

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2023 51

Entscheid vom 6. September 2023

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B._____,
Blegistrasse 9, 6340 Baar,

gegen

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

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1983) ist seit Mai 2008 bei der C._____ AG in Vollzeit und unbefristet als Baumaurer angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch unfallversichert. Am 30. Mai 2021 erlitt A._____ einen Verkehrsunfall, indem ein Autofahrer die Vortrittsregeln missachtete und rechts vorne in sein Auto fuhr (Vi-act. 1, 5, 7). Er suchte noch gleichentags notfallmässig das Spital D._____ auf, wo die Diagnose Schleudertrauma Grad I nach Auffahrunfall mit ca. 30km/h mit/bei GCS15, keine Amnesie, keine fokale neurologischen Defizite, keine Hinweise für eine Fraktur gestellt (Vi-act. 5) und A._____ für drei Tage zu 100% arbeitsunfähig geschrieben wurde (Vi-act. 7 S. 24). Am 7. Juni 2021 attestierte Dr.med. E._____ (Assistenzärztin K._____) A._____ eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 8. bis 11. Juni 2021 (Vi-act. 4) und sie stellte eine Physiotherapieverordnung aus (Vi-act. 6, 9, 11). Am Montag, 14. Juni 2021, nahm A._____ die Arbeit wieder auf (Vi-act. 8). Die Suva anerkannte am 8. Juni 2021 das Unfallereignis und erbrachte Versicherungsleistungen (Vi-act. 2).

B. Am 9. November 2021 meldete die Arbeitgeberin der Suva einen Rückfall zum Unfallereignis vom 30. Mai 2021 per 8. November 2021 an; seit dem 8. November 2021 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit wegen der Schulter, die einen Bruch aufweise (Vi-act. 13); gemäss Arztzeugnis dauere die vollständige Arbeitsunfähigkeit ca. 6 bis 8 Wochen (Vi-act. 14). Am 11. November 2021 bekräftigte die Suva gegenüber A._____, sie prüfe ihre Leistungspflicht (Vi-act. 15). Nachdem der Kreisarzt die Unfallkausalität der geklagten Schulterbeschwerden am 23. Dezember 2021 verneint hat (Vi-act. 26), lehnte die Suva mit Schreiben vom 24. Dezember 2021 eine Leistungspflicht ab (Vi-act. 30). Einem Arztzeugnis vom 10. März 2022 lässt sich entnehmen, dass A._____ vom 8. November 2021 bis 20. März 2022 vollständig, anschliessend bis 18. April 2022 zu 50% arbeitsunfähig war und ab dem 19. April 2022 wieder volle Arbeitsfähigkeit bestand (Vi-act. 48). Am 13. Juli 2022 liess A._____ die Suva gestützt auf einen radiologischen Befundbericht von PD Dr.med. F._____ (FMH Radiologie) vom 5. Juli 2022 sowie eine chirurgisch-versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr.med. G._____ (Fachärztin für Chirurgie FMH, MAS Versicherungsmedizin, Vertrauensärztin SGV, zertifizierte Arbeitsfähigkeitsassessorin SIM) um Anerkennung ihrer Leistungspflicht ersuchen (Vi-act. 54). Am 10. August 2022 holte die Suva bei Prof. Dr.med. H._____ (Facharzt Radiologie; Klinik L._____) ein radiologisches Konsil ein (Vi-act. 58), welches dieser am 28. September 2022 erstattete (Vi-act. 60). Am 4. Oktober 2022 reichte auch PD Dr.med. I._____ (Fachärztin Radiologie, Klinik L._____) eine Zweitmeinung ein (Vi-act. 62). Am 11. Oktober 2022 gelangte Kreisarzt Dr.med. J._____ (Facharzt für Chir-

urgie; speziell Allgemeinchirurgie und Traumatologie) zum Schluss, an der Feststellung vom 23. Dezember 2021 sei festzuhalten, die Schulterbeschwerden links seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall vom 30. Mai 2021 zurückzuführen (Vi-act. 63). Mit Verfügung vom 12. Oktober 2022 lehnte die Suva Leistungen für den zum Unfall vom 30. Mai 2021 gemeldeten Rückfall ab, da die medizinischen Unterlagen keinen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 30. Mai 2021 und den Schulterbeschwerden links zeigen würden (Vi-act. 70). Nach telefonischer Intervention des Rechtsvertreters von A. _____ vom 3. November 2022 (Vi-act. 73) gab der Kreisarzt Dr.med. J. _____ am 8. und 9. November 2022 eine neuerliche Ärztliche Beurteilung ab und bestätigte seine früheren (Vi-act. 76, 78).

C. Am 11. November 2022 erhob A. _____ gegen die Ablehnungsverfügung Einsprache (Vi-act. 81) und ergänzte diese am 23. November 2022 (Vi-act. 84). Mit Entscheid vom 9. Mai 2023 wies die Suva die Einsprache ab (Vi-act. 92).

D. A. _____ lässt am 12. Juni 2023 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid vom 9. Mai 2023 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen für die Beschwerden an der linken Schulter auszurichten.
2. Die Kosten für die Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 7. Juli 2022 und vom 20. November 2022 sowie von Dr.med. F. _____ vom 7. Juli 2022 seien von der Suva zu übernehmen.
3. Eventualiter sei eine externe Begutachtung zur Frage der Unfallkausalität der Schädigungen in der linken Schulter zu veranlassen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. Juli 2023 beantragt die Suva, die Beschwerde sei abzuweisen und der Einspracheentscheid vom 9. Mai 2023 sei zu bestätigen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Strittig und zu prüfen ist, ob die Suva zu Recht Versicherungsleistungen für die mit der Rückfallmeldung vom 9. November 2021 gemeldeten Schulterbeschwerden links abgelehnt hat.

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 Bundes-

gesetzes 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.

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 E. 2.1; BGE 129 V 177 E. 3.1 f.).

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 entfielen (BGE 147 V 161 E. 3.2); m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 E. 1; BGE 134 V 109 E. 2.1; Urteil BGer 8C_689/2019 vom 9.3.2020 E. 5.3 je mit Hinweisen).

Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung dann zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2; BGE 125 V 461 E. 5a, je mit Hinweisen).

Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 2). 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 E. 2; Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 9.3).

2.3.1 Versicherungsleistungen werden gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (Urteile BGer 8C_148/2018 vom 6.7.2018 E. 6.1; 8C_382/2018 vom 6.11.2018 E. 2.2).

2.3.2 Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

2.3.3 Zu betonen ist, dass der Unfallversicherer bei der Leistungspflicht gemäss Art. 11 UVV für Rückfälle und Spätfolgen nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können (Urteil BGer 8C_646/2019 vom 6.3.2020 E. 4.2). Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, 8C_331/2015 E. 2.2.2; SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009 E. 6, je mit Hinweis). Eine allfällige Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der versicherten Person aus, welche einen Rückfall oder eine Spätfolge geltend macht und daraus einen Leistungsanspruch ableiten will (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b; Urteil des EGV U 69/03 vom 7.4.2004 E. 2.3, je mit Hinweis; Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl., 2012, S. 78 f.). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil BGer 8C_331/2015

vom 21.8.2015 E. 2.2.2 mit Hinweis auf 8C_521/2008 vom 5.12.2011 E. 2.2.2 mit Hinweisen).

2.4 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-Hofer, Art. 4 ATSG, Rz. 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 E. 1; BGE 129 V 177 E. 3.1; vgl. BGE 119 V 335 E. 1). Dies gilt so nicht nur im Grundfall, sondern ebenso bei Rückfällen und Spätfolgen und ist für sämtliche Leistungsarten massgebend.

2.5 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. Es ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 138 V 218 E. 6; BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 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 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 unbewiesen 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 E. 3.2; Urteil BGer 8C_765/2020 vom 4.3.2021 E. 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 Über-

zeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 E. 6.5).

2.6 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.

2.6.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidgrundlagen, weshalb die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf zuverlässige Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen sind (Urteil BGer 8C_270/2022 vom 12.10.2022 E. 4.3). 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 E. 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 E. 3a; BGE 122 V 157 E. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Suva und durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Zu beachten ist, dass die SUVA bei der Einholung von solchen Gutachten nach Art. 44 ATSG sowie sinngemäss nach den Bestimmungen des Bundeszivilprozesses zu verfahren und insbesondere die in Art. 57 ff. BZP genannten Mitwirkungsrechte der

Verfahrensbeteiligten zu beachten hat (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 E. 5b; BGE 137 V 210 E. 3.4; Marco Weiss, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht, AJP 9/2016, S. 1212), was sinngemäss auch für die nach Art. 68 Abs. 1 UVG zugelassenen Privatversicherer gilt (BGE 120 V 361 f. E. 1c).

2.6.2 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungs-gemäss 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 E. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Zu betonen ist, dass beratende Ärzte eines Versicherungsträgers, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen sind (vgl. Urteil BGer 8C_774/2020 vom 19.2.2021 E. 2.2). 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 E. 8.5; BGE 139 V 225 E. 5.2; BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen).

2.6.3 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 E. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 E. 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 E. 2 mit Hinweisen).

2.6.4 Auch reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil BGer 9C_647/2020 vom 26.8.2021 E. 4.2).

3. Hinsichtlich Unfall und Gesundheitsverlauf ergibt sich was folgt aus den Akten:

3.1.1 Gemäss Schadenmeldung vom 4. Juni 2021 erlitt der Beschwerdeführer am 30. Mai 2021 einen Verkehrsunfall ("Auto rechts vorne in Auto von unserem Mitarbeiter gefahren"). Als geschädigter Körperteil wird Rücken rechts und links, Verrenkung, genannt. Am 4. Juni 2021 habe er die Arbeit wieder in Vollzeit aufgenommen (Vi-act. 1).

3.1.2 Dem Polizeirapport vom 1. Juli 2021 (Vi-act. 7) lässt sich zum Unfallgeschehen entnehmen, dass der Unfallverursacher auf dem Bypass der X-strasse fuhr und danach links auf die Y-gasse in Richtung V einbiegen wollte. Gleichzeitig sei der Beschwerdeführer auf der W-strasse gefahren mit der Absicht, in die Y-gasse in Richtung Zentrum zu fahren. Als er auf der Höhe der Y-gasse gewesen sei, sei der Unfallverursacher den Vortritt missachtend losgefahren, wobei es zu einer seitlich-frontalen Kollision zwischen den beiden Personenwagen gekommen sei. Dabei hätten sich der Beschwerdeführer und seine Beifahrerin ein Schleudertrauma zugezogen. Sie hätten am Unfallort keinen Rettungsdienst gewünscht und sich gleichentags auf eigenen Wunsch selbständig für einen Untersuchung in das Spital in D._____ begeben. Der Unfallverursacher konnte die Fahrt fortsetzen; das Auto des Beschwerdeführers wurde abtransportiert.

3.2 Am Unfalltag suchte der Beschwerdeführer notfallmässig das Spital D._____ auf (Vi-act. 5). Gemäss provisorischem Notfallbericht vom 30. Mai 2021 wurde folgende Diagnose gestellt:

- Schleudertrauma Grad I nach Auffahrunfall mit ca. 30km/h
- GCS15, keine Amnesie, keine fokal neurologischen Defizite
- Keine Hinweise für eine Fraktur

Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass sie an einer Kreuzung mit einem anderen Auto kollidiert seien. Sie seien mit ca. 30km/h unterwegs gewesen, das andere Auto sei frontal rechts in ihres hineingefahren. Airbags seien nicht aufgegangen. Er könne sich an den gesamten Unfallhergang erinnern; ob er mit dem Kopf irgendwo angeprallt sei, könne er nicht genau sagen. Aktuell habe er leichte Kopfschmerzen und Tinnitus im rechten Ohr begleitet von leichten Ohrschmerzen. Kein Schwindel/Sehstörungen/Übelkeit/Erbrechen. Er habe zudem Schmerzen im Bereich der HWS von einem VAS 4-5/10, und im Bereich des Steissbeins. Die untersuchenden Ärzte dokumentierten weiter, in der klinischen Untersuchung hätten sich abgesehen von einer leichten Druckdolenz im Bereich der HWS und LWS sowie einer schmerzbedingten Bewegungseinschränkung keine weiteren Auffälligkeiten – insbesondere keine fokal neurologischen Defizite gezeigt. Auch

sonographisch hätten sich keine Hinweise für eine akute Blutung oder andere Auffälligkeiten ergeben. Radiologisch habe sich sowohl im HWS- sowie im LWS-Bereich kein Anhalt für eine frische Fraktur oder akute Traumafolgen gezeigt. Es sei ein ambulant es Prozedere gewählt und Novalgin 1g (bei Bedarf bis zu 6-stündlich) abgegeben worden; bei motorischen oder sensorischen Defiziten oder neuen Beschwerden solle er sich zeitnah im Spital oder beim Hausarzt vorstellen. Zudem wurde ein ärztliches Zeugnis für eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für drei Tage bis 2. Juni 2021 ausgestellt (Vi-act. 7 S. 24).

3.3 Am 7. Juni 2021 bestätigte Dr.med. M._____, dass sich der Beschwerdeführer bei ihr infolge Unfalls in Behandlung befinde und vom 8. bis 11. Juni 2021 vollständig arbeitsunfähig sei (Vi-act. 4). Zudem stellte sie unfallbedingt eine (erste) Physiotherapieverordnung aus bei Diagnose Schleudertrauma nach Autounfall 30.05.2021 mit HWS Syndrom und Schwindel, Schulterprellung links und LWS Syndrom a.e. lumbospondylogen (Vi-act. 6); die zweite (gleichlautende) Verordnung erging am 11. Juli 2021 (Vi-act. 9).

3.4 Die Arbeitgeberin bestätigte der Suva, der Beschwerdeführer habe die Arbeit am Montag, 14. Juni 2021, wieder aufgenommen; aktuell (28.7.2021) weile er in den Ferien (Vi-act. 8).

3.5 Am 24. September 2021 wurde auf Zuweisung des Hausarztes Dr.med. N._____ (Facharzt Allgemeine Innere Medizin) bei klinischer Angabe 'Status nach Autounfall am 30. Mai 2021 mit Schulterverletzung links; Beweglichkeit im Schultergelenk schmerzhaft mässig eingeschränkt' eine MRT Arthrographie des linken Schultergelenkes durchgeführt (Vi-act. 25). PD Dr.med. O._____ (Facharzt Radiologie) berichtete dem Hausarzt:

Befund:

AC-Gelenk kongruent mit geringgradigen Hypertrophie.

Acromion Typ 2 ohne osteophytäre Knochenappositionen.

Subacromialraum/osteoacromiales Outlet ohne Einengung.

Bursa subacromialis/subdeltoidea mit geringgradig Flüssigkeit.

Glenohumerales Gelenk kongruent.

Glenoidrand ohne osteophytäre Appositionen oder vermehrte Sklerosierung. Deutliche corticale Irregularitäten und kleine subcortical e Zysten mit angrenzendem Knochenmarksödem im Tuberculum majus. Minimale subcortical e Zysten dorsalen Caput humeri. Möglicherweise Status nach kleiner corticaler Fraktur des Tuberculum majus am Sehnenansatz.

Gelenkknorpel erhalten

Gelenkrecessus gut entfaltet.

Supraspinatussehne intakt mit gering- bis mässiggradiger signalalterierter Auftreibung.

Infraspinatussehne intakte mit Signalalteration der kranialen Sehnenhälfte am Ansatz.

Subscapularissehne intakt.

Intra- und extraartikuläre Bicepssehne mit regulärem Verlauf intakt. Bicepsspulley intakt ohne Verdickung.

Rotatorenmanschettenmuskulatur ohne fettige Atrophie oder Ödem.

Labrum intakt.

Glenohumerale Ligamente intakt.

Beurteilung:

Keine AP für eine Capsulitis adhaesiva.

Alteration des Tuberculum majus, DD Status nach kleiner corticaler Fraktur, reaktiv im Rahmen der Tendinosen der Sehnen der Mm. supraspinatus und infraspinatus.

Rotatorenmanschette intakt.

Am 18. Oktober 2021 stellte Dr.med. N._____ (Facharzt Allgemeine Innere Medizin) die dritte Physiotherapieverordnung bei Diagnose Schleudertrauma nach Autounfall, Schulter/Nackenprellung links aus (Vi-act. 11).

3.6 Am 9. November 2021 meldete die Arbeitgeberin einen Rückfall per 8. November 2021 (Vi-act. 13). Als verletzter Körperteil wurde die Schulter mit einem Bruch vermerkt. Seit dem 8. November 2021 bestehe Arbeitsunfähigkeit, voraussichtlich länger als einen Monat.

3.7 Das Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 8. November 2021 über 100% bis auf weiteres (voraussichtlich 6 bis 8 Wochen) stellte die Orthopädische Chirurgie D._____ aus (Vi-act. 14).

Auf Verlangen berichtete Dr.med. P._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) der Suva am 15. November 2021 (Vi-act. 19). Er stellte die Diagnose persistierende Schulterschmerzen nach Schultergelenkskontusion links. Die Erstbeurteilung sei auf Zuweisung des Hausarztes am 8. November 2021 erfolgt. Der Beschwerdeführer gebe persistierende Schulterschmerzen links nach einem Unfall vom Mai 2021 an. Bei notfallmässiger Konsultation im Spital D._____ sei die Diagnose eines Schleudertraumas Grad I ohne Hinweis auf ossäre Läsion oder neurologische Defizite gestellt worden. In der Folge seien offensichtlich Schulterschmerzen aufgetreten, weshalb er den Hausarzt konsultiert habe. Im MRI zeige sich keine signifikante Pathologie bei Tendinose der Supraspinatus- und Infraspinatussehne. Aktuell bestehe keine Operationsindikation, entsprechend werde eine konservative Therapie eingeleitet. Bei Diagnose Kontusion linke Schulter, Arrodierung Tuberculum majus, keine Ruptur, wurde Physiotherapie verordnet mit der Anweisung, initial analgetische Behandlung mit Ruhigstellung, danach aufbauende Mobilisation (Vi-act. 20).

Am 9. Dezember 2021 wurde die bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit bestätigt (Vi-act. 23). Weiter ergibt sich, dass sie per 21. März 2022 auf 50% reduziert wurde und ab dem 19. April 2022 wieder vollständige Arbeitsfähigkeit bestand (Vi-act. 48).

3.8 Die Frage, ob die geltend gemachten Beschwerden an der linken Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 30. Mai 2021 zurückzuführen seien, beantwortete Dr.med. J._____ am 23. Dezember 2021 mit nein (Vi-act. 26). Es liege ein Anprall von rechts vorne vor. Initial seien keine Schulterbeschwerden aufgeführt. Die fraglichen Veränderungen am Tuberculum majus der linken Schulter bei unauffälligen Weichteilen seien damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal, sondern als Ausdruck der dort vorliegenden Tendinose anzusehen, die auch nicht unfallkausal, sondern degenerativen Ursprungs sei.

In der Folge teilte die Suva dem Beschwerdeführer mit, die medizinischen Unterlagen würden keinen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 30. Mai 2021 und den Schulterbeschwerden links zeigen, weshalb keine Versicherungsleistungen erbracht würden (Vi-act. 30).

3.9 Auf Anmeldung von Dr.med. Q._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) und klinischer Angabe 'im MR September 2021 Strukturalteration im Tuberculum majus. (Vergleiche ausgiebige Anmeldung, diesbezüglich vielen Dank)' erfolgte am 4. März 2022 eine weitere MRT Arthrographie des linken Schultergelenkes (Vi-act. 49). Dr.med. R._____ (Facharzt Radiologie und diagnostische Neuroradiologie) berichtete:

Befund: Zum Vergleich eine MR vom 24.09.2021 vorliegend.

Zentriertes linkes glenohumerales Gelenk mit regelrechten ossären Strukturen der gelenkbildenden Anteile ohne den Nachweis einer Fraktur. Intaktes Labrum mit reizlosem Bizepsanker.

Die lange Bizepssehne im Sulcus intertubercularis und im reizlosen Rotatorenintervall zentriert. Die Subscapularissehne mit winziger Resorptionszyste an der Fussplatte artikulär am Ansatz des superioren Zügels mit minimalem Knochenmarködem. Die Infraspinatussehne komplett reizlos, überzieht die übliche Resorptionszyste posterior Humeruskopf. Die Supraspinatussehne mit Enthesiopathie am Übergang zur Aponeurose in die Infraspinatussehne mit winziger Delle wahrscheinlich mit winzigem bursaseitigem Riss.

Reizlose Akromioklavikulargelenkshypertrophie. Ein Hauch Flüssigkeit in der Bursa subakromialis-deltaidea jedoch kein extraartikulärer Kontrastmittelaustritt.

Die Rotatorenmanschettenmuskulatur kräftig Goutallier 0. Die kurze Bizepssehne und der Musculus coracobrachialis regelrecht am Korakoid entspringend.

Beurteilung:

- Das Knochenmarködem an der Fussplatte der Aponeurose Supraspinatussehne Übergang zur Infraspinatussehne posterior am Tuberculum majus wie vorbestehend wahrscheinlich einem winzigen bursaseitigen Riss.
- Kleines intraossäres Ganglion mit Reizreaktion am Ansatz des superioren Zügels der Supraspinatussehne wie vorbestehend jedoch ohne Beteiligung des Rotatorenintervalls.
- Ein breit verteilter Hauch von Flüssigkeit in der Bursa subakromialis-deltaidea und somit eine geringe reaktive Bursitis dennoch als Schmerzursache denkbar.

3.10 In einem ärztlichen Zeugnis vom 28. April 2022 bestätigte der Hausarzt Dr.med. N._____, der Beschwerdeführer leide seit dem Autoauffahrunfall vom 30. Mai 2021 unter chronischen, belastungsabhängigen Schulterschmerzen links. Diagnostisch seien in der MRT am 24. September 2021 Alterationen am Tuberculum majus möglicherweise bei St. n. kleiner kortikaler Fraktur differentialdiagnostisch reaktiv im Rahmen der Tendinosen der Sehnen der Mm. supra- und infraspinatus nachgewiesen worden. Als Nebebefund sei bei der Erstuntersuchung im Spital ein Schleudertrauma Grad 1 diagnostiziert worden, welches zwischenzeitlich vollständig ausgeheilt sei. Auf Grund der Krankengeschichte des Beschwerdeführers könne er bestätigen, dass dieser vor dem Autounfall am 30. Mai 2021 nie über Schulterschmerzen links geklagt habe oder deshalb nie in seiner Behandlung gestanden sei (Vi-act. 52).

3.11 Am 13. Juli 2022 ersuchte der Beschwerdeführer um Weiterausrichtung der Versicherungsleistungen. Er begründete dies mit einer radiologischen Beurteilung von PD Dr.med. F._____, vom 5. Juli 2022 und einer chirurgisch-versicherungsmedizinischen Beurteilung von Dr.med. G._____ vom 7. Juli 2022 (Vi-act. 54).

3.11.1 PD Dr.med. F._____ lagen für seine Beurteilung die bildgebenden Dokumente der MR Arthrographien vom 24. September 2021 und 4. März 2022 sowie die schriftlichen Befunde und Beurteilungen vor. Einleitend hielt er fest, der Beschwerdeführer habe am 30. Mai 2021 eine Frontalkollision mit 30 km/h ohne Öffnung des Airbags erlitten und beklage seither chronische Schulterschmerzen links mit unklarer Ursache. Nach eigener Befunderhebung und Beurteilung gelangte PD Dr.med. F._____ zu folgender Diagnosestellung (Vi-act. 54 S. 2 ff.):

- Am 24.09.2021 direkt im Ansatz vorliegende, artikulareseitige, akute/subakute Partialruptur der Supraspinatussehne im posterioren Drittel, übergehend auf den vorderen Rand der Infraspinatussehne, umschrieben sind 50% des Sehnenquerdurchmessers betroffen. Direkt angrenzende frische Impressionsfraktur der Corticalis des Tuberculum majus mit umgebendem Kontusionsödem sowie Flüssigkeit in der Bursa subdeltaidea.

Akute, artikulareseitige Unterflächenpartialruptur der Subscapularissehne im oberen Drittel, direkt ansatznahe am Tuberculum minus, mit Delaminierung der Unterfläche, ca. 50%ig.

- Am 04.03.2022 Reproduktion der artikulareseitigen Partialruptur der Supraspinatussehne an identischer Lokalisation, Rückbildung des Kontusionsödem mit Ausbildung von kleinzystischen reaktiven, knöchernen Veränderungen sowie Persistenz des Impressionsdefektes der Corticalis des Tuberculum majus. Persistenz der Partialruptur der Subscapularissehne im ansatznahen Bereich betreffend das obere Drittel mit Glättung der artikulareseitigen Irregularitäten im Sinne einer Remodellierung.
- Es liegt somit eine traumaassoziierte, artikulareseitige Partialruptur der Supraspinatussehne vor mit begleitender frischer Impressionsfraktur der Corticalis des Tuberculum majus, sowie eine artikulareseitige, 50%ige Partialruptur der Subscapularissehne. Sowohl die initialen strukturellen Läsionen am 24.09.2021 dokumentieren die Unfallkausalität, ebenso die zeitliche Dynamik der Befunde in der Untersuchung am 04.03.2022.

3.11.2 Dr.med. G._____ fasst in ihrem Bericht den aktenmässigen Verlauf zusammen und gelangte zur Beurteilung, am 30. Mai 2021 seien im Spital D._____ die oberen Extremitäten nicht konkret untersucht worden; zeitnah zum Unfall seien keine Beschwerden im Bereich der linken Schulter dokumentiert. Hingegen sei mit der Physiotherapieverordnung vom 7. Juni 2021 eine Schulterprellung links dokumentiert, woraus sich konkret schliessen lasse, dass sich die linksseitigen Schulterbeschwerden zeitnah zum Unfall manifestiert hätten. Weiter verweist Dr.med. G._____ auf die Beurteilung von PD Dr.med. F._____ (vgl. oben E. 3.11.1), womit bildgebend mit dem Beweisgrad einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit u.a. mit der zeitlichen Dynamik der Befunde eine unfallkausale, traumaassoziierte artikulareseitige Partialläsion der Supraspinatussehne links und der artikulareseitigen Subscapularissehne links ausgewiesen sei. Der Beschwerdeführer sei der Fahrzeuglenker gewesen, angegurtet und es sei die linke Schulter betroffen. Fahrerseitig verlaufe der Sicherheitsgurt über die linke Schulter; es habe sich eine Frontalkollision ereignet; eine Schulterkontusion links mit ap-Translation und Rotationsbewegung durch das Unfallereignis mit 30km/h sei plausibel. Schliesslich gelangte Dr.med. G._____ zur Schlussfolgerung, es liege eine überwiegend wahrscheinlich, bildgebend ausgewiesene, traumatisch verursachte Partialläsion der Supraspinatussehne und der Subscapularissehne links vor, welche überwiegend wahrscheinlich durch den Unfall vom 30. Mai 2021 verursacht worden sei (Vi-act. 54 S. 8 ff.).

3.12 In der Folge beauftragte die Suva Prof. Dr.med. H._____ mit einem radiologischen Konsil, wozu ihm die Bilddokumente und Befundberichte der MRT Arthrographien Schulter links vom 29. September 2021 und 4. März 2022 zur Verfügung gestellt wurden (Vi-act. 58). Der Beschwerdeführer habe am 30. Mai

2021 als angegurteter Fahrer mit 30km/h einen Verkehrsunfall erlitten. Mit einiger Verzögerung würden Schultergelenksbeschwerden links angegeben. Ein radiologisches Fachgutachten, welches Prof. Dr.med. H. _____ nicht zur Verfügung gestellt wurde, berichte von einer artikulareitigen Partialruptur der Supraspinatussehne, einem sich rückbildenden Kontusionsödem mit Ausbildung von kleinzystischen reaktiven knöchernen Veränderungen, einer Persistenz eines Impressionsdefekts der Kortikalis des Tuberculum majus und einer Partialruptur der Subscapularissehne (Vi-act. 58). Konkret wurden ihm vom Kreisarzt die Fragen gestellt:

1. Wie beurteilen Sie die Veränderungen im Bereich der Supraspinatus- / Subscapularissehne?
2. Können Sie die Impressionsfraktur am Tuberculum majus nachvollziehen, die als 'frisch' angegeben wurde, obwohl das Unfallereignis zum Zeitpunkt des ersten MRI's vom 24.09.2021 bereits vier Monate zurückliegt? Müssten dann nicht auch Veränderungen im darüberliegenden und schützenden Deltamuskel zu finden sein?
3. Werten Sie die Veränderungen am Tuberculum majus am Supraspinatussehnenansatz als degenerativ?
4. Sehen Sie ebenfalls eine artikulareitige Teilruptur der Supraspinatussehne, wenn ja, in welchem Längenausmass dorsoventral?

3.12.1 Am 28. September 2022 antwortet Prof. Dr.med. H. _____ betreffend sein radiologisches Konsil vom 16. August 2022 (Vi-act. 60):

Befund und Beurteilung der Arthro-MRI Untersuchung vom 24.09.2021 und 04.03.2022 der linken Schulter:

1. Am 24.09.2021 und 04.03.2022 bis auf eine minimale Signalanhebung dorsal im Übergang zur Infrapinatussehneninsertion regelrecht, keine Partialruptur. Die Subscapularissehne zeigt an der Innenseite Signalanhebungen auf den flüssigkeitsempfindlichen Sequenzen sowohl in der Arthro-MRI Untersuchung vom 24.09.2021 als auch vom 04.03.2022. Anliegend leichte Konturirregularität und kleine subkortikal beginnende Zystenbildung im Tuberculum minus in der Untersuchung vom 04.03.2022 und minimale ödemartige Knochenmarksveränderungen in der Arthro-MRI Untersuchung vom 24.09.2021. Sowohl in der Untersuchung von 2021 als auch 2022 zeigt die Infrapinatussehne an der Insertion leichte Signalanhebungen, eine leichte Auftreibung und assoziiert eine leichte Konturirregularität der Kortikalis und ödemartige Knochenmarksveränderungen. Eine eindeutige Fraktur lässt sich aber nicht abgrenzen.
2. Eine Impressionsfraktur am Tuberculum majus kann nicht eindeutig nachgewiesen werden, die Veränderungen der Konturirregularität und die subkortikal ödemartigen Knochenmarksveränderungen scheinen eher im Zusammenhang mit einer Tendinopathie der Infrapinatussehne zu sein.
3. Der Supraspinatussehnenansatz ist MR-tomographisch weitgehend normal, lediglich in den dorsalen Abschnitten leichte Insertionstendinopathie, die hauptpathologischen Veränderungen liegen im Infrapinatussehneninsertionsbereich. Die Differenzierung der Supraspinatussehneninsertion von der Infrapinatus-

sehneninsertion ist aber aus anatomischen Gründen oft nicht eindeutig. Die Veränderungen sind in den beiden Untersuchungen ähnlich und eher degenerativ.

4. In der Supraspinatussehne lässt sich keine artikuläre Partialruptur abgrenzen, am ehesten bestehen Veränderungen an der Insertion der Infraspinatussehne, aber auch diese scheinen eher degenerativ zu sein.

3.12.2 Zudem reicht am 4. Oktober 2022 PD Dr.med. I._____, ebenfalls von der L._____ Klinik, unter Wiedergabe des Sachverhaltes und der Fragestellung gemäss Auftrag an Prof. Dr.med. H._____, auch eine Zweitmeinung (vom 26.9.2022) ein (Vi-act. 62). Dabei führte sie aus:

MRI vom 24.09.2021: Die Supraspinatussehne ist intakt, am Übergang zur Infraspinatussehne zeigen sich Signalalterationen des Knochenmarks mit kleiner Eindellung im Humeruskopf sowie assoziierte Signalalterationen der Infraspinatussehne ebenda, vergleiche Serie 602 Bild 4, hier kleiner Intrasubstanzdefekt in der Infraspinatussehne möglich. Ganz diskreter Kontrastmitteleintritt in die Unterfläche der Subscapularissehne, hier beginnende diskrete Partialläsion möglich. Im Übrigen regelrechte Darstellung der Rotatorenmanschette. Leichte AC-Gelenksarthrose. Muskulatur regelrecht ohne Ödem, ohne Verfettung und ohne Atrophie.

MRI vom 04.03.2022: Supraspinatussehne intakt, regrediente Signalalterationen im Humeruskopf, regrediente Signalalterationen intrasubstanziell der Infraspinatussehne, vergleiche jetzt Serie 602 Bild 3. Nur noch ganz diskrete Signalalterationen im Humeruskopf. Nur noch ganz diskretes Signal in 3 und peritendinöse in die Infraspinatussehne. Übrige Veränderungen stationär zur Voruntersuchung.

Beurteilung

Die Supraspinatussehne zeigt keine Veränderung. Die Subscapularissehne zeigt ein minimales Kontrastmittelenhancement im Bereich der Unterfläche, eine ganz diskrete partielle Läsion ist hier möglich. Die Signalalterationen am Tuberculum majus machen eine kleine Traumatisierung möglich, insbesondere da die Signalalterationen des Knochenmarks zwischen 24.09.21 und 04.03.22 zurückgehen. Auch das Intrasubstanzsignal in der Infraspinatussehne ist regredient, daher sind hier leichte traumatisch bedingte Veränderungen möglich welche jedoch deutlich regredient sind in der zweiten MR-Untersuchung.

Zusätzlich sind am Übergang von Supraspinatus und Infraspinatus auch beginnende degenerative Veränderungen (zystische Veränderungen im Humeruskopf) möglich.

3.13 In der Folge gelangte der Kreisarzt Dr.med. J._____ am 11. Oktober 2022 zur ärztlichen Beurteilung, an seiner Feststellung vom 23. Dezember 2021 (vgl. oben E. 3.8) könne festgehalten werden. Durch das fachärztliche radiologische Gutachten von Prof. Dr.med. H._____ (vgl. oben E. 3.12.1) sei seine Beurteilung, dass vorwiegend eine Tendinose, respektive Degeneration leichten Grades der Rotatorenmanschettensehnen der linken Schulter bestehe, bestätigt. Eine corticale Fraktur am Tuberculum majus werde nicht bestätigt und als leichte Konturirregularität der Kortikalis im Rahmen einer Tendinose gesehen. Initial sei-

en gemäss Notfallbericht des Spitals D._____ vom 30. Mai 2021 nach dem Unfallereignis keine Schulterbeschwerden angegeben worden. Dem widerspreche der Bericht von Dr.med. N._____ vom 28. April 2022, der das HWS Trauma, das zwischenzeitlich abgeheilt sei, als Nebenfund sehe, was aber unter Berücksichtigung des Erstbefundes am Unfalltag nicht den Tatsachen entsprechen könne. In den beiden MRIs vom 24. September 2021 und 4. März 2022 könnten keine unfallkausalen strukturellen Veränderungen gefunden werden; die von Dr.med. N._____ angegebene corticale Fraktur am Tuberculum majus könne nicht bestätigt werden (Vi-act. 63).

Gestützt hierauf verfügte die Suva am 12. Oktober 2022 die Leistungsablehnung, da die medizinischen Unterlagen keinen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 30. Mai 2021 und den Schulterbeschwerden links zeigen würden (Vi-act. 70).

3.14 Am 3. November 2022 reklamierte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, die ärztliche Beurteilung vom 11. Oktober 2022 nehme keine Stellung zu den Beurteilungen PD Dr.med. F._____ und Dr.med. G._____ (Vi-act. 74), worauf dem Kreisarzt die Frage gestellt wurde, ob diese an seiner Beurteilung etwas ändern würden (Vi-act. 75).

Mit Ärztlicher Beurteilung vom 8. November 2022 hält Dr.med. J._____ fest, Prof. H._____ diagnostiziere eine minimale Signalanhebung im Bereich der Supraspinatussehne am Übergang in die Infraspinatussehne ohne Partialruptur und interpretiere diese Veränderungen als degenerativ. Die Subscapularissehne zeige nach ihm innenseitig eine Signalanhebung. Eine Impressionsfraktur am Tuberculum majus könne er nicht eindeutig nachweisen. Demgegenüber diagnostiziere PD Dr. F._____ eine traumaassoziierte artikularseitige Partialruptur der Supraspinatussehne mit einer begleitenden frischen Impressionsfraktur der Kortikalis des Tuberculum majus sowie eine artikularseitige 50%ige Partialruptur der Subscapularissehne. Damit stehe Meinung gegen Meinung.

Soweit Dr.med. G._____ behaupte, die Schulter links sei im Spital D._____ nicht untersucht worden, könne sie dies nicht unterlegen; im Bericht vom 30. Mai 2021 werde berichtet, dass abgesehen von einer leichten Druckdolenz im Bereich der HWS und LWS sowie einer die Wirbelsäule betreffenden schmerzbedingten Bewegungseinschränkung keine weiteren Auffälligkeiten bestanden hätten, womit die Behauptung von Dr.med. G._____ widerlegt sei. Soweit Dr.med. G._____ meine, hausärztlich sei eine Woche später eine Schulterkontusion dokumentiert, da in der Physiotherapieverordnung eine Schulterprellung links erwähnt sei, so finde sich ausser dieser Verordnung keinerlei weitere Angaben über eine Schulterpathologie links. Zudem vertrete sie ei-

ne laienartige Sicht, dass die Autogurte über die linke Schulter führe; anatomisch führe er nicht über den linken Schulterkopf, sondern die linke Klavikula; die anatomische Schulter sei somit frei und eine Einklemmung könne überwiegend wahrscheinlich nicht stattgefunden haben.

Es fragt sich gemäss Dr.med. J._____, wie die von PD Dr.med. F._____ so sicher festgestellte begleitende frische Impressionsfraktur an der Kortikalis des Tuberculum majus durch ein andersweitiges Schulteranpralltrauma hätte entstehen können. Aufgrund der Lage dieses Ödems unmittelbar lateral des Akromions hätte eine Krafteinwirkung von zirka 45° von oben auf die linke Schulter ausgeübt werden müssen, was bei einer Kollision mit 30km/h und einem Anprall von rechts frontal kaum der Fall sein könne, insbesondere nicht durch die Gurte. Ebenso fänden sich im besagten MRI keinerlei Schädigung der darüberliegenden Subkutis respektive Deltamuskulatur im Sinne eines Ödems oder einer narbigen Veränderung, die aber unabdingbar wäre, wäre diese behauptete Impressionsfraktur unfallbedingt. Das Ödem stehe somit, wie von Prof. H._____ beurteilt, überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit der Tendinopathie und nicht mit dem Unfall. Auf Grund dieser Überlegungen könne auch die von PD Dr.med. F._____ behauptete traumatisch bedingte artikularseitige Partialruptur der Supraspinatussehne und der Subscapularissehne nicht auf das Unfallereignis zurückgeführt werden, insbesondere auch, da diese Läsionen gemäss der Beurteilung von Prof. H._____ gar nicht bestehen würden. Zusammenfassend ändere sich somit nichts an seinen Beurteilungen (Vi-act. 76).

Am 9. November 2022 ergänzte Dr.med. J._____ diese Beurteilung mit der Feststellung, eine Fraktur führe normalerweise zu starken Schmerzen. Wenn die von PD Dr.med. F._____ und Dr.med. G._____ als unfallkausal angesehene Impressionsfraktur am Humeruskopf tatsächlich vorhanden und unfallbedingt wäre, hätte dies zu starken Schmerzen führen müssen, die der Beschwerdeführer zweifellos anlässlich der Erstuntersuchung im Spital D._____ am 30. Mai 2021 angegeben und zu einer radiologischen Abklärung geführt hätte. Dies habe aber beides nicht stattgefunden, was als weiteres Argument gegen die traumatische Genese der Schulterbeschwerden spreche, insbesondere gegen eine traumaassoziierte Impressionsfraktur (Vi-act 78).

3.15 In den Akten liegen sodann Sprechstundenberichte von PD Dr.med. U._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates).

Zur Sprechstunde vom 16. September 2022 nennt er die Diagnose Luxation des Schultergelenkes links (S43.0). Der Beschwerdeführer habe seit dem Autounfall anhaltende Beschwerden im Bereich der linken Schulter. Seines Erachtens wei-

se das Arthro-MRI vom 24. September 2021 Zeichen einer KIM-Läsion auf, die typischerweise im MRI nicht klar ersichtlich sei. Im klinischen Befund zeige sich ebenso eine deutliche Instabilität der Schulter nach posterior und posterioinferior mit positiven Provokationstests und Schmerzreproduktion. Er habe auch noch einen positiven Provokationstest der HWS. Dr.med. U._____ veranlasste ein MRI der HWS (Vi-act. 82).

Zur Sprechstunde vom 28. Oktober 2022 berichtete er als Diagnosen eine Diskusprotrusion C5/6 und C6/7 mit leichter Nervenwurzelreizung C6 und C7 links sowie eine Luxation des Schultergelenkes links (S43.0). Die Sprechstunde erfolgte als Wiedervorstellung nach der Infiltration mit Kortikosteroid, was zu einer Besserung, in der Summe mindestens 50% Verbesserung der Gesamtsituation geführt habe (Vi-act. 80). Dem Bericht lässt sich indes weder einen Befund eines neuerlichen MRI entnehmen, noch Genaueres zur Infiltration. Es bleibt unklar, ob die Behandlung der Diskusprotrusion oder der linken Schulter erfolgt ist.

3.16 Mit Einspracheergänzung vom 23. November 2022 bekräftigte der Beschwerdeführer seinen Anspruch auf Versicherungsleistungen betreffend die Beschwerden Schulter links (Vi-act. 84). Hierzu legte er einen neuerlichen Bericht von Dr.med. G._____ vom 20. November 2022 bei (Vi-act. 84 S. 8 ff.), worin sie Stellung zu den kreisärztlichen Ausführungen vom 8. und 9. November 2022 nahm (vgl. oben E. 3.14). Sie behaupte nicht, die linke Schulter sei anlässlich der Erstkonsultation im Spital nicht untersucht worden; die Untersuchung sei nicht ausgewiesen; die Spitaldokumentation vermöge keinesfalls auszuweisen, dass die linke Schulter korrekt untersucht worden sei. Der Beschwerdeführer sei angegurtet gewesen, der Gurt verlaufe über die linke Schulter oder Clavicula. Der Aufprall führe dazu, dass der Oberkörper nach vorne gedrückt werde; die Gurten hielten ihn, anschliessend falle der Oberkörper wieder nach hinten. Nicht diese Kontusion führe zur Verletzung der Schulter, sondern die Gesamtsituation. Die Hände befänden sich am Lenkrad, durch den Aufprall ergebe sich eine axiale Krafteinwirkung, fortgeleitet über das Steuerrad und die linke Hand am Steuerrad auf die linke Schulter, wobei zusätzlich durch den Rückhalt der Gurten Rotationskräfte aufkämen. Es fände exakt das Szenario statt, welches der Kreisarzt ausgemalt habe, nämlich eine Krafteinwirkung von ca. 45° via linke Hand am Steuerrad auf die Schulter. Dies habe zu einer Subluxation des linken Schultergelenkes geführt, was auch die Impressionsfraktur erkläre. Diese sei sicher nicht vorbestehend und auch nicht nachträglich aufgetreten, was die radiologischen Befunde ausweisen würden durch das initiale Knochenmarködem, das am 4. März 2022 regredient gewesen sei. Ein regredientes Knochenmarködem im Intervall könne nicht mit einer Tendinopathie erklärt werden.

Der stattgehabte Unfallmechanismus führe nicht zu einem Strukturschaden in den oberflächlichen Weichteilen; dies sei nicht bei jedem Unfallmechanismus Voraussetzung.

Weiter führt Dr.med. G._____ aus, eine Schulterluxation oder Subluxation führe zu Schmerzen während des Ereignisses und in luxierter Stellung der Schulter; eine wieder reponierte Schulter führe nicht mehr zu Schmerzen. Es könne daher nicht argumentiert werden, dass der Beschwerdeführer im Spital über Schmerzen hätte klagen müssen. Die Impressionsfraktur selbst am Humeruskopf führe nur bei Bewegungen über 90° zu Schmerzen, dann wenn die Fraktur in der Pfanne unter Druck gerate. Dies untermauere ihren Vorwurf, dass die Schulter im Spital nicht korrekt untersucht worden sei.

Und schliesslich entspreche die Erklärung, es bestehe vorliegend eine die Beschwerden verursachende banale Tendinopathie der Rotatorenmanschettensehnen, laienartigen Erklärungsversuchen. Eine Tendinopathie führe in der Regel nicht zu Schmerzen. Zudem gehe es um einen jungen Mann unter 40; es liege keine genügende Erklärung auf, warum er an einer Tendinopathie leiden sollte. Es lägen bildgebend ausgewiesene, frische, unfallkausale strukturelle Läsionen am linken Schultergelenk vor, die überwiegend wahrscheinlich durch eine Subluxation des linken Schultergelenks verursacht worden seien.

4.1 Mit Einspracheentscheid vom 9. Mai 2023 bestätigte die Suva ihre Leistungsablehnung vom 12. Oktober 2022. Auf die versicherungsinternen Beurteilungen von Dr.med. J._____ könne abgestellt werden; sie würden durch die versicherungsexternen Konsilien bestätigt, weshalb ihnen erhöhter Beweiswert zukäme. Bis auf PD Dr.med. F._____ kämen ausnahmslos alle Radiologen zum Schluss, dass die Supraspinatussehne intakt sei und auch betreffend Subscapularissehne gehe einzig PD Dr.med. F._____ von einer Partialruptur aus; PD Dr.med. S._____ gehe von einer intakten Sehne aus und Prof. Dr.med. H._____ halte lediglich fest, sie zeige an der Innenseite Signalanhebungen auf den flüssigkeitsempfindlichen Sequenzen; aufgrund dessen habe PD Dr.med. I._____ eine ganz diskrete partielle Läsion für möglich gehalten. Soweit für PD Dr.med. F._____ eine Impressionsfraktur der Corticalis des Tuberculum majus ausgewiesen sei, sei eine solche gemäss Prof. Dr.med. H._____ nicht eindeutig nachgewiesen; er erkläre die Veränderungen der Konturregularität und die subkortikal ödemartigen Knochenmarksveränderungen im Zusammenhang mit einer Tendinopathie der Infraspinatussehne. Gemäss PD Dr.med. I._____ würden die Signalalterationen am Tuberculum majus eine kleine Traumatisierung möglich machen. Damit aber sei die Tatfrage des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nach-

gewiesen; es sei nicht einmal das Vorliegen einer Schädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

Die Beurteilungen von Dr.med. G._____ sind gemäss Einspracheentscheid nicht schlüssig, ändere sie doch in jeder Beurteilung ihre Argumentation und würden diese doch auf Hypothesen basieren. Zudem sei eine Impressionsfraktur des Tuberculum majus nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen und die Erklärung von Dr.med. J._____, eine solche würde unmittelbar nach dem Ereignis zu heftigen Schmerzen führen, überzeuge. Soweit Dr.med. G._____ in der letzten Stellungnahme mit einer Subluxation des linken Schultergelenkes argumentiere, so sei weder eine Schulterluxation noch eine Subluxation von den behandelnden Ärzten oder Radiologen, auch nicht von PD Dr.med. F._____, in Erwägung gezogen worden.

Soweit Dr.med. N._____ im Zeugnis vom 28. April 2022 vollständige Beschwerdefreiheit der linken Schulter bis zum Ereignis vom 30. Mai 2021 bestätige, so sei dies als Begründung einer Unfallkausalität nicht ausreichend, sondern laufe auf den beweisrechtlich unzulässigen Schluss 'post hoc ergo propter hoc' hinaus.

Da schliesslich die extern eingeholten Fachexpertisen die Beurteilung des Kreisarztes bestätigen würden, könne von weiteren Beweismassnahmen abgesehen werden.

4.2 Vor Verwaltungsgericht betont der Beschwerdeführer, die Beurteilungen von Dr.med. G._____ und PD Dr.med. F._____ würden mehr als nur geringe Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung erwecken. So habe Dr.med. J._____ zu Recht erkannt, dass die Radiologen PD Dr.med. F._____ und Prof. Dr.med. H._____ zu unterschiedlichen Erkenntnissen gekommen seien; eine kritische Auseinandersetzung mit den divergierenden Berichten sei dann aber nicht erfolgt. Weil Dr.med. J._____ den Unfallmechanismus für ungeeignet halte, verneine er schlichtweg eine Impressionsfraktur und weil keine solche vorliegen könne, könnten auch die von PD Dr.med. F._____ diagnostizierten Teilrupturen der Supraspinatus- und Subscapularissehnen nicht bestehen. Weshalb das Fehlen der Impressionsfraktur die Teilrupturen ausschliesse, begründe er nicht bzw. halte er lapidar fest, Prof. Dr.med. H._____ habe keine solchen festgestellt. Dies sei in Anbetracht der klaren Aussagen von PD Dr.med. F._____ unhaltbar. Demgegenüber begründe Dr.med. G._____ nachvollziehbar und schlüssig, dass der Unfallmechanismus sehr wohl geeignet gewesen sei, die bildgebend ausgewiesenen Schädigungen zu verursachen. Auch der Schulterspezialist PD Dr.med. U._____ gehe von einer unfallkausalen Schädigung aus; der Beschwerdeführer habe eine KIM-Läsion erlitten. Diese

könne man im MRI nicht erkennen, sondern müsse klinisch diagnostiziert werden. Die deutliche Schulterinstabilität und die von PD Dr.med. F._____ festgestellten Verletzungen würden klar für eine solche Läsion sprechen.

Auffallend sei, dass den Radiologen der L._____ Klinik das radiologische Fachgutachten von PD Dr.med. F._____ nicht vorgelegen habe. Entsprechend hätten sie hierzu auch nicht Stellung genommen; eine seriöse medizinische Auseinandersetzung habe nicht stattgefunden. Dies überrasche aufgrund der detaillierten, widerspruchsfreien und auch für den Laien nachvollziehbaren Ausführungen von PD Dr.med. F._____. Es entspreche den Anforderungen der Rechtsprechung an ein beweiskräftiges Gutachten. Demgegenüber sei die Zweitbefundung von Prof. Dr.med. H._____ oberflächlich und wenig aussagekräftig. So sei augenfällig, dass er im Wesentlichen an den gleichen Strukturen wie PD Dr.med. F._____ Veränderungen und Auffälligkeiten feststelle, diese dann aber im Sinne der Suva relativiere, ohne aufzuzeigen, weshalb seiner Interpretation der Vorrang zu geben sei.

Die Behauptung der Suva, die Kausalitätsbeurteilung von Dr.med. G._____ sei nicht schlüssig, da die Argumentation hypothetischer Natur sei und sie diese in jeder Beurteilung ändere, sei aus der Luft gegriffen und aktenwidrig. Der viele Jahre Notarztstätigkeit aufweisende Dr.med. N._____ habe bestätigt, dass Notfallpatienten nicht über sämtliche Beschwerden berichten würden, sondern nur die vordergründigen, und dass auf dem Notfall nicht genügend Zeit bestehe, jedem Detail nachzugehen. Auch für PD Dr.med. U._____ sei aufgrund des Notfallberichts offenkundig, dass die oberen Extremitäten nicht untersucht worden seien. Es sei damit klar, dass aus dem Umstand, dass im Bericht vom 30. Mai 2021 keine Schulterproblematik beschrieben werde, nicht geschlossen werden könne, es habe keine solche bestanden. Vielmehr sei aus der zeitnahen Aufnahme der Behandlung von Schulterbeschwerden zusammen mit den Nackenbeschwerden zu schliessen, dass es anlässlich des Unfalls zu einer Verletzung der Schulter gekommen sei. Dies zeige Dr.med. G._____ nachvollziehbar und schlüssig auf. Zum gleichen Schluss komme PD Dr.med. U._____. Auch die kreisärztliche Behauptung, eine Impressionsfraktur hätte zwingend zu grossen Schmerzen führen müssen, sei durch Dr.med. G._____ widerlegt worden. Und wenn er ausführe, die Radiologen hätten eine Subluxation der Schulter nicht in Erwägung gezogen, so liege dies darin begründet, dass eine solche mittels bildgebenden Verfahren nicht erkannt werden könne.

4.3 Vernehmlassend bestreitet die Suva die beschwerdeführerische Darstellung. Noch auf der Unfallstelle habe der Beschwerdeführer der Polizei zu protokoll gegeben, nicht verletzt zu sein, aber seine Frau klage über Kopf- und Na-

ckenschmerzen. Dennoch habe er sich noch am Unfalltag in die Notfallaufnahme begeben und dort über leichte Kopfschmerzen und einen Tinnitus im rechten Ohr, begleitet von leichten Ohrschmerzen geklagt. Im Bericht vom 30. Mai 2021 sei festgehalten, dass sich abgesehen von einer leichten Druckdolenz im Bereich der HWS und LWS sowie einer schmerzbedingten Bewegungseinschränkung keine weiteren Auffälligkeiten zeigen würden; das Berührungsempfinden an Armen und Beinen sei als intakt befundet worden. Der Schulterbereich sei also untersucht worden und es hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Eine Arbeitsunfähigkeit sei ihm nicht attestiert worden. Er habe in seiner körperlich anstrengenden Tätigkeit als Baumaurer weiterarbeiten können; erst ab dem 8. Juni 2021 sei eine Arbeitsunfähigkeit bis 11. Juni 2021 attestiert worden und am 14. Juni 2021 habe er die Arbeit wieder aufgenommen. Rund vier Monate nach dem Unfallereignis habe er gegenüber dem Hausarzt Schulterbeschwerden geäußert, weshalb dieser eine MRT-Untersuchung veranlasst habe, welche am 24. September 2021 neben Tendinosen der Supraspinatus- und Infraspinatussehne eine intakte Rotatorenmanschette gezeigt habe. Eine Arbeitsunfähigkeit habe nicht resultiert. Auch Dr.med. P._____ bestätige am 15. November 2021, das MRI habe keine signifikante Pathologie gezeigt; dennoch habe er zur Ruhigstellung in einem Orthogilet eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Das MRI vom 4. März 2022 habe wiederum keine signifikante Pathologie gezeigt.

Der Kreisarzt Dr.med. J._____ habe am 23. Dezember 2021 festgehalten, der Beschwerdeführer habe initial über keine Schulterbeschwerden geklagt und die fraglichen Veränderungen am Tuberculum majus sei bei unauffälligen Weichteilen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal, sondern Ausdruck der dort vorliegenden Tendinose. Diese Einschätzung fehlender unfallkausaler struktureller Veränderungen in den beiden MRIs habe er in der ausführlichen Beurteilung vom 8. November 2022 bestätigt und diese werde durch zwei versicherungsexterne Konsilien gestützt. Einzig PD Dr.med. F._____ gehe von unfallbedingten strukturellen Veränderungen (Partialruptur der Supraspinatus- und Subscapularissehne mit begleitender frischer Impressionsfraktur der Corticalis des Tuberculum majus) aus. Dr.med. G._____ bestätige dies undifferenziert und argumentiere widersprüchlich und nicht faktenbasiert.

Damit bestünden an der Beurteilung des Kreisarztes nicht einmal geringe Zweifel, da die Suva ergänzende versicherungsexterne Abklärungen vorgenommen habe, welche die versicherungsinterne Beurteilung bestätigen würden. Hierauf könne ohne Weiteres abgestellt werden. Eine strukturelle Schädigung der linken Schulter habe nicht mit der geforderten überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden können; die im MRI festgestellten degenerativen Gesundheitsschäden (Tendinosen) seien unbestrittenermassen unfallfremd.

5.1 Soweit die Suva festhält, den Beurteilungen des Kreisarztes könne ohne weiteres gefolgt werden, sie würden durch die zwei externen Konsilien bestätigt, denen als versicherungsexterne Beurteilung erhöhter Beweiswert zukomme, so kann dem nicht gefolgt werden.

Grundsätzlich kann den Berichten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert beigemessen werden. Bestehen indes auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Zu betonen ist dabei, dass Berichte beratender Ärzte jenen versicherungsinterner Ärzte gleichzusetzen sind (vgl. oben E. 2.6.2).

Vorliegend hat die Suva bei Prof. Dr.med. H._____ ein radiologisches Konsil eingeholt und dieses sowie eines von PD Dr.med. I._____ erhalten. Die Suva behauptet zu Recht nicht, dass es sich hierbei um ein bzw. zwei Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG handelt. Vielmehr wurde Prof. Dr.med. H._____ als beratender Arzt durch die Suva ohne Absprache mit dem Beschwerdeführer beauftragt. Es handelt sich nicht um eigentliche externe Fachexpertisen, sondern um Beurteilungen von die Versicherung beratenden Ärzten, welche hinsichtlich Beweiswert jenen versicherungsinterner Ärzte gleichzustellen sind. Damit aber bleibt es dabei, dass den ärztlichen Beurteilungen, auf welche sich die Suva abstützt, kein erhöhter Beweiswert zukommt und auf ergänzende Abklärungen nur verzichtet werden kann, wenn keine auch nur schon geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen.

5.2 Es fällt auf, dass die Suva Prof. Dr.med. H._____ wohl mit einem radiologischen Konsil beauftragt und ihn hierzu mit den Bildern und Befunden der beiden MRT vom 24. September 2021 und 4. März 2022 dokumentiert hat. Auch hat sie erwähnt, es liege eine Fremdbefundung vor, wobei sie deren Beurteilung (vgl. E. 3.11.1) in eigenen Worten zusammenfasste (vgl. E. 3.12), und sie formulierte vier zu beantwortende Fragen. Der radiologische Befundbericht von PD Dr.med. F._____ wurde ihm hingegen nicht zur Verfügung gestellt. Entsprechend setzte sich denn auch weder Prof. Dr.med. H._____ noch PD Dr.med. I._____ mit dieser Beurteilung auseinander, was der Beschwerdeführer zu Recht moniert.

In der ersten kreisärztlichen Beurteilung vom 11. Oktober 2022 (vgl. oben E. 3.13) ging dann der Kreisarzt einzig auf die Beurteilung von Prof. Dr.med. H._____ ein. Weder die Zweitbefundung von PD Dr.med. I._____, noch insbesondere der radiologische Befundbericht von PD Dr.med. F._____ fand irgendeine Erwähnung. Entsprechend mangelt es auch dieser Beurteilung an ir-

gend einer kritischen Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen radiologischen Beurteilungen.

Erst auf die Aufforderung des Beschwerdeführers hin nahm Dr.med. J._____ am 8. November 2022 überhaupt Stellung zur Beurteilung von PD Dr.med. F._____ (vgl. oben E. 3.14). Zu jener von PD Dr.med. I._____ äusserte er sich weiterhin nicht. Richtigerweise stellte der Kreisarzt dabei fest, es stehe hier Meinung gegen Meinung (Vi-act. 76). Eine fachärztliche Auseinandersetzung mit den voneinander abweichenden Beurteilungen fehlt jedoch gänzlich. Es ist nicht nachvollziehbar, warum der Zweitbefundung von Prof. Dr.med. H._____ gegenüber der radiologischen Beurteilung von PD Dr.med. F._____ der Vorzug zu geben ist, warum auf diese Zweitbefundung abgestellt werden kann. Dabei kann dem Beschwerdeführer insoweit beigespflichtet werden, dass es sich bei der Beurteilung von PD Dr.med. F._____ um eine ausführlich begründete, in sich nachvollziehbare Beurteilung handelt (vgl. Vi-act. 54 S. 2 ff.), wogegen jene von Prof. Dr.med. H._____ äusserst kurz gehalten ist ohne schlüssige Begründungen. Wenn Prof. Dr.med. H._____ sodann festhält, eine eindeutige Fraktur lasse sich nicht abgrenzen, so bleibt die Frage offen, was für und was gegen eine Fraktur spricht. Und auch die Feststellung, eine Impressionsfraktur könne nicht eindeutig nachgewiesen werden, die Veränderung der Konturirregularität scheine eher im Zusammenhang mit einer Tendinopathie zu sein, ist vage gehalten; auch hier fehlen schlüssige Erläuterungen; immerhin erscheinen mehrere Möglichkeiten als möglich. Und auch bezüglich der Aussage, die Veränderungen bei der Supraspinatussehneninsertion / Infrapinatussehneninsertion schienen eher degenerativ zu sein, bleiben Fragen offen; immerhin könnte es offenbar auch anders sein. Was für Prof. Dr.med. H._____ jeweils den Ausschlag gab für 'eher' die eine oder andere Beurteilung, bleibt insgesamt unbestimmt. Auf jeden Fall vermag dies die Beurteilung von PD Dr.med. F._____ nicht klarerweise umzustossen. Kommt hinzu, dass seitens L._____ Klinik eine zweite Zweitbefundung von PD Dr.med. I._____ vorliegt, welche ihrerseits von jener von Prof. Dr.med. H._____ abweicht. Hierzu äussert sich der Kreisarzt überhaupt nicht. Dabei gelangte die Radiologin zum Schluss, die Signalalterationen am Tuberculum majus machten eine Traumatisierung möglich und sie begründet dies auch, weil die Signalalterationen des Knochenmarks zwischen den beiden MRT zurückgegangen seien. Auch bei der Infrapinatussehne erachtet sie leichte traumatische Veränderungen als möglich und begründet dies auch hier mit der Regredienz in der zweiten MR-Untersuchung (vgl. oben 3.12.2). Damit aber verlieren die vagen und nicht weiter begründeten Ausführungen von Prof. Dr.med. H._____ noch mehr an Wert. Auf jeden Fall kann seine Beurteilung nicht mit Grund als beweiswertig betrachtet werden.

5.3 Begründet erscheint der Vorwurf der Suva an die Beurteilungen von Dr.med. G._____, wonach ihre Aussage, im Rahmen der Notfallbehandlung am Unfalltag sei die linke Schulter nicht untersucht worden, durch nichts belegt ist. Immerhin kann auch das Gegenteil, dass nämlich die Schulter untersucht wurde, aber keine Auffälligkeiten zeigte, nicht erhärtet werden. Der in den Akten liegende provisorische Notfallbericht vom 30. Mai 2021 ist hierzu viel zu unspezifisch (Vi-act. 5).

5.4 Andererseits bestehen aber auch erhebliche Zweifel an der von der Suva vernehmlassend geäusserten Darstellung, der Beschwerdeführer habe dem Hausarzt gegenüber die Schulterbeschwerden vier Monate nach dem Unfall erwähnt (vgl. oben E. 4.3). Immerhin wird in der am 7. Juni 2021 von der Hausarztpraxis ausgestellten Physiotherapieverordnung eine Schulterprellung links erwähnt, was dafür spricht, dass die Schulter bereits unfallnah thematisiert wurde (Vi-act. 6). Fraglich bleibt aber auch, woher Dr.med. G._____ die Information hat, der Beschwerdeführer sei physiotherapeutisch behandelt worden u.a. wegen Schulterschmerzen links, die sich durch Abduktion und Flexion > 90° provozieren liessen (Vi-act. 54 S. 9). Ein entsprechender Bericht liegt nicht in den Akten und der Bericht der Physiotherapeutin Furrer vom 21. März 2022, welchen Dr.med. G._____ in ihrer Beurteilung erwähnt, ist nicht aktenkundig. Fest steht aufgrund der aktenkundigen Informationen auf jeden Fall, dass davon ausgegangen werden muss, dass Schulterbeschwerden durch den Beschwerdeführer schon früher, als von der Suva weisgemacht, beklagt wurden. Immerhin bestätigte Dr.med. N._____ am 28. April 2022, dass der Beschwerdeführer seit dem Autoauffahrunfall unter chronischen, belastungsabhängigen Schulterschmerzen leide (vgl. oben E. 3.10).

Bleibt zu ergänzen, dass auch die vorinstanzliche Darstellung, anlässlich der notfallmässigen Behandlung sei dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (vgl. oben E. 4.3), aktenwidrig ist. Vielmehr stellte die Notfallstation ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis über 100% ab dem 30. Mai 2021 bis 2. Juni 2021 aus (vgl. Vi-act. 7 S. 24). Fest steht dann wieder, dass er am Montag, 7. Juni 2021 den Hausarzt aufsuchte, welcher ihm neuerlich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte. Unklar bleibt, ob der Beschwerdeführer am 4. Juni 2021 arbeitete (3.6.2021 war Fronleichnam). Mithin ist zumindest möglich, dass der Beschwerdeführer unfallnah entgegen der vorinstanzlichen Darstellung keine körperlich anstrengende Tätigkeit als Baumaurer aufnahm.

5.5 Diesbezüglich fällt auch auf, dass sich in den Akten keinerlei Berichte des Hausarztes befinden, obwohl sich der Beschwerdeführer unfallnah beim Hausarzt in ärztliche Behandlung begab und dieser bestätigte, die Schulterbeschwer-

den bestünden seit dem Unfall. Damit aber basiert die vorinstanzliche Beurteilung auch nicht auf einer vollständigen Aktenbasis. Ebenso fehlt der von Dr.med. G._____ erwähnte Bericht der Physiotherapeutin. Wenn zudem der Radiologe der MRT vom 4. März 2022 hinsichtlich klinische Angabe auf die 'ausgiebige Anmeldung' des Zuweisers verweist (vgl. oben E. 3.9), so erschiene es aufgrund der strittigen Frage angezeigt, auch dieses Zuweisungsschreiben zu den Akten zu nehmen. Wenig ergiebig ist auch der Bericht von Dr.med. P._____ vom 15. November 2021 (vgl. oben E. 3.7). Aufgrund des erwähnten Zuweisungsschreibens kann jedoch angenommen werden, dass seitens der Orthopädischen Chirurgie D._____ (Dr.med. Q._____ und Dr.med. P._____) auch ein klarer klinischer Befund erhoben und ein Verlauf dokumentiert wurde. Unklar ist schliesslich, was der Hintergrund der Behandlung bei PD Dr.med. U._____ ist. Im ersten vorliegenden Bericht vom 27. September 2022 nennt er als Diagnose nur eine Luxation des Schultergelenks links; im zweiten vorliegenden Bericht vom 8. November 2022 zusätzlich eine Diskusprotrusion an der HWS (vgl. oben E. 3.15); weitere Berichte liegen nicht vor, obwohl offenkundig mehr Konsultationen stattfanden. Zudem dürfte auch durch PD Dr.med. U._____ ein Verlauf dokumentiert sein.

5.6 Damit aber bestehen aufgrund der widersprüchlichen radiologischen Beurteilungen sowie der Lückenhaftigkeit der Akten mehr als nur geringe Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung, so dass die Suva zu Unrecht darauf abgestellt hat. Keine der radiologischen Beurteilungen, auch nicht jene von PD Dr.med. F._____, setzt sich mit den abweichenden Beurteilungen derart auseinander, so dass begründeter Weise auf sie abgestellt werden könnte. Zudem basiert die Beurteilung der Unfallkausalität nicht nur auf derart widersprüchlichen radiologischen Befunden, sondern zusätzlich auf unvollständigen medizinischen Akten, so dass an gewissen Begründungen, so sie denn nicht gar aktenwidrig sind, weitere Zweifel bestehen. Entgegen der Darstellung der Suva kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass der Beizug weiterer medizinischer Berichte und eine neuerliche, die Widersprüche bereinigende Beurteilung nicht einen Sachverhalt zu ergeben vermag, der für sich in Anspruch nehmen kann, wahrscheinlicher der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. oben E. 2.5). Entsprechend erfolgte die Ablehnung der Versicherungsleistungen in Verletzung der Untersuchungspflicht. Der Einspracheentscheid ist daher aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.

6. Der Beschwerdeführer beantragt, die Suva sei zur Übernahme der Kosten für die fachärztlichen Beurteilungen von Dr.med. G._____ und PD Dr.med. F._____ zu verpflichten.

Nach der Rechtsprechung sind unter dem Titel Parteientschädigung auch die notwendigen Kosten privat eingeholter Gutachten zu vergüten, soweit die Parteipexpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (Art. 45 Abs. 1 ATSG; Urteil BGer 8C_27/2019 vom 20.8.2019 E. 7 m.V. auf BGE 115 V 62 E. 5c).

Vorliegend stellen die erwähnten Parteigutachten entscheidungsrelevante Grundlagen dar, welche unerlässlich waren für die Erkenntnis, dass an der kreisärztlichen Beurteilung erhebliche Zweifel bestehen und die Leistungsablehnung letztlich auf einer pflichtwidrig unvollständigen Sachverhaltsabklärung beruht und weitere Abklärungen notwendig sind. Entsprechend sind auch die Kosten der Privatgutachten antragsgemäss der Vorinstanz zu überbinden.

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

7.2.1 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 beschwerdeführenden 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).

7.2.2 Dem beanwalteten Beschwerdeführer ist zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG / § 74 Abs. 1 VRP). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, 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 sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 9. Mai 2023 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und neuem Entscheid im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat dem beanwalteten Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'000 (inkl. Barauslagen und MwSt) zu leisten.
4. Die Vorinstanz wird verpflichtet, die Kosten der orthopädisch-versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dr.med. G._____ vom 7. Juli 2022 und 20. November 2022 sowie des radiologischen Befundberichts von PD Dr.med. F._____ vom 5. Juli 2022 zu übernehmen.
5. 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).
6. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 6. September 2023

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: 22. September 2023