

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 2

Entscheid vom 14. April 2022

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwältin MLaw B._____

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach,
6002 Luzern,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1952) arbeitete in einem 60%-Pensum als Servicetechniker bei der J._____ GmbH und war dadurch bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er am 30. Dezember 2020 bei der Arbeit stürzte und sich an der linken Schulter verletzte (Vi-act. 1). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte für die Folgen des Berufsunfalls Versicherungsleistungen (Vi-act. 15).

B. Nachdem A._____ am 21. Januar 2021 an der Schulter links operiert wurde (Arthroskopische 3-Sehnen Rotatorenmanschettenrekonstruktion von Subscapularis, Supra-/Infraspinatussehne, Bizepssehnen- und Autotenodese, subacromiale Bursektomie und Softacromioplastik; Vi-act. 10) musste im Verlauf eine Reruptur der Supra- und Infraspinatussehne diagnostiziert werden (Vi-act. 30 und 31). Am 23. Juli 2021 ersuchte das Spital K._____ um Kostengut- sprache für einen Revisionseingriff der linken Schulter (Vi-act. 44). Mit Schreiben vom 27. Juli 2021 lehnte die Suva die Kostenübernahme formlos ab (Vi-act. 48). Nachdem sich A._____ mit der Leistungsablehnung nicht einverstanden er- klärte, verfügte die Suva am 3. September 2021 den Fallabschluss per 15. Au- gust 2021 und die Ablehnung des Anspruchs auf weitere Versicherungsleistun- gen. Die Kostenübernahme für die Operation vom 24. August 2021 wurde aus- drücklich abgelehnt (Vi-act. 65).

C. Am 4. Oktober 2021 erhob A._____ gegen den Fallabschluss und die Leistungseinstellung Einsprache (Vi-act. 72), welche die Suva mit Entscheid vom 21. Dezember 2021 abwies (Vi-act. 78).

D. A._____ lässt am 20. Januar 2022 beim Verwaltungsgericht des Kan- tons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid 21.12.2021 sei aufzuheben und es seien dem Be- schwerdeführer die gesetzlichen Leistungen auszurichten.
2. Eventualiter sei die Sache zur Durchführung eines externen Gutachtens und zum neuen Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

E. Mit Vernehmlassung vom 28. Januar 2022 beantragt die Suva die Abwei- sung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheides.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Nachdem die Suva das Unfallereignis vom 30. Dezember 2020 und ihre daraus folgende Leistungspflicht anerkannt hatte, ist vorliegend strittig und zu prüfen, ob der Fallabschluss per 15. August 2021 und die Ablehnung eines Leistungsanspruches darüber hinaus zu Recht erfolgt sind.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Zudem erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei Knochenbrüchen, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrissen, Muskelrissen, Muskelzerrungen, Sehnenrissen, Bandläsionen sowie Trommelfellverletzungen, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt 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).

2.2.1 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 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 mit andern

Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel; m.a.W. wenn der Unfall 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).

2.2.2 Nach der Rechtsprechung zu den im Sinn von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen gehören auch Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *conditio sine qua non* war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen. Einem Ereignis kommt demzufolge der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und austauschbar erschiene. Dagegen entspricht die unfallbedingte Einwirkung - bei erstelltem Auslösezusammenhang - einer (anspruchshindernden) Gelegenheits- oder Zufallsursache, wenn sie auf einen derart labilen, prekären Vorzustand trifft, dass jederzeit mit einem Eintritt der (organischen) Schädigung zu rechnen gewesen wäre, sei es aus eigener Dynamik der pathogenen Schadensanlage oder wegen Ansprechens auf einen beliebigen anderen Zufallsanlass. Wenn ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung hätte bewirken können, erscheint der Unfall nicht als kausal signifikantes Ereignis, sondern als austauschbarer Anlass; es entsteht daher keine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers (Urteile BGer 8C_549/2021 vom 7.1.2022 Erw. 4.2; 8C_287/2020 vom 27.4.2021 Erw. 3.1; 8C_669/2019 vom 25.3.2020 Erw. 4; Traub, Natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung bei konkurrierender pathogener Einwirkung: Abgrenzung der wesentlichen Teilursache von einer anspruchshindernden Gelegenheits- oder Zufallsursache, in: SZS 2009 S. 479).

2.3.1 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann

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 Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. BGE 146 V 51 Erw. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

2.3.2 Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf, die zuvor nicht bestanden, und ist aber davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) degenerativer Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009 Erw. 4.3), und zwar selbst dann, wenn sich die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil als Krankheitsfolge darstellt. Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann 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 Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326, U 180/93 E. 3b, und 1992 Nr. U 142 S. 75, U 61/91 E. 4b, je mit Hinweisen). Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil BGer 8C_269/2016 vom 10.8.2016 Erw. 2.4).

2.3.3 Steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Urteil BGer 8C_212/2015 vom 10.7.2015 Erw. 2.2.1 m.H.).

2.3.4 Anzuführen ist, dass selbst unter der Annahme, der degenerative Vorzustand sei durch das Unfallereignis symptomatisch geworden und mithin sei der Unfall als beschwerdeauslösend zu betrachten, keine Unfallkausalität der ausgelösten Beschwerden ohne zeitliche Beschränkung bejaht werden kann. Vielmehr genügt es für die Beendigung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, dass der Status quo sine vel ante mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einge-

treten ist. Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss dabei nicht durch Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C_847/2008 vom 29.1.2009 Erw. 2 und 8C_126/2008 vom 11.11.2008 Erw. 2.3, je mit Hinweisen).

2.4.1 Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss auch das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Das Gericht hat seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht (BGE 144 V 427 Erw. 3.2).

Bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, liegt die Beweislast bei der den Leistungsanspruch geltendmachenden versicherten Person. Demgegenüber handelt es sich beim Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung um eine anspruchsaufhebende Tatfrage, weshalb die Beweislast beim Unfallversicherer liegt (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12, 8C_901/2009 Erw. 3.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46, U 355/98 Erw. 2 mit Hinweisen).

2.4.2 Der Sozialversicherungsprozess ist allerdings vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. 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 mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 Erw. 3.2; BGE 138 V 218 Erw. 6).

2.5 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 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.

2.5.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin 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 umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der 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 gegebenen 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).

2.5.2 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).

2.5.3 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 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 BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

2.5.4 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 Erw. 8.2 m.w.H.). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (BGE 125 V 352 Erw. 3b/ee; Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 Erw. 5.2; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 5.2; 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

3. Bezüglich Unfallereignis vom 30. Dezember 2020, den gesundheitlichen Unfallfolgen und des Verlaufs ergibt sich aus den Akten:

3.1 Gemäss Schadenmeldung vom 5. Januar 2021 kollidierte der Beschwerdeführer am 30. Dezember 2020 bei der Arbeit mit einer Lüftungstür einer Zuluftanlage und verletzte sich am Schultergelenk (Vi-act. 1). In einer Befragung durch die Suva vom 23. Juni 2021 schilderte der Beschwerdeführer folgenden Unfallhergang:

Am 30.12.2020 verletzte ich mir die linke Schulter bei der Arbeit in L._____. Ich arbeitete in einer Lüftungsanlage, welche von anderen [...] Arbeitern angestellt wurde, obwohl ich noch drin war. Ich bin dann raus und wollte die Türe schliessen, dann gab es einen starken Luftdruck, ich stolperte über eine kleine Mauer und stürzte auf die linke Schulter.

3.2 Nach dem Erstuntersuch vom 4. Januar 2021 (Vi-act. 18) veranlasste die Hausärztin ein Arthro-MRI und überwies dann den Beschwerdeführer aufgrund des Befundes an Dr.med. C._____ (Chirurgie FMH).

3.2.1 Nach dem MRI vom 12. Januar 2021 bei Fragestellung nach Rotatorenmanschettenläsion und Labrumläsion berichteten Dres.med. M. _____ (Assistenzarzt) und N. _____ (Facharzt Radiologie) (Vi-act. 13):

Befund

Unter sterilen Kautelen Punktion des Schultergelenks unter Durchleuchtung. Applikation von 1 ml Mepivacain. Sodann wenig Iopamiro und 12 ml Magnevist.

Rotatorenmanschettensehnen: Totale Ruptur der Supraspinatussehne mit Retraktion des Stumpfes von ca. 3 cm. Subtotale Ablederung der Infraspinatussehne sowie höhergradige Partialruptur der Subscapularissehne im kranialen Anteil bei insgesamt tendinopathischer Veränderung.

Muskulatur: Fettige Degenerationen und Atrophie der Mm. supraspinatus > infraspinatus > subscapularis.

Kapsel/Rotatorenintervall: Obliteration des Rotatorenintervalls. Coraco-humerales Ligament normal. Axillärer Rezessus regelrecht.

Bicepsanker/-sehne: Luxation der langen Bizepssehne aus dem Sulcus intertubercularis. Tendinopathisch veränderte Sehne, jedoch in Kontinuität erhalten.

Labrum: Regelrecht. Sublabraler Recessus als Normvariante.

Knorpel: Glenohumeraler Knorpel intakt.

Knochen: Humeruskopfhochstand und Subluxation nach dorsal. Kein Knochenmarködem. Keine Fraktur.

AC-Gelenk: Gelenkspaltverschmälerung, subchondrale Zysten und -kapselhypertrophie.

Beurteilung

Keine Voruntersuchung zum Vergleich vorliegend

- Totale Ruptur der Supraspinatussehne mit Retraktion des Sehnenstumpfs und Muskelatrophie.
- Läsionen der Sehnen der Mm. infraspinatus und subscapularis wie oben im Detail beschrieben.
- Luxation der langen, tendinopathisch veränderten Bizepssehne.
- Labrum intakt.
- Subluxation des glenohumeralen Gelenkes nach dorsokranial.
- AC-Gelenksarthrose.

3.2.2 Nach Vorliegen des MRI-Befundes und der Sprechstunde vom 14. Januar 2021 berichtete Dr.med. C. _____ der Hausärztin, der Beschwerdeführer sei in Ruhe schmerzfrei, zeige aber eine fast vollkommene functio laesa (Vi-act. 12). Als klinischen Befund erhob er eine passiv freie ROM; die Flexion war aktiv bis 110° möglich, die Abduktion konnte gehalten werden. Die Außenrotation bei 50° war kräftig. Subskapularis- und Supraspinatussehnen-Tests sowie Bizepssehnen-Tests waren massiv positiv. Dr.med. C. _____ nannte als Diagnose eine posttraumatische Subskapularis- und Supraspinatussehnenruptur mit luxierter LBS links. Er empfahl eine operative Rekonstruktion. Dies trotz der deutlichen Retraktion im MRI, da der Kopf sehr gut zentriert sei und die Muskulatur keine fettige Infiltration aufweise, was man bei frischen Rupturen, die relativ schnell retrahierten, oft sehe.

3.3 Am 21. Januar 2021 erfolgte bei Diagnose 'Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette' (Vi-act. 11) durch Dr.med. D._____ (FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) eine arthroskopische 3-Sehnen Rotatorenmanschettenrekonstruktion von Subskapularis-, Supra-/Infraspinatussehne, Bizepssehnen- und Autotenodese, subacromiale Bursektomie und Softacromioplastik der Schulter links (Vi-act. 10). Hierzu wird im Operationsbericht u.a. dokumentiert:

(...) Intraartikulärer diagnostischer Rundgang. Altersentsprechend weitgehend gut erhaltene glenohumerale Knorpelverhältnisse. Es zeigt sich bezüglich der Rotatorenmanschette eine massive Rotatorenmanschettenruptur mit Subscapularis-, Supra- und Infraspinatussehnenmassenruptur, Subscapularissehne Lafosse Grad IV, Komplettruptur Supra-/Infraspinatussehne mit Retraktion Pat Grad II - III. Des Weiteren komplett luxierte aufgefaserte lange Bizepssehne. (...) Gemessen an der massiven Schädigung zu Beginn der Operation zeigt sich zumindest ein adäquater Sehnenverschluss.

3.4 In der 6-Wochenkontrolle zeigte der Beschwerdeführer am 3. März 2021 einen moderaten Leidensdruck. Sonographisch (vgl. Vi-act. 32) zeigte sich eine schöne Subskapularissehnen-Rekonstruktion aber eine schwer beurteilbare Supra- und Infraspinatussehnen-Situation. Klinisch betrug die Aussenrotation 15°, Abduktion 70° und Flexion 70°, dann schmerzbedingt jeweils stopp. In der Verlaufskontrolle vom 14. April 2021 zeigte sich nach wie vor ein recht hohes Schmerzniveau und eingeschränkte Beweglichkeit (Vi-act. 30).

Am 19. April 2021 erfolgte ein Arthro-MRI des linken Schultergelenks (Vi-act. 31):

Befund:

(...)

Hochstand des Humeruskopfes, annähernd bis zur Acromion-Unterfläche. Acromion Typ I. Leichte AC-Gelenkarthrose. Kontrastmittelübertritt aus dem Gelenkraum in die Bursa subacromialis. Nach Rekonstruktion fehlende, den Humeruskopf deckende Rotatorenmanschette. SSP- und ISP-Muskelbauchatrophie Grad I nach Goutallier. Intakte Reinsertion der Subscapularissehne, im Sulcus bicipitalis abgrenzbare, lange Bizepssehne. Erhaltener glenohumeral Knorpel. Leichtgradig degenerativ verändertes Labrum glenoidale dorsal.

Beurteilung:

Reruptur SSP und ISP mit aktuell Muskelbauchatrophie Grad I nach Goutallier.

Dr.med. C._____ beurteilte den im Arthro-MRI erhobenen Befund als erheblichen Schaden. Ein erneuter Rekonstruktionsversuch erachtete er aufgrund der Retraktion und mit Blick auf den intraoperativen Zustand als nicht sinnvoll vertretbar. Er empfahl die Implantation einer inversen Prothese, was der Beschwerdeführer am 21. April 2021 ablehnte (Vi-act. 30).

Im Bericht zur Verlaufskontrolle vom 21. Juni 2021 hält Dr.med. D._____ fest, der Beschwerdeführer habe eine Art Steady state erreicht, mit welcher er halb-

wegs gut agieren könne. Insofern sei die Option, die Schulter so zu belassen, diskutabel; als Rückzugsoption bleibe die invers-prothetische Versorgung, welche der Beschwerdeführer ablehne, er bevorzuge einen weiteren Rekonstruktionsversuch. Gegebenenfalls könne auch nur ein 'Site zu Site Verschluss' mit je nach intraoperativem Befund eventuell einer Patch-Augmentation erörtert werden (Vi-act. 38).

3.5 Am 23. Juli 2021 ersuchte das Spital K. _____ die Suva um Kostengut-
sprache für eine weitere Operation (Vi-act. 44). Dies, nachdem der Beschwerde-
führer in der Sprechstunde vom 16. Juli 2021 eine invers-prothetische Versor-
gung abgelehnt hat, Dr.med. D. _____ von einem nachmaligen Rekonstruktio-
nsversuch definitiv nichts hielt und auch eine Patch-Augmentation als nicht er-
folgsversprechend beurteilte und eine second opinion bei Dr.med. C. _____
veranlasste. Dieser bestätigte, dass der Beschwerdeführer die favorisierte Um-
kehrprothese absolut nicht wolle, und empfahl ihm eine Versorgung mittels Delta-
lappen, da ein Patch bei diesem schlechten Gewebe nicht angezeigt sei (Vi-act.
46). Die Operation mittels Deltalappen wurde für den 24. August 2021 geplant.

3.6 Mit Stellungnahme vom 26. Juli 2021 hielt Kreisarzt Dr.med. E. _____
(Facharzt Chirurgie, spez. Unfallchirurgie) fest, der Unfall vom 30. Dezember
2020 habe nicht überwiegend wahrscheinlich zu objektivierbaren, zusätzlichen
strukturellen Läsionen geführt. Der zu operierende Schaden sei nicht überwie-
gend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen, es werde ein Erkrankungs-
vorschaden operiert, keine Unfallfolge durch die Kontusion. Die Unfallfolgen
spielten seit der Operation vom 21. Januar 2021 keine Rolle mehr. Die Operation
habe auf den Erkrankungsvorschaden abgezielt und eine richtungsgebende Ver-
änderung des Zustandes der Schulter links verursacht. Passend zur Beurteilung
sei auch der Umstand, dass die Rekonstruktion vom 21. Januar 2021 nicht er-
folgreich gewesen sei und ein erneuter Sehndefekt bereits durch das MRT
vom 19. April 2021 dokumentiert worden sei (Vi-act. 47).

Gestützt auf diese Beurteilung teilte die Suva dem Beschwerdeführer am 27. Juli
2021 mit, die noch bestehenden Beschwerden seien nicht mehr unfallbedingt.
Sie schliesse den Fall per 15. August 2021 ab; Versicherungsleistungen (Heil-
kosten und Taggelder) würden auf diesen Zeitpunkt eingestellt (Vi-act. 48).

3.7 Am 24. August 2021 erfolgte durch Dres.med. D. _____ und
C. _____ bei Diagnose 'Irreparable Rotatorenmanschettenruptur Supra-
/Infraspinatussehne Schulter links bei St.n. arthroskopischer Supra-
/Infraspinatussehnenrekonstruk-tion Schulter links im Januar 2021' ein offener
Defektverschluss mittels Deltalappenplastik, partielle Fadenentfernung und peri-

artikuläre Arthrolyse Schulter links (Vi-act. 61). Es bestätigte sich die Reruptur von Supra- und Infraspinatussehne mit erheblicher Retraktion der Sehnenstümpfe; dorsal zeigte sich nur noch der Oberrand des Teres. Gemäss Operationsbericht gelang eine erstaunlich gute Deckung des Defektes mittels Deltalappen (Vi-act. 62).

3.8.1 Im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht und nach Vorliegen des Operationsberichtes holte die Suva bei Kreisarzt Dr.med. F. _____ (Facharzt für Chirurgie, speziell Allgemein Chirurgie und Traumatologie) eine ärztliche Beurteilung ein. Mit Bericht vom 1. September 2021 gelangte er nach Zusammenfassung des aktenmässigen Verlaufs zu folgender Beurteilung (Suva-act. 64):

Gemäss dem Bericht O. _____ vom 14.01.2021 wurde der Versicherte am 30.12.2020 bei der Arbeit umgestossen und hätte sich dabei die linke Schulter gestossen. Im Aussendiensttrapport vom 23.06.2021 berichtet der Versicherte von einem Sturz auf die linke Schulter. Anlässlich der Erstkonsultation in der O. _____ vom 14.01.2021 konnte der Versichert den Arm aktiv bis 110 Grad flektieren und die Abduktion halten, die Tests für die Subskapularis- und Supraspinatussehne sowie für die Bizepssehne waren positiv.

Das MRI vom 12.01.2021 zeigt eine totale Ruptur der Supraspinatussehne mit einer Retraktion Grad II bis III und einer massiven Atrophie der Supraspinatusmuskulatur mit einem deutlich positiven Tangenzzeichen sowie einer fettigen Degeneration Grad I nach Goutallier, eine fettige Degeneration des Infraspinatus, Teres minor und des Subskapularismuskels Grad II bis III. Daneben kommt eine Luxation der stark tendopathisch veränderten Bizepssehne zur Darstellung. Nach einem Rekonstruktionsversuch am 21.01.2021 musste dann im April eine Reruptur der Supra- und Infraspinatussehne im MRI vom 19.04.2021 festgestellt werden.

Ein Anpralltrauma, wie von der O. _____ beschrieben, oder ein Sturz auf die linke Schulter, wie vom Versicherten angegeben, ist ungeeignet, eine Rotatorenmanschettenläsion herbeizuführen. Gemäss der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft (AWMF) ist gemäss S2 Leitlinie für die Rotatorenmanschette mit Stand März 2017 evidenzbasiert hinterlegt, durch welche Verletzungsmechanismen Rotatorenmanschettenrupturen unfallbedingt entstehen können. Es sind dies exzentrische Belastungen kontrahierter Anteile der Rotatorenmanschette, zum Beispiel bei passiver forcierter Aussen- oder Innenrotation beim Festhalten im Rahmen eines Sturzes, passive Retraktionen nach kaudal, zum Beispiel beim Auffangen eines schweren Gegenstandes und axiale Stauungen nach kranioventral oder ventromedial, zum Beispiel beim Sturz auf den nach hinten gestreckten Arm. Sämtliche der oben geschilderten Unfallmechanismen haben beim Versicherten nicht stattgefunden.

Das MRI vom 12.01.2021, 12 Tage nach dem Unfall angefertigt, zeigt eine massive Schädigung der Rotatorenmanschette mit bereits eingetretener Atrophie des Supraspinatusmuskels sowie eine fortgeschrittene fettige Degeneration des Subskapularis, der Infraspinatus- und Teres minor-Muskulatur. Diese Atrophie und fettige Infiltration braucht Zeit. Für den Supraspinatus werden in der Literatur 3 Jahre, für den Infraspinatus und Subscapularis 2.5 Jahre angegeben (Lädemann et al, degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette, Swiss Medi-

cal Forum, 2019;19(15–16):260–267). Entsprechend können diese Verfettungen beim Versicherten nicht innerhalb von 12 Tagen seit dem Unfallereignis eingetreten sein. Dr. C._____ erwähnt, dass die Rotatorenmanschettenmuskulatur keine Verfettung aufweist. Dies stimmt bedingt aber nur für den Supraspinatus. Er übersieht aber oder erwähnt nicht, dass dieser Muskel stark atroph ist.

Anlässlich der ersten Untersuchung in der O._____ vom 14.01.2021 konnte der Versicherte den Arm flektieren und die Abduktion halten, eine Pseudoparalyse (Unmöglichkeit, den Arm aktiv im Schultergelenk zu bewegen), wie sie nach traumatischer Rotatorenmanschettenläsion eintritt, ist nicht vorhanden.

Der Versicherte ist zum Zeitpunkt des Unfalls 68 Jahre alt. Die Prävalenz asymptomatischer Komplettrupturen liegt in diesem Alter bei 20 %.

Aufgrund des Alters des Versicherten, des nicht passenden Unfallmechanismus, der 12 Tage nach dem Unfall bereits deutlich sichtbaren Atrophie und fettigen Degeneration der Rotatorenmanschettenmuskulatur und dem nicht Vorliegen einer Pseudoparalyse kann geschlossen werden, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit der Operation vom 21.01.2021 keine Unfallfolgen adressiert wurden, sondern ein degenerativer Vorzustand repariert wurde. Passend dazu ist auch der Umstand, dass die Operation nicht erfolgreich war, weil die Rekonstruktion wegen der fortgeschrittenen Veränderung der Muskulatur wohl unter zu grosser Spannung stand, so dass sich schon sehr früh im Verlauf (klinischer und sonographischer Verdacht nach 6 Wochen, Bestätigung im MRI nach drei Monaten (19.04.2021) eine Reruptur einstellte.

Dr.med. F._____ gelangte zum Schluss, dass an der Terminierung des Fallabschlusses per 15. August 2021 festgehalten werden könne.

3.8.2 Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung verfügte die Suva am 3. September 2021 den Fallabschluss per 15. August 2021 und die Einstellung von Versicherungsleistungen auf diesen Zeitpunkt hin (Vi-act. 66).

3.9.1 Mit der Einsprache vom 4. Oktober 2021 reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme von Dr.med. G._____ (Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin) vom 26. September 2021 ein (siehe nachfolgend Erw. 3.9.2) und den Bericht von Dr.med. C._____ vom 14. Januar 2021 (vgl. oben Erw. 3.2.2). Zudem stellte er fest, nach dem Bericht der Swiss Orthopaedics vom 1. Oktober 2020, wonach auch ein direktes Schultertrauma ein überwiegend wahrscheinlicher, wenn nicht sogar einer der häufigsten Mechanismen einer traumatischen Rotatorenmanschetten-Ruptur sein könne, habe das Bundesgericht festgestellt, zur Beurteilung der Unfallkausalität könne dem Kriterium des Unfallmechanismus keine übergeordnete Bedeutung mehr beigemessen werden (Urteil BGer 8C_59/2020 vom 14.4.2020 Erw. 5.3). Dr.med. F._____ begründe aber insbesondere mit Hinweis auf den Unfallmechanismus. Wenn aber die behandelnden Ärzte nachvollziehbar angeben würden, die Läsion sei unfallbedingt, dann

reiche es nicht, nur mit Hinweis auf den Unfallmechanismus und das Alter des Beschwerdeführers, die Kausalität abzulehnen.

3.9.2 Im erwähnten Bericht vom 26. September 2021 führte Dr.med. G. _____ aus, der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen; erst die Läsion nach dem Sturz habe zu Schmerzen und Bewegungseinschränkung geführt. Das Alter spiele für die Art und Ausdehnung der Verletzung immer eine entscheidende Rolle. Entsprechend werde ein Sehnenriss bei einer jungen Person durch einen ganz anderen Unfallmechanismus verursacht als bei einer alten Person, die bereits durch einen Schlag eine solche Verletzung erleide. Dr.med. G. _____ geht davon aus, dass beim Beschwerdeführer 'sicher ausgedehnte degenerative Veränderungen' vorgelegen haben, aber der Riss der Rotatorenmanschette sei eindeutig durch den Unfall bedingt, was sie mit der Beschwerdefreiheit von zuvor sowie dem relativ heftigen Trauma begründet. Da der Beschwerdeführer nach der Operation im Januar 2021 nicht beschwerdefrei geworden, eine Reruptur festgestellt worden und das Risiko hierfür nach operierter Sehne viel höher sei, sei diese ebenfalls auf die Verletzung vom 30. Dezember 2020 zurückzuführen (Vi-act. 73).

3.9.3 Am 19. Oktober 2021 stellte Kreisarzt Dr.med. F. _____ fest, diese Stellungnahmen würden nichts an seiner Beurteilung ändern. Entscheidendes Kriterium sei das zeitnah zum Unfallereignis durchgeführte MRI, das eine deutliche Atrophie und Verfettung aller vier Rotatorenmanschettenmuskeln zeige (Vi-act. 75).

3.10 Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 21. Dezember 2021 hält die Suva fest, gemäss dem vom Beschwerdeführer zitierten Bundesgerichtsentscheid müsse zur Beurteilung der Kausalitätsfrage neben der Interpretation der MRI-Diagnostik die Vorgeschichte, der Unfallhergang, der Primärbefund und der Verlauf berücksichtigt und in einem Gesamtbild medizinisch bewertet werden (Urteil BGer 8C_59/2020 vom 14.4.2020 Erw. 5.3). Die Frage des Direkttraumas werde kontrovers diskutiert, das Bundesgericht habe keine Stellung hierzu genommen sondern festgehalten, dem Unfallmechanismus sei keine übergeordnete Bedeutung beizumessen. Auf die die Gesamtumstände berücksichtigende Beurteilung von Dr.med. F. _____ könne voll und ganz abgestellt werden. Das 12 Tage nach dem Unfall angefertigte MRI zeige eine massive Schädigung der Rotatorenmanschette mit bereits eingetretener Atrophie des Supraspinatusmuskels und fortgeschrittener fettiger Degeneration des Subskapularis, der Infraspinatus- und Teres minor-Muskulatur, was beides Zeit brauche. Passend hierzu sei der nicht erfolgreiche Ausgang der Operation, weil die Rekonstruktion wegen der

fortgeschrittenen Veränderung der Muskulatur unter zu grosser Spannung gestanden habe. Zudem berücksichtigt die Vorinstanz, dass es sich am 30. Dezember 2020 um eine banale Kontusion gehandelt habe, nachdem bei der Konsultation vom 4. Januar 2021 keine Blutergüsse oder Hämatome in der Schulterregion dokumentiert seien. Unbehilflich sei der Hinweis auf die Beschwerdefreiheit vor dem Unfall. Zusammenfassend sei der natürliche Kausalzusammenhang nicht mit der geforderten überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen.

3.11 Am 28. Dezember 2021 berichten PD Dr.med. H. _____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) und Dr.med. I. _____ (AA Orthopädie) der P. _____ (Klinik) an die zuweisende Dr.med. G. _____ (Vi-act. 79). Sie nennen als Diagnose residuelle Schulterschmerzen links nach arthroskopischer Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion (21.1.2021) und offenem Defektverschluss mittels Deltalappenplastik (24.8.2021). Die Zuweisung sei erfolgt, um eine Meinung betreffend Unfallkausalität sowie weiteren Therapieoptionen einzuholen. Der Unfall wird im Bericht als Sturz mit der linken Schulter auf den Boden beschrieben; in der MRI-Untersuchung habe sich eine Rotatorenmanschetten-Ruptur gezeigt. Die beiden Ärzte gelangten zu folgender Beurteilung:

Beim Patienten zeigen sich weiterhin Schmerzen und eine Steifigkeit in der linken Schulter nach oben beschriebenen Operationen. Unsererseits kann ein solches Trauma zu einer Rotatorenmanschettenläsion führen und die SUVA sollte als Unfallversicherung weiterhin als Kostenträger agieren (Operation und Nachbehandlung). Bezüglich der weiteren Therapieoptionen kommt als einzige sinnvolle chirurgische Massnahme der künstliche Gelenkersatz (Inverse Prothese) in Frage. Diese Option sollte jedoch erneut mit seinem Orthopäden besprochen werden.

3.12 Mit der Beschwerde gegen den Einspracheentscheid reicht der Beschwerdeführer einen weiteren Bericht von Dr.med. I. _____ vom 3. Januar 2022 ein (Bf-act. 3). Gegenüber der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers wiederholt sie die im Bericht vom 29. Dezember 2021 genannten Diagnosen (vgl. oben Erw. 3.11). Die Frage nach der Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilung beantwortete sie derart, dass die im Versicherungsbericht erwähnte Prävalenz asymptomatischer Komplettrupturen (20% im Alter von ca. 68 Jahren) gut möglich sei, der Beschwerdeführer aber Symptome gezeigt habe, welche er vor dem Unfall nicht beklagt habe. Ihnen seien zudem die Bilder vom 12. Januar 2021 nicht zur Verfügung gestanden, weshalb sie den Grad der Verfettung und Degeneration nicht hätten abschätzen können, sondern sich auf die Anamnese des Beschwerdeführers verlassen hätten. Auf die Frage, ob - wie vom Kreisarzt postuliert - am 21. Januar 2021 ein Erkrankungsvorschaden operiert worden sei oder objektivierbare Schäden, die überwiegend wahrscheinlich durch den Unfall ver-

ursacht worden seien, antwortete Dr.med. I. _____, die Bilder würden tatsächlich eine deutliche Retraktion des Sehnenstumpfes sowie auch Muskelatrophie zeigen, eher vereinbar mit einem chronischen Geschehen. Jedoch sei der Beschwerdeführer vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen. Der Unfall habe deshalb zu einem gewissen Prozent zur Operation beigetragen; ohne Unfall wäre der Beschwerdeführer wahrscheinlich weiterhin asymptomatisch geblieben. Bezüglich den nach dem 15. August 2021 (Fallabschluss durch Suva) geklagten Beschwerden führte Dr.med. I. _____ aus, sie habe den Beschwerdeführer erst im Dezember 2021 erstmals gesehen und könne hierzu keine Aussage machen; es sei der behandelnde Chirurg anzufragen. Jedoch führte sie zur Frage, ob der am 24. August 2021 operierte Schaden überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 30. Dezember 2020 zurückzuführen sei, aus, die Folgeoperation sei aufgrund persistierender Beschwerden erfolgt. Diese Beschwerden seien erstmalig durch den Unfall ausgelöst worden, weshalb ein gewisser Anteil der Operation auf den Unfall zurückzuführen sei. Jedoch sei - wie vom Kreisarzt erwähnt - zusätzlich von einem chronischen Geschehen bei deutlicher Atrophie sowie auch Retraktion des Sehnenstumpfes auszugehen. Das Auslösen der Schmerzen sowie die Notwendigkeit der Operation sei aufgrund des Unfalls erfolgt. Und abschliessend merkte Dr.med. I. _____ an: "Es ist teilweise von einem chronischen Geschehen auszugehen, jedoch wurden die Beschwerden und die Symptomatik durch den Unfall ausgelöst. Zu einem gewissen Grad ist deshalb die Behandlung (notwendigen Operationen) auf den Unfall zurückzuführen."

4.1 Vor Verwaltungsgericht verweist der Beschwerdeführer auf die Berichte von Dr.med. G. _____ (vgl. oben Erw. 3.9.2) und Dr.med. C. _____ (vgl. oben Erw. 3.2.2). Gemäss Dr.med. G. _____ sei es wegen des Sturzes zur Läsion gekommen; bei einer alten Person wie dem Beschwerdeführer reiche ein Schlag, um eine solche Verletzung zu erleiden. Das Trauma sei heftig gewesen. Auch gemäss Dr.med. C. _____ handle es sich um eine posttraumatische Ruptur. Er habe auf die fehlende fettige Infiltration hingewiesen, was er bei frischen Rupturen oft sehe. Zu Unrecht habe die Vorinstanz resp. der Kreisarzt dem Unfallmechanismus eine übergeordnete Bedeutung beigemessen; demgegenüber habe Dr.med. G. _____ nicht einfach mit der post-hoc-Formel argumentiert, sondern die Gesamtumstände wie Unfallhergang und körperliche Verfassung beachtet. Dr.med. C. _____ habe selber operiert und sei zum Schluss gekommen, der Muskel sei nicht in einem Masse verfettet gewesen, die gegen eine frische Ruptur spreche. Auch der Kreisarzt habe zugegeben, dass der Supraspinatus keine Verfettung aufgewiesen habe; in seine Beurteilung habe er nur die restlichen Sehnen einbezogen. Auch Dr.med. I. _____ halte im jüngsten Bericht fest, der Beschwerdeführer wäre ohne Unfall asymptomatisch

geblieben. Zwar sei von einem chronischen Geschehen auszugehen, jedoch habe der Unfall die Schmerzen ausgelöst und die Operation notwendig gemacht. Unter diesen Umständen, da alle behandelnden Ärzte von einer traumatischen Läsion ausgingen, könne nicht auf die Beurteilung des Kreisarztes abgestellt werden.

4.2 Die Suva bestreitet, dass die eingereichten Berichte der behandelnden Ärzte auch nur schon geringe Zweifel an der schlüssigen kreisärztlichen Beurteilung zu erwecken vermögen. Dr.med. G. _____ argumentiere mit der post-hoc-Formel und stipuliere ein heftiges Trauma. Aber fünf Tage nach dem Ereignis habe kein Hämatom festgestellt werden können und es habe keine Pseudoparalyse bestanden. Auf die bildgebenden oder operativen Befunde gehe sie nicht ansatzweise ein. Die Suva sei eine kausale Versicherung. Sie habe fast neun Monate Leistungen erbracht, obwohl Kreisarzt Dr.med. E. _____ lediglich eine Kontusion festgestellt habe. Es entspreche einer medizinischen Erfahrungstat-sache, dass Kontusionen/Distorsionen als blosse Weichteilverletzungen ohne spezifische Behandlung innert kurzer Zeit folgenlos ausheilen und die damit verbundenen Beschwerden sich demzufolge gänzlich zurückbilden würden. Unter den Medizinern bestehe Einigkeit über den fortgeschrittenen degenerativen Zustand der linken Schulter des Beschwerdeführers. Der Umstand, dass der Versicherte wenige Tage nach dem Ereignis keine Pseudoparalyse aufgewiesen habe und Dr.med. D. _____ nach der Reruptur von einem stady state spreche, mit welchem der Beschwerdeführer gut agieren könne, sei geradezu beweisbringend dafür, dass die massive Rotatorenmanschettenruptur schon vorbestehend gewesen sei.

5.1 Der angefochtene Entscheid der Suva stützt sich auf die Beurteilung ihrer Kreisärzte 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. 2.5.2).

5.2 Der Beschwerdeführer verweist auf die Berichte der behandelnden Ärzte Dr.med. C. _____, Dr.med. G. _____ und Dr.med. I. _____, welche sich alle dafür aussprechen, dass der Unfall vom 30. Dezember 2020 ursächlich gewesen sei für die geklagten und behandelten Schulterbeschwerden links. Entgegen seiner Darstellung vermögen diese indes keine auch nur schon geringen Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung zu erwecken.

5.2.1 Soweit der Beschwerdeführer auf den Bericht von Dr.med. C._____ vom 14. Januar 2021 verweist und geltend macht, dieser sei als Operateur zum Schluss gekommen, der Muskel sei nicht in einem Masse verfettet gewesen, die gegen eine frische Ruptur spreche, so ist dem entgegen zu halten, dass der Bericht vor der Erstoperation (21.1.2021) datiert und Dr.med. C._____ nicht der Operateur war (vgl. Operationsbericht Vi-act. 10). Zudem setzt er sich mit der Frage der Ursache im genannten Bericht nicht vertieft auseinander. Die geäußerte Feststellung allein - zentrierter Kopf, keine fettige Infiltration, deutliche Retraktion sehe man oft bei frischen Rupturen, die relativ schnell retrahieren - vermag eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer traumatischen Ursache nicht zu begründen. Er formuliert seine Beurteilung vielmehr im Hinblick auf die Operationsindikation, als dass er zur Ursache Stellung bezieht oder begründet. Auch differenziert er nicht weiter, wo keine Verfettung gegeben ist bzw. was sich atroph zeigt (vgl. im Gegensatz dazu MRI vom 12.1.2021; Vi-act. 13). Auch dass Dr.med. C._____ von einer 'posttraumatischen' Ruptur spricht, bedeutet nicht zwingend unfallkausale, sondern eben erst nach dem Unfall entstandene Beschwerden (vgl. Urteile BGer 8C_555/2018 vom 17.10.2018 Erw. 4.1.1; 8C_856/2017 vom 2.5.2018 Erw. 5.3).

5.2.2 Dr.med. G._____ bestätigt, dass beim Beschwerdeführer ausgedehnte degenerative Veränderungen vorlagen. Mithin ist der krankhafte Vorzustand unbestritten. Ihre dann folgende Beurteilung, der Riss der Rotatorenmanschette sei eindeutig durch den Unfall bedingt, begründet sie mit den zwei Punkten, dass der Beschwerdeführer zum einen vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei und zum andern das Trauma relativ heftig gewesen sei, indem er auf die linke Schulter 'geschleudert' worden sei. Dem entgegnet die Vorinstanz zu Recht, bei ersterem handle es sich um die unzulässige Argumentation im Sinne von 'nach dem Unfall, also wegen des Unfalls' (vgl. Urteil BGer 8C_387/2021 vom 2.8.2021 Erw. 4.2.2 m.w.H.). Was das Trauma anbelangt, so ist kein 'heftiges' Trauma dokumentiert; vielmehr spricht nichts gegen die nachvollziehbare Beurteilung der Kreisärzte, wonach von einer Kontusion auszugehen ist, welche aufgrund des Fehlens zu erwartender Zeichen wie Blutergüsse oder Hämatome fünf Tage nach dem Unfall nicht als besonders heftig qualifiziert werden kann. Wenn Dr.med. G._____ dann noch ausführt, die Chance einer Reruptur einer operierten Sehne sei deutlich erhöht und 'demzufolge' auch auf die Verletzung vom 30. Dezember 2020 zurückzuführen, wäre dieser Schlussfolgerung höchstens dann zu folgen, wenn die Primärruptur überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis zurückzuführen wäre. Der Beweis, dass der Unfall eine Ruptur verursacht hat, ist damit aber nicht erbracht. Vielmehr trägt diese Begründung zur Ursachenklärung nichts bei. Schliesslich ist auch festzustellen, dass sich Dr.med.

G._____ in ihrem Bericht vom 26. September 2021 mit den kreisärztlichen Beurteilungen, die damals bereits vorlagen, überhaupt nicht auseinandersetzt. Sie zeigt nicht auf, inwiefern diese fehlerhaft wären, sondern begnügt sich damit, ihre eigene Überzeugung darzulegen. Was sie dabei vorträgt, lässt eine Unfallkausalität höchstens als möglich erscheinen, keinesfalls aber als überwiegend wahrscheinlich. An der ausführlichen kreisärztlichen Beurteilung vermag sie damit keine Zweifel zu erwecken.

5.2.3 Was den Bericht der P._____ -Ärzte vom 28. Dezember 2021 anbelangt (vgl. oben Erw. 3.11), hält die Suva zu Recht fest, ihm könne kein Beweiswert beigemessen werden, nachdem sich die berichtenden Ärzte zugegebenermassen allein auf die Anamnese abstützten und ihnen etwa der MRI-Befund vom 12. Januar 2021 nicht vorlag. Dem ist nichts anzufügen.

Im Bericht vom 3. Januar 2022 bestätigt Dr.med. I._____, dass sich in den Bildern vom 12. Januar 2021 ein Befund zeigt, der eher vereinbar sei mit einem chronischen Geschehen. Mithin bestätigt auch Dr.med. I._____ das Vorliegen einer relevanten Vorerkrankung (Vi-act. 83). Wenn sie dann dem Unfall dennoch eine gewisse, anteilmässige Mitursache für die geklagten Schulterbeschwerden beimisst, dann argumentiert auch sie ausschliesslich damit, dass die Beschwerden erstmalig durch den Sturz am 30. Dezember 2020 ausgelöst worden seien. Wie oben bereits dargelegt, vermag aber selbst die Annahme, ein degenerativer Vorzustand sei durch das Unfallereignis symptomatisch geworden, keine Unfallkausalität der ausgelösten Beschwerden ohne zeitliche Beschränkung zu begründen (vgl. oben Erw. 2.3.4). Selbst wenn vorliegend angenommen würde, der Unfall habe die Beschwerden ausgelöst, dann vermag dies nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu begründen, dass er die am 12. Januar 2021 bildgebend objektivierte erhebliche Rotatorenmanschettenläsion auch verursacht hat. Zudem setzt sich auch Dr.med. I._____ nicht weiter mit den kreisärztlichen Berichten auseinander. Sie bestätigt den erheblichen degenerativen Vorzustand. Sie zeigt aber nicht auf, dass die Kontusion vom 30. Dezember 2020 zu zusätzlichen strukturellen Veränderungen geführt hätte. Sie vermag auch nicht zu widerlegen, dass diese Kontusion lediglich zu einer Weichteilverletzung geführt hat, welche ohne spezifische Behandlung innert kurzer Zeit folgenlos ausheilt, weshalb der operative Eingriff vom 21. Januar 2021 allein dem Erkrankungsvorschaden galt.

5.3 Zusammenfassend hat die Suva damit zu Recht erkannt, dass keine medizinischen Berichte vorliegen, welche an der ausführlichen, die umfassenden medizinischen Akten berücksichtigenden Beurteilung von Dr.med. F._____ Zweifel zu erwecken vermögen. Indem er zum überzeugenden Schluss gelangt,

dass aufgrund des Alters des Beschwerdeführers, des nicht passenden Unfallmechanismus, der 12 Tage nach dem Unfall bereits deutlich sichtbaren Atrophie und fettigen Degeneration der Rotatorenmanschettenmuskulatur und dem nicht Vorliegen einer Pseudoparalyse zu schliessen sei, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit der Operation vom 21. Januar 2021 keine Unfallfolgen adressiert wurden, sondern ein degenerativer Vorzustand repariert wurde, geht auch der Vorwurf fehl, in seiner Argumentation komme dem Unfallmechanismus eine überproportionale Bedeutung zu. Vielmehr gelangt er zu diesem Schluss aufgrund einer umfassenden Betrachtung der gesamten Umstände. Infolge dessen ist nicht zu beanstanden, dass der Fall per 15. August 2021 abgeschlossen und ein Anspruch auf Versicherungsleistungen darüber hinaus abgelehnt wurde (Vi-act. 64). Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

6. Es werden keine Kosten erhoben; Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht bei diesem Ausgang keiner (Art. 61 lit. f^{bis} und g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. 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 Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

4. Zustellung an:
 - die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 14. April 2022

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***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: 4. Mai 2022