

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 18

Entscheid vom 16. Mai 2022

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

Parteien

A. _____,

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach,
6002 Luzern,
Vorinstanz,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen; Kausalität; Art. 6 Abs. 3 UVG)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1958) war als Sanitärinstallateur bei der C._____ AG angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er am 5. August 2004 auf einem Liegestuhl liegend umkippte und sich an der linken Schulter verletzte (Suva-act. 2). Die Suva anerkannte den Unfall; sie konnte den Fall bei voller Arbeitsfähigkeit ab 16. August 2004 folgenlos abschliessen. Nachdem die Beschwerden in der linken Schulter ab November 2004 zunahmen, meldete A._____ am 1. Dezember 2004 einen Rückfall an, worauf am 19. Januar 2005 eine kreisärztliche Untersuchung und schliesslich am 17. Januar 2006 eine AC-Gelenksresektion und anteriore Acromioplastik Schulter links, welche dem Unfall vom 5. August 2004 zugeordnet wurde, erfolgte (Suva-act. 17, 21, 26). Bei Restbeschwerden scheiterte die Wiederaufnahme einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit (vgl. Suva-act. 91, 99). Im Oktober 2008 wurde die Universitätsklinik D._____ um eine Zweitmeinung betreffend eines vom behandelnden Arzt vorgeschlagenen erneuten operativen Eingriffs angefragt (Suva-act. 102). Nach verschiedenen Abklärungen wurde der Universitätsklinik D._____ am 26. Januar 2009 Kostengutsprache für eine Schulteroperation links erteilt (Suva-act. 115). Am 10. Februar 2009 erfolgten eine Schulterarthroskopie, Biopsien, Bicipstenotomie und AC-Revision links (Bf-act. 5). Mit Verfügung vom 20. April 2010 sprach die Suva A._____ für die verbleibende Beeinträchtigung aus dem Unfall vom 5. August 2004 eine Invalidenrente von 14% sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Einbusse von 5% zu (Suva-act. 171). Eine dagegen erhobene Einsprache wurde mit Entscheid 9. September 2010 abgewiesen, was unangefochten blieb (Suva-act. 183).

B. Nach weiteren, die linke Schulter mitbetreffenden Unfällen (vom 13.6., 21.8. und 30.12.2014; Suva-act. 207, 209, 227) stellte die Suva die Heilkosten nach einem kreisärztlichen Untersuch vom 11. Mai 2015 ein und A._____ wurde informiert, dass bei erneuter ärztlicher Behandlung der linken Schulter ein Rückfall auf das Ereignis von 2004 zu prüfen sei (Suva-act. 210). Vom 25. Juni bis 30. Juli 2015 war A._____ in stationärer Rehabilitation in E._____ (Suva-act. 228). Wegen persistierender Beschwerden der linken Schulter stellte sich A._____ am 22. Mai 2017 erneut beim Orthopäden vor, der einen operativen Eingriff mit Schultergelenksarthroskopie vorschlug (Suva-act. 275). Da der Kreisarzt die Operation nicht als unfallbedingt indiziert betrachtete (Suva-act. 286, 287), wurde eine Zweitmeinung bei Dr.med. F._____ (FMH Orthopädische Chirurgie & Traumatologie des Bewegungsapparates) eingeleitet mit der Frage nach der Indikation für eine operative Revision (Suva-act. 288). Nach Vorliegen von dessen Bericht (Suva-act. 293) stimmte der Kreisarzt seinem Vor-

schlag nach einer Infiltration und später evtl. noch einer weiteren Operation zu (Suva-act. 297). Am 6. November und 5. Dezember 2017 erfolgten je eine Infiltration (Suva-act. 300, 303) und nach gutem Ansprechen darauf wurde eine Operation durch die Suva gutgeheissen (Suva-act. 305). Am 28. Februar 2018 (entgegen dem OP-Bericht, Suva-act. 316-1/4) führte Dr.med. F._____ eine diagnostische Schulterarthroskopie links, dann offene Revision über einen transdeltoidalen Zugang mit AC-Gelenksstabilisation durch Semitendinosussehne vom Knie links durch (Suva-act. 316); am 20. März 2018 erfolgte bei hochgradigem Verdacht auf Wundinfekt eine Wundspülung und Débridement der linken Schulter (Suva-act. 319). Nach kreisärztlicher Abschlussuntersuchung vom 29. August 2018 (Suva-act. 354) wurde der Integritätsschaden auf 10% geschätzt (Suva-act. 355). Vom 19. September bis 19. Oktober 2018 war A._____ in stationärer Rehabilitation in E._____ (Suva-act. 368). Per 31. Dezember 2018 wurden die Heilkosten-leistungen und per 31. Januar 2019 die Taggelderleistungen eingestellt (Suva-act. 370). Am 6. Februar 2019 informierte A._____ die Suva, er sei am 28. Januar 2019 in der Badewanne ausgerutscht, worauf Schmerzen in der linken Schulter eingesetzt hätten, was neuerlich durch Dr.med. F._____ untersucht werde (Suva-act. 381). Mit Verfügung vom 25. April 2019 informierte die Suva, gemäss kreisärztlicher Beurteilung spielten Unfallfolgen nach ca. 12 Wochen nach dem 28. Januar 2019 keine Rolle mehr, weshalb man den Fall per 31. Mai 2019 abschliesse; die Frage einer Rentenerhöhung per 1. Juni 2019 werde geprüft (Suva-act. 387). Mit Verfügung vom 14. Mai 2019 wurde eine Veränderung der Rente per 1. August 2009 (14%) ausgeschlossen und A._____ eine Integritätsentschädigung bei zusätzlicher Integritätseinbusse von 5% (5% wurde bereits mit Verfügung vom 20.4.2010 gesprochen) zugesprochen (Suva-act. 395). Am 13. Juni 2019 liess A._____ dagegen Einsprache erheben (Suva-act. 400). Mit Entscheid vom 30. Juni 2020 wurde die Einsprache gegen die Verfügungen vom 14. Mai 2019 und 25. April 2019 abgewiesen (Suva-act. 459). Der Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

C. Per 28. Januar 2020 wurde A._____ durch Dr.med. F._____ neuerlich zu 100% arbeitsunfähig geschrieben wegen zunehmender Schmerzen in der linken Schulter nach Wiederaufnahme der Arbeit (Suva-act. 414, 416). Am 12. Februar 2020 wurde mittels Schadenmeldung ein Rückfall gemeldet (Suva-act. 419). Am 27. Januar 2020 bescheinigte der Hausarzt zudem eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit von 100% ab 24. Januar 2020 (Suva-act. 421, 426). Am 5. Februar 2020 nahm A._____ die Arbeit wieder auf (Suva-act. 426).

D. Am 20. Februar 2020 meldete A._____ der Suva, beim Abstützen auf das Handgelenk habe es einen Zwick in der linken Schulter gegeben (Suva-act.

427), worauf er von Dr.med. F._____ bis 2. April 2020 zu 100% arbeitsunfähig geschrieben wurde (Suva-act. 429). Gemäss Arztbericht Dr.med. F._____ sei A._____ nach der Mittagspause von einer Bank weggekippt und habe mit der linken Schulter, bzw. dem Arm einen Abstützversuch gemacht, um den Sturz zu dämpfen; seitdem habe er wieder ausgeprägte Schmerzen ventral in der Schulter, weshalb die Arbeit wieder niedergelegt werden musste und er sich bei Dr.med. F._____ vorgestellt habe (Suva-act. 432). Die Konsultation vom 30. April 2020 zeigte vor allem schmerzhaft Restbeschwerden Schulter links (Suva-act. 442). Der Kreisarzt beurteilte, der Befund habe sich seit Austritt Rehaklinik E._____ nicht wesentlich verbessert; es liege ein stabiler Endzustand vor, eine Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes oder der Belastbarkeit sei nicht mehr zu erwarten (Suva-act. 443). Am 4. Mai 2020 informierte die Suva, den Rückfall abzuschliessen und die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31. Mai 2020 einzustellen (Suva-act. 444). Am 16. Juli 2020 untersuchte Dr.med. F._____ A._____ wegen posttraumatisch persistierenden und invalidisierenden Schulterbeschwerden links. Aufgrund der Klinik sowie des Befundes des Arthro-MRI vom 13. Februar 2019, wonach eine transmurale Ruptur der Rotatorenmanschette im Übergangsbereich der Supraspinatus- zur Infraspinatussehne vorliege, empfahl Dr.med. F._____ eine Schulterarthroskopie (Suva-act. 462), für welche die Suva nach kreisärztlicher Beurteilung (Suva-act. 468) die Kostengutsprache verweigerte (Suva-act. 469). Die medizinischen Unterlagen würden keinen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 5. August 2004 bzw. 20. Februar 2020 und der vorgeschlagenen Operation betreffend Schulterbeschwerden links zeigen (Suva-act. 470). Gegenüber der damaligen Vertreterin von A._____ äusserte sich Dr.med. F._____ am 8. Februar 2021 dahingehend, dass die Partialläsion auf die zweite, am D._____ durchgeführte Schulterarthroskopie vom 10. Februar 2009 zurückzuführen sei (Suva-act. 478). Mit Beurteilung vom 28. Mai 2021 widersprach der Kreisarzt dieser Darstellung (Suva-act. 480), worauf die Suva mit Verfügung vom 1. Juni 2021 die Erbringung von Versicherungsleistungen ablehnte (Suva-act. 481). Hiergegen erhob die G._____ Krankenversicherung am 8. Juni 2021 vorsorgliche Einsprache, welche sie nach Prüfung der Akten am 18. Juni 2021 zurückzog (Suva-act. 488). A._____ erhob am 5. Juli 2021 vorsorgliche Einsprache (Suva-act. 489), welche er am 22. Juli 2021 unter Beilage eines Berichts von Dr.med. F._____ vom 6. Juli 2021 ergänzte (Suva-act. 495). Darin hält Dr.med. F._____ an seiner Darstellung fest, wonach der Eingriff vom 10. Februar 2009 überwiegend wahrscheinlich Ursache für die Partialläsion der Supraspinatussehne sei. Auf Vorlage hin hielt der Kreisarzt seinerseits am 4. August 2021 an seiner Beurteilung fest (Suva-act. 498). Mit Verfü-

gung vom 30. September 2021 verneinte die Suva einerseits einen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 5. August 2004 und der vorgeschlagenen Operation betreffend Schulterbeschwerden links und andererseits stellte sie die Versicherungsleistungen nach dem Unfall vom 20. Februar 2020 per 31. Mai 2020 ein und schloss den Fall ab (Suva-act. 500).

E. Am 1. November 2021 erhob A. _____ Einsprache (Suva-act. 506). Mit Einspracheentscheid vom 28. Januar 2022 bestätigte die Suva die Verfügung vom 30. September 2021 und wies die Einsprache ab (Suva-act. 514).

F. A. _____ lässt am 10. März 2022 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Es sei der Einspracheentscheid vom 28.01.2022 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Heilbehandlungs- und Taggelderleistungen zu erbringen.
2. Eventualiter sei ein gerichtliches Obergutachten zur Frage der natürlichen Unfallkausalität zwischen der Schulterarthroskopie vom 10.02.2009 und der Partialisierung der Supraspinatussehne links anzuordnen oder die Sache zwecks Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (inkl. MWST) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

G. Mit Vernehmlassung vom 7. April 2022 beantragt die Suva die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheides unter Wettschlagung der Kosten bei Kostenlosigkeit des Verfahrens.

Am 13. April 2022 nimmt der Beschwerdeführer Stellung zur vorinstanzlichen Vernehmlassung.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Der Beschwerdeführer erlitt am 5. August 2004 einen Unfall, wobei er sich an der linken Schulter verletzte. Sowohl der Unfall als auch die Unfallfolgen sind unbestritten und von der Suva anerkannt (vgl. Ingress Bst. A). Sie erbrachte Leistungen in Form von Heilkosten (namentlich auch für einen Eingriff in der Universitätsklinik D. _____ vom 10.2.2009) und Taggeldern sowie mit Verfügung vom 20. April 2010 eine Invalidenrente von 14% seit dem 1. August 2009 und eine Integritätsentschädigung bei einer Einbusse von 5% (Suva-act. 171). Unbestritten ist ebenso, dass die linke Schulter von weiteren Unfällen betroffen war und der Beschwerdeführer insgesamt über persistierende Schulterbeschwerden links klagte. Mit in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 14. Mai 2019 wurde

eine Veränderung der Rente per 1. August 2009 (14%) ausgeschlossen und dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung bei zusätzlicher Integritätseinbusse von 5% (zusätzlich zu den 5% gemäss Verfügung vom 20.4.2010) zugesprochen (Suva-act. 395).

1.2 Nach weiteren Unfällen und persistierenden Beschwerden liess der Beschwerdeführer die linke Schulter im Jahr 2020 erneut durch Dr.med. F._____ untersuchen. Aufgrund der Befunde, namentlich einer in der Arthro-MRT Untersuchung vom 13. Februar 2019 festgestellten transmuralen Ruptur der Rotatorenmanschette im Übergangsbereich der Supraspinatus- zur Infraspinatussehne, ersuchte Dr.med. F._____ um Kostengutsprache für eine schulterarthroskopische Intervention (Suva-act. 462). Bei einer Befragung des Beschwerdeführers durch die Suva äusserte dieser am 25. August 2020 (Suva-act. 465):

Am 20.2.2020 arbeitete ich auf einer Baustelle in H._____. Am Mittag nahm ich im Barackenwagen das Essen ein. Anschliessend legte ich mich auf einer Festbank etwas hin, um mich zu Erholen. Nachdem ich etwas gedöst hatte, wollte ich mich aus der liegenden Position (auf dem Rücken) von der Festbank aufrichten. Dabei kippte die Festbank, wodurch ich von der Bank zu rutschen drohte. Reaktions schnell langte ich mit dem linken Arm zu Boden und stützte mich mit der linken Hand auf. Dabei spürte ich einen Zwick in der linken Schulter. Aufgrund der anhaltenden, vermehrten Schulterschmerzen links suchte ich nach einigen Tagen wieder Dr. F._____ in Luzern auf.

Schulterschmerzen links habe ich bekanntlich seit Jahren. Nach der Aufstützbe-
wegung am 20.2.2020 spürte ich die Schmerzen aber vermehrt.

Gestützt auf eine kreisärztliche Beurteilung vom 4. September 2020 teilte die Suva dem Beschwerdeführer mit, die medizinischen Unterlagen zeigten keinen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 5. August 2004 bzw. 20. Februar 2020 und der vorgeschlagenen Operation betreffend Schulterbeschwerden links (Suva-act. 470). Daran hielt die Suva auch nach weiteren Abklärungen fest und bestätigte diese Haltung im angefochtenen Einspracheentscheid. Demgegenüber macht der Beschwerdeführer geltend, die diagnostizierte Partialläsion der Supraspinatussehne der linken Schulter, deren Behandlung erneut eine Operation notwendig mache, stehe in natürlichem Kausalzusammenhang zur Schulterarthroskopie vom 10. Februar 2009. Dieser Eingriff habe unbestrittenermassen im Zuge einer Heilbehandlung aufgrund des Unfalls / Rückfalls vom 5. August 2004 stattgefunden, sei Suva-versichert gewesen, weshalb die Suva nach Art. 6 Abs. 3 UVG auch für den neuerlichen Eingriff leistungspflichtig sei. Die Suva bestreitet, dass zwischen den geltend gemachten Beschwerden und dem Eingriff vom 10. Februar 2009 überwiegend wahrscheinlich ein Kausalzusammenhang bestehe.

1.3 Strittig und nachfolgend zu prüfen ist damit allein, ob der operative Eingriff vom 10. Februar 2009 (welcher der Behandlung der Unfallfolgen vom 5.8.2004 diene) ursächlich ist für die diagnostizierte Partialläsion der Supraspinatussehne der linken Schulter.

2.1 Gestützt auf Art. 6 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 hat der Unfallversicherer für Schäden einzustehen, die durch Heilmassnahmen im Anschluss an versicherte Unfälle herbeigeführt werden (vgl. Art. 10 UVG). Ferner bestimmt Art. 10 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982, dass die Haftung auch für Körperschädigungen besteht, die die versicherte Person durch vom Unfallversicherer angeordnete oder sonst wie notwendig gewordene medizinische Abklärungen erleidet. Damit wurde eine Leistungskategorie geschaffen, bei der der Unfallversicherer für eine behandlungsbedingte Schadensverursachung aufzukommen hat, ohne dass diese den Unfallbegriff erfüllen muss. Es muss weder ein Behandlungsfehler vorliegen, noch der Tatbestand des haftpflichtrechtlichen Kunstfehlers oder der strafrechtlich relevanten Körperschädigung erfüllt oder auch nur objektiv eine Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht gegeben sein (BGE 128 V 169 Erw. 1c; Urteil BGer 8C_27/2019 vom 20.8.2019 Erw. 3.3; BSK UVG-Hofer, Art. 6 N 108).

2.2.1 Der Unfallversicherer hat nur für Schädigungen aufzukommen, die zumindest teilweise in einem natürlich und adäquat kausalen Zusammenhang mit den durch den versicherten Unfall erfolgten Heilbehandlungen und medizinischen Abklärungen stehen. Nicht verlangt ist jedoch, dass die Schädigungen notwendigerweise auch in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall selbst stehen; es genügt, dass sich diese im Rahmen einer (unfallbedingten) Heilbehandlung zugetragen haben (Urteil BGer 8C_27/2019 vom 20.8.2019 Erw. 3.3 m.w.H.; BSK UVG-Hofer, Art. 6 N 112 f.)

2.2.2 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall bzw. ein Heileingriff die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall bzw. Heileingriff mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen; m.a.W.

wenn der Unfall bzw. Heileingriff überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C_689/2019 vom 9.3.2020 Erw. 5.3 je mit Hinweisen).

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt dabei bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2; Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 Erw. 9.3).

2.2.3 Ob zwischen dem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BSK UVG-Hofer, Art. 4 N 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1; vgl. BGE 119 V 335 Erw. 1).

2.3 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG; Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung

des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mit- hin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Be- weislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem un- bewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 Erw. 3.2; Urteil BGer 8C_765/2020 vom 4.3.2021 Erw. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der an- gebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit ver- bundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtli- che Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 Erw. 6.5).

2.4 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Be- weismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und da- nach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurtei- lung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

2.4.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medi- zin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfas- send ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwer- den berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Be- urteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag ge- gebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

2.4.2 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_587/2020 vom 5.2.2021 Erw. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 Erw. 8.5; BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

2.4.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil des BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil des BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

3.1 Das Unfallereignis vom 5. August 2004 ist anerkannt und unbestritten (vgl. Ingress Bst. A). Am 17. Januar 2006 erfolgte eine AC-Gelenksresektion und anteriore Acromioplastik Schulter links, welche dem Unfall vom 5. August 2004 zugeordnet wurde (Suva-act. 17, 21, 26). Bei persistierenden Beschwerden schlug der Operateur 2008 einen weiteren operativen Eingriff vor (Suva-act. 91, 96), worauf die Suva - auch auf Anregung des Operateurs hin (Suva-act. 96, 101) - den Beschwerdeführer für eine Zweitmeinung in die Universitätsklinik D. _____ zuwies (Suva-act. 102). Nach verschiedenen Abklärungen (vgl. Suva-act. 105, 110, 119) gelangte der Kreisarzt Dr.med. I. _____ (FMH für orthopädische Chirurgie) zur Schlussfolgerung, die Indikation zur Reoperation der linken Schulter auf rein biologischer Ebene sei fraglich, die psychosozialen Fak-

toren, die ebenfalls zu werten seien, liessen keine Verbesserung des Beschwerdebildes erwarten; seine Empfehlung sei klar, er würde vom Eingriff absehen, die Einschätzung sei aber nicht allgemein verbindlich (Suva-act. 113). Am 26. Januar 2009 erteilte die Suva der Universitätsklinik D._____ dennoch Kostengut- sprache für den operativen Eingriff (Suva-act. 115). Der Eingriff erfolgte am 10. Februar 2009 (Suva-act. 120).

Damit steht fest, dass der Eingriff vom 10. Februar 2009 eine vom Unfallversiche- rer angeordnete bzw. anerkanntermassen notwendig gewordene medizinische Massnahme zur Behandlung der Folgen des Unfallereignisses vom 5. August 2004 darstellt, welche eine Haftung der Suva nach sich zieht, falls dieser Eingriff eine Schädigung des Beschwerdeführers herbeigeführt hat (Art. 6 Abs. 3 UVG i.V.m. Art. 10 UVV).

3.2 Am 10. Februar 2009 erfolgten bei Diagnose Schulterschmerzen links bei St.n. Schulterarthroskopie, AC-Gelenksresektion, anteriorer Acromioplastik, sub- acromialer Bursektomie am 17. Januar 2006 bei posttraumatischer Bone bruise mit beginnender Osteolyse des AC-Gelenkes nach Unfall am 5. August 2004 ei- ne Schulterarthroskopie, Biopsien, Bizepsstenotomie und AC-Revision links. Zum technischen Vorgehen dokumentierte der Operateur Dr.med. J._____ (Suva- act. 120):

Rechtsseitenlage, Intubationsnarkose (Patient verweigerte Interskalenuskatheter). Keine Antibiotika präoperativ.

Desinfektion mit Betaseptic und steriles Abdecken, 3 kg Zug.

Dorsales Portal: humeral und glenoidal leicht chondromalazische Veränderungen altersentsprechend. Labrum im vorderen Anteil regelrecht, hinten mit einer leichten Aufwerfung, welche débridiert wird. Bizepssehne tendinopathisch, so dass diese tenotomiert wird. Die Rotatorenmanschette erscheint regelrecht. Es muss jedoch gesagt werden, dass insbesondere im Intervallbereich gibt es eine Rötung, welche auffallend ist. Gewinn von 3 Biopsienentnahmen mittels Shaver.

Nun subakromiales Zuggehen. Es zeigt sich eine Bursa, welche reseziert wird. Es fällt vor allem narbige Veränderungen auf, welche gelöst werden. Hier ebenfalls Entnahme von 3 Biopsien mittels Shaver. Reinigen des Schulterdaches, minime Akromioplastik bei schon durchgeführter.

Nun Darstellen des AC-Gelenksbereiches. Hier zeigt ein weiter Platz, wobei ein Knochenfragment dort zur Darstellung kommt. Dieses wird in toto reseziert.

Rückzug der Instrumente. Hautverschluss. Gabe von Zinacef 1,5 g i.v. als single shot. Steriler Verband. Schlinge.

Im Verlaufsbericht vom 3. April 2009 wird erwähnt, die Biopsien hätten ein un- auffälliges Ergebnis gezeigt (Suva-act. 126). Ein Bericht zu den Biopsien selbst liegt nicht in den Akten.

3.3 Im Bericht vom 16. Juli 2020 zieht Dr.med. F._____ eine weitere Schulterarthroskopie in Betracht (Suva-act. 462). Dies insbesondere auch wegen dem Arthro-MRI-Befund einer transmuralen Ruptur der Rotatorenmanschette.

3.4 In einer Beurteilung vom 4. September 2020 hielt Kreisarzt Dr.med. K._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) hierzu fest (Suva-act. 468):

Ist insbesondere der Schaden, welcher operiert werden soll, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen? Wenn nein, bitte begründen.

Nein, in der Indikation zur nun geplanten Operation, bezieht sich Dr. F._____ auf ein MRI vom 13.02.2019. Nach eigener Durchsicht zeigt dieses eine transmurale Ruptur der Rotatorenmanschette im Übergangsbereich des Supraspinatus-

zur Infraspinatussehne und hierzu ist festzuhalten, dass weder überwiegend wahrscheinlich eine Unfallkausalität zu dem Schadensereignis vom 20.02.2020 besteht, noch zum Schadenereignis vom 05.08.2004.

Bereits das MRI vom 11.05.2017 des Röntgeninstituts L._____, zeigt eine im Vergleich zur Voruntersuchung konstante, durchgehend abgrenzbare Supraspinatussehnenläsion. Im natürlichen Verlauf ist es somit überwiegend wahrscheinlich zu einer weiteren Degeneration der Rotatorenmanschette gekommen. Den Bezug zum Unfallereignis vom 05.08.2004 siehe unten.

(...)

Sind die geltend gemachten Beschwerden an der linken Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 05.08.2004 zurückzuführen? Wenn nein, bitte begründen.

Ja, partiell. Unverändert kommt es durch die Unfallfolgen vom 05.08.2004 zu belastungsabhängigen Beschwerden. Hierzu siehe die ausführlichen Beurteilungen und Untersuchungen kreisärztlicherseits sowie der Rehaklinik E._____. Anzumerken ist hier, dass ein medizinischer Endzustand am 31.05.2019 verfügt worden ist. An dieser Situation hat sich nichts geändert.

Die nun geltend gemachten Beschwerden durch die transmurale Ruptur an der Supraspinatussehne sind wie bereits oben erwähnt, überwiegend wahrscheinlich nicht auf das Unfallereignis vom 05.08.2004 zurückzuführen, sondern degenerativ begründet. Die beim Unfallereignis vom 05.08.2004 verursachten Unfallfolgen des AC-Gelenkes und die resultierende subacromiale Bursitis, wurden damals operativ therapiert. Kausal wurde damals eine Acromioplastik durchgeführt, auch in den folgenden Operationen in der Uniklinik D._____ und durch Herrn Dr. F._____ lagen bereits degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette vor, diese waren jedoch nicht auf das ursprüngliche Unfallereignis zurückzuführen, sondern bereits damals Vorzustand.

3.5 In einem Schreiben vom 8. Februar 2021 nimmt Dr.med. F._____ Stellung zur kreisärztlichen Beurteilung (Suva-act. 478):

Es geht um die Frage zu welchem Zeitpunkt die RM-Partiälläsion der SSP-Sehne aufgetreten ist bei Herrn A._____, zumal jetzt der Kreisarzt Dr. med. K._____ die Unfallkausalität dieser Partiälläsion verneint.

Meines Erachtens geht diese Partiälläsion zurück auf die zweite, am D._____ durchgeführte Schulterarthroskopie durch Dr. J._____ vom 10.02.2009.

Es hatten im Vorfeld dieser Operationen multiple Infiltrationen mehrerer Kompartimente stattgefunden und wegen Persistenz der Beschwerden wurde entschieden aktiv vorzugehen, zum einen zur Einsichtnahme der RM aber auch zur Entnahme von Biopsien.

Bei dieser Operation wurde gemäss OP-Bericht im Intervallbereich an der SSP-Sehne eine Rötung entdeckt, welche auffallend war. In diesem Bereich wurden drei Biopsien entnommen und später nach Wechsel der Optik in den Subacromialraum erneut drei Biopsien entnommen.

Offenbar konnten in diesen Biopsien keine Zeichen eines Infektes nachgewiesen werden, sonst hätte der Patient im Verlauf Antibiotika erhalten. Leider gibt es keine histologischen Befunde zu diesen Biopsien, mindestens haben sie keine solchen im D._____ mehr abrufen können.

Immerhin ist die später dokumentierte SSP-Sehnenpartiälläsion im Intervallbereich genau dort, wo diese Biopsien entnommen wurden und ich gehe davon aus, dass durch diese Biopsien die Sehne geschädigt wurde. Sicher wäre es interessant gewesen den histologischen Befund dieser Biopsien zu erfahren, denn mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit wäre hier histologisch gesunde Sehne und nicht degenerativ veränderte Sehne beschrieben worden.

Aus besagten Gründen halte ich es für überwiegend wahrscheinlich, dass die RM durch diese Manipulationen anlässlich der Arthroskopie verletzt bzw. geschädigt wurde und daher kann sich die Suva nun nicht aus der Affäre ziehen, indem sie die Partiälläsion der RM auf degenerative Ursachen zurückführt.

3.6 Nach Vorlage des Berichts von Dr.med. F._____ hielt Dr.med. K._____ in einer Stellungnahme vom 28. Mai 2021 an seiner Beurteilung fest (Suva-act. 480). Dies mit der Begründung:

Diese Begründung ist insofern nachvollziehbar, dass eine Biopsieentnahme per se stets auch zu einer Schädigung einer Struktur führt. Allerdings ist bei der Biopsieentnahme aus einer Sehne der Rotatorenmanschette mittels Shaver bei einer oberflächlichen Rötung überwiegend wahrscheinlich keine derartig grosse strukturelle Läsion zu erwarten, dass diese eine bleibende Schädigung der Sehne setzt. Als routinierter Schulteroperateur weiss auch Herr Dr. F._____, dass mit dem Shaver lediglich eine oberflächliche Probeentnahme der Sehne bei vorliegender Rötung stattfindet und keine tiefe Stanzbiopsie, bzw. absichtlich herbeigeführte grössere Schädigung der Sehne. Dementsprechend ist die Herleitung einer Kausalität der Rotatorenmanschettenruptur aufgrund der Biopsieentnahme mittels Shaver nicht mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Somit vermögen die Ausführungen von Herrn Dr. F._____ an der Beurteilung vom 04.09.2020 keine Änderung zu begründen.

3.7 Am 6. Juli 2021 nahm Dr.med. F. _____ Stellung zur kreisärztlichen Beurteilung (Suva-act. 495). Der Kreisarzt stelle den von ihm in der Beurteilung vom 8. Februar 2021 (vgl. oben Erw. 3.5) dargestellten Sachverhalt in Frage und behaupte, dass eine Shaver-Biopsie keiner tiefen Stanzbiopsie entspreche, die zugegebenermassen einen grösseren Sehnensubstanzdefekt hätte herbeiführen können. Dem müsse entgegengehalten werden, dass eine Shaver-Bearbeitung des Gewebes intraoperativ keine Analyse zulasse, weder bakteriologisch noch histologisch, da das abgetragene Gewebe mit dem Spülwasser automatisch über die Saugspülpumpe aus dem Gelenksraum entfernt und verworfen werde. Daher postuliert Dr.med. F. _____, dass am 10. Februar 2009 eine lege artis durchgeführte Biopsie zwecks histologischer Untersuchung und bakteriologischen Untersuchung durchgeführt worden sei und grössere Gewebestücke aus der Sehne entnommen wurden, was in der Regel eben nicht mit dem Shaver, sondern mit einer Stanze oder einem ähnlich gearbeiteten Instrument geschehe, mit konsekutiv umschriebenem Sehnensubstanzdefekt.

3.8 Auch in der weiteren Stellungnahme vom 4. August 2021 hielt Dr.med. K. _____ an seiner Beurteilung fest (Suva-act. 498). Der Annahme von Dr.med. F. _____ müsse entgegengehalten werden, dass Dr.med. J. _____ im Operationsbericht vom 18. Februar 2009 unter 'Technischem Vorgehen' nicht nur einmal, sondern zweimal die Biopsie-Entnahme mittels Shaver dokumentiere. Daher müsse davon ausgegangen werden, dass die Biopsie-Entnahme mit einem Shaver erfolgt sei. Dr.med. K. _____ bestätigt sodann die Aussage von Dr.med. F. _____, wonach die Biopsie-Entnahme mittels Shaver nicht die Regel sei; normalerweise erfolge diese mittels einem kleinen scharfen Klemmchen oder einem ähnlichen Instrument. Warum Dr.med. J. _____ das Vorgehen mittels Shaver gewählt habe, sei nicht nachzuvollziehen, sei aber im Operationsbericht eindeutig mehrfach so dokumentiert. Und weiter führt Dr.med. K. _____ aus:

Unabhängig von diesem Sachverhalt muss festgehalten werden, dass auch bei einer Biopsie-Entnahme mit einem kleinen scharfen Klemmchen, was bei einer Biopsie-Entnahme bei Arthroskopien die Regel ist, kein grosser Substanzdefekt gesetzt wird. Die Spitze des Klemmchens (Fasszange) umfasst wenige Millimeter. Dass damit ein ausreichend grosser struktureller Schaden gesetzt wird, welcher mehrere Jahre später zu einer Ruptur der Sehne führen kann, ist überwiegend wahrscheinlich nicht möglich. Auch werden bei der Entnahme mehrerer Biopsien zum Nachweis einer Infektion diese mit ausreichend Abstand genommen, da insbesondere zum Nachweis eines Infektes die Probe-Entnahme an verschiedenen Stellen eines Gelenkes/der Sehne erfolgen sollte. Eine grobe Schädigung durch eine wiederholte Probennahme an nur einer Stelle ist somit auch nicht anzunehmen.

Um gegebenenfalls eine Aussage über die gewonnenen Proben zu erhalten, wird von Dr. F. _____ das Vorlegen des Berichtes/Dokumentationsmaterials der Bakteriologie und Histologie vorgeschlagen. Ob anhand des Befundes eine Aussage über die Methode der Materialgewinnung gewonnen werden kann, ist jedoch fraglich. Gegebenenfalls ist hier jedoch vom OP eine Anmerkung zum Material/Materialgewinnung dokumentiert.

4.1.1 Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 28. Januar 2022 stellte die Suva fest, die Partiaalläsion der Supraspinatussehne links könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Eingriff vom 10. Februar 2009 zurückgeführt werden. Im Operationsbericht halte der Operateur klar fest, dass die Biopsieentnahme mittels Shaver und nicht Stanze erfolgt sei. Und der Kreisarzt halte fest, dass selbst bei Entnahme mittels Stanze nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden könne, dass damit ein ausreichend struktureller Schaden gesetzt worden wäre, der mehrere Jahre später zu einer Ruptur der Sehne führen könne. Zudem seien von weiteren medizinischen Abklärungen keine entscheiderelevanten, neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden könne.

4.1.2 Im angefochtenen Entscheid stützt sich die Suva auf die Beurteilungen ihres Kreisarztes ab. Es ist damit die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von versicherungsinternen Ärzten zu beachten, wonach nur auf deren Feststellungen abgestellt werden kann, wenn keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 142 V 58 Erw. 5.1 m.w.H.; VGE I 2019 27 vom 27.9.2019 Erw. 6.1; vorstehend Erw. 2.4.2).

4.2.1 Der Kreisarzt und die Suva betonen, der Operateur vom 10. Februar 2009 habe ausdrücklich dokumentiert, die Biopsien mittels Shaver entnommen zu haben. Dem widerspricht zu Recht auch der Beschwerdeführer nicht, ergibt sich doch die vorinstanzliche Feststellung klar aus dem Operationsbericht (vgl. Bf-act. 5).

Fest steht ebenso, dass sich den vorliegenden Akten ausser dem Hinweis, die Biopsien seien unauffällig (vgl. Suva-act. 126), keine weiteren Informationen entnehmen lassen. Namentlich ist nichts über das entnommene Gewebe oder die Untersuchung oder ein ausführlicher Befund bekannt.

4.2.2 Einigkeit besteht unter den Parteien, bzw. zwischen Dr.med. F. _____ und Kreisarzt Dr.med. K. _____, dass eine Biopsie-Entnahme mittels Shaver während einer Schulterarthroskopie keinesfalls einem Regelverfahren entspricht. Mithin bestehen trotz der ausdrücklichen und mehrfachen Dokumentation einer Biopsie-Entnahme mittels Shaver übereinstimmende Zweifel an der Richtigkeit der Dokumentation.

Übereinstimmend wird festgehalten, dass Biopsien während einer Schulterarthroskopie in der Regel mittels Stanzen/Klemmen entnommen werden. Einigkeit besteht ebenso hinsichtlich der Beurteilung, dass eine Biopsie-Entnahme mittels Stanze/Klemme einen wesentlich anderen bzw. grösseren Eingriff ins Gewebe verursacht als eine solche mittels Shaver.

4.2.3 Solange aber wesentliche Zweifel über das Verfahren der Biopsie-Entnahme anlässlich des operativen Eingriffs vom 10. Februar 2009 bestehen, liegt kein Sachverhalt vor, der wahrscheinlich der Wirklichkeit entspricht. Solange der Sachverhalt nicht feststeht, kann aber auch nicht schlüssig beurteilt werden, ob er ursächlich sein kann für die diagnostizierte Ruptur der Supraspinatussehne. Wenn Zweifel darüber bestehen, ob die Biopsie mittels Stanze/Klemme und dadurch bei grösserer Gewebeschädigung entnommen wurde, oder mittels Shaver und dadurch bei geringerer Gewebeschädigung, dann kann weder von der Ursächlichkeit der Biopsie-Entnahme ausgegangen werden, noch kann diese überzeugend verneint werden.

4.2.4 Wohl ergänzt Dr.med. K._____, selbst eine Biopsie-Entnahme mittels Klemme vermöchte keine Schädigung zu bewirken, welche für eine viele Jahre später diagnostizierte Partialruptur überwiegend wahrscheinlich ursächlich sein könnte. Dies mit der Begründung, um ein aussagekräftiges Ergebnis der Biopsie zu erhalten, müssten diese in relevanten Abständen vom Gewebe genommen werden, was eine spätere Ruptur ausschliesse. Nachdem aber schon Zweifel über das Verfahren der Biopsie-Entnahme bestehen, besteht für eine weitere unbelegte Annahme, die Biopsien seien in relevanter Distanz entnommen worden, kein Raum. Zudem widerspricht Dr.med. F._____ dieser Beurteilung und begründet, die Biopsien seien genau da entnommen worden, wo nun die Ruptur habe diagnostiziert werden müssen. Auch bekräftigt er, dass die Rotatorenmanschette durch die Biopsie-Entnahmen überwiegend wahrscheinlich verletzt bzw. geschädigt worden sei und die nun vorliegende Partialläsion verursacht habe.

4.2.5 Entgegen der Behauptung der Suva kann nicht ausgeschlossen werden, dass weitere Sachverhaltsabklärungen mehr Klarheit zu bringen vermögen.

Für die Darstellung, die Universitätsklinik D._____ verfüge über keine Informationen betreffend Biopsien mehr, liegt kein Beleg in den Akten. Es ist nicht bekannt, wer welche Anfrage an welcher Stelle in der Klinik getätigt und was zur Antwort erhalten hat. Mithin lässt sich die Darstellung nicht nachvollziehen. Eine förmliche Anfrage mit entsprechender Dokumentation einer Antwort der Universitätsklinik D._____ erscheint angezeigt zu sein.

Der damalige Operateur, Prof. Dr.med. J. _____, ist zudem nach wie vor an der Universitätsklinik D. _____ tätig. Die Biopsie-Entnahme erfolgte 2009, mithin vor rund 13 Jahren. Bei diesem Zeitraum darf davon ausgegangen werden, dass sich der Operateur, selbst wenn nicht an die konkrete Entnahme, so doch an die damaligen Umstände zu erinnern vermag und Ausführungen machen kann, ob die dokumentierte Biopsie-Entnahme mittels Shaver dem effektiven Verfahren entsprach oder nicht. Im besten Fall kann er noch genaue Angaben geben. Zumindest kann - bei den genannten Zweifeln - nicht von einem genügend abgeklärten Sachverhalt ausgegangen werden, solange diese naheliegende Anfrage nicht getätigt wurde. Selbst der Kreisarzt schliesst nicht aus, dass gegebenenfalls vom 'OP' eine Anmerkung zum/zur Material/Materialgewinnung dokumentiert sei (vgl. Bf-act. 9; oben Erw. 3.8). Solange diese Möglichkeiten bestehen, sind sie auszuschöpfen.

4.3.1 Strittig ist, ob der operative Eingriff vom 10. Februar 2009 (d.h. eine durch den Unfall vom 5. August 2004 verursachte Heilbehandlung) ursächlich ist für die Partialruptur der Supraspinatussehne, welche operativ saniert werden soll. Kann der Kausalzusammenhang, wobei Teilursächlichkeit ausreicht, nicht mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, so hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen. In diesem Sinne hat er die Folge der Beweislosigkeit zu tragen. Allerdings hat die Suva den Sachverhalt soweit abzuklären, bis er zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. oben Erw. 2).

4.3.2 Sollten die weiteren Abklärungen bezüglich Biopsie-Entnahme vom 10. Februar 2009 - entgegen der Erwartung - keine weiteren Erkenntnisse bringen, so spricht - gemäss aktuellem Stand - nichts dagegen, dass die Suva vom Sachverhalt, wie er im Operationsbericht dokumentiert ist (Biopsie-Entnahme mittels Shaver) ausgeht. Diesbezüglich macht auch der Beschwerdeführer nicht geltend, es sei dadurch zu einer Schädigung gekommen, welche überwiegend wahrscheinlich ursächlich sei für die Partialruptur der Supraspinatussehne.

4.3.3 Sollte demgegenüber aus der weiteren Abklärung resultieren, dass es wahrscheinlich der Wirklichkeit entspricht, dass die Biopsien mittels Stanze/Klemme entnommen wurden und zwar genau dort, wo später die Partialläsion der Supraspinatussehne dokumentiert ist, so wird eine externe Fachperson beurteilen müssen, ob dieser Eingriff vom 10. Februar 2009 überwiegend wahrscheinlich (teil-)ursächlich ist für die diagnostizierte Partialläsion der Supraspinatussehne. Denn diesbezüglich liegen mit den Beurteilungen von Dr.med. F. _____ und

Dr.med. K._____ zwei sich grundsätzlich widersprechende vor, was eine weitere, unabhängige Klärung der offenen Frage bedingt.

5. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde insoweit als begründet, als der Einspracheentscheid vom 28. Januar 2022 aufzuheben und die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid an die Suva zurückzuweisen ist.

6.1 Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur erneuten Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Zusprechung einer Parteientschädigung als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei, unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt, oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 137 V 210 Erw. 7.1; VGE I 2019 75 vom 16.3.2020 Erw. 6.2, je mit Hinweisen).

6.2 Dem Beschwerdeführer ist dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens entsprechend zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG), welche in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte vom 27. Januar 1975 (GebTRA; SRSZ 280.411), welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien, in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf Fr. 2'000.-- (inkl. MwSt) festgelegt wird.

6.3 Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 28. Januar 2022 aufgehoben und die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung im Sinne der Erwägungen und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat dem anwaltschaftlich vertretenen Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu leisten.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - den Rechtsvertreter der Vorinstanz (2/R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 16. Mai 2022

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 20. Mai 2022