In Bezug auf die Beurteilung von med. pract. C. _____ vom 6. März 2023 (vgl. act. IIA 2) legte Dr. med. E. _____ im Bericht vom 17. April 2023 (act. I 8) dar, dessen Ausführungen zur Bizepssehne seien korrekt und intraoperativ habe sich keine klare Bizeps-Pulley-Läsion gezeigt. Im Bereich des Humeruskopfes zeige sich eine Knorpelveränderung im Verlauf des Austritts der langen Bizepssehne. Insgesamt bestünden leichte tendinopathische Veränderungen der langen Bizepssehne. Wie durch med. pract. C. _____ ausgeführt, habe sich intraoperativ eine bursaseitige Läsion der Supraspinatussehne gezeigt. Nach wie vor sei durch die entstehenden Kräfte beim Schlag in den Boden für ihn ein posterosuperiores Impingement mit konsekutivem Riss der durch die Tendinitis calcarea geschwächten Sehne wahrscheinlich. Insbesondere, da eine Tendinitis calcarea nicht als degenerative Erkrankung gewertet werden könne, sondern in der Regel nicht zu zunehmenden Sehnenläsionen führe. Für ihn sei der Mechanismus des Unfalles geeignet, eine derartige Läsion zu verursachen, insbesondere da der Patient nicht wie von med. pract. C. _____ angenommen, Rechtshänder sei, sondern als Linkshänder dessen Argumentationskette umkehre.

3.1.6 In der Beurteilung vom 13. Juni 2023 (in den Gerichtsakten) führte med. pract. C. _____ aus, Suva-intern habe eine Fallbesprechung mit Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, der sich nicht nur im Bereich der unfallkausalen Schulterverletzungen, sondern auch speziell im Bereich der Schultermechanik im ... sehr gut auskenne, stattgefunden (S. 2). Dieser habe ausgeführt, die Funktion der Schultermuskulatur beim ... sei wissenschaftlich ausgiebig untersucht und die Rolle der einzelnen Muskelgruppen in einer Reihe von Elektromyogramm-Untersuchungen quantifiziert worden. Die in der klinischen Arbeit des Orthopäden häufig im Vordergrund stehende Rotatorenmanschette spiele beim ... eher eine untergeordnete Rolle. Supra- und Infraspinatus spielten als Abduktor und Aussenrotatoren eher eine konstant stabilisierende Rolle während des gesamten Schwungs. Der Subscapularis sei insgesamt der aktivste Muskel der Rotatorenmanschette und komme in der Beschleunigungsphase des Durchschwungs besonders zum Einsatz. Von den grossen Schultermuskeln spiele der Deltoideus die geringste Rolle. Es seien mehr der Latissimus dorsi und der Pectoralis ma-

vor, die insbesondere in der Durchschwung- und Follow-through-Phase sehr aktiv seien. Auch die skapulastabilisierende Muskulatur sei entsprechend analysiert worden. Für die gesamte skapulastabilisierende Muskulatur habe sich eine konstante aber gering ausgeprägte Aktivität während des Rückschwungs, jedoch eine konstant hohe Aktivität während des Durchschwungs, gezeigt. Zusammenfassend zeige in der Rückschwungphase die skapulastabilisierenden Muskeln ihre Hauptaktivität, während in der Beschleunigung des Durchschwungs insbesondere der Pectoralis seine Hauptaktivität aufweise. Der Supraspinatus werde während des ... nur wenig belastet. Daher sei auch bei einem Schlag in die Übungsmatte mit abruptem Stopp eine Überbelastung kaum zu erwarten. In diesem Moment seien sowohl andere Muskeln als auch das Schultergelenk stärker belastet. Für eine Listendiagnose komme vorliegend nur eine Sehnenruptur in Frage. Die von Dr. med. E. _____ beschriebene stark schwartig veränderte entzündete Bursa mit Acromionsporn und bursaseitiger Partiaalläsion der Supraspinatussehne spreche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für ein chronisches Geschehen durch wiederholte Fehlbelastung mit Mikrotraumatisierung oder durch Überbelastung, also eine Abnützung. Das Vorliegen einer Listendiagnose sei zu verneinen (S. 5).

Zudem erläuterte med. pract. C. _____, die Ausführungen von Dr. med. E. _____ zur mechanischen Belastung der Schulter in der gegebenen Situation sei unter Berücksichtigung der Händigkeit des Beschwerdeführers nicht nachvollziehbar und die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen in Bezug auf eine Supraspinatussehnenläsion nicht konklusiv. Abgestützt auf die obgenannten schulterorthopädischen Ausführungen des Kollegen, Dr. med. F. _____, ändere die Stellungnahme von Dr. med. E. _____ vom 17. April 2023 (vgl. act. I 8) nichts an den versicherungsmedizinischen Vorbeurteilungen (S. 7).

3.2 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).

3.2.1 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).

3.2.2 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; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismündigung 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 mitzubewerten. 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 Gerichtsgutach-

ten 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; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

3.2.3 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. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.3

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. Januar 2023 (act. II 55) in Bezug auf die Frage einer unfallähnlichen Körperschädigung i.S.v. Art. 6 Abs. 2 UVG massgeblich auf die Aktenbeurteilung des Kreisarztes med. pract. C. _____ vom 10. Mai 2022 (act. II 31). Dieser bekräftigte seine Ansicht, wonach die subtotale Supraspinatussehnenruptur überwiegend degenerativ bedingt sei, in seinen weiteren Beurteilungen vom 6. März 2023 (act. IIA 2) und vom 13. Juni 2023 (in den Gerichtsakten). Diese Beurteilungen erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert medizinischer Berichte gestellten Anforderungen und erbringen in Bezug auf die hier strittigen Fragen vollen Beweis (vgl. E. 3.2.1 ff. hiervor). Dass der Facharzt keine eigene Untersuchung durchführte, schadet nicht. Denn die Voraussetzungen für rechtsgenügende Aktenberichte sind vorliegend erfüllt (vgl. E. 3.2.3 hiervor). Insbesondere sind Anamnese und Verlauf ausführlich in den Akten dokumentiert. Der Kreisarzt konnte sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3) und aus einer persönlichen Untersuchung wären keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten gewesen.

Med. pract. C. _____ setzte sich in seinen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinander und traf seine Schlüsse insbe-

sondere gestützt auf die erstellten bildgebenden Untersuchungen (act. II 9, 23), die intraoperativen Befunde (act. I 5) sowie eine sorgfältige Analyse der Schultermechanik beim Auch unter Bezugnahme entsprechender Literatur erläuterte er nachvollziehbar, weshalb das inkriminierte Ereignis nicht geeignet sei, eine subtotale Supraspinatussehnenruptur zu verursachen (insbesondere kreisärztliche Beurteilung vom 13. Juni 2023 S. 2 ff.; in den Gerichtsakten). Wenngleich nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung dem Kriterium des (Unfall)mechanismus keine übergeordnete Bedeutung mehr beigemessen wird (Entscheid des BGer vom 16. Dezember 2021, 8C_167/2021, E. 4.1), ist nicht zu beanstanden, dass der Mechanismus in die kreisärztlichen Beurteilungen einfluss, ist dieser doch weiterhin als einzelnes Indiz unter mehreren in die Gesamtwürdigung einzubeziehen (vgl. Entscheid des BGer vom 6. Januar 2022, 8C_593/2021, E. 5.2.3). Insgesamt sind die Folgerungen und die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge eingehend und überzeugend begründet.

3.3.2 Daran ändern die aktenkundigen divergierenden Beurteilungen des behandelnden Dr. med. E. _____ (act. I 6, 8) nichts. Denn med. pract. C. _____ setzte sich in einem Meinungs-austausch mit seinem Kollegen Dr. med. F. _____, der sich mit der Schultermechanik im ... sehr gut auskenne, und unter Bezugnahme entsprechender Literatur ausführlich mit der divergierenden Ansicht des behandelnden Orthopäden auseinander. Gemeinsam zeigten sie nachvollziehbar auf, weshalb trotz dessen Überlegungen von einer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorwiegend degenerativen Verursachung auszugehen sei. Insbesondere erklärten sie nachvollziehbar, weshalb – anders als von Dr. med. E. _____ angenommen (act. I 8 S. 2) – beim inkriminierten Ereignis die Händigkeit des Beschwerdeführers keinen ausschlaggebenden Einfluss auf die Krafteinwirkung auf die Supraspinatussehne gehabt habe (kreisärztliche Beurteilung vom 13. Juni 2023 S. 2 ff.; in den Gerichtsakten). Demgegenüber begründete der behandelnde Orthopäde seinen Standpunkt, wonach der „Schlag in den Boden“ wahrscheinlich Ursache des Risses sei (act. I 8 S. 1), nicht weiter und setzte sich insbesondere nicht damit auseinander, dass die Rotator-manschette und folglich auch die Supraspinatussehne beim ... eher eine untergeordnete Rolle spielen (vgl. kreisärztliche Beurteilung vom 13. Juni 2023 S. 5 oben; in den Gerichtsakten). Sofern der behandelnde

Orthopäde zudem ausführt, die Tendinitis calcarea führe in der Regel nicht zu zunehmenden Sehnenläsionen, zugleich aber sagt, die Sehne des Beschwerdeführers sei wegen einer solchen geschwächt gewesen (act. I 8 S. 1), ist daraus zu folgern, dass in concreto eben eine massgebliche Schwächung vorlag, was gerade die kreisärztliche Beurteilung stützt. Die Frage, ob eine Tendinitis calcarea als degenerative Krankheit (was von Dr. med. E. _____ verneint wird [act. I 8 S. 1]) oder als sonstige Krankheit einzustufen ist, kann offen bleiben, da die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auch dann entfällt, wenn eine sonstige Krankheit (zum Krankheitsbegriff vgl. Art. 3 Abs. 1 ATSG und BGE 137 V 295 E. 4.2.2 S. 298; SVR 2020 KV Nr. 27 S. 132 E. 2.2) vorliegt (vgl. Art. 6 Abs. 2 UVG). Insofern sind die Berichte des behandelnden Orthopäden nicht geeignet, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilung in Frage zu stellen.

3.3.3 Zusammenfassend können keine auch nur geringen Zweifel an den Beurteilungen des Kreisarztes ausgemacht werden, sodass auf weitere Abklärungen, namentlich die eventualiter beantragte Begutachtung (Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren 3), verzichtet werden kann (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). Es ist davon auszugehen, dass das Entstehen der subtotalen Supraspinatussehnenruptur nicht durch das inkriminierte Ereignis verursacht wurde und die Teilruptur der durch die Tendinitis calcarea geschwächten Sehne vorwiegend degenerativer bzw. krankheitsbedingter Natur ist. Demnach ist die gesetzliche Vermutung von Art. 6 Abs. 2 UVG, wonach eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegt (vgl. E. 2.2 hiervor), durch den Gegenbeweis umgestossen (vgl. E. 2.3 hiervor).

3.4 Da das Ereignis vom 10. Januar 2021 keinen Unfall darstellt (vgl. E. 3.1 hiervor), die subtotale Supraspinatussehnenruptur überwiegend degenerativer bzw. krankheitsbedingter Natur ist (vgl. E. 3.3.3 hiervor) und eine anderweitige Listenverletzung nicht ausgewiesen ist, bestand ab initio kein Leistungsanspruch des Beschwerdeführers gegenüber der Beschwerdegegnerin. Diese gewährte jedoch im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung (vgl. act. II 6). In diesem Zusammenhang ist jedoch darauf

hinzuweisen, dass der Versicherungsträger mit dem Argument, bei richtiger Betrachtung liege kein versichertes Ereignis vor, vorübergehende Leistungen ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund „ex nunc et pro futuro“ einstellen kann. Eine solche Einstellung kann auch rückwirkend erfolgen, sofern – wie vorliegend (act. II 36 S. 2) – der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordert (in BGE 146 V 51 nicht publizierte E. 3 des Entscheides vom 24. September 2019, 8C_22/2019, veröffentlicht in SVR 2020 UV Nr. 8 S. 24).

3.5 Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Januar 2023 (act. II 55) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 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.

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteienschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):
- B. _____ AG z.H. des Beschwerdeführers
 - Suva
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Die Gerichtsschreiberin:

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.