



Fall-Nr.: UV 2021/35
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 28.02.2023
Entscheiddatum: 13.01.2023

Entscheid Versicherungsgericht, 13.01.2023

Art. 6 UVG. Art. 10 UVG. Würdigung eines Gerichtsgutachtens und ärztlicher Berichte. Frage, ob eine richtunggebende Verschlimmerung vorliegt, bejaht. Die Beschwerdegegnerin hat über das Einstellungsdatum hinaus für die Unfallfolgen, insbesondere für die Kosten der durchgeführten Operation sowie die nachfolgende Behandlung und die damit zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit, aufzukommen. Die Beschwerdegegnerin wird weitere medizinische Abklärungen tätigen und gestützt darauf den Zeitpunkt der Leistungseinstellung neu festlegen sowie die weiteren Ansprüche des Beschwerdeführers beurteilen müssen. Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. Januar 2023, UV 2021/35).

Entscheid vom 13. Januar 2023

Besetzung

Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiberin Katja Blättler

Geschäftsnr.

UV 2021/35

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Silvan Meier Rhein, c/o Procap Schweiz,
Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach
4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Heilbehandlung / Taggeldleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ war bei der B.____ AG als technischer Kaufmann tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 13. September 2020 über ein Staubsaugerkabel stolperte, stürzte und sich dabei "ruckartig auf der rechten Schulter" abstützte (Suva-act. 1).

A.b. Der Versicherte hatte am 28. Januar 2016 bereits einen Fahrradunfall erlitten und war dabei auf die rechte Schulter gestürzt. Die am 2. Februar 2016 erstbehandelnden Ärzte des Spitals C.____ hatten eine Schulterkontusion diagnostiziert (vgl. Suva-act. 52). In der Folge war er wegen einer chronischen Bursitis subacromialis rechts bzw. einem subacromialen Impingement, einer AC-Gelenksarthrose und einer Bicepstendinopathie der rechten Schulter im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) behandelt worden (Suva-act. 32 f.). Am 20. Februar 2017 hatte er sich dort einer Schulterarthroskopie, einer Bicepstenotomie, einem subacromialen Débridement, einer Acromioplastik und einer AC-Gelenksresektion rechts unterzogen (vgl. Suva-act. 32). Darauf waren zahlreiche Infiltrationen (vgl. Suva-act. 18 ff., 22, 24, 27 ff., 31) und mehrere Kontrolluntersuchungen im KSSG (vgl. Suva-act. 21, 23, 25, 26, 30) erfolgt.



A.c. Der Versicherte hatte sich aufgrund einer Rotatorenmanschetten-Ruptur (Supraspinatussehne transmural, Infraspinatussehne artikularseitig anteriore 2/3) und einer AC-Gelenksarthropathie am 25. Juni 2020 im KSSG einer Schulterarthroskopie, einem subacromialen Débridement, einer lateralen Acromioplastik und einer AC-Re-Resektion rechts unterzogen. Die behandelnden Ärzte hatten ihm vom 25. Juni bis 9. August 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (Suva-act. 6 f.). Nach einer Untersuchung vom 7. August 2020 hatte der behandelnde Arzt des KSSG berichtet, der Heilungsverlauf sei etwas protrahiert. Er habe ein neues Rezept für Physiotherapie ausgestellt. Bis zur Verlaufskontrolle in sechs Wochen sei der Versicherte weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (Suva-act. 15).

A.d. In ihrem Bericht über die Untersuchung vom 18. September 2020 hielten die behandelnden Ärzte des KSSG fest, der Heilungsverlauf sei generell nun regelrecht. Eine Arbeitsfähigkeit im Büro bestehe mittlerweile wieder. Aufgrund des neuerlichen Traumas am 13. September 2020 gingen sie am ehesten von einer muskulären Zerrung respektive intramuskulären Hämatombildung aus (Suva-act. 16).

A.e. Eine am 15. Oktober 2020 erfolgte MR-Arthrographie des Schultergelenks rechts zeigte eine subtotale Ruptur und grösstenteils Retraktion der ehemals refixierten Supraspinatussehne im distalen Abschnitt mit grossem transmuralen Defekt und lediglich am Vorder- und Hinterrand noch filigran verbliebenen Sehnenzügeln. Nahe der Refixationsstelle war eine höhergradige Tendinose der Infraspinatussehne mit kleinen gelenkseitigen und interstitiellen Einrissen ohne Kontinuitätsunterbrechung sichtbar. Weiter zeigte sich eine deutlich progrediente, fortgeschrittene Atrophie des Musculus supraspinatus und geringgradig der übrigen Rotatorenmanschette (Suva-act. 35). Die behandelnden Ärzte des KSSG berichteten am 4. November 2020, unerfreulicherweise sei es durch das Trauma mit nachfolgender Abstützbewegung der rechten Schulter im September 2020 zu einer Re-Ruptur der refixierten Sehnen (Supraspinatus total, Infraspinatus partiell) gekommen. Aufgrund des jungen Alters des Versicherten sei sicherlich eine Rekonstruktion der Sehnen anzustreben. Er sei aufgrund der bestehenden Schmerzsymptomatik zu 50 % arbeitsunfähig (Suva-act. 17, vgl. auch Arbeitsunfähigkeitszeugnisse in Suva-act. 2, 40).



St.Galler Gerichte

A.f. Der Versicherte teilte der Suva am 12. November 2020 mit, er werde voraussichtlich am 1. Dezember 2020 erneut an der rechten Schulter operiert (Suva-act. 8).

A.g. Suva-Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädie, beurteilte am 25. November 2020, der Unfall vom 13. September 2020 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt. Der Schaden, welcher operiert werde, sei überwiegend wahrscheinlich nicht auf den Unfall zurückzuführen. Die Unfallfolgen vom 13. September 2020 spielten nach vier bis sechs Wochen im Beschwerdebild keine Rolle mehr (Suva-act. 37).

A.h. Mit Schreiben vom 26. November 2020 teilte die Suva dem Versicherten mit, sie habe bis jetzt für die Folgen des Unfalls vom 13. September 2020 die gesetzlichen Versicherungsleistungen erbracht. Sie müsse jedoch den Fall per 31. Oktober 2020 abschliessen und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen (Taggelder und Heilkosten) ablehnen. Für die Kosten der Operation vom 1. Dezember 2020 komme sie nicht mehr auf (Suva-act. 41).

A.i. Der Versicherte unterzog sich am 1. Dezember 2020 im KSSG einer Schulterarthroskopie, einem Débridement, einer Rotatorenmanschetten-Re-Rekonstruktion (Supraspinatus und Infraspinatus) sowie einer Augmentation mit Patch (Pitch-Patch-IST) rechts (act. G17.2).

A.j. Nachdem sich der Versicherte am 11. Januar 2021 mit der Leistungsabweisung nicht einverstanden erklärt hatte (vgl. Suva-act. 50), legte die Suva den Fall erneut Dr. D.____ zur Beurteilung vor (Suva-act. 51). Dieser befand am 18. Januar 2021, der Unfall vom 13. September 2020 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar seien, geführt. Die subtotale Ruptur mit grösstenteils Retraktion der ehemals refixierten Supraspinatussehne sei nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen. Vier bis sechs Wochen nach dem Unfallereignis vom 13. September 2020 spielten Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr. Auch das Sturzereignis vom 28. Januar 2016 mit Schulterkontusion rechts habe zu keinen



unfallbedingten strukturellen Traumafolgen an der rechten Schulter geführt (Suva-act. 52).

A.k. Mit Verfügung vom 18. Januar 2021 stellte die Suva die Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) per 31. Oktober 2020 ein und lehnte die Übernahme der Kosten der Operation vom 1. Dezember 2020 ab (Suva-act. 54).

B.

B.a. Dagegen erhob der Versicherte am 18. Februar 2021 Einsprache (Suva-act. 61-1 ff.).

B.b. Dr. D.____ hielt am 23. Februar 2021 an seiner Beurteilung vom 18. Januar 2021 fest (Suva-act. 67).

B.c. Mit Entscheid vom 16. April 2021 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 70).

C.

C.a. Am 17. Mai 2021 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. S. Meier Rhein, Procap Schweiz, Olten, dagegen Beschwerde. Er beantragte, der Einspracheentscheid vom 16. April 2021 sowie die Verfügung vom 18. Januar 2021 seien aufzuheben. Es sei das Vorliegen von kausalen Unfallfolgen über den 31. Oktober 2020 hinaus festzustellen und es seien ihm die ihm zustehenden Versicherungsleistungen, namentlich Heilbehandlung und Taggelder, auszurichten. Eventualiter sei durch das Gericht ein spezialärztliches Gutachten einzuholen und hernach über seine Rechtsbegehren zu befinden. Subeventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1).

C.b. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 28. Juni 2021 die Abweisung der Beschwerde (act. G3).

C.c. Der Beschwerdeführer verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G5).



C.d. Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs (vgl. act. G10; die Parteien erhoben keine Einwände gegen die in Aussicht gestellte Begutachtung, vgl. act. G11) beauftragte das Versicherungsgericht Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, medexperts AG, St. Gallen, mit einer orthopädischen Begutachtung (act. G12). Der Beschwerdeführer wurde am 5. September 2022 von Dr. E.____ untersucht. Im Gerichtsgutachten vom 5. Oktober 2022 führte dieser bzgl. der rechten Schulter als Diagnose eine Re-Re-Ruptur der Supraspinatussehne (ICD-10: S46.0) bei Status nach Schulterkontusion vom 28. Januar 2016 und Rotatorenmanschetten-Re-Ruptur vom 13. September 2020 sowie den operativen Eingriffen vom 20. Februar 2017, 25. Juni 2020 und 1. Dezember 2020 auf. Der Beschwerdeführer habe sich am 13. September 2020 eine subtotale Ruptur mit Retraktion von 3 cm an der ehemals refixierten Supraspinatussehne im distalen Abschnitt mit grossem transmuralen Defekt zugezogen. Die nach dem 31. Oktober 2020 noch vorhandenen objektiven Befunde seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als alleinige Ursache auf den Unfall vom 13. September 2020 zurückzuführen. Es lägen keine unfallfremden Faktoren oder Folgen von Krankheiten/anderen Unfällen vor, die sich auch ohne das Ereignis vom 13. September 2020 über den 31. Oktober 2020 auf den Gesundheitszustand ausgewirkt hätten (act. G17.1).

C.e. Der Beschwerdeführer reichte am 28. Oktober 2022 eine Stellungnahme zum Gutachten ein und hielt an seinen Anträgen auf Feststellung der Unfallkausalität und Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zur Ausrichtung von Versicherungsleistungen fest. Er beantragte weiter, in Gutheissung der Beschwerde sei die Angelegenheit zur Ausrichtung von Versicherungsleistungen - namentlich Taggeld und Heilbehandlung sowie allfälliger weiterer Leistungen, deren Umfang noch festzulegen sein werde - an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (act. G19).

C.f. Die Beschwerdegegnerin reichte am 2. Dezember 2022 eine tags zuvor von Dr. D.____ verfasste ärztliche Beurteilung (act. G22.1) ein und bat das Gericht unter Berücksichtigung derselben um eine kritische Würdigung des Gutachtens von Dr. E.____ (act. G22).

C.g. Nach Aufforderung der Verfahrensleitung (act. G23) nahm Dr. E.____ am 14. Dezember 2022 Stellung zu den Eingaben der Parteien, insbesondere zur Beurteilung von Dr. D.____ vom 1. Dezember 2022 (act. G24).



Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers gegenüber der Beschwerdegegnerin auf vorübergehende Versicherungsleistungen (Heilbehandlung, Taggelder) über den 31. Oktober 2020 hinaus.

1.1. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Die versicherte Person hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG).

1.2. Die Unfallkausalität bildet Anspruchsvoraussetzung für sämtliche Versicherungsleistungen der Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 UVG). Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 63 ff. zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben medizinischer Sachverständiger angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS UVG-Nabold, N 53 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 55, 58). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (vgl. BGE 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; BGE 118 V 291 f. E. 3a). Das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung



von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden können bzw. nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 N. 58 f.; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4).

1.3. Eine durch einen Unfall verursachte Gesundheitsschädigung oder eine auftretende Beschwerdesymptomatik kann einen zuvor intakten oder einen bereits vorgeschädigten Körperteil betreffen. Ist letzteres der Fall kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustandes in Betracht. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt. Dies trifft zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall oder dem Eintreten der Beschwerdesymptomatik bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Eine richtunggebende Verschlimmerung liegt vor, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo sine noch der Status quo ante je wieder erreicht werden können (vgl. KOSS UVG-Nabold, N 54 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 71 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54).

1.4. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Bezüglich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des



medizinischen Experten ab. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder, wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.6; BGE 125 V 351 E. 3a und 3b/aa mit Hinweis; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Auflage 2020, N 64 zu Art. 43).

2.

Unbestritten ist, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der mindestens schon seit Beginn des Jahres 2016 bestehenden Schulterbeschwerden rechts (vgl. Sprechstundenbericht der Universitätsklinik Balgrist vom 20. Januar 2016; act. G17.2), der am 28. Januar 2016 erlittenen Verletzung an der rechten Schulter (vgl. Suva-act. 52) sowie den in der Folge notwendigen operativen Eingriffen vom 20. Februar 2017 (vgl. Suva-act. 32) und vom 25. Juni 2020 (vgl. Suva-act. 7) ein Vorzustand vorlag. Die Beschwerdegegnerin vertritt die Auffassung, der Unfall vom 13. September 2020 habe lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt und der Status quo sine sei am 31. Oktober 2020 erreicht gewesen (vgl. Suva-act. 41, 54, 70). Der Beschwerdeführer ist hingegen der Ansicht, es sei zu einer richtunggebenden Verschlimmerung im Sinne einer Re-Ruptur der Rotatorenmanschette gekommen und die Beschwerdegegnerin sei über den 31. Oktober 2020 hinaus leistungspflichtig (act. G1). Unbestritten und aktenmässig ausgewiesen besteht keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem früheren Unfall vom 28. Januar 2016 mehr (vgl. Suva-act. 52, act. G17.1; vgl. auch act. G8.1 - 4).



3.

Zu prüfen ist vorab, ob das Gerichtsgutachten vom 5. Oktober 2022 eine rechtsgenügeliche Beurteilung des Anspruchs des Beschwerdeführers gegenüber der Beschwerdegegnerin auf vorübergehende Versicherungsleistungen (Heilbehandlung, Taggelder) über den 31. Oktober 2020 hinaus erlaubt. Die Beschwerdegegnerin spricht dem Gutachten die Beweiskraft ab und stellt diesem die Beurteilungen von Dr. D.____ entgegen (act. G22, G22.1, Suva-act. 37, 52, 67).

3.1. Dr. E.____ beurteilte, der Beschwerdeführer habe sich am 13. September 2020 eine subtotale Ruptur mit Retraktion von 3 cm an der ehemals refixierten Supraspinatussehne im distalen Abschnitt mit grossem transmuralen Defekt zugezogen. Lediglich am Vorder- und Hinterrand der Supraspinatussehne seien noch filigrane Sehnenzüge verblieben. Die nach dem 31. Oktober 2020 noch vorhandenen objektiven Befunde seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als alleinige Ursache auf den Unfall vom 13. September 2020 zurückzuführen. Ein Status quo sine sei weder am 31. Oktober 2020, noch zu einem früheren oder späteren Zeitpunkt erreicht gewesen (act. G17.1). Diese Beurteilung erscheint aufgrund der nachfolgenden Erwägungen als überzeugend.

3.2.

3.2.1. Zuzolge einer Rotatorenmanschetten-Ruptur (Supraspinatussehne transmural, Infraspinatussehne artikulareseitig anteriore 2/3) sowie einer AC-Gelenksarthropathie bei Status nach AC-Resektion Schulter rechts und Status nach mehrfachen Infiltrationen mit jeweils positivem Ansprechen unterzog sich der Beschwerdeführer am 25. Juni 2020 im KSSG einer Schulterarthroskopie, einem subacromialen Débridement, einer lateralen Acromioplastik und einer AC-Re-Resektion rechts (Suva-act. 6 f.). Am 12. August 2020 berichtete der behandelnde Arzt des KSSG über einen etwas protrahierten Heilungsverlauf. Der Beschwerdeführer gebe noch recht starke Schmerzen und einen recht hohen Schmerzmittelverbrauch an. Bei der klinischen Untersuchung hätten sich eine Flexion passiv sowie eine Abduktion von 30 Grad und eine Innenrotation von 60 Grad gezeigt. Es bestehe eine deutliche Atrophie der Deltamuskulatur sowie der Supra- und Infraspinatusmuskulatur. Er stellte ein neues Rezept für die Physiotherapie aus und hielt fest, dort sollten nun aktiv assistiv Bewegungsübungen durchgeführt werden (Suva-act. 15). Am 18. September 2020, mithin fünf Tage nach dem Ereignis vom 13. September 2020, fand die nächste planmässige Verlaufskontrolle im KSSG statt. Die behandelnden Ärzte hielten



anamnestisch fest, der Beschwerdeführer habe über einen generell guten Verlauf mit nun deutlicher Bewegungssteigerung berichtet. Vor knapp einer Woche habe er jedoch einen kleinen Unfall gehabt, im Rahmen dessen er sich ruckartig mit der rechten Schulter habe abstützen müssen. Dies habe zu einschliessenden Schmerzen und nun einer neuerlichen Bewegungseinschränkung geführt. Auch der Analgetikabedarf, welcher zunächst habe reduziert werden können, habe wieder angepasst werden müssen. Die behandelnden Ärzte erhoben klinisch eine gesteigerte aktive Beweglichkeit mit einer Anteversion und Abduktion bis 50 Grad, dann gebe der Beschwerdeführer Schmerzen an. Die Aussenrotation sei bis 20 Grad möglich, die Innenrotation bis L4. Sie schlussfolgerten, es bestehe nun generell ein regelrechter Heilungsverlauf drei Monate postoperativ. Aufgrund des neuerlichen Traumas gingen sie am ehesten von einer muskulären Zerrung respektive einer intramuskulären Hämatombildung aus. Sie hätten mit dem Beschwerdeführer einen analgetischen Ausbau besprochen und ein entsprechendes Rezept abgegeben sowie die Fortführung der Physiotherapie zur Analgesie und weiteren Steigerung der Beweglichkeit empfohlen (Suva-act. 16). Eine am 15. Oktober 2020 im H.____ durchgeführte MR-Arthrographie des Schultergelenks rechts ergab sodann im Vergleich zur Untersuchung vom 28. Februar 2020 unter anderem neu einen ausgedehnten transmuralen Defekt der distalen Supraspinatussehne nahe der Fussplatte mit einem noch filigran adhärenenten, ehemals refixierten Sehnenzügel am Vorder- und Hinterrand und grösstenteils bis auf Höhe des Collum anatomicum retrahierten übrigen Sehnenanteilen. Nahe der Refixationsstelle am Humeruskopf fand sich eine verdickte und signalalterierte Infraspinatussehne mit gelenksseitigen und interstitiellen Einrissen ohne vollständige Kontinuitätsunterbrechung. Es bestand eine fortgeschrittene Atrophie des Musculus supraspinatus und geringfügig der übrigen Rotatorenmanschette bei zunehmend verringertem Muskelvolumen mit Muskelqualität Grad I nach Goutallier. Die für die Untersuchung zuständige Oberärztin Dr. med. F.____ befand, im Vergleich zur Untersuchung vom 28. Februar 2020 finde sich eine subtotale Ruptur und grösstenteils Retraktion (3 cm) der ehemals refixierten Supraspinatussehne im distalen Abschnitt mit grossem transmuralen Defekt und lediglich am Vorder- und Hinterrand noch filigran verbliebenen Sehnenzügeln (Suva-act. 35). Die behandelnden Ärzte des KSSG hielten in ihrem Untersuchungsbericht vom 4. November 2020 fest, unerfreulicherweise sei es durch das Trauma mit nachfolgender Abstützbewegung der rechten Schulter zu einer Re-Ruptur der refixierten Sehnen gekommen (Suva-act. 17).

3.2.2. Dr. D.____ befand am 18. Januar 2021, bei einer unfallbedingten subtotalen Ruptur mit grösstenteils Retraktion der knapp vier Monate zuvor am 25. Juni 2020



rekonstruierten Rotatorenmanschette wäre zeitnah fünf Tage nach dem Unfallereignis vom 13. September 2020 keine deutliche Bewegungssteigerung der Schulter zu erwarten gewesen. Die Beweglichkeit der rechten Schulter habe sich entsprechend der Beurteilung des KSSG vom 18. September 2020 im postoperativen dreimonatigen Verlauf verbessert gehabt, was überwiegend wahrscheinlich gegen eine traumatische Verursachung der MR-morphologisch am 15. Oktober 2020, also fünf Wochen nach dem Unfallereignis, festgestellten subtotalen Ruptur mit grösstenteils Retraktion der ehemals refixierten Supraspinatussehne spreche (Suva-act. 52). Er zitierte bei dieser Aussage jedoch - wie Dr. E.____ richtig bemerkte (vgl. act. G17.1) - den Bericht des KSSG über die Untersuchung vom 7. August 2020 nicht korrekt und ging von einer damals möglichen klinisch objektivierbaren passiven Flexion/Abduktion von jeweils 20 Grad, statt der im Bericht tatsächlich vermerkten je 30 Grad aus (vgl. Suva-act. 15, 52). Wie Dr. E.____ ausführte, wurde damit in den sechs Wochen vom 7. August bis 18. September 2020 eine Steigerung der Abduktion und Anteversion von nur 20 Grad erreicht, was keine bedeutende Bewegungssteigerung darstelle. Nach sechs Wochen Physiotherapie stelle dies nur einen minimalen Fortschritt dar. Dies spreche dafür, dass zwischen dem 7. August und dem 18. September 2020 ein Ereignis geschehen sei. Im Untersuchungsbericht vom 18. September 2020 werde daher auch ausdrücklich festgehalten, dass der Unfall vom 13. September 2020 zu einer neuerlichen Bewegungseinschränkung geführt habe und auch der Analgetikabedarf zugenommen habe (vgl. Suva-act. 16). Dr. E.____ hielt weiter fest, der anlässlich der Untersuchung vom 18. September 2020, mithin zwölf Wochen nach der Rotatorenmanschettennaht, gemessene aktive Bewegungsumfang von 50 Grad Anteversion und Abduktion sei nicht normal. Eine Schmerzangabe bei einer Bewegung in diesem Umfang spreche gegen einen normalen postoperativen Verlauf (Suva-act. 16, act. G17.1). Wie Dr. E.____ am 14. Dezember 2022 zudem bemerkte, spricht der Ausbau der Analgetika durch die behandelnden Ärzte des KSSG auch dafür, dass ihnen die Schmerzangabe beim genannten Bewegungsumfang nicht als normal erschien (act. G24). Dr. E.____ führte weiter aus, für die Tatsache, dass der Beschwerdeführer trotz Ruptur der refixierten Supraspinatussehne aktiv bis 50 Grad abduzieren und flektieren habe können, gebe es zwei Erklärungen. Erstens handle es sich um eine subtotale Ruptur der ehemals refixierten Supraspinatussehne im distalen Abschnitt mit am Vorder- und Hinterrand noch filigran verbliebenen Sehnenzügeln. Zweitens könne eine aktive Anteversion und Abduktion bis 60 Grad auch bei vollständig gerissenem Supraspinatus durch den Deltoideusmuskel (vor allem Pars acromialis) erreicht werden. Daher werde im Status vom untersuchenden Arzt unter anderem auch ausdrücklich festgehalten, dass der



Deltamuskel gegen Widerstand gut aktiviert werden könne (vgl. Suva-act. 16, act. G17.1).

3.2.3. Die in den Behandlungsberichten des KSSG festgehaltenen klinischen Befunde und anamnestischen Angaben sprechen damit - gemäss der überzeugenden Beurteilung von Dr. E.____ - dafür, dass der Beschwerdeführer am 13. September 2020 die MR-arthrographisch am 15. Oktober 2020 festgestellte Re-Ruptur der Rotatorenmanschette (ausgedehnter transmuraler Defekt der distalen Supraspinatussehne) erlitt.

3.3. Dr. D.____ führte am 18. Januar 2021 aus, der zeitliche Verlauf spreche vorliegend gegen eine traumatische Ruptur der ehemals refixierten Supraspinatussehne. Bei einer solchen wäre aus medizinischer Sicht eine zeitnahe deutliche Bewegungseinschränkung zu erwarten gewesen. Die traumatisch nach akuter Gewalteinwirkung verursachte Rotatorenmanschettenzerreissung führe unmittelbar zu Schmerzen, Kraft- und Funktionsverlust mit charakteristischem zeitlichen Verlauf. Da bei einer Zerreiung die Kraftübertragung vom Muskel auf die Sehne, und von dieser auf Knochen und Gelenk unterbrochen sei, sei die aktive Beweglichkeit der Schulter typischerweise 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, der Betroffene leide unter einer schmerzhaften Einschränkung der aktiven Beweglichkeit und es bestehe eine Kraftminderung der verletzten Schulter. Erst in der nachfolgenden postakuten Phase komme es zu einem weiteren Rückgang der Beschwerden und die initiale Bewegungseinschränkung könne durch die verbliebene Schultermuskulatur häufig kompensiert werden, was zu einer Besserung der aktiven Gelenkbeweglichkeit führe (Suva-act. 52). Dr. E.____ bestätigt in seinem Gutachten vom 5. Oktober 2022 den von Dr. D.____ dargestellten üblichen Verlauf nach einer traumatischen Ruptur einer ehemals refixierten Supraspinatussehne. Im Gegensatz zu Dr. D.____ führt er jedoch überzeugend aus, dass es beim Beschwerdeführer zum üblichen Verlauf gekommen sei. Er habe anlässlich der Begutachtung angegeben, er habe nach dem Unfall vom 13. September 2020 wegen der Schmerzen und dem Kraftverlust in der Physiotherapie die aktiv-assistiven Übungen nicht mehr durchführen können. Auch im Untersuchungsbericht des KSSG vom 18. September 2020 sei festgehalten worden, dass der Unfall vom 13. September 2020 zu einschliessenden Schmerzen und einer neuerlichen Bewegungseinschränkung geführt hätten (vgl. Suva-act. 16). Man dürfe also davon ausgehen, dass vor dem Unfall vom 13. September 2020 ein besserer aktiver Bewegungsumfang bestanden habe, auch wenn diesbezüglich keine schriftliche



Dokumentation bestehe. Eine subtotale Ruptur, wie sie der Beschwerdeführer erlitten habe, führe auch nicht zu einer Pseudoparalyse der Schulter (act. G17.1). Der zeitliche Verlauf der Beschwerden spricht damit insgesamt nicht gegen eine traumatische Ruptur der Supraspinatussehne. Dr. D.____ hatte in seiner Kurzbeurteilung vom 25. November 2020 zudem befunden, der Unfall vom 13. September 2020 habe unter anderem deshalb nicht überwiegend wahrscheinlich zu einer zusätzlichen objektivierbaren strukturellen Läsion geführt, weil unfallbedingt eine fortgeschrittene Atrophie des Musculus supraspinatus und geringgradig der übrigen Rotatorenmanschette bestanden habe (vgl. MRI-Bericht vom 15. Oktober 2020), welche nicht überwiegend wahrscheinlich nach vier Wochen zu erwarten wäre (Suva-act. 37). Dr. E.____ hielt in seinem Gutachten diesbezüglich fest, es sei zwar korrekt, dass nach vier Wochen Schonung noch keine fortgeschrittene Atrophie des Musculus supraspinatus zu erwarten sei. Beim Beschwerdeführer sei jedoch am 25. Juni 2020 die Supraspinatussehne genäht worden und er habe den Arm über drei Monate schonen müssen. Dies erkläre die fortgeschrittene Atrophie des Musculus supraspinatus im Vergleich zur präoperativen Untersuchung (act. G17.1).

3.4. Der Beschwerdeführer gab anlässlich der Begutachtung gegenüber Dr. E.____ an, er habe nach dem Unfall vom 13. September 2020 sofort versucht, einen Termin im KSSG zu erhalten. Es sei ihm mitgeteilt worden, dass es nicht möglich sei, den fünf Tage später angesetzten Kontrolltermin vorzuziehen. Die Physiotherapie habe nach dem Unfall vom 13. September 2020 aufgrund der starken Schmerzen nicht mehr normal, das heisse mit aktiv-assistiven Bewegungsübungen, fortgeführt werden können. Er habe nach dem Sturz wegen der Schmerzen auf die nach dem Spitalaustritt erhaltene Notfallmedikation zurückgreifen müssen (act. G17.1). Dr. D.____ stellte diese Angaben des Beschwerdeführers in seiner Stellungnahme vom 1. Dezember 2022 in Frage. Stattdessen verwies er auf die Angaben im Rapport eines Mitarbeiters der Beschwerdegegnerin über eine Befragung vom 25. November 2020 (vgl. Suva-act. 36). In jenem sei lediglich festgehalten, dass der Beschwerdeführer nach dem Ereignis vom 13. September 2020 weitergearbeitet habe, am Tag unmittelbar nach dem Ereignis in der Physiotherapie gewesen sei und am 18. September 2020 direkt zur geplanten Kontrolle ins KSSG gegangen sei. Die in diesem Rapport geschilderten Angaben zum Sachverhalt vom 13. September 2020 entsprächen nicht einer notfallmässigen Situation mit allfällig traumatischem Abriss der refixierten Supraspinatussehne (act. G22.1). Mit Dr. E.____ (act. G24) ist jedoch darauf hinzuweisen, dass der am 25. November 2020, mithin rund 2.5 Monate nach dem Ereignis vom 13. September 2020, erstellte Rapport entgegen der Ansicht von Dr. D.____ nicht als "zeitnahe Befragung" interpretiert werden kann. Die Tatsache, dass Dr. E.____ in seinem Gutachten nicht



konkret auf diesen Rapport einging, sondern sich stattdessen insbesondere auf die Angaben in den Untersuchungsberichten des KSSG vom 18. September und 30. Oktober 2020 stützte, ist damit nicht zu beanstanden. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer auch gegenüber dem Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin am 25. November 2020 erhebliche, nach dem Ereignis vom 13. September 2020 eingetretene, Beschwerden angegeben hatte. So ist im Rapport festgehalten, der Beschwerdeführer habe seinen Arm wohl noch einigermaßen bewegen, aber nicht mehr belasten können. Er habe nur noch mit Schmerzmitteln einigermaßen funktionieren können. Er habe einen Kraftverlust und könne den rechten Arm seither auch nicht mehr wirklich anheben, über Kopf sei es unmöglich. Zudem könne er nicht mehr auf der rechten Körperseite schlafen. Er habe nach dem Ereignis wohl weitergearbeitet, aber das sei nur mit Schmerzmitteln und aufgrund der Tatsache, dass er einen Bürojob habe, gegangen (Suva-act. 36). Auch die Angaben im Rapport sprechen damit für ein am 13. September 2020 erlittenes Trauma mit erheblichen Auswirkungen.

3.5. Dr. D.____ hatte in seiner Beurteilung vom 18. Januar 2021 auf die S2e-Leitlinie "Rotatorenmanschette" der Fachgesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (abrufbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/033-0411_S2e_Rotatorenmanschette_2017-04_01-abgelaufen_01.pdf, S.38, zuletzt abgerufen am 6. Januar 2023) hingewiesen, gemäss welcher es nach operativer Rekonstruktion der Sehnenmanschette in vielen Fällen schon frühzeitig zu einer sogenannten Re-Ruptur oder einem Re-Defekt in Abhängigkeit von der initialen Rupturgrösse, der fettigen Degeneration und dem Alter der ursprünglichen Läsion komme. Re-Rupturen der Sehnenmanschette nach operativer Rekonstruktion träten gemäss der gängigen Lehrmeinung in einer Vielzahl von Fällen auf. PD Dr. med. G.____ habe in der Fachzeitschrift Orthopädie und Rheuma im Jahr 2019 über eine Inzidenz von 10 bis 40 % der operierten Fälle berichtet, von denen aber nur etwa 25 % revisionsbedürftig seien. Verantwortlich für die hohe Rate von Re-Rupturen seien intrinsische Faktoren wie zum Beispiel schlechte Sehnenqualität, aber auch extrinsische Faktoren wie zum Beispiel ungünstige Operationstechniken (Suva-act. 52). Rein aufgrund der theoretischen Möglichkeit einer postoperativen Re-Ruptur ohne traumatisches Ereignis lässt sich jedoch nicht schliessen, dass es beim Beschwerdeführer tatsächlich zu einer solchen kam. Dr. E.____ hielt in seinem Gutachten vom 5. Oktober 2022 fest, das Auftreten von Re-Rupturen nach Refixation der Supraspinatussehne sei vor allem abhängig von Sehnenqualität, Grösse der Läsion, zugarmer Refixation, Verfettung des Muskels (Goutallier), Alter der Läsion und Compliance des Patienten. Im Operationsbericht vom 25. Juni 2020 (vgl. Suva-act. 7)



sei ausdrücklich erwähnt worden, dass eine gute Sehnenqualität vorgelegen habe und eine zugarme Refixation möglich gewesen sei. Für die gute Sehnenqualität und die zugarme Refixation sprächen auch, dass vom Operateur postoperativ keine Einschränkung des passiven Bewegungsumfanges (range of movement [ROM]) verordnet worden sei und dass keine Abduktionsschiene, sondern nur eine Mitella verordnet worden sei. Bei schlechter Sehnenqualität oder Refixation unter Zug werde hingegen üblicherweise eine Abduktionsschiene abgegeben, welche der Patient sechs Wochen Tag und Nacht tragen müsse. Auch gegen eine Re-Ruptur ohne Unfall spreche, dass es sich initial um eine kleine Ruptur gehandelt habe, nur eine geringe fettige Degeneration (Goutallier Grad I) vorgelegen habe und eine Operationstechnik lege artis angewendet worden sei (act. G17.1). Dr. D.____ wendete am 1. Dezember 2022 (act. G22.1) dagegen ein, es sei nicht überzeugend, dass beim Beschwerdeführer keine Hinweise auf eine schlechte Sehnenqualität bestanden hätten. Aus der medizinischen Aktenlage gehe eindeutig hervor, dass präoperativ vor dem am 25. Juni 2020 durchgeführten Eingriff eine kleine, transmurale Rotatorenmanschettenruptur vorgelegen habe. Dies hätten die behandelnden Kollegen des KSSG bereits in ihrem Bericht über die Untersuchung vom 8. Mai 2020 festgehalten (vgl. Suva-act. 13). Weitere Hinweise auf eine vorgeschädigte Supraspinatussehne ergäben sich insofern indirekt aus den Angaben im Operationsbericht vom 25. Juni 2020, als dass lediglich die Sehnenqualität der Infraspinatussehne explizit als gut beschrieben worden sei. Eine gute Qualität der rupturierten Supraspinatussehne sei den Angaben des Operateurs im Operationsbericht nicht zu entnehmen. Deshalb sei die Interpretation von Dr. E.____ betreffend die gute Sehnenqualität spekulativ (act. G22.1). Es ist korrekt, dass im genannten Operationsbericht die Sehnenqualität der Supraspinatussehne nicht explizit beschrieben wird (vgl. Suva-act. 7). Dr. E.____ führte jedoch am 14. Dezember 2022 - wie schon in seinem Gutachten - überzeugend aus, es habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine gute Sehnenqualität vorgelegen. Dies insbesondere, da die postoperative Behandlung nach einem Schema erfolgt sei, wie es bei guter Sehnenqualität und zugfreier Refixation üblich sei (act. G24). Daraus ist zu folgern, dass beim Beschwerdeführer keine Faktoren vorlagen, welche für eine nicht traumatische postoperative Re-Ruptur der Rotatorenmanschette sprechen würden bzw. deren Wahrscheinlichkeit als hoch erscheinen liessen.

3.6. Dr. E.____ machte in seinem Gutachten im Zusammenhang mit der Beurteilung, ob eine Re-Ruptur ohne Trauma vorliege, Ausführungen zum Grad der fettigen Degeneration des Musculus supraspinatus (Stadien nach Goutallier; act. G17.1). Dr. D.____ stellte diese in seiner Stellungnahme vom 1. Dezember 2022 in Frage und kam zum Schluss, beim Beschwerdeführer habe eine stärkere Verfettung des Musculus



supraspinatus vorgelegen, als von Dr. E. ___ angenommen (act. G22.1). Dieser hielt am 14. Dezember 2022 jedoch fest, ob eine Degeneration nach Goutallier Stadium I oder II vorliege, spiele bezüglich der Ursache der Re-Ruptur der Supraspinatussehne keine entscheidende Rolle (act. G24). Dies ist insofern überzeugend, als wie in der vorstehenden Erwägung 3.5 diskutiert, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine nicht traumatische postoperative Re-Ruptur der Rotatorenmanschette vorlag. Daran würde auch eine leicht andere Beurteilung des Verfettungsgrades nichts ändern.

3.7. Weiter machte Dr. D. ___ am 1. Dezember 2022 geltend, ein weiteres entscheidendes Kriterium zum Ausschluss einer traumatischen Genese eines Rotatorenmanschettenrisses sei die vorliegend im MRT fehlende Darstellung einer wellenförmig retrahierten Supraspinatussehne, des sogenannten "Kinking-Zeichens" mit zugleich vorliegendem Ödem des Musculus supraspinatus. In der entsprechenden koronaren Bildgebung im vorliegenden MRI vom 15. Oktober 2020 sei dieser MR-morphologisch klare Hinweis auf ein traumatisches Geschehen nicht erkennbar (act. G22.1). Dr. E. ___ hielt dieser Kritik am 14. Dezember 2022 entgegen, in der Beurteilung, ob es sich eher um eine degenerative oder frische traumatische Läsion der Supraspinatussehne handle, werde gelegentlich das "Kinking-Zeichen" angeführt. Dieses sei jedoch nur ein Puzzleteil bei der Beurteilung, ob eine traumatische oder degenerative Ursache einer Supraspinatussehne vorliege, könne aber für sich alleine nie als Beweis für oder gegen eine traumatische Läsion angeführt werden (act. G24). Demzufolge lässt sich alleine aufgrund des Fehlens des "Kinking-Zeichens" die Ursache der vorliegenden Läsion nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestimmen.

3.8. Dr. D. ___ hatte beurteilt, vier bis sechs Wochen nach dem Unfallereignis vom 13. September 2020 spielten Unfallfolgen im Beschwerdebild überwiegend wahrscheinlich keine Rolle mehr, ohne dies jedoch zu begründen (Suva-act. 37, 52). Dr. E. ___ hält diese Aussage für nicht nachvollziehbar. Vom Erreichen eines Status quo ante vier bis sechs Wochen nach dem Unfall dürfte man nur dann ausgehen, wenn sich der Beschwerdeführer beim Unfall vom 13. September 2020 eine Kontusion/Prellung der rechten Schulter zugezogen hätte. Der Beschwerdeführer sei bei diesem Unfall jedoch nicht auf die rechte Schulter gestürzt, sondern habe den Sturz mit dem rechten Arm aufgefangen, das heisse, er habe in diesem Moment die Muskeln ruckartig an der rechten Schulter maximal angespannt. Der akute Schmerz weise darauf hin, dass es in dem Moment zu einer Zerrung von Muskeln, Bändern oder Sehnen gekommen sei. Die Ärzte des KSSG hätten sich anlässlich der Nachkontrolle fünf Tage nach dem Unfall wohl ähnliche Überlegungen gemacht und daher in ihrem Untersuchungsbericht auch



festgehalten, sie gingen aufgrund des neuerlichen Traumas am ehesten von einer muskulären Zerrung, resp. einer intramuskulären Hämatombildung aus (vgl. Suva-act. 16). Im MRI der rechten Schulter vom 15. Oktober 2020 (vgl. Suva-act. 35) habe sich dann aber kein Hinweis auf eine Muskel- oder Bänderzerrung, sondern eine Re-Ruptur der knapp vier Monate zuvor refixierten Supraspinatussehne gefunden. Es sei insgesamt nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. D.____ vom Erreichen des Status quo sine vier bis sechs Wochen nach dem als Unfall anerkannten Ereignis ausgegangen sei (act. G17.1). Dies ist angesichts der vorstehenden Erwägungen und der sich daraus ergebenden überwiegend wahrscheinlich traumatisch (Ereignis vom 13. September 2020) bedingten Re-Ruptur der Rotatorenmanschette überzeugend. Dr. E.____ führte zudem am 14. Dezember 2022 ergänzend aus, er stelle zwar die fachliche Kompetenz der behandelnden Ärzte des KSSG grundsätzlich nicht in Frage. Es erstaune jedoch ein wenig, dass sie nach der Untersuchung vom 18. September 2020 von einem neuerlichen Trauma mit einer muskulären Zerrung, resp. intramuskulärem Hämatom gesprochen hätten, aber gleichzeitig keine lokal auslösbare Druckdolenz und keine Schwellung gefunden hätten. An der Schulter könne man sich die Anatomie wie eine viergliedrige Kette vorstellen mit Knochen, Bändern, Sehnen und Muskeln. Das schwächste Glied in dieser Kette sei beim Beschwerdeführer zweifelsohne die zwölf Wochen zuvor operierte Rotatorenmanschettensehne gewesen. Wieso die behandelnden Ärzte davon ausgegangen seien, dass anlässlich des Sturzes vom 13. September 2020 ausgerechnet ein intakter und nicht vorgeschädigter Muskel statt der refixierten Sehne gezerrt worden sein solle, sei schwierig nachzuvollziehen (act. G24).

3.9. Dr. D.____ kritisierte in seiner Stellungnahme vom 1. Dezember 2022 unter anderem die im Gutachten von Dr. E.____ enthaltene Sachverhaltsdarstellung und warf diesem vor, er habe die Berichte des KSSG tendentiell interpretiert. Zudem enthalte der Sachverhalt gewisse - näher umschriebene - spekulative Aspekte (act. G22.1). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass der im Gutachten erwähnte "Sachverhalt" nicht von Dr. E.____ stammt und nur teilweise seiner Beurteilung entspricht. Er hatte darin lediglich den Gutachtensauftrag des Versicherungsgerichts auszugsweise widergegeben (vgl. act. G12, act. G17.1, S. 3). Das Gericht hatte dargestellt, aus welchen Gründen es den Sachverhalt in der vorliegenden Streitigkeit als nicht spruchreif abgeklärt erachtet hatte und gewisse Ungereimtheiten in den medizinischen Akten aus Sicht eines medizinischen Laien aufgezählt. Weitere Bemerkungen zu der diesbezüglich von Dr. D.____ an Dr. E.____ gerichteten Kritik erübrigen sich damit. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass Dr. E.____ in seinem Gutachten die im Gutachtensauftrag durch das Gericht geäusserten Bedenken bezüglich der Spruchreife



der Streitsache mindestens teilweise bestätigte und zu einer von Dr. D.____ abweichenden Beurteilung kam.

3.10. Insgesamt vermögen die Ausführungen von Dr. D.____ die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. E.____ damit nicht zu schmälern. Bei der Würdigung des Gerichtsgutachtens vom 5. Oktober 2022 fällt weiter ins Gewicht, dass es auf eigenständigen gründlichen Abklärungen beruht und für die streitigen Belange umfassend ist. Die medizinischen Vorakten wurden verwertet und diskutiert. Insbesondere hat sich Dr. E.____ ausführlich und schlüssig mit den abweichenden Beurteilungen von Kreisarzt Dr. D.____ auseinandergesetzt. Die vom Beschwerdeführer geklagten Leiden wurden berücksichtigt und nachvollziehbar gewürdigt. Die vom Gerichtsgutachter vorgenommene Einschätzung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Aus medizinischer Sicht ist deshalb davon auszugehen, dass es aufgrund des Unfalls vom 13. September 2020 zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustandes kam und die nach dem Fallabschluss vom 31. Oktober 2020 noch vorhandenen objektiven Befunde überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 13. September 2020 zurückzuführen waren. Aus rechtlicher Sicht bestehen keine Gründe, von der Beurteilung im Gerichtsgutachten abzuweichen.

4.

Die Beschwerdegegnerin hat die Versicherungsleistungen am 31. Oktober 2020 deshalb zu Unrecht eingestellt. Sie hat über dieses Datum hinaus für die richtungsgebende Verschlimmerung der Schulterproblematik rechts, insbesondere für die Kosten der am 1. Dezember 2020 durchgeführten Operation sowie die nachfolgende Behandlung und die damit zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit, aufzukommen. Aus den Akten lässt sich nicht abschliessend feststellen, bis zu welchem Datum der Beschwerdeführer aufgrund der Schulterbeschwerden rechts arbeitsunfähig war und wie lange er sich in medizinischer Behandlung befand (aktenkundig fand am 24. März 2022 ein weiterer operativer Eingriff an der rechten Schulter statt; vgl. act. G17.2). Die Beschwerdegegnerin wird diesbezüglich weitere Abklärungen tätigen, gestützt darauf den Zeitpunkt der Leistungseinstellung neu festlegen und die weiteren Ansprüche des Beschwerdeführers beurteilen müssen.



5.

5.1. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 16. April 2021 insofern gutzuheissen, als die Beschwerdegegnerin zu verpflichten ist, über den 31. Oktober 2020 hinaus für die Folgen des Unfalls vom 13. September 2020 aufzukommen. Die Sache ist zur Prüfung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2. Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im UVG keine zu erheben (vgl. dazu Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

5.3. In Nachachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2013, 8C_71/2013, E. 2.2.3) hat die Beschwerdegegnerin die für das Gerichtsgutachten angefallenen Kosten von total Fr. 6'129.95 (Fr. 5'078.-- + Fr. 1'051.95) zu tragen (act. G17.4, G24.1).

5.4. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 16. April 2021 insofern gutgeheissen, als die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, über den 31. Oktober 2020 hinaus für die Folgen des Unfalls vom 13. September 2020 aufzukommen. Die Sache wird zur Prüfung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.



3.

Die Beschwerdegegnerin hat die für das Gerichtsgutachten angefallenen Kosten von Fr. 6'129.95 zu bezahlen.

4.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.