



**Fall-Nr.:** UV 2023/29  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 29.01.2024  
**Entscheiddatum:** 30.11.2023

### **Entscheid Versicherungsgericht, 30.11.2023**

**Art. 6 UVG; Leistungseinstellung. Ungenügende Aktenlage in Bezug auf die Beurteilung der Frage der Unfallkausalität der Rotatorenmanschettenverletzung des Beschwerdeführers. Rückweisung zur weiteren Abklärung und neuer Verfügung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. November 2023, UV 2023/29).**

#### **Entscheid vom 30. November 2023**

Besetzung

Versicherungsrichter Michael Rutz (Vorsitz), Versicherungsrichterrinnen Christiane Gallati Schneider und Tanja Petrik-Haltiner; a.o. Gerichtsschreiberin Lea Schneider

Geschäftsnr.

UV 2023/29

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Tomas Kempf, Webernstrasse 5, Postfach,  
8610 Uster,

gegen



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

### **Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

### **Versicherungsleistungen**

### **Sachverhalt**

#### **A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war als Schreinerangestellter bei der B.\_\_\_\_ GmbH tätig und dadurch obligatorisch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 15. Oktober 2020 meldete die Arbeitgeberin der Suva einen Berufsunfall des Versicherten vom 12. Oktober 2020. Der Versicherte sei beim Dachausbau im dritten Stock auf einer Holzplatte ausgerutscht und mit dem ganzen Körpergewicht direkt auf den rechten Arm/die rechte Schulter gefallen. Er habe sofort gespürt, dass er den rechten Arm nicht mehr hochheben könne. Ein Arbeitskollege habe ihn dann direkt ins Spital C.\_\_\_\_ zur Untersuchung gefahren, wo auch die medizinische Erstbehandlung erfolgt sei. Als verletzter Körperteil wurde in der Schadenmeldung die rechte Schulter und als Schädigung ein eventueller Sehnenriss angegeben. Dort bestehe eventuell ein Sehnenriss. Seit dem 12. Oktober 2020 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 1).

**A.b.** Aus den von der Suva angeforderten medizinischen Unterlagen geht Folgendes hervor: Am Unfalltag, dem 12. Oktober 2020, hatte sich der Versicherte im Institut für Notfallmedizin, dem Stadtspital C.\_\_\_\_, vorgestellt. Die behandelnden Ärzte stellten an der rechten Schulter eine nach dorsal dislozierte laterale Clavicula, kein klares Klaviertastenphänomen und keine Druckdolenz fest. Es bestehe eine Druckdolenz über dem anterioren Gelenk, differenzialdiagnostisch der Bicepssehne. Schmerzbedingt sei der Biceps nicht testbar. Zudem sei keine Druckdolenz über der Scapula, dem Humeruskopf oder anderweitigen ossären Strukturen vorhanden. Die Schultermotorik



sei aufgrund der Schmerzen kaum testbar. Es seien nur geringgradige Bewegungen in alle Richtungen durchführbar. Die Sensibilität peripher und über dem Nervus-axillaris-Gebiet sei intakt, die periphere Motorik sei schmerzbedingt reduziert und die Durchblutung intakt. Die erhobenen Befunde beurteilten die behandelnden Ärzte als Schulterkontusion rechts, bei Verdacht auf eine Bicepssehnen-/SLAP-Läsion, differenzialdiagnostisch eine ROM-Läsion (Suva-act. 7).

**A.c.** Im radiologischen Befundbericht vom 12. Oktober 2020 von Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, Stadtspital C.\_\_\_\_, hielt diese zur Röntgenuntersuchung vom selben Tag fest, der Humeruskopf sei regelrecht auf das Glenoid zentriert. Es bestehe weder ein Hinweis auf eine Luxation noch auf eine frische traumatische ossäre Läsion. Das AC-Gelenk weise degenerative Veränderungen auf. Je nach Klinik sei eine ergänzende Schulter Panoramaaufnahme axial zu erwägen. Der miterfasste Rippen thorax sei unauffällig (Suva-act. 12). In ihrem Bericht vom 15. Oktober 2020 zum Arthro-MRT der rechten Schulter von diesem Tag, hielt sie fest, es bestehe kein Nachweis einer Fraktur. Hingegen bestehe der Verdacht auf einen sublabralen kleinvolumigen Recessus, differenzialdiagnostisch eine kleinvolumige SLAP-Läsion. Zudem bestehe ein erhaltener Knorpelüberzug glenohumeral. Das Labrum sei allseits intakt. Dr. D.\_\_\_\_ kam zu dem Schluss, posttraumatisch zeige sich das Bild einer Rotatorenmanschetten-Massenruptur mit Retraktion der Supraspinatussehne Patte Grad II und Pulley Läsion. Die Rotatorenmanschettenmuskulatur zeige keine Atrophien (Goutallier Grad I) (Suva-act. 13).

**A.d.** Am 4. November 2020 führte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Spital F.\_\_\_\_, beim Versicherten eine Schulterarthroskopie rechts mit Rotatorenmanschettenrekonstruktion, Tenodese der langen Bizepssehne, Acromioplastik und AC-Gelenksresektion durch (vgl. dazu den Operationsbericht vom 5. November 2020 [Suva-act. 24]). Eine radiologische Verlaufskontrolle zwei Tage postoperativ habe keine weiteren Auffälligkeiten gezeigt. Der Versicherte habe am 9. November 2020 nach Hause entlassen werden können (vgl. zum Ganzen den Austrittsbericht vom 19. November 2020 [Suva-act. 23]).

**A.e.** Am 17. Dezember 2020 untersuchte Dr. E.\_\_\_\_ den Versicherten erneut. Seine aktiv assistive Untersuchung habe eine Flexion und Abduktion von je 90° ergeben. Die



Innenrotation sei bis gut zum lateralen Oberschenkel möglich gewesen. Die Aussenrotation betrage 15°. Den Rotatorenmanschettentest habe er nicht durchgeführt (Suva-act. 28). Am selben Tag führte Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, Spital F.\_\_\_\_, eine Röntgenuntersuchung des rechten Schultergelenks durch. Dazu hielt sie Folgendes fest: "Unveränderte Aufnahme in Behelfstechnik. Nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion einliegender Sehnenanker in Projektion auf den Humeruskopf. Relativer Humeruskopftiefstand, glenohumerale Arthrose. Flaue Verkalkung in Projektion auf die Hill Sachs Läsion. Postoperative Weichteilschwellung" (Suva-act. 32).

**A.f.** In seinem Bericht vom 8. Februar 2021 führte Dr. E.\_\_\_\_ hinsichtlich der am gleichen Tag erfolgten chirurgischen Sprechstunde folgende Befunde auf: "ROM nur noch endständig eingeschränkt, Innenrotation L3, die anderen Bewegungsausmasse sind nur diskret eingeschränkt, Rotatorenmanschettentest im vorsichtigen Untersuch negativ." Die Physiotherapie sei weiterzuführen und es solle ein langsamer Kraftaufbau stattfinden. Der Versicherte sei weiterhin arbeitsunfähig (Suva-act. 38).

**A.g.** Anlässlich eines Gesprächs mit dem zuständigen Sachbearbeiter der Suva am 16. März 2021 führte der Versicherte unter anderem aus, der Unfall sei am 12. Oktober 2020 während der Arbeit, auf einer Baustelle in H.\_\_\_\_ passiert. Sie hätten sich in einem Estrich befunden und hätten Platten und die Isolation von der Wand entfernen müssen. Die Platten hätten sich hinten an den Wänden von Kästen befunden. Er habe die am Boden stehende Platte mit links gehalten. Dann habe er mit dem rechten Fuss in die Platte hineingeschlagen, um sie zu halbieren. Dabei sei er auf der Platte ausgerutscht und deshalb auf die rechte Körperseite gefallen. So viel er noch wisse, sei er mit dem angewinkelten rechten Arm nach hinten gestürzt und so direkt auf den rechten Ellbogen gefallen. Den Arm habe er ziemlich körpernah angewinkelt gehabt. Er habe einen sehr starken Schlag auf den Ellbogen erhalten, wobei es ihm den Ellbogen nach oben gedrückt habe. So habe es auch stark in der rechten Schulter geschmerzt. Exakter könne er den Sturzmechanismus nicht angeben. Er habe aber sofort bemerkt, dass er den rechten Arm nicht mehr über den Kopf habe anheben können (vgl. zum Ganzen das Gesprächsprotokoll vom 17. März 2021 [Suva-act. 39]).



**A.h.** Am 15. April 2021 nahm der Kreisarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, speziell Allgemeinchirurgie und Traumatologie, Stellung zum Fall des Versicherten. Dr. I.\_\_\_\_ ersuchte darum, die intraoperativen Videoprintbilder einzuholen, um die Ausdehnung der Läsion zu klären. Das Rupturausmass sei für ihn im MRT-Bild deutlich kleiner als im MRT- und OP-Bericht beschrieben. Weiter hielt Dr. I.\_\_\_\_ fest: "Atrophie SSP mit knapp positivem Tangenzzeichen. Retraktion II. Geröllzystchen am Ansatz SSC, SSP und ISP. Im OP-Bericht werden zudem eine Tendinitis calcarea Bizepsanker und interstitiell Supraspinatussehne beschrieben." Ebenfalls lasse sich eine schwere, symptomatische AC-Gelenksarthrose mit inferiorem Osteophyten klavikulär und acromial feststellen. Die dortige Ruptureinteilung sei nicht klassifiziert. Bisher sei das Unfallereignis mit dem Sturz nach hinten das einzige Argument für ein Trauma (Suva-act. 41).

**A.i.** Auf Nachfrage der Suva (Suva-act. 42) teilte das Spital F.\_\_\_\_ am 21. April 2021 mit, ihnen würden keine intraoperativen Videoprints vorliegen (Suva-act. 43-1). Am 23. April 2021 führte Dr. I.\_\_\_\_ aus, für eine Beurteilung fehle ihm der präoperative Bericht, welcher die Indikation zur Operation begründe und in dem auch die präoperative Funktion beschrieben sein sollte (Suva-act. 44). Am 28. April 2021 ging, gemäss dem Aktenverzeichnis der Suva, der Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2020 zur chirurgischen Sprechstunde vom gleichen Tag ein. Darin hatte Dr. E.\_\_\_\_ folgende Befunde festgehalten: "Pseudoparalytische Schulter aktiv assistiv bis 90° Flexion, Abduktion möglich, jedoch mit deutlicher Schmerzangabe, drop-arm-sign, Aussenrotation 1 Kraft M3, knapp kein Lag, belly-press-Test M3 mit massiven Schmerzen, Sulcus stark dolent, AC-Gelenk frei. MR-diagnostisch zeigt sich die oben genannte Läsion bei subluxierender langer Bizepssehne und Massenruptur sowie guter Muskelqualität ist die Indikation zum Eingriff gegeben" (Suva-act. 45).

**A.j.** Am 29. April 2021 nahm Dr. I.\_\_\_\_ zum Fall des Versicherten Stellung, wobei er zu dem Schluss kam, der Unfall habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt, welche objektivierbar seien. Auch sei der Schaden, welcher am 4. November 2020 operiert worden sei, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Distorsionen würden in der Regel drei Monate nach dem Unfallereignis als abgeheilt gelten und demnach im



Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen (Suva-act. 46).

**A.k.** Mit formlosem Schreiben vom 3. Mai 2021 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass sie ihre Versicherungsleistungen per 31. Mai 2021 einstellen werde. Aufgrund der Beurteilung ihres Kreisarztes seien die heute bestehenden Beschwerden an der rechten Schulter nicht mehr unfallbedingt. Der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 12. Oktober 2020 eingestellt hätte, sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens drei Monate nach dem Unfallereignis erreicht gewesen (Suva-act. 47).

**A.l.** Am 2. Juni 2021 erhob der Versicherte "Einsprache gegen den Entscheid vom 3. Mai 2021". Darin führte er unter anderem aus, er sei nie von einem Arzt untersucht worden und Fakt sei, dass er immer noch sehr starke Schmerzen habe, je nach Bewegung seines rechten Arms. Er habe in seinem Leben sehr viel Sport getrieben und habe nie Probleme mit seiner Schulter gehabt. Dr. E.\_\_\_\_ und auch die behandelnde Physiotherapeutin hätten ihm gesagt, eine Heilungsdauer von bis zu einem Jahr sei normal. Er rechne für die Heilung seiner rechten Schulter bis mindestens Ende Oktober 2021. Gemäss dem aktuellen Zeugnis von Dr. E.\_\_\_\_ sei er noch bis anfangs September 2021 arbeitsunfähig. Die Suva solle die Versicherungsleistungen bis Ende August 2021 erbringen (Suva-act. 57). Seiner Eingabe legte der Versicherte den Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 31. Mai 2021 zur chirurgischen Sprechstunde vom selben Tag bei. In diesem Bericht hatte Dr. E.\_\_\_\_ folgende Befunde festgehalten: "ROM vollumfänglich bis auf die Innenrotation 1, welche bis L3 geht, hohe Rotation noch etwas schmerzhaft, etwas painfull arc, Rotatorenmanschettentest negativ und kräftig seitengleich." Ausserdem führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, er habe den Versicherten weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben, da er schwere Arbeiten verrichten müsse. Es handle sich hier bei dieser grossen Rotatorenmanschettenläsion mit Sub- bis Luxation der langen Bizepssehne eindeutig um ein Unfallereignis, da die Muskelqualität im MRT, welches relativ zeitnah nach dem Unfall durchgeführt worden sei, perfekt sei und überhaupt keine Atrophiezeichen aufweise. Natürlich zeigten sich etwas eine AC-Arthrose und Osteophyten humeral. Jedoch könne sich auch ein Unfallereignis mit den oben genannten grossen Sehnenverletzungen bei vorbestehenden degenerativen Zeichen ereignen. Insbesondere die höhergradige Subscapularisläsion und die Subluxation der langen Bizepssehne könnten degenerativ ohne Atrophiezeichen am Subscapularis



nicht auftreten. Auch bei einer grösseren postero-superioren Rotatorenmanschettenläsion – falls diese vorbestehend bereits vorhanden gewesen wäre – hätten Atrophiezeichen am Supra- und Infraspinatus vorhanden gewesen sein müssen, weswegen es sich hier seiner Meinung nach eindeutig um ein Unfallereignis handle (Suva-act. 58).

**A.m.** Am 4. Juni 2021 forderte die Suva Dr. I.\_\_\_\_ auf, den vorliegenden Fall erneut zu beurteilen (Suva-act. 59). In seiner Beurteilung vom 8. Juni 2021 führte Dr. I.\_\_\_\_ aus, der Unfallmechanismus sei nur bedingt geeignet, eine traumatische Zertrennung der Rotatorenmanschette herbeizuführen. Eine traumatische Durchtrennung der Rotatorenmanschette führe zu einem unmittelbaren Funktionsverlust, mit der Unmöglichkeit einer Abduktion des Arms über 90°. Im zeitnahen Bericht vom 29. Oktober 2020 werde aber festgestellt, die Abduktion, wenn auch mit deutlicher Schmerzangabe, sei möglich gewesen. Im Arthro-MRT, welches drei Tage nach dem Unfall angefertigt worden sei, würden sich multiple degenerative subchondrale Zysten am Ansatz der Subscapularis-, Supraspinatus- und Infraspinatussehne zeigen. Zudem sei die Muskulatur der genannten Sehnen erstgradig verfettet und der Supraspinatus volumen-gemindert bei noch knapp positivem Tangenten-Zeichen. Diese Verfettungen und auch die von ihm zusätzlich festgestellte Volumenminderung der Supraspinatusmuskulatur seien klare Zeichen vorbestehender Befunde und könnten nicht innert drei Tagen seit dem Unfall entstanden sein. Die beschriebenen Befunde würden allesamt degenerativen Veränderungen entsprechen. Die im MRT-Befundbericht beschriebene und im OP-Bericht diagnostizierte Massenruptur liege definitionsgemäss nicht vor. Zudem habe das Intervall eröffnet, das glenohumerale Gelenk reseziert und die Subscapularissehne mobilisiert werden müssen, was bei einer traumatischen Läsion, die nicht einmal vier Wochen zurückliege, nicht notwendig gewesen wäre, da einerseits das Intervall in diesen Fällen in der Regel zerrissen sei und andererseits die Sehne mobil bleibe und nicht hätte mobilisiert werden müssen. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass aufgrund der klinischen Untersuchung mit fehlender Pseudoparalyse sowie der MRT- und intraoperativen Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden könne, dass es – bei diesem zum Unfallzeitpunkt knapp 67-jährigen Versicherten mit vorbestehenden degenerativen Läsionen der Schulter und insbesondere der



Rotatorenmanschette mit Verkalkungen und interstitiellen Läsionen, wie sie aufgrund des Lebensalters häufig zu beobachten und in der Regel asymptomatisch seien – durch das Unfallereignis zu einer vorübergehenden Verschlimmerung dieses Vorschadens ohne zusätzliche strukturelle Schädigung gekommen sei. Entsprechend könne davon ausgegangen werden, dass die Unfallfolgen drei Monate nach dem Unfallereignis abgeheilt gewesen seien (Suva-act. 60).

**A.n.** Mit Verfügung vom 10. Juni 2021 stellte die Suva – gestützt auf die Beurteilungen von Dr. I.\_\_\_\_ – ihre Versicherungsleistungen per 31. Mai 2021 ein (Suva-act. 61).

**B.**

**B.a.** Am 17. Juni 2021 nahm Dr. E.\_\_\_\_ Stellung zur Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_, mit welcher er nicht einverstanden sei. Im Wesentlichen argumentierte Dr. E.\_\_\_\_, es habe – entgegen den Ausführungen von Dr. I.\_\_\_\_ – eine Pseudoparalyse vorgelegen. Zudem liege eine Massenruptur vor. Weiter stimme die Aussage von Dr. I.\_\_\_\_ nicht, dass bei einem Unfall das Intervall zerrissen sein müsste und deshalb bei einer Operation nicht eröffnet werden könnte. Das Intervall müsse immer eröffnet werden, um die conjoint tendon und den Coracoidbogen darzustellen, die Subscapularissehne zu mobilisieren und überhaupt arthroskopisch die Subscapularissehne von intra- und extraartikulär zu reparieren. Auch dies spreche somit nicht gegen einen Unfall (Suva-act. 68).

**B.b.** Mit Einsprache vom 29. Juni 2021 beantrage der Versicherte, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Tomas Kempf, Uster, die Verfügung der Suva vom 10. Juni 2021 sei aufzuheben und es seien ihm weiterhin, d. h. auch über den 31. Mai 2021 hinaus, die nach UVG versicherten Leistungen (Taggeld, Heilungskosten, Rente, Integritätsentschädigung etc.) auszurichten (Suva-act. 69).

**B.c.** Am 7. Juli 2021 nahm Dr. I.\_\_\_\_ nochmals Stellung zum Fall des Versicherten. Darin verneinte er weiterhin das Vorliegen einer Pseudoparalyse sowie einer Massenruptur. Bezüglich des Intervalls stimme er der Aussage, das Intervall müsse für eine Rekonstruktion der Subscapularissehne immer eröffnet werden, zu. Es erstaune ihn jedoch, dass bei einer nur drei Wochen zurückliegenden Subscapularissehne-Ruptur diese bereits habe mobilisiert werden müssen, denn Verwachsungen könnten in dieser kurzen Zeit kaum entstanden sein. Zudem korrigierte sich Dr. I.\_\_\_\_, indem er ausführte,



er habe in seiner Beurteilung fälschlicherweise geschrieben, das Tangenzzeichen des SPP sei noch knapp positiv. Es müsste noch knapp negativ heissen (Suva-act. 70).

**B.d.** Am 5. Oktober 2021 gingen bei der Suva – gemäss Aktenverzeichnis – diverse Berichte des Spitals F.\_\_\_\_ sowie des Stadtspitals C.\_\_\_\_ ein (Suva-act. 77 ff.), welche sich grösstenteils bereits bei den Akten befanden. Neu wurde ein Bericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 17. September 2021 zu einer Infiltration der Schulter rechts subacromial unter Ultraschall zu den Akten genommen. Diese sei primär erfolgreich verlaufen (Suva-act. 78).

**B.e.** Am 13. Januar 2022 nahm Dr. I.\_\_\_\_ nochmals detailliert zum Fall Stellung, wobei er an seinen bisherigen Einschätzungen, insbesondere dem Fehlen einer Pseudoparalyse sowie einer Massenruptur, festhielt (Suva-act. 85).

**B.f.** Mit Schreiben vom 8. Februar 2022 nahm Rechtsanwalt Kempf im Auftrag des Versicherten zu der erneuten Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2022 Stellung, wobei weiterhin an der Einsprache festgehalten wurde (Suva-act. 89). Seiner Eingabe legte er eine neuerliche Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2022 bei, in welcher dieser nochmals seine Argumentation dargelegt hatte, weshalb es sich seiner Ansicht nach um unfallkausale Gesundheitsschäden handle (Suva-act. 90).

**B.g.** Am 5. Januar 2023 nahm der Versicherungsmediziner Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, speziell Allgemeinchirurgie und Traumatologie, im Auftrag der Rechtsabteilung zum Fall der Versicherten Stellung. Dabei gelangte er – nach eingehender Würdigung der medizinischen Beurteilungen sowie der bildgebenden Untersuchungen – zu dem Schluss, dass es anlässlich des Unfallereignisses vom 12. Oktober 2022 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen neu aufgetretenen strukturellen Veränderungen gekommen sei. Der Schaden, der operiert worden sei, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall zurückzuführen. Er könne die Beurteilung des Kreisarztes voll unterstützen (Suva-act. 94).

**B.h.** Mit Schreiben vom 10. Februar 2023 nahm der Rechtsvertreter des Versicherten – nach Rücksprache mit Dr. E.\_\_\_\_ bzw. gestützt auf dessen Beurteilung vom 26. Januar 2023, welche der Eingabe beigelegt wurde – Stellung zur medizinischen Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_ vom 5. Januar 2023 (Suva-act. 96). Dr. E.\_\_\_\_ hatte festgehalten, dass ein



Sturz mit dem vollen Gewicht auf den Ellbogen ein geeigneter Unfallmechanismus darstelle, um sich eine Rotatorenmanschettenverletzung zuzuziehen. Weiter hatte er ausgeführt, er habe aktiv assistiv untersucht, was bedeute, dass der Untersucher den Arm führe und der Versicherte möglichst versuche mitzumachen. Dann werde versucht, den Arm in 90° Abduktion in der Ebene der Scapula zu halten. Wenn der Arm nicht gehalten werden könne, dann komme es zum drop-arm-sign. Der Vollständigkeit halber sei anzufügen, dass das rotator cable sowohl vorne als auch hinten durchtrennt sein müsse, um eine drop-arm-Situation auszulösen, was vorliegend der Fall gewesen sei. Zudem seien am Subscapularis keine Atrophien vorhanden. Bei der von Dr. I.\_\_\_\_ beschriebenen Atrophie handle es sich um ausgelaufenes Kontrastmittel. Es habe überhaupt keine fettigen Infiltrationen im Subscapularis. Ausserdem würden sich in den vorderen Anteilen der Supraspinatussehne deutliche Kinking-Veränderungen – eine gewellte Supraspinatussehne – zeigen, was ebenfalls ein Hinweis für eine traumatische Rotatorenmanschettenverletzung sei. Weiter liege eine Massenruptur vor. Was die Fettschichten im Supraspinatus angehe, könne bei einer traumatischen Ruptur sehr wohl die Supraspinatussehne auffasern und Kontrastmittel dazwischen fliessen. Hinsichtlich vorbestehender Abnutzungsveränderungen am AC-Gelenk hatte Dr. E.\_\_\_\_ erklärt, Traktionszysten im Bereiche der Rotatorenmanschette könnten sehr wohl vorhanden sein ohne Rotatorenmanschettenverletzung. Überdies würden degenerative Veränderungen an der Schulter überhaupt nicht vor einem Unfall schützen (Suva-act. 97).

**B.i.** Mit Einspracheentscheid vom 31. März 2023 wies die Suva die Einsprache ab im Wesentlichen mit der Begründung, der Unfall vom 12. Oktober 2020 habe keine neuen strukturellen Verletzungen mit sich gebracht. Es sei sodann auch davon auszugehen, dass die durch den Unfall verursachte vorübergehende Verschlimmerung nach drei Monaten und jedenfalls zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 31. Mai 2021 – nach mithin gut siebeneinhalb Monaten – abgeschlossen gewesen sei. In diesem Zusammenhang sei der Klarheit halber erwähnt, dass die Suva für die Kosten der eben nicht unfallbedingte Läsionen betreffenden Operation vom 4. November 2020 rechtsprechungskonform aufgekommen sei, da diese innerhalb des Zeitraums der vorübergehenden Verschlimmerung erfolgt sei (Suva-act. 99).



### C.

**C.a.** Mit Beschwerde vom 12. Mai 2023 beantragte der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Kempf, der Einspracheentscheid der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 31. März 2023 sei aufzuheben. Ihm seien über den 31. Mai 2021 hinaus die nach UVG versicherten Leistungen (Taggeld, Rente, Integritätsentschädigung etc.) auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter Entschädigungsfolgen (zuzüglich Mehrwertsteuer von 7.7 %) zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1).

**C.b.** Mit Eingabe vom 13. Juni 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf eine umfassende Beschwerdeantwort verzichtete (act. G 3). Aufgrund der Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ zum Fehlen einer Atrophie bzw. der Darstellung des Kontrastmittels in seiner Beurteilung vom 26. Januar 2023 (Suva-act. 97; vgl. vorstehend Sachverhalt B.h) hatte die Beschwerdegegnerin Dr. J.\_\_\_\_ zu diesem Punkt nochmals Stellung nehmen lassen (act. G 3.1), wobei dieser in seiner Stellungnahme vom 6. Juni 2023 klarstellte, dass er eine Atrophie im Bereich des Musculus supraspinatus – und nicht des Musculus subscapularis – bejaht hatte. Er stimme mit Dr. E.\_\_\_\_ überein, dass sich am Oberrand des Musculus subscapularis Kontrastmittel darstellen würde (act. G 3.2).

**C.c.** Mit Replik vom 13. Juni 2023 hielt der Beschwerdeführer an seinen bisherigen Anträgen fest (act. G 7). Zudem reichte er nochmals eine Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2023 ein, in welcher dieser – bezugnehmend auf die erfolgte Stellungnahme von Dr. J.\_\_\_\_ – weiterhin daran festhielt, dass die Rotatorenmanschettenverletzung traumatischer Genese sei (act. G 7.1).

**C.d.** Mit Duplik vom 16. Oktober 2023 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (act. G 11).

### Erwägungen

#### 1.

Vorliegend strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 31. Mai 2021



hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. In diesem Zusammenhang ist im Wesentlichen die Unfallkausalität der rechtsseitigen Rotatorenmanschettenverletzung zwischen den Parteien strittig.

## 2.

**2.1.** Der Unfallversicherer hat bei Vorliegen eines Unfalls gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (vgl. Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; 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.). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist. Es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich, d. h. zumindest teilkausal ist, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ein adäquater Kausalzusammenhang liegt vor, wenn ein Ereignis nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und 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 181 E. 3.1 f. und 117 V 376 ff. E. 3a und 4a; SVR 2007 UV Nr. 28 S. 96 f., U 413/05, E. 4.1 mit Hinweisen; Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 53 und 57). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten 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 und 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N



65 f. und N 74 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 54 f. und 58). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinne von nachweisbaren strukturellen Veränderungen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (vgl. BGE 134 V 111 E. 2.1 und 127 V 103 E. 5b/bb, je mit Hinweisen; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45; BSK UVG-Hofer, N 80 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 58 f.).

**2.2.** Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen bzw. hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht für einen Gesundheitsschaden einmal anerkannt, so entfällt seine Leistungspflicht erst dann, wenn der Unfall nicht (mehr) die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt. Die Leistungspflicht entfällt also erst dann, wenn der Gesundheitsschaden 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 dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2022, 8C\_734/2021, E. 2.2.2 mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b mit Hinweisen; vgl. auch Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 54).

**2.3.** Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 183 f. E. 3.2). Der Versicherungsträger – bzw. im Beschwerdefall das Gericht – hat demnach die Untersuchungen so lange weiterzuführen, bis die Akten vollständig sind, d. h. bis die inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen, welche an die einzelnen Beweismittel gestellt werden, erfüllt sind und eine Würdigung dieser Beweismittel mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einen bestimmten Sachverhalt ergibt (vgl. Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 29 zu Art. 43 mit Hinweisen).

**2.4.** 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. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind.

Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Insofern kann rechtsprechungsgemäss auch Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen oder von beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, Beweiswert beigemessen werden. Auf deren Ergebnis kann jedoch nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen. In diesem Fall sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (betreffend die internen Ärzte siehe BGE 135 V 465 E. 4.4, 4.6 f.; in Bezug auf die beratenden Ärzte siehe Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juni 2018, 8C\_281/2018, E. 3.2.2 mit Hinweisen). 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C\_780/2016, E. 6.1).

### 3.

**3.1.** Die Beschwerdegegnerin anerkannte mit Schreiben vom 16. bzw. 19. November 2020 zu Recht, dass der Beschwerdeführer am 12. Oktober 2020 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG mit einer schädigenden Einwirkung auf den Körper erlitten hatte und erbrachte entsprechend – zumindest vorläufig – die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Suva-act. 11 bzw. 18). Mit Verfügung vom 10. Juni 2021 bzw. Einspracheentscheid vom 31. März 2023 hat die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen per 31. Mai 2021 eingestellt, da zwischenzeitlich der Status quo sine eingetreten sei. Der Beschwerdeführer macht jedoch einen Anspruch auf Versicherungsleistungen über das Einstellungsdatum hinaus geltend. In diesem Zusammenhang ergibt sich aus den Akten insbesondere, dass er über den Einstellungszeitpunkt hinaus arbeitsunfähig war (vgl. Suva-act. 55 und 82).



**3.2.** Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine unfallkausale strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der untersuchenden Person und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit – wissenschaftlich anerkannten – apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, Arthroskopie) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juli 2015, 8C\_139/2015, E. 4.1.1 mit Hinweisen).

**3.3.** Vorliegend konnten beim Beschwerdeführer unbestrittenermassen strukturelle Gesundheitsschäden an der Rotatorenmanschette rechts, namentlich Läsionen der Supraspinatus-, Infraspinatus und Subscapularissehnen, nachgewiesen werden (vgl. dazu insbesondere den Bericht zum Arthro-MRT vom 15. Oktober 2020 [Suva-act. 13]). Nachfolgend gilt es zu prüfen, ob zwischen den strukturellen Gesundheitsschäden an der rechten Schulter des Beschwerdeführers und dem Unfallereignis vom 15. Oktober 2020 ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Die Beschwerdegegnerin verneint einen solchen gestützt auf die Beurteilungen der Versicherungsmediziner Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_. Der Beschwerdeführer bestreitet dies hingegen und geht gestützt auf die Beurteilungen seines behandelnden Arztes, Dr. E.\_\_\_\_, vom Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs aus.

## 4.

**4.1.** Soweit zwischen den Parteien bzw. den involvierten medizinischen Fachpersonen strittig ist, ob der Unfallmechanismus geeignet war, die vorliegend in Frage stehende Rotatorenmanschettenverletzung herbeizuführen, ist darauf hinzuweisen, dass dem Unfallmechanismus gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ohnehin keine übergeordnete Bedeutung zukommen kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2021, 8C\_167/2021, E. 4.1, 15. April 2021, 8C\_672/2020, E. 4.1.3, und 7. April 2021, 8C\_740/2020, E. 4.2). Wie auch Dr. J.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 5. Januar 2023 (Suva-act. 94-24) korrekt ausgeführt hat, liegen unterschiedliche Angaben des Beschwerdeführers zum Unfallmechanismus vor, weshalb dieser nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ermittelt und demnach auch nicht zur sicheren Differenzierung zwischen einer traumatischen sowie einer degenerativen Genese beigezogen werden kann. Nachfolgend ist somit – in Übereinstimmung mit der vorerwähnten Rechtsprechung – auf die weiteren Indizien zur Genese der Schulterverletzungen einzugehen.



**4.2.** Sodann sei anzumerken, dass – gemäss Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2022 – das Argument des Alters des Beschwerdeführers (66 Jahre im Zeitpunkt des Unfallereignisses) nicht stichhaltig ist, um eine Unfallkausalität auszuschliessen, zumal der Beschwerdeführer vor dem Unfall keine Beschwerden gehabt hätte und die Schulterbeschwerden direkt nach dem Unfall aufgetaucht seien (Suva-act. 90-2). Statistische Werte allein vermögen im Einzelfall tatsächlich keinen Beweis zu erbringen. Folglich lässt das Alter des Beschwerdeführers – wie Dr. E.\_\_\_\_ korrekt vorträgt – keinen Rückschluss auf die Ätiologie der Rotatorenmanschettenläsion zu.

**4.3.** Überdies ist zwischen den Parteien strittig, ob eine Massenruptur vorliege. Während diese von Dr. E.\_\_\_\_ bejaht wird (vgl. dazu zuletzt seine Stellungnahme vom 10. Juli 2023 [act. G 7.1]), verneint Dr. I.\_\_\_\_ eine solche (vgl. dazu zuletzt seine Beurteilung vom 13. Januar 2022 [Suva-act. 85]). Aus den vorliegenden medizinischen Akten wird deutlich, dass es in der medizinischen Literatur verschiedene Definitionsversuche einer Massenruptur anhand der Ausdehnung des Defekts gibt und dieses Erscheinungsbild offensichtlich umstritten ist (vgl. insbesondere Suva-act. 90). Im vorliegenden Fall kann die Frage, ob es sich nun um eine Massenruptur handelt oder nicht, aussen vorgelassen werden, da die Ausdehnung des Defekts keinen Schluss zulässt auf einen traumatischen oder degenerativen Ursprung der Rotatorenmanschettenverletzung – was auch von Dr. J.\_\_\_\_ explizit so festgestellt wird (Suva-act. 94-35).

#### **4.4.**

**4.4.1.** Strittig ist ebenfalls, ob beim Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfallereignis ein Funktionsverlust bzw. eine Pseudoparalyse der Schulter eingetreten ist. Dr. I.\_\_\_\_ führte in diesem Zusammenhang in seiner Beurteilung vom 9. Juni 2021 aus, dass eine traumatische Durchtrennung der Rotatorenmanschette zu einem unmittelbaren Funktionsverlust führe, mit der Unmöglichkeit einer Abduktion des Arms über 90°. Im zeitnahen Bericht vom 29. Oktober 2020 sei aber festgestellt worden, dass die Abduktion, wenn auch mit deutlicher Schmerzangabe, möglich gewesen sei. Zusammenfassend hielt er sodann fest, dass insbesondere aufgrund der fehlenden Pseudoparalyse davon auszugehen sei, dass es durch das Unfallereignis lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorschadens ohne zusätzliche strukturelle Schädigung gekommen sei (Suva-act. 60-3 f.). In den darauffolgenden Beurteilungen bzw. Stellungnahmen wurde zwischen Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ diskutiert bzw. war umstritten, ob beim Beschwerdeführer eine Pseudoparalyse vorlag oder nicht



(vgl. dazu unter anderem die Stellungnahme von Dr. E. \_\_\_ vom 17. Juni 2021 [Suva-act. 68] und die Beurteilungen von Dr. I. \_\_\_ vom 7. Juli 2021 [Suva-act. 70] und vom 13. Januar 2022 [Suva-act. 85-5]). Dabei wies Dr. I. \_\_\_ in seiner Beurteilung vom 13. Januar 2022 darauf hin, dass die Definition der Pseudoparalyse in der Literatur sehr uneinheitlich sei. Bei einer Pseudoparalyse sei – entgegen dem Dafürhalten von Dr. E. \_\_\_ – nicht einmal mehr eine aktiv assistierte ROM möglich. Entscheidend sei aber letztlich die Aussage des Beschwerdeführers im Aussendienstprotokoll vom 6. März 2021 (gemeint wohl das Protokoll vom 17. März 2021 zum Gespräch mit dem Versicherten vom 16. März 2021 [Suva-act. 39]), wonach er den Arm nicht mehr über den Kopf anheben könne. Demnach habe er den Arm wohl noch anheben können, aber nicht bis über den Kopf, was allen erwähnten Definitionen der Pseudoparalyse widerspreche (Suva-act. 85-5).

**4.4.2.** Aus der vorerwähnten Beurteilung von Dr. I. \_\_\_ vom 9. Juni 2021 (Suva-act. 60) kann geschlossen werden, dass dieser eine "Pseudoparalyse" als Unmöglichkeit der Abduktion des Arms über 90° definiert. Entgegen der Ansicht von Dr. I. \_\_\_ in seiner Beurteilung vom 13. Januar 2022 (Suva-act. 85) kann hinsichtlich der Beurteilung des Vorliegens einer Pseudoparalyse nicht ohne Weiteres auf die Aussagen des Beschwerdeführers anlässlich eines rund fünf Monate nach dem Unfallereignis erfolgten Gesprächs (vgl. zu diesen das Protokoll vom 17. März 2021 [Suva-act. 39]) abgestellt werden. Vielmehr sind vorliegend die zeitnah zum Unfallereignis erfolgten medizinischen Untersuchungen wesentlich, wobei aus Sicht des Gerichts – nachdem eine Testung der Beweglichkeit am Unfalltag kaum möglich war (vgl. Suva-act. 7-2) – die Untersuchung vom 29. Oktober 2020, mithin 17 Tage nach dem Unfallereignis, massgebend erscheint. Im Bericht zu dieser Untersuchung hatte Dr. E. \_\_\_ unter anderem folgende Befunde festgehalten: "Pseudoparalytische Schulter aktiv assistiv bis 90° Flexion, Abduktion möglich, jedoch mit deutlicher Schmerzangabe [...]" (Suva-act. 45-2). Aus der Stellungnahme vom 17. Juni 2021 von Dr. E. \_\_\_ (Suva-act. 68) ergibt sich sodann, dass diese Formulierung – entgegen dem Verständnis von Dr. I. \_\_\_ in seiner Beurteilung vom 13. Januar 2022 (Suva-act. 85-5 Ziff.1) sowie dem von Dr. J. \_\_\_ in seiner Beurteilung vom 5. Januar 2023 (Suva-act. 94-25) – dahingehend zu verstehen ist, dass sowohl die Flexion als auch die Abduktion (nur) bis 90° möglich war. Dies ergibt sich insbesondere aus folgender Formulierung: "Der Patient konnte aktiv nicht bis 90° flektieren und nicht abduzieren [...]" (Suva-act. 68-1). Zudem führte Dr. E. \_\_\_ nachvollziehbar aus, eine aktiv assistierte Bewegung sei etwas komplett anderes, als eine aktive (Suva-act. 68-1). Demnach ging Dr. E. \_\_\_ – im Gegensatz zu Dr. I. \_\_\_ (Suva-act. 85-5 Ziff. 1) – davon aus, dass bei Notwendigkeit einer aktiv



assistiven Untersuchung eine Pseudoparalyse vorliege (vgl. dazu explizit auch die Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2022 [Suva-act. 90-2]: "Dies ist meiner Meinung nach eine pseudoparalytische Schulter, wenn aktiv der Arm nicht gehoben werden kann und schon gar nicht bei 90° gehalten werden kann").

**4.4.3.** Aufgrund der Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ bzw. der von ihm erhobenen Befunde ist (unbestrittenermassen) zumindest vom Vorliegen von Bewegungs- bzw. Funktionseinschränkungen zeitnah nach dem Unfallereignis auszugehen. Dies deckt sich im Übrigen auch mit der Angabe des Beschwerdeführers in der Unfallmeldung (Suva-act. 1-2). Unabhängig davon, ob diese Einschränkungen letztlich als Pseudoparalyse zu qualifizieren sind oder nicht, bestehen demnach zumindest geringe Zweifel am Argument von Dr. I.\_\_\_\_ – welchem auch Dr. J.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 5. Januar 2023 (Suva-act. 94) zugestimmt hatte – hinsichtlich des Fehlens einer Pseudoparalyse bzw. von Funktionseinschränkungen.

**4.5.** Zwischen den Parteien ist weiter umstritten, ob Begleitverletzungen vorliegen müssten, wenn es sich vorliegend um eine Rotatorenmanschettenruptur traumatischen Ursprungs handeln würde. Dr. J.\_\_\_\_ legte in seiner Beurteilung vom 5. Januar 2023 dar, es wäre bei einer traumatisch bedingten Zerreissung der Rotatorenmanschette eine Verletzung der kapsuloligamentären Strukturen zu erwarten. Typische Begleitverletzungen seien ein Muskelödem sowie eine Einblutung in das Schultergelenk und in den Schleimbeutel (Suva-act. 94-15). Auch Dr. I.\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung vom 9. Juni 2021 fest, für die Annahme einer frischen traumatischen Läsion fehle eine Hämatorbursa, ein Ödem in den Muskelabschnitten der zerschlissenen Sehnen, Sehnenreste und ein Bone bruise am Tuberculum majus oder auch eine Art Kinking der zurückgezogenen Sehne (Suva-act. 60-3 f.). Dr. E.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 31. Januar 2022 dagegen, dass seiner Erfahrung nach nicht unbedingt Hämatorbursen vorhanden sein müssten bei Massenrupturen, wenn die Rotatorenmanschette bei einer luxationsähnlichen Bewegung direkt abgesichert werde. Auch sei es nicht zwingend, dass Tuberculum majus Ödeme vorhanden sein müssten. Die lange Bicepssehne sei subluxiert und partial-rupturiert gewesen. Ausserdem seien Luxationen der langen Bicepssehne häufig traumatisch zu sehen und seien das traumatische Agens der Subscapularisruptur (Suva-act. 90-2). Dr. E.\_\_\_\_ begründet demnach das Fehlen von Hämatorbursen mit dem Unfallmechanismus. Dieser kann – wie bereits ausgeführt (E. 4.1) – vorliegend nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit rekonstruiert werden. Seine Ausführungen vermögen aber zumindest geringe Zweifel an den Einschätzungen der versicherungsinternen Ärzte hinsichtlich des Fehlens von Begleitverletzungen bzw. ihrem Rückschluss auf die



fehlende Unfallkausalität zu wecken. Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass an der Argumentation von Dr. J.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 5. Januar 2023 an sich bereits geringe Zweifel bestehen. Er hielt nämlich im Rahmen seiner theoretischen Ausführungen selber – unter Verweis auf einschlägige medizinische Literatur – fest, dass Knochenödeme sowohl bei traumatischen wie degenerativ begründeten Läsionen nur selten vorkommen würden und allein aufgrund der MRT-Bildgebung nicht zwischen traumatischer und degenerativer Rotatorenmanschettenläsion unterschieden werden könne (Suva-act. 94-22). Trotzdem argumentierte er – im Widerspruch zu seinen eigenen vorerwähnten Aussagen – zusammenfassend, im MRT drei Tage nach dem Unfallereignis hätten sich keine Hinweise auf eine akute strukturelle Veränderung gefunden; es gäbe weder ein Muskelödem noch ein Knochenödem oder gar einen ausgeprägten Hämarthros (Suva-act. 9-4-35).

**4.6.** Zwischen den Parteien ist weiter umstritten, ob Degenerationen vorliegen bzw. was aus diesen zu schliessen ist.

**4.6.1.** Dr. E.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 31. Mai 2021 aus, dass das Schultergelenk degenerative Schädigungen aufweise, namentlich eine AC-Arthrose und Osteophyten humeral. Die Muskelqualität im MRT, welches relativ zeitnah nach dem Unfall durchgeführt worden sei, sei jedoch perfekt und weise überhaupt keine Atrophiezeichen auf (Suva-act. 58). Aus dem Fehlen einer relevanten fettigen Atrophie kann kein Rückschluss auf den Ursprung der Rotatorenmanschettenmassenruptur erfolgen (vgl. dazu bereits den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. April 2023, UV 2022/11, E. 6.5), weshalb die Argumentation von Dr. E.\_\_\_\_ nicht verfährt. Zudem führte Dr. J.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 5. Januar 2023 – unter Verweis auf einschlägige medizinische Literatur [vgl. UV-act. 94-37 Ziff. 9]) aus – eine Atrophie und fettige Infiltration der betroffenen Muskelbäuche sei ein Zeichen einer seit Jahren bestehenden Rotatorenmanschettenläsion (Suva-act. 94-27). Bezugnehmend auf die Arthro-MRT-Untersuchung vom 15. Oktober 2022 durch Dr. D.\_\_\_\_ (Suva-act. 13) wies er sodann darauf hin, dass diese einzelne Fettschichten (Goutailler Grad I) des Musculus subscapularis, infraspinatus und supraspinatus sowie einen etwas volumengeminderten Muskelbauch des Musculus supraspinatus beschrieben habe. Diese Befunde würden für eine länger bestehende Funktionsstörung, respektive eine vorbestehende Läsion sprechen. Es komme nicht in drei Tagen nach einer Sehnenruptur zur Verfettung der Muskulatur (Suva-act. 94-27). Die Fettschichten in allen drei Muskeln und die grenzwertige Atrophie des Musculus supraspinatus seien ein Hinweis auf eine länger bestehende Läsion (Suva-act. 94-35). Auch wenn vorliegend nur einzelne Fettschichten und bloss ein etwas



volumengeminderter Muskelbauch des Musculus supraspinatus bzw. eine grenzwertige Atrophie vorliegen, sprechen diese drei Tage nach dem Unfallereignis erhobenen Befunde bzw. Pathologien, welche gemäss überzeugenden Ausführungen von Dr. J.\_\_\_\_ auf eine seit längerer Zeit bestehende Läsion hinweisen, im vorliegenden Fall für das Vorliegen eines unfallfremden Vorzustands. Sowohl Dr. I.\_\_\_\_ als auch Dr. J.\_\_\_\_ wiesen in ihren Beurteilungen vom 9. Juni 2021 (Suva-act. 60) bzw. 5. Januar 2023 (Suva-act. 94) darauf hin, dass in den zeitnah nach dem Unfallereignis durchgeführten bildgebenden Untersuchungen diverse degenerative Veränderungen (unter anderem Zysten an den Sehnenansätzen, eine AC-Gelenksarthrose und eine Verkalkung am Bizepsanker) festgestellt worden seien, bei welchen es sich um unfallfremde Vorzustände handle (vgl. Suva-act. 60 3, 94 26 und 94 35). Wie Dr. E.\_\_\_\_ jedoch bereits in seinem Bericht vom 31. Mai 2021 (Suva-act. 58-2) sowie auch in seiner Stellungnahme vom 26. Januar 2023 (Suva-act. 97-3) nachvollziehbar ausgeführt hat, schliessen degenerative Veränderungen an der Schulter einen Unfall bzw. unfallkausale Verletzungen nicht aus. Aus dem Ausgeführten folgert das Gericht, dass die unbestrittenermassen vorliegenden degenerativen Veränderungen keinen überwiegend wahrscheinlichen Ausschluss eines traumatischen Ursprungs oder zumindest einer unfallkausalen Verschlimmerung eines Vorzustands zulassen.

**4.6.2.** Umstritten ist weiter, welche Schlussfolgerungen hinsichtlich der Ursache der Beschwerden aufgrund der erfolgten Intervallseröffnung anlässlich der Operation vom 4. November 2020 (vgl. Suva-act. 24-2) resp. der fehlenden Intervallsruptur gezogen werden können. Zwischen den Medizinern in diesem Zusammenhang letztlich unumstritten ist, dass das Intervall für eine Rekonstruktion der Subscapularissehne immer eröffnet werden muss (Suva-act. 70; vgl. Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 8. Juni 2021 [Suva-act. 60-3] und Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ vom 17. Juni 2021 [Suva-act. 68]). Dr. I.\_\_\_\_ vertrat in seinen Beurteilungen vom 9. Juni und 7. Juli 2021 aber überdies den Standpunkt, dass zum einen bei einer traumatischen Ruptur der Subscapularissehne das Intervall ebenfalls gerissen sei und zum anderen die Sehne bei einer drei Wochen zurückliegenden traumatischen Läsion mobil bleibe und nicht mobilisiert werden müsse, da Verwachsungen in dieser kurzen Zeit kaum entstehen könnten (Suva-act. 60-3 und 70-2). Dem widerspricht Dr. E.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 31. Januar 2022: Bei Kompletttrupturen der Subscapularissehne rupturiere das Intervall nicht, sondern der Subscapularis rupturiere und ziehe das Intervall Richtung Coracoid (Suva-act. 90-1). Dr. E.\_\_\_\_s für das Gericht nachvollziehbare Darstellung vermag an der Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_, wonach bei einer traumatischen Läsion das Intervall in der Regel zerrissen sei (Suva-act. 60-3), zumindest geringe Zweifel zu erwecken, weshalb



vorliegend nicht auf diese abgestellt werden kann. Zum Argument von Dr. I.\_\_\_\_, wonach bei einer frischen traumatischen Verletzung eine Mobilisierung nicht notwendig wäre, äussert er sich hingegen nicht, weshalb seine Beurteilung in dieser Hinsicht als unvollständig erscheint und seitens des Gerichts nicht beurteilt werden kann, ob auch an dieser Argumentation von Dr. I.\_\_\_\_ Zweifel bestehen.

**4.6.3.** Der Vollständigkeit halber ist zudem darauf hinzuweisen, dass sich aus dem Notfallbericht des Stadtsitals C.\_\_\_\_ und vom 12. Oktober 2020 ergibt, dass beim Beschwerdeführer die linke Schulter früher einmal operiert worden sei (Suva-act. 7-2). Anlässlich des Gesprächs vom 16. März 2021 gab der Beschwerdeführer gegenüber dem Aussendienstmitarbeiter der Beschwerdegegnerin hingegen an, er habe in seinem Leben schon 15 Operationen gehabt, wobei keine die Schulter betroffen habe (Suva-act. 39-3). Weitere Abklärungen zu der Frage, ob bzw. weshalb gegebenenfalls früher eine Operation der linken Schulter erfolgt war, sind aus den Akten nicht ersichtlich. Gegebenenfalls könnten die Notwendigkeit einer (nicht unfallbedingten) Operation auf der gegenüberliegenden Körperseite sowie allenfalls bestehende bildgebende Befunde dazu jedoch Rückschlüsse auf die Genese der rechtsseitigen Schulterläsionen zulassen. Die Aktenlage erscheint demnach in dieser Hinsicht als unvollständig und wird von der Beschwerdegegnerin noch zu vervollständigen sein.

**4.7.** Aufgrund der vorherigen Erwägungen bestehen zumindest geringe Zweifel an den Einschätzungen der fehlenden Unfallkausalität der Rotatorenmanschettenverletzungen seitens Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_, weshalb auf diese nicht abgestellt werden kann. Hingegen vermögen die Beurteilungen der behandelnden Ärzte, namentlich Dr. E.\_\_\_\_, eine Unfallkausalität der Schulterverletzungen ebenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich nachzuweisen.

## 5.

Zusammengefasst lässt die vorliegende Aktenlage – aufgrund der obigen Ausführungen – keine überwiegend wahrscheinliche Beurteilung der Unfallkausalität der Rotatorenmanschettenverletzung zu. Die Beschwerdegegnerin stellte den Sachverhalt – in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. dazu vorstehende E. 2.3) – unvollständig fest, indem sie trotz bestehender Unklarheiten auf weitere Beweiserhebungen hinsichtlich der Unfallkausalität dieser Gesundheitsschäden verzichtete. Demnach ist nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen, dass per Datum der Leistungseinstellung (31. Mai 2021) keine unfallkausalen Gesundheitsschäden bzw. Beschwerden mehr vorlagen. Die Angelegenheit ist nach dem Gesagten zur Veranlassung weiterer Abklärungen zur Unfallkausalität der



Rotatorenmanschettenverletzung bzw. zur Einholung einer externen fachmedizinischen Beurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

### 6.

**6.1.** Im Sinne der vorherigen Erwägungen ist die Beschwerde vom 12. Mai 2023 unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 31. März 2023 dahingehend gutzuheissen, dass die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen bzw. zur Veranlassung einer externen fachmedizinischen Beurteilung und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

**6.2.** Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im UVG keine zu erheben (vgl. dazu Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG).

**6.3.** Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Rückweisung zu weiteren Abklärungen bzw. neuem Entscheid gilt hinsichtlich der Prozesskosten praxisgemäss als volles Obsiegen (Urteil des Bundesgerichts vom 19. April 2021, 9C\_525/2020, E. 6 mit Hinweisen). Die Parteientschädigung ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG). 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.--. Mit Blick auf vergleichbare Fälle erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer demnach eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- zu bezahlen (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 31. März 2023 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

#### 2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.



### 3.

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