

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2023 80

Entscheid vom 12. Januar 2024

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch RA Dr.iur. HSG B._____,

gegen

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

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen; Listenverletzung)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1970) ist als Bankschreiner bei der C._____ GmbH angestellt und als solcher bei der Suva obligatorisch unfallversichert. Mit Schadenmeldung UVG vom 22. Juli 2022 teilte die Arbeitgeberin der Suva mit, A._____ habe am 14. Mai 2022 mit einem schweren Hammer einen Gartenpfahl eingeschlagen. Beim Aufziehen habe er einen Schmerz in der rechten Schulter verspürt. Lange habe er versucht, die Schulter selber zu behandeln, doch der Schmerz sei bei gewissen Bewegungen geblieben. Er sei daher erst im Juli 2022 zur Arztkontrolle gegangen; die Diagnose sei noch unklar, Verdacht auf Schleimbeutelentzündung (Suva-act. 1).

B. Mit Schreiben vom 30. August 2022 lehnte die Suva einen Anspruch auf Versicherungsleistungen ab (Suva-act. 29). Nachdem A._____ am 6. September 2022 um Wiedererwägung ersucht hat (Suva-act. 31), verfügte die Suva am 21. September 2022 die Leistungsablehnung, da die Beschwerden weder auf einen Unfall noch auf eine unfallähnliche Körperschädigung zurückzuführen seien (Suva-act. 40).

C. Am 6. Oktober 2022 liess A._____ gegen die Leistungsablehnung Einsprache erheben (Suva-act. 43) und diese am 29. Oktober 2022, nach einer am 13. Oktober 2022 durchgeführten Schulterarthroskopie, ergänzen (Suva-act. 53). Mit Entscheid vom 12. September 2023 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 71).

D. Am 10. Oktober 2023 lässt A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. In Gutheissung der Beschwerde sei der Einspracheentscheid der Suva vom 12. September 2023 aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen UVG-Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 14. Mai 2022 rückwirkend auf das Unfalldatum zu erbringen.
2. Eventuell sei ein gerichtliches Gutachten einzuholen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen, zuzüglich Mehrwertsteuer, zulasten der Beschwerdegegnerin/Vorinstanz.

Mit Vernehmlassung vom 30. Oktober 2023 beantragt die Suva die Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheides vom 12. September 2023. Mit Replik vom 9. November 2023 hält der Beschwerdeführer an den Beschwerdeanträgen fest.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Es ist zwischen den Parteien unbestritten, dass sich am 14. Mai 2022 kein Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 ereignet hat. Der Beschwerdeführer macht vielmehr geltend, die Suva sei gestützt auf Art. 6 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 leistungspflichtig, da eine Listenverletzung vorliege und der Suva der Entlastungsbeweis nicht gelungen sei. Demgegenüber bestreitet die Suva, dass eine unfallähnliche Körperverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vorliege. Strittig und nachfolgend zu prüfen ist damit, ob die Suva eine Leistungspflicht für die gemeldeten Schulterbeschwerden rechtens verneint hat.

2. Bezüglich die gemeldeten Schulterbeschwerden ergibt sich aus den Akten folgendes:

2.1 In der Schadenmeldung vom 22. Juli 2022 wird als Sachverhalt zu einem Ereignis vom 14. Mai 2022 festgehalten (Suva-act. 1):

Gartenarbeiten, Forst- und Landwirtschaft: Herr A. _____ hat mit einem schweren Hammer einen Gartenpfahl eingeschlagen. Beim Aufziehen spürte er einen Schmerz in der rechten Schulter. Lange versuchte er die Schulter selber zu behandeln, doch der Schmerz bei gewissen Bewegungen blieb. Daher ging er erst im Juli zur Arztkontrolle. Die Diagnose ist noch unklar: Verdacht auf Schleimbeutelentzündung.

In einem Online-Formular beantwortete der Beschwerdeführer Fragen der Suva (Suva-act. 7). Den Unfallhergang beschrieb er als "mit schwerem Hammer Gartenpfahl eingeschlagen". Die Hauptverletzung betreffe die Schulter, er leide unter keiner Erkrankung, nehme weder regelmässig Schmerzmittel noch Kortisonpräparate ein, frühere Beschwerden habe er mit der Schulter nicht gehabt. (Die Frage nach thematisch genauer Zuordnung des Unfalls beantwortete er mit "Sturz infolge Glatteis", was unzutreffend sein dürfte und in der Folge auch nie mehr erwähnt wird).

2.2 Die Erstbehandlung erfolgte am 22. Juli 2022 bei Dr.med. D. _____ (Fachärztin für Allgemeinmedizin, Anästhesiologie FMH, Notfallmedizin SGNOR). Sie bestätigte eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit vom 22. bis 26. Juli 2022 (Suva-act. 2). Die weiteren Arztzeugnisse lauteten dann auf Unfall (Suva-act. 12, 13). Im Arztzeugnis UVG vom 28. Juli 2022 führte sie aus, der Beschwerdeführer habe einen Pfosten in die Erde geschlagen, seitdem Schmerzen in der rechten Schulter, welche mit der Zeit schlimmer geworden seien und es zu einer Funktionseinbusse gekommen sei. Als Diagnose gibt sie die Beurteilung

des Radiologen nach erfolgtem Arthro-MRI der rechten Schulter wieder (vgl. nachfolgend E. 2.3). Die vollständige Arbeitsunfähigkeit bestätigte sie bis am 16. August 2022 (Suva-act. 9).

2.3 Dr.med. D. _____ veranlasste ein Arthro-MRI der rechten Schulter, das am 28. Juli 2022 durchgeführt wurde bei klinischer Angabe "im Mai Bolzen in die Erde geschlagen, seither Schmerzen linke [sic] Schulter" und der Fragestellung "Status Rotatorenmanschette/Bursitis?". Die Befundung erfolgte durch Prof. Dr.med. E. _____ (Facharzt Radiologie), der am 1. August 2022 berichtete (Suva-act. 11):

Befund

Nach vorangegangener lokaler Desinfektion und Gabe eines Lokalanästhetikums erfolgt die Punktion des rechten Schultergelenkes unter Durchleuchtung. Es findet sich eine Kontrastmittel Strasse schräg durch die Supraspinatussehne. Normale Signalgebung im Bereich der Infrapinatussehne und Subscapularissehne. Kein Hinweis für ein positives Tangenten-Zeichen. Normale Weite des Subakromialraumes. Zeichen einer AC-Gelenksarthrose. Signalalteration im Bereich des Superioren Labrums. Regelrechte Darstellung des Bizepssehnen Ankers sowie regelrechter Verlauf der langen Bizepssehne im Sulcus bicipitalis. Geringe Flüssigkeitsfüllung der Bursa subacromialis.

Beurteilung

Transmurale Ruptur der Supraspinatussehne.
Verdacht auf SLAP-Läsion.
Nachweis einer AC-Gelenksarthrose.
Geringe Zeichen einer Bursitis subacromialis.

2.4 Auf Zuweisung von Dr.med. D. _____ wurde der Beschwerdeführer am 11. August 2022 durch Dr.med. F. _____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) untersucht (Suva-act. 19). Er stellte die Diagnose einer Tendinitis calcarea der Supraspinatussehne mit durchgebrochenem Kalkdepot Schulter rechts mit/bei fraglich symptomatischer SLAP-Läsion und asymptomatischer AC-Gelenksarthrose. Zum bildgebenden Befund hält Dr.med. F. _____ fest, es zeige sich eine Tendinitis calcarea der Supraspinatussehne, eine transmurale Ruptur habe auch in Rücksprache mit Dr.med J. _____ nicht festgestellt werden können. Die Sehne sei durchgängig und inseriere regelrecht. SLAP-Läsion mit ausgefranstem Bizepsanker sowie tendinopathischer langer Bizepssehne. Im Röntgenbild zentriertes Glenohumeralgelenk, normaler acromiohumeraler Abstand, Verkalkung an der Insertion der Supraspinatussehne. Schliesslich gelangte Dr.med. F. _____ zur Beurteilung:

Aus meiner Sicht aktuell subacromiales Impingement und Bursitis subacromialis, weiterhin Tendinitis calcarea der Supraspinatussehne rechts. Mein Therapievor-schlag wäre Needling des Kalkdepots und erneute subacromiale Infiltration. Sollte dies nicht zielführend sein, dann glenohumerale Infiltration wegen der SLAP-

Läsion. Beim Versagen der konservativen Massnahmen Schulterarthroskopie mit subacromialer Dekompression, Bursektomie, Tenotomie/Tenodese der LBS und Inspektion der SSP. Eine transmurale Ruptur der SSP findet sich sicher nicht, eine absolute Operationsindikation besteht zurzeit nicht. Dies wurde so mit dem Patienten nochmals ausführlichst besprochen. Die MRI-Befunde wurden ihm nochmals ausgedehnt demonstriert, ebenso das Röntgenbild und er wurde über das Verhalten nach Infiltration von meiner Seite her genauestens instruiert.

2.5 Am 29. August 2022 unterbreitete die Suva der Versicherungsmedizin die Frage, ob eine Listendiagnose nach Art. 6 Abs. 2 UVG vorliege und ob die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Die Versicherungsmedizin antwortete, bei der von der G._____ gestellten Diagnose (vgl. E. 2.4) handle es sich vorwiegend um Abnützungen und Erkrankungen, keine Listendiagnose (Suva-act. 23). Am 30. August 2022 informierte die Suva den Beschwerdeführer, es habe sich am 14. Mai 2022 kein Unfall ereignet und eine Leistungspflicht aus unfallähnlicher Körperschädigung bestehe auch nicht (Suva-act. 29).

2.6 Am 6. September 2022 ersuchte der Beschwerdeführer um Wiedererwägung, da eine Operation wegen der SLAP-Läsion wahrscheinlich werde (Suva-act. 31). Mit ärztlicher Beurteilung vom 16. September 2022 gelangte Dr.med. H._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) zum Schluss, an der ablehnenden Stellungnahme vom 29. August 2022 sei festzuhalten (Suva-act. 35). Gemäss Schadenmeldung habe der Beschwerdeführer am 14. Mai 2022 mit einem schweren Hammer einen Gartenpfahl eingeschlagen und dabei beim Aufziehen einen Schmerz in der rechten Schulter verspürt. Nach Selbstbehandlungsversuch habe er im Juli 2022 die Ärztin aufgesucht. Im Erstbericht sei festgehalten, seit dem Ereignis habe er Schmerzen, welche mit der Zeit schlimmer geworden seien. Die Beurteilung des Arthro-MRI vom 28. Juli 2022 von Prof. Dr.med. E._____ habe weder Dr.med. F._____ noch er selber nachvollziehen können; vielmehr sei eine erkrankungsbedingte Kalkschulter festgestellt worden, die sich im Sinne einer Crescendo-Symptomatik nach der vom Beschwerdeführer angegebenen Belastung zunehmend schmerzhaft gezeigt habe. Es handle sich vorwiegend um eine Abnützung und Erkrankung der Schulter, die nicht als Listendiagnose klassifiziere. Insbesondere handle es sich um keine Sehnenrissbildung gemäss Listendiagnose Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG, da es sich im radiologischen Befund um eine Fehleinschätzung handle, was Dr.med. F._____ bestätige.

In der Folge verfügte die Suva am 21. September 2022 die Leistungsablehnung (Suva-act. 40).

2.7 Am 13. Oktober 2022 wurde der Beschwerdeführer bei Diagnose "traumatische SLAP-Läsion rechts mit traumatischer bursaseitiger Supra- und Infraspinatussehnen-Ruptur bei posteriorer Subluxation Schulter rechts mit/bei traumatisiertem AC-Gelenk" operiert (Suva-act. 50). Dr.med. F._____ führte eine Schulterarthroskopie mit Tenotomie und Tenodese der langen Bizepssehne, leichtes Débridement des posterioren Labrums, einer AC-Gelenkresektion, Bursektomie und Kalkentfernung aus der Bursa sowie einer Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit zwei Seit-zu-Seit-Nähten der Supra- und Infraspinatussehne sowie lateraler Fixation mit einem Parcus PEEK Anker Schulter rechts durch. Unter 'technischem Vorgehen' beschreibt Dr.med. F._____:

In der diagnostischen Arthroskopie zeigt sich die bereits vorbeschriebene traumatische SLAP-Läsion, die vor allem ins posteriore Labrum zieht. Das posteriore Labrum ist eingerissen, entsprechend am ventralen Humeruskopf zeigt sich eine kleine Reverse-Hill-Sachs-Delle als Anzeichen für eine posteriore traumatische Luxation/Subluxation. Nun Einbringen eines Titan Ankers und Tenodese der langen Bizepssehne. Die Bizepssehne wird basisnahe abgeschnitten. Fotodokumentation. Eingehen in den Subacromialraum. Ausgiebige Bursektomie, die Supra-/Infraspinatussehne ist am bursaseitigen Blatt partiell gerissen, nun Eingehen in das AC-Gelenk, AC-Gelenkresektion und Acromioplastik. Nun Seit-zu-Seit-Naht der Supra- und Infraspinatussehne mit zwei Orthocord-Fäden, Verknoten der Sehne und Fixierung lateral mit einem Parcus PEEK Anker. Abschlussdokumentation.

2.8 In der Einspracheergänzung vom 29. Oktober 2022 führte der Beschwerdeführer aus, Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG führe Sehnenrisse explizit als Listenverletzungen auf. Gemäss Operationsbericht von Dr.med. F._____ gehe dieser aufgrund seiner intraoperativen Beobachtungen klar von einer traumatisch bedingten Supra- und Infraspinatus-Sehnen-Ruptur aus. Dr.med. H._____ gehe noch davon aus, es liege keine Sehnenrissbildung vor und Prof. Dr.med. E._____ habe die Bildgebung falsch eingeschätzt. Die unbegründete These des Kreisarztes sei nun durch den Bericht Dr.med. F._____ entkräftet; es liege eine Listenverletzung vor.

2.9.1 Nachdem ein erster Versuch der Suva, vom Spital I._____ wie auch der G._____ (Dr.med. F._____) die intraoperativen Bilder zu erhalten, gescheitert ist (Suva-act. 56-62), bestätigte Dr.med. H._____ am 6. März 2023, es liege keine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vor, insbesondere kein Sehnenriss gemäss lit. f. Bei den intraoperativ als traumatisch beschriebenen Sehnenveränderungen handle es sich nicht um Sehnenrisse, sondern um degenerative Zusammenhangstrennungen der Sehne. Sie seien aufgrund der Ereignisschilderung und des Schmerz-Verlaufs sowie in Kenntnis des MRI-Befundes vom 28. Juli 2022 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativer Natur und vorwiegend auf Abnützung und Erkrankung zurückzuführen (Suva-act. 64). In der

Beurteilung führte er aus, Dr.med. F. _____ habe in seinem Bericht vom 11. August 2022 (vgl. oben E. 2.4) klar aufgezeigt, dass es sich um eine Kalkschulter der Supraspinatussehne handle. Dies sei eine Erkrankung; ursächlich sei häufig eine Minderdurchblutung der Hauptsehne der Rotatorenmanschette an der Schulter, die zur Kalkablagerung im Bereich der Supraspinatussehne führe. Den Befund des Arthro-MRI einer transmuralen Ruptur von Dr.med. E. _____ habe weder er (Dr.med. H. _____) noch Dr.med. F. _____ nachvollziehen können; dessen Interpretation könnte der deutlich sichtbaren Fehlpositionierung des Kontrastmittels innerhalb der Supraspinatussehne geschuldet sein. Ohne intraoperative Bildgebung würden Beweise für die Diagnose gemäss Operationsbericht fehlen, so dass die Beurteilung nur anhand des beschriebenen Ereignisereignisses, des Arthro-MRIs und des Operationsberichtes erfolgen könne. Dabei sei bei der Frage nach einer Listendiagnose nicht relevant, ob ein Ereignis zu einer vorübergehenden oder richtunggebenden Verschlimmerung geführt habe, sondern ob der Schaden vorwiegend auf Abnutzung und Erkrankung zurückzuführen sei.

Die Schadenmeldung und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sei erstmalig zwei Monate nach dem Ereignis ausgestellt worden. Offenbar sei der Beschwerdeführer in der Lage gewesen, seiner Tätigkeit als Bankschreiner während dieses Zeitraumes uneingeschränkt nachzukommen. Eine solch komplexe Läsion gleich mehrerer Strukturen im Bereich der rechten Schulter, wie im Operationsbericht beschrieben, hätte gemäss Dr.med. H. _____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Weiterarbeiten in der angestammten Tätigkeit jedoch per sofort verunmöglicht, was nicht der Fall gewesen sei. Ein Ereignis, welches geeignet gewesen wäre, Läsionen von zwei Hauptmuskeln der Rotatorenmanschette (hier: Supra- und Infraspinatus) inklusive einer Subluxation (Teilausrenkung) zu erzeugen, hätte im Sinne einer Decrescendo-Symptomatik verlaufen müssen mit initial starken Schmerzen und Bewegungseinschränkung sowie sofortigem Niederlegen der Arbeit und sofortigem Einsetzen einer Arbeitsunfähigkeit und nachfolgender langsamer Besserung. Stattdessen werde eine Crescendo-Symptomatik beschrieben, was ein klarer Hinweis für ein vorbestehendes degeneratives Schulterleiden sei. Zudem sei das Einschlagen eines Gartenpfahles in keinsten Weise geeignet, die intraoperativ gefundenen Mehrfach-Läsionen zu erzeugen. Ferner beschreibe Dr.med. F. _____ im Operationsbericht entgegen seiner primären Einschätzung vom 11. August 2022 intraoperativ nun eine partielle Läsion des Bursa-seitigen Blattes der Supra- und Infraspinatussehne, was bildgebend nicht untermauert sei, er rechtfertige damit aber die durchgeführte Naht. Auch nach Kenntnisnahme des Operationsberichtes sei die Abnutzung/Erkrankung als vorwiegende Ursache weiterhin zu bejahen.

2.9.2 Am 24. August 2023 reichte die G._____ die Arthroskopiebilder vom 13. Oktober 2022 ein (Suva-act. 68), worauf Dr.med. H._____ am 31. August 2023 eine neuerliche ärztliche Beurteilung abgab und an seiner bisherigen Beurteilung festhielt (Suva-act. 69). Als Diagnose wiederholt er dabei jene des Berichts von Dr.med. F._____ vom 11. August 2022 (vgl. oben E. 2.4) und nicht jene des Operationsberichtes (vgl. oben E. 2.7). Zur intraoperativen Bildgebung hält er fest, Bild 1 bis 7 zeigten einen Schulter-Normalbefund; in Bild 8 werde das - bei Arthroskopien häufig anzutreffende - etwas locker imponierende Labrum angehoben und zeige eine degenerative SLAP-Läsion, da aufgrund des berichteten Ereignisses und Beschwerdeverlaufs eine traumatische SLAP-Läsion überwiegend wahrscheinlich ausgeschlossen werden könne. Hinweise für eine traumatische Verletzung im Bereich des Labrums zeigten sich bildgebend nicht. Gemäss Dr.med. H._____ ist insbesondere kein Defekt der Supra- und Infraspinatussehne initial von intraartikulär her dokumentiert und im Operationsbericht von intraartikulär her auch nicht beschrieben. Bild 17 bis 19 würden die unter dem Schulterdach liegende Verkalkung der Sehne im Bereich der Rotatorenmanschette zeigen, wie sie von Dr.med. F._____ schon am 11. August 2022 beschrieben worden sei. Dokumentiert sei die Resektion des subakromialen Kalkdepots mit anschliessendem Defekt im Bereich der Supra- und Infraspinatussehne, welche nach Resektion des Kalkdepots entstanden sei. In den weiteren Aufnahmen sei dann die Naht der Supra- und Infraspinatussehne dokumentiert, welche nachfolgend nach der Entfernung des Kalkdepots operativ nahttechnisch versorgt worden sei (Bild 21 - 26).

Gemäss Dr.med. H._____ belegen die intraoperativen Bilder zweifelsfrei, dass es sich um die Operation einer erkrankungsbedingten "Kalkschulter" mit Entfernung eines Kalkdepots unter dem Schulterdach gehandelt habe, welche vorwiegend auf Erkrankung und Abnutzung zurückzuführen sei. Eine Kalkschulter sei eine Erkrankung im Bereich der Supraspinatussehne. Die Entstehung einer Kalkablagerung dauere in der Regel mehrere Monate bis Jahre und könne patho-anatomisch unmöglich innerhalb von 2.5 Monaten entstehen. Diese Verkalkung unter dem Schulterdach sei operativ adressiert gewesen, nachdem sie durch das Ereignis überwiegend wahrscheinlich aktiviert worden sei. Der dadurch entstandene entsprechende Defekt im Bereich der Supra- und Infraspinatussehne sei operationsbedingt offenbar nicht zu verhindern gewesen, sodass schliesslich am Ende der Operation die Supra- und Infraspinatussehne mittels Naht versorgt worden seien. Hinweise für eine traumatische Supra- und Infraspinatussehnenruptur würden sich aus den Video-Prints nicht ergeben. Und weiter führte Dr.med. H._____ aus: Die im Operationsbericht als 'traumatisch' beschriebene SLAP-Läsion sowie eine posteriore 'traumatische' Luxation/Subluxation der

rechten Schulter könne weder durch das beschriebene Ereignis noch durch die intraoperative Bildgebung bestätigt werden. Insbesondere der Beschwerdevverlauf und die anhaltende Arbeitsfähigkeit als Bankschreiner sowie der initiale, völlig korrekte Bericht von Dr.med. F. _____ vom 11. August 2022 würden dagegensprechen. Warum Dr.med. F. _____ in seinem OP-Bericht nun seine initiale korrekte Meinung offensichtlich geändert habe und von traumatischen Läsionen spreche, könne anhand seines Erstberichtes, des Verlaufs und der vorliegenden Bildgebung medizinisch nicht nachvollzogen werden. Vielmehr erscheine es evident, dass das beschriebene Ereignis ("mit schwerem Hammer einen Gartenpfahl eingeschlagen") bestens geeignet gewesen sei, infolge des erkrankungsbedingt vorbestehenden Kalkdepots der rechten Schulter eine im Verlauf zunehmend schmerzhaft Impingementsymptomatik der rechten Schulter mit Operationsfolge hervorzurufen, wie es auch aus dem Erstbericht von Dr.med. F. _____ klar, korrekt und nachvollziehbar hervorgehe. Die fünf Monate später durchgeführte Operation infolge eines offenbar anhaltend schmerzhaften Impingementsyndroms sei durchaus nachvollziehbar, beruhe jedoch vorwiegend auf Abnützung und Erkrankung. Dr.med. F. _____ habe im Bericht vom 11. August 2022 selbst ausgeführt, sowohl aus seiner Sicht als auch nach seiner Rücksprache mit dem Radiologen Dr.med. J. _____ könne eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne, wie sie von Prof. Dr. E. _____ primär beurteilt worden sei, nicht festgestellt werden. Gemäss Dr.med. H. _____ ist sie auch bildgebend in den nun vorliegenden intraoperativen Video-Prints nicht primär von intraartikulär dokumentiert worden, sondern anhand der Videoprints offensichtlich erst sekundär nach Entfernung des Kalkdepots unter dem Schulterdach entstanden. Insofern liege keine Sehnenrissbildung gemäss Listendiagnose vor, sondern es handle sich um einen operationsbedingten Defekt der Supra- und Infraspinatussehne nach Entfernung des Kalkdepots von extraartikulär (= subakromial) her.

2.9.3 Gestützt auf diese Beurteilungen von Dr.med. H. _____ wies die Suva die Einsprache des Beschwerdeführers ab (Suva-act. 71). Es sei festzuhalten, dass einerseits das Ereignis vom 14. Mai 2022 unbestrittenermassen nicht als Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zu qualifizieren sei. Andererseits liege keine unfallähnliche Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vor. Bei diesem Ergebnis sei mit Verfügung vom 21. September 2022 zu Recht eine Leistungspflicht für die gemeldeten Schulterbeschwerden rechts verneint worden.

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Zudem erbringt die Versicherung ihre Leistun-

gen auch bei Knochenbrüchen, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrissen, Muskelrissen, Muskelzerrungen, Sehnenrissen, Bandläsionen sowie Trommelfellverletzungen, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 UVG) und ausserdem für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Art. 6 Abs. 3 UVG).

3.2 Liegt eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vor, so besteht die Rechtsvermutung, dass eine leistungspflichtige unfallähnliche Körperschädigung gegeben ist, auch wenn die Definitionsmerkmale eines Unfalls nicht erfüllt sind. Es müssen weder die Ungewöhnlichkeit, noch das äussere Ereignis, noch die Plötzlichkeit gegeben sein, sondern lediglich das Vorliegen einer Listendiagnose (vgl. Motta et al., Das revidierte Unfallversicherungsgesetz ist in Kraft, in: Soziale Sicherheit 1/2017, S. 39; vgl. aber auch Hüsler, Erste UVG-Revision: wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, in: SZS 2017 S. 33 f.). Der Unfallversicherer kann sich von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er nachweist, dass die eingetretene Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Heinrich, 1. UVG-Revision - Entwicklung der Gesetzgebung, JaSo 2017, S. 21 f.).

3.3 In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, was der Gesetzgeber unter dem Begriff "vorwiegend" versteht. Der Begriff "vorwiegend" wird auch im Zusammenhang mit dem Nachweis von Berufskrankheiten (Art. 9 Abs. 1 UVG) verwendet. Nach der hierzu ergangenen Rechtsprechung ist eine "vorwiegende" Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten nur dann gegeben, wenn diese mehr wiegen als alle andern mitbeteiligten Ursachen, mithin im gesamten Ursachenspektrum mehr als 50% ausmachen (BGE 119 V 200 E. 2a S. 200 f. mit Hinweis). Es besteht kein Anlass, diesen Begriff im Anwendungsbereich von Art. 6 Abs. 2 UVG anders auszulegen. Demnach ist der Gegenbeweis des Unfallversicherers erbracht, wenn die Listendiagnose zu mehr als 50% auf "Abnützung oder Erkrankung" beruht (BGE 146 V 51 E. 8.2.2.1 mit weiteren Hinweisen, u.a. auf Gehring, in: Kieser/Gehring/Bollinger [Hrsg.], KVG UVG Kommentar, Zürich 2018, UVG Art. 6 N 11). Die blosser Möglichkeit einer degenerativen oder krankhaften Schädigung genügt somit den Beweisanforderungen nicht.

3.4 Aus der Logik der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Entlastungsbeweises für den Unfallversicherer folgt, dass es sich bei dem Begriffspaar Abnützung und Erkrankung um das ergänzende Gegenstück ("Pendant") zu einem spezifischen Ereignis handeln muss (BGE 146 V 51 E. 8.2.3). Für die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG ist zwar kein äusserer Faktor und damit kein un-

fallähnliches sinnfälliges Ereignis oder eine allgemein gesteigerte Gefahrenlage im Sinne der Rechtsprechung zu aArt. 9 Abs. 2 UVV mehr vorausgesetzt (vgl. BGE 146 V 51 E. 7.5). Insoweit führt grundsätzlich bereits die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 lit. a-h UVG genannte Körperschädigung vorliegt, zur Vermutung, es handle sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Indessen ergibt sich aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises weiterhin die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnützungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis - nicht zuletzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes (Versicherungsdeckung; Zuständigkeit des Unfallversicherers; Berechnung des versicherten Verdienstes; intertemporalrechtliche Fragestellungen) auch nach der UVG-Revision relevant (Urteil BGer 8C_819/2019 vom 26.2.2020 E. 5.1). Der Versicherer hat im Rahmen seiner Abklärungspflicht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG) nach Eingang der Meldung einer Listenverletzung die Begleitumstände der Verletzung genau abzuklären. Lässt sich dabei kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter resp. harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers (Urteil BGer 8C_671/2019 vom 11.3.2020 E. 2.4). Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten. Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnutzung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen - mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit - nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50%, auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnutzung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (vgl. BGE 146 V 51 E. 8.6; Urteil BGer 8C_347/2021 vom 10.11.2021 E. 2.3).

3.5 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 Gerichtsver-

fahren (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. 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 Überzeugung 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).

3.6 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.

3.6.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen, weshalb die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf zuverlässige Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen ist (Urteil BGer 8C_179/2023 vom 20.10.2023 E. 4.2). 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 f. E. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

3.6.2 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 E. 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 Beweismündigung 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 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

3.6.3 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).

4.1 Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer durch kein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG geschädigt wurde; auch der Beschwerdeführer macht nichts dergleichen geltend.

Gestützt auf die Beurteilungen von Dr.med. H._____ (vgl. oben E. 2.6, 2.9.1 und 2.9.2) gelangte die Suva zum Schluss, es liege auch überhaupt keine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG vor und somit bestehe keine Leistungspflicht.

4.2 In Art. 6 Abs. 2 UVG besteht eine abschliessende Liste von Verletzungen (Listenverletzungen, Listendiagnosen; vgl. oben E. 3.1), welche Anspruch auf Versicherungsleistungen wegen unfallähnlicher Körperschädigung geben (soweit dem Versicherer der Entlastungsbeweis nicht gelingt). Diese abschliessende Liste lässt sich auch durch Analogieschluss nicht ausweiten (Hüsler, a.a.O., S. 36; KOSS-Nabold, Art. 6 UVG Rz. 42).

4.3 Mit Schadenmeldung vom 22. Juli 2022 wurden Schulterbeschwerden gemeldet; Verdacht auf Schleimbeutelentzündung (oben E. 2.1). Dr.med. D._____ veranlasste ein Arthro-MRI, welches gemäss befundendem Prof. Dr.med. E._____ eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne, den Verdacht auf eine SLAP-Läsion, Nachweis einer AC-Gelenksarthrose und geringe Zeichen einer Bursitis subacromialis zeigte (oben E. 2.3). Nach Zuweisung zum Spezialisten stellte Dr.med. F._____ am 11. August 2022 die Diagnose einer Tendinitis calcarea der Supraspinatussehne mit durchgebrochenem Kalkdepot Schulter rechts mit/bei fraglich symptomatischer SLAP-Läsion und asymptomatischer AC-Gelenksarthrose (oben E. 2.4). Nach der Schulterarthroskopie vom 13. Oktober 2022 stellte Dr.med. F._____ schliesslich die Diagnose einer traumatischen SLAP-Läsion rechts mit traumatischer bursaseitiger Supra- und Infraspinatussehnen-Ruptur bei posteriorer Subluxation Schulter rechts mit/bei traumatisiertem AC-Gelenk (oben E. 2.5). Dr.med. H._____ wiederholte demgegenüber in seiner Beurteilung vom 24. August 2023 die Diagnose gemäss Bericht vom 11. August 2022 (oben E. 2.9.2; 2.4; Suva-act. 68).

In Beachtung der Listenverletzungen gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG kommt für die obgenannten Diagnosen einzig die Supra- und Infraspinatussehnen-Ruptur als unfallähnliche Körperschädigung in Frage (Sehnenriss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG; vgl. Urteile BGer 8C_618/2019 vom 18.2.2020 E. 6.2.2; 8C_819/2019 vom 26.2.2020 E. 5.2). Namentlich die SLAP-Läsion stellt keine Listenverletzung dar (vgl. Urteil BGer 8C_135/2023 vom 20.6.2023 E. 5.1 mit Verweis auf SVR 2014 UV Nr. 21 S. 67, 8C_835/2013 E. 4), weshalb auch nicht weiter zu klären ist, ob der entsprechende Befund überhaupt korrekt ist. Auch die Tendinitis calcarea der

Supraspinatussehne, die AC-Gelenksarthrose, die Schulterluxation oder die Bursitis subacromialis sind keine Listenverletzungen.

Zu prüfen ist somit in einem nächsten Schritt, ob der Beschwerdeführer die Listenverletzung eines Sehnenrisses, nämlich eine Supra- und Infraspinatussehnen-Ruptur erlitt.

4.4 Die Suva stützt sich für ihre Leistungsablehnung auf die ärztliche Beurteilung von Dr.med. H._____ 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 E. 5.1 m.w.H.; VGE I 2019 27 E. 6.1; vorstehend E. 3.6.2).

4.5 Dr.med. H._____ schliesst aus, dass anlässlich der Schulterarthroskopie eine traumatische Supra- und Infraspinatussehnen-Ruptur operativ saniert wurde:

- Das geschilderte Ereignis (mit schwerem Hammer einen Gartenpfahl eingeschlagen) sei ungeeignet, eine so komplexe Läsion gleich mehrerer Strukturen, wie im Operationsbericht genannt, namentlich eine Ruptur der Supra- und Infraspinatussehnen, zu verursachen.
- Eine ereignisverursachte Ruptur hätte im Sinne einer Decrescendo-Symptomatik verlaufen müssen (initial starke Schmerzen, Bewegungseinschränkung, sofortige Arbeitsunfähigkeit, nachfolgende, langsame Besserung). Ein entsprechender Verlauf sei nicht dokumentiert; die Arbeitsniederlegung sei erst nach der Erstbehandlung vom 22. Juli 2022 erfolgt.
- Das geschilderte Ereignis sei geeignet, wegen des vorbestehenden Kalkdepots der rechten Schulter eine zunehmend schmerzhaftes Impingementsymptomatik hervorzurufen.
- Der Bericht der erstbehandelnden Ärztin spreche von zunehmenden Schulterbeschwerden, mithin einer Crescendo-Symptomatik, was gegen ein Trauma und für ein krankhaftes Geschehen spreche.
- Der MRI-Befund spreche wohl von einer transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne. Gemäss Beurteilung der Bildgebung durch ihn selbst, durch Dr.med. F._____ und Dr.med. J._____ sei dies aber falsch. Als möglichen Grund der Fehlinterpretation von Prof. Dr.med. E._____ nennt Dr.med. H._____ die deutlich sichtbare Fehlpositionierung des Kontrastmittels innerhalb der Supraspinatussehne.

- Dr.med. F. _____ habe nach persönlichem Untersuch und Beurteilung der Bildgebung (sowie Rücksprache mit Dr.med. J. _____) im Bericht vom 11. August 2022 eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne als sicher nicht vorliegend dokumentiert, hingegen eine Tendinitis calcarea der Supraspinatussehne mit durchgebrochenem Kalkdepot diagnostiziert. Dies stimme mit seiner eigenen Beurteilung der Bilder überein.
- Die intraoperativen Bilder würden keinen Defekt der Supra- und Infraspinatussehne initial von intraartikulär her dokumentieren. Auch der Operationsbericht beschreibe dies nicht von intraartikulär her.
- Die intraoperativen Bilder würden die unter dem Schulterdach liegende Verkalkung der Sehne im Bereich der Rotatorenmanschette zeigen. Das entspreche dem Bericht vom 11. August 2022 von Dr.med. F. _____.
- Die intraoperativen Bilder würden die Resektion des subakromialen Kalkdepots mit anschliessendem Defekt im Bereich der Supra- und Infraspinatussehne zeigen. Dieser Defekt sei nach Resektion des Kalkdepots entstanden.
- Die Kalkablagerung könne nicht innerhalb von 2.5 Monaten (seit dem Ereignis) entstanden sein.

Hieraus schliesst Dr.med. H. _____ abschliessend, dass am 13. Oktober 2022 eine erkrankungsbedingte Kalkschulter operiert worden sei. Eine Kalkschulter sei eine Erkrankung im Bereich der Supraspinatussehne. Bei der Entfernung des Kalkdepots unter dem Schulterdach sei der Defekt im Bereich der Supra- und Infraspinatussehne verursacht worden, sodass diese Sehnen am Ende der Operation mittels Naht versorgt worden seien. Entsprechend handle es sich um einen operationsbedingten Defekt der Supra- und Infraspinatussehne nach Entfernung des Kalkdepots von extraartikulär und nicht um einen Sehnenriss im Sinne der Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG.

4.6 Der Beschwerdeführer stützt sich seinerseits auf den Operationsbericht von Dr.med. F. _____ ab. Dieser stelle darin die Diagnose einer traumatischen SLAP-Läsion rechts mit traumatischer bursaseitiger Supra- und Infraspinatussehnen-Ruptur bei posteriorer Subluxation Schulter rechts mit/bei traumatisiertem AC-Gelenk und er halte klar fest, die Supra-/Infraspinatussehne sei am bursaseitigen Blatt partiell gerissen. Demgegenüber finde die Feststellung des Versicherungsarztes in den Akten keine Stütze und sei in Anbetracht des Operationsberichtes aktenwidrig. Die teilweise Ruptur der Supra-/Infraspinatussehne sei ausgewiesen; es sei willkürlich, wenn auf eine Diagnose abgestellt werde, die durch den operativen Eingriff klar widerlegt werde. Dabei gelte, dass Feststellun-

gen, die im Rahmen einer Operation gemacht würden gegenüber einer Akten-Interpretation Vorrang hätten.

Dr.med. H._____ treffe unzulässigerweise Vermutungen, welche sich in den Akten nicht fänden. Dass das Kontrastmittel anlässlich des Arthro-MRI fehlpositioniert gewesen sei, finde keine Stütze in den Akten. Auch fänden sich nirgends Feststellungen der behandelnden Ärzte, wonach Ursprung der Beschwerden die Kalkschulter wäre. Willkürlich und zu bestreiten sei die Mutmassung, aufgrund der komplexen Läsion gemäss OP-Bericht wäre eine volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht möglich gewesen. Zutreffend sei, dass er seiner Arbeit anfänglich nur mit starken Schmerzmitteln habe nachgehen können. Auch sei er keine Person, welche wegen jedem Zipperlein zum Arzt laufe und die Arbeit niederlege. Zutreffend sei, dass die Läsion komplex und mehrere Strukturen betreffend gewesen sei.

Als geradezu abenteuerlich beurteilt der Beschwerdeführer die versicherungsärztliche Interpretation des Operationsberichtes. Entgegen der klaren Feststellung des Operateurs interpretiere er die Bilder als degenerativ. Weder dem Operationsbericht noch den intraoperativen Bildern lasse sich entnehmen, dass eine Erkrankung vorliege und die transmurale Sehnenruptur erst sekundär nach Entfernung des Kalkdepots entstanden sei. Diese Interpretation des Operationsberichtes sei willkürlich. Die transmurale Ruptur sei bereits vom Radiologen festgestellt worden und sei vom Operateur im OP Bericht klar und unmissverständlich bestätigt worden: Es habe eine Ruptur vorgelegen. Der Beschwerdeführer offeriere die Befragung der Operateure und das Einholen eines Gutachtens. Aber angesichts des klaren Operationsberichtes sei das Abstellen auf die interne, widersprüchliche versicherungsmedizinische Vorlage unzulässig und willkürlich. Die Beurteilung von Dr.med. H._____ decke sich mit den Akten überhaupt nicht. Damit könne der Beweiswürdigung der Suva nicht gefolgt werden. Es liege klar eine Partialruptur der Supra- / Infraspinatussehne vor.

Weiter führt der Beschwerdeführer aus, es sei kein krankhafter Vorzustand dokumentiert, die Schmerzen hätten ihre Ursachen im Unfallereignis vom 14. Mai 2022. Der Nachweis, dass die Gesundheitsschädigung in einem Umfang von über 50% auf Abnutzung und Erkrankungen beruhe, sei nicht erbracht. Der Entlastungsbeweis gelinge der Suva nicht. Es sei nicht erstellt, dass die Supraspinatussehne im Zeitpunkt des Ereignisses (14.5.2022) bereits Texturstörungen bzw. degenerative Veränderungen aufgewiesen habe. Dr.med. H._____ gehe davon aus, es liege eine Kalkschulter vor, was auf aktenwidrigen Annahmen basiere und durch den OP-Bericht entkräftet sei. Die Aussage, die erkrankungsbedingte Verkalkung im Schulterdach sei durch das Ereignis nur aktiviert worden, sei

durch nichts erstellt, ein krankhafter Vorzustand nicht nachgewiesen. Es gehe auch nicht an, dem Operateur zu unterstellen, der Defekt der Supra- und Infraspinatussehne sei operationsbedingt nicht zu verhindern gewesen; es widerspreche dies den Feststellungen im Operationsbericht.

Und schliesslich hält der Beschwerdeführer fest, praktisch jede alltägliche Bewegung vermöge eine Listenverletzung auszulösen. Eine Listenverletzung sei bei entsprechender Diagnose von Gesetzes wegen gegeben; auf den äusseren Faktor komme es nicht an. Vorliegend sei aber auch dieser äussere Faktor gegeben. Das Einschlagen eines Pfostens mit einem schweren Hammer sei nicht harmlos und könne durchaus zu Verletzungen der eingetretenen Art führen. Die Folgerungen von Dr.med. H. _____ würden sowohl dem Ereignis als auch den Feststellungen anlässlich der Operation widersprechen.

4.7 Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer eine Ruptur der Supra- und Infraspinatussehnen aufwies und Dr.med. F. _____ diese am 13. Oktober 2022 operativ sanierte. Gemäss Suva (basierend auf der Beurteilung von Dr.med. H. _____) ergab sich der Defekt an den Sehnen indes während und aufgrund der operativen Sanierung der krankheitsbedingten Kalkschulter und er sei am Ende der Operation saniert worden. Gemäss Beschwerdeführer stellt dies eine durch nichts belegte Mutmassung dar.

Soweit die Beurteilung von Dr.med. H. _____ zutrifft, lag keine Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG (Sehnenriss) vor bzw. stellte keine Listenverletzung die Operationsindikation dar. Der Sehnenriss wäre dann Folge einer Operation, welche ihrerseits aber nicht der Behandlung von Unfallfolgen diene (womit auch Art. 6 Abs. 3 UVG als Leistungsgrund ausscheidet). Diesfalls wäre die Leistungspflicht durch die Suva zu Recht abgelehnt worden.

Soweit die Beurteilung von Dr.med. H. _____ nicht zutrifft, sondern der Sehnenriss bereits vor der Operation vom 13. Oktober 2022 vorgelegen hat, so hat dies dennoch nicht zwingend die Leistungspflicht der Suva zur Folge. Auch diesfalls ist die Suva zum Entlastungsbeweis zuzulassen, dass die Ruptur vorwiegend auf Abnützung und Erkrankung zurückzuführen ist.

4.8 Dr.med. H. _____ hat für seine Beurteilung mehrere Kriterien berücksichtigt (vgl. oben E. 4.5). Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers sind diese nicht widersprüchlich und ebenso wenig finden sie in den Akten keinerlei Stütze.

4.8.1 Der Beschwerdeführer betont, er habe vor dem Ereignis keine Schulterbeschwerden gehabt, ein Vorzustand sei nicht dokumentiert. Dies trifft zu. Dass

kein Vorzustand dokumentiert ist, ist im Rahmen des gesamten Ursachenspektrums zu berücksichtigen, schliesst indes ein degeneratives Geschehen nicht aus, sind doch Veränderungen an der Rotatorenmanschette nicht selten lange asymptomatisch (Eckers et al., Aktuelle Aspekte der Behandlung der Rotatorenmanschette, in: Arthroskopie2023 S. 43). Zudem läuft diese Argumentation auf einen unzulässigen 'post hoc, ergo propter hoc'-Schluss hinaus (Urteil BGer 8C_843/2014 vom 18.3.2015 E. 5.3 mit Hinweis auf BGE 119 V 335 E. 2b/bb).

Bleibt zu ergänzen, dass die intraoperativen Bilder die Darstellung des Beschwerdeführers, es sei nicht erstellt, dass die Supraspinatussehne im Zeitpunkt des Ereignisses (14.5.2022) bereits Texturstörungen bzw. degenerative Veränderungen aufgewiesen habe, zu widerlegen vermögen. Die Bilder zeigen eine Kalkablagerung (Bild 17). Eine solche kann nicht innert rund 2 ½ Monaten entstanden sein. Damit aber lag die Erkrankung der Supraspinatussehne im Sinne einer Kalkschulter schon vor dem Ereignis vor.

4.8.2 Wie erwähnt, ist als Ursache der Beschwerden ein eigentliches Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG ausgeschlossen. Das in der Schadenmeldung vom 22. Juli 2022 aufgeführte und vom Beschwerdeführer im Fragebogen bestätigte Ereignis bestand im Einschlagen eines Gartenpfahls mit einem schweren Hammer (vgl. oben E. 2.1). Auch wenn rechtsprechungsgemäss dem Kriterium des Unfallmechanismus für die Beurteilung der Unfallkausalität keine übergeordnete Bedeutung beizumessen ist (Urteil BGer 8C_167/2021 vom 16.12.2021 E. 4.1) und eine Leistungspflicht aus Art. 6 Abs. 2 UVG gar keinen äusseren Faktor voraussetzt (BGE 146 V 51 E. 7.5), so stellt ein initiales Ereignis dennoch ein massgebliches Kriterium im gesamten Ursachenspektrum dar und ist von Bedeutung für die Klärung der Frage, ob geklagte Beschwerden traumatischer Genese oder vorwiegend auf Abnutzung und Erkrankung zurückzuführen sind (Urteil BGer 8C_671/2019 vom 11.3.2020 E. 2.4). Vorliegend ist nicht zu beanstanden, wenn Dr.med. H._____ das erinnerliche Ereignis (mit schwerem Hammer Gartenpfosten einschlagen) als eines von untergeordneter, harmloser Art bezeichnet, das nicht geeignet ist, einen Riss einer gesunden Sehne zu verursachen (vgl. auch Urteil BGer 8C_446/2019 vom 22.10.2019 E. 5.2.3; Dubs et al., Der Schultertrauma-Check, Medinfo 2021/1).

4.8.3 Auch nicht zu beanstanden ist die Beurteilung von Dr.med. H._____, es liege ein crescendo-Verlauf der Beschwerden vor, was für ein degeneratives Geschehen spreche. Soweit der Beschwerdeführer diesen Verlauf bestreitet und ausführt, er sei auf starke Schmerzmittel angewiesen gewesen, so vermag dies die kreisärztliche Beurteilung nicht zu zerstören. Zum einen steht dies in Widerspruch zur eigenen früheren Aussage, hatte er selber doch auf die Frage, regel-

mässig Schmerzmittel einzunehmen, mit 'nein' geantwortet (Suva-act. 7). Zum andern hat die erstbehandelnde Ärztin explizit dokumentiert, die Schmerzen hätten im Verlaufe zugenommen und es sei dann zu einer Funktionseinbusse gekommen (vgl. oben E. 2.2). Dass die Arbeitsunfähigkeit erst nach der Arztkonsultation vom 22. Juli 2022 eintrat, ist ebenfalls aktenkundig (Suva-act. 2). Damit aber ist die Beurteilung von Dr.med. H._____ aktenbasiert. Auch wird dadurch bestätigt, dass die Funktionseinbusse nicht ereignisnah eintrat, sondern erst im Verlauf und mit den zunehmenden Schmerzen, was ebenso gegen eine traumatische Sehnenruptur spricht, wie dies Dr.med. H._____ zu Recht in seine Beurteilung einfliessen liess (vgl. Dubs et al., Der Schultertrauma-Check, Medinfo 2021/1; Lädemann et al., Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette, SMF 2019 S. 263).

4.8.4 Es trifft zu, dass die Beurteilung von Dr.med. H._____, das Arthro-MRI zeige keine Ruptur der Supraspinatussehne, der Beurteilung von Prof. Dr.med. E._____ widerspricht (vgl. oben E. 2.3). Hieraus kann der Beschwerdeführer aber nichts zu seinen Gunsten ableiten. Zu Recht hält die Suva fest, auch der Operateur Dr.med. F._____ habe in seinem Bericht vom 11. August 2022 den Arthro-MRI-Befund als falsch beurteilt. Denn zum einen widerspricht Dr.med. F._____ ausdrücklich und deutlich ("eine transmurale Ruptur der SSP findet sich sicher nicht", Suva-act. 19) und zum andern weist Dr.med. F._____ aus, dass dies nicht nur seine Beurteilung ist, sondern er für die Beurteilung der Bilder vielmehr noch den Radiologen Dr.med. J._____ beigezogen habe, der auch keine transmurale Ruptur festgestellt habe.

Diesbezüglich ist zu ergänzen, dass entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers auch der Operationsbericht die Beurteilung von Prof. Dr.med. E._____ nicht bestätigt. Denn dieser gelangte zum Schluss, es liege eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne vor (vgl. oben E. 2.3), was im Operationsbericht nicht dokumentiert ist. Dieser spricht davon, die Supra-/Infraspinatussehne sei am bursaseitigen Blatt partiell gerissen (vgl. oben E. 2.7). Weder bestätigt dies den Befund von Prof. Dr.med. E._____, noch bestätigt der Radiologiebefund den Operationsbericht.

Damit aber ist die Beurteilung von Dr.med. H._____, bildgebend sei kein Sehnenriss dokumentiert, nicht zu beanstanden.

4.8.5 Weiter ist entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers auch die kreisärztliche Beurteilung, die Ruptur sei erst sekundär nach Entfernung des Kalkdepots entstanden, schlüssig und nachvollziehbar (vgl. oben E. 2.9.2). We-

der der Operationsbericht vom 13. Oktober 2022 noch die intraoperativen Bilder vermögen dies in Zweifel zu ziehen.

Dr.med. F. _____ stellte im Bericht vom 11. August 2022 noch die Diagnose einer Tendinitis calcarea der Suprapinatussehne mit durchgebrochenem Kalkdepot (vgl. oben E. 2.4). Diese Diagnose bestätigte auch Dr.med. H. _____ (vgl. oben E. 2.5). Dies wird durch die intraoperativen Bilder (Bild Nr. 17; Suva-act. 68) gestützt. Und gleichwohl wird dieser bildgebend bestätigte, relevante Befund im Operationsbericht gar nicht erwähnt.

Im Operationsbericht wird aber nicht nur das auf den intraoperativen Bildern dokumentierte Kalkdepot nicht erwähnt. Auch die Kalkentfernung wird einzig unter 'Operation' als 'Bursektomie und Kalkentfernung aus der Bursa' erwähnt, nicht aber in der Dokumentation des 'technischen Vorgehens'. Hier wird überhaupt nichts betreffend Kalkdepot oder dessen Entfernung festgehalten, obwohl das Kalkdepot in den intraoperativen Bildern klar dokumentiert ist (Bild 17; Suva-act. 68). Festgehalten ist lediglich eine 'ausgiebige Bursektomie' und direkt daran anschliessend, die Supra-/Infraspinatussehne sei am bursaseitigen Blatt partiell gerissen. Dass das Kalkdepot belassen wurde, kann trotz mangelnder Dokumentation im 'technischen Verfahren' nicht angenommen werden, wird die Kalkentfernung doch unter 'Operation' erwähnt. Soweit die Resektion unter die 'ausgiebige Bursektomie' subsumiert wurde, ist die Beurteilung von Dr.med. H. _____ nachvollziehbar, dass im Anschluss an diese der Defekt im Sinne eines partiellen Risses im Bereich der Supra-/Infraspinatussehne am bursaseitigen Blatt festgehalten wurde, also nach der Resektion des Kalkdepots entstanden ist. Denn sowohl der Operationsbericht als auch die intraoperativen Bilder bestätigen seine Feststellung, dass der Defekt der Supra- und Infraspinatussehne initial weder im Bericht noch auf den Bildern von intraartikulär her dokumentiert ist. Das heisst, weder der Bericht noch die intraoperativen Bilder vermögen den Nachweis zu leisten, dass der Sehnenriss schon vor der Operation, namentlich vor der ausgiebigen Bursektomie und Resektion des Kalkdepots bestand.

4.8.6 Damit vermag der Operationsbericht die Beurteilung von Dr.med. H. _____ nicht zu widerlegen; seine Feststellung steht nicht in Widerspruch zum Operationsbericht und stellt keine unbelegte Mutmassung dar. Vielmehr dokumentieren die intraoperativen Bilder das, was Dr.med. F. _____ bereits im Bericht vom 11. August 2022 festgehalten hatte, nämlich, dass eine Kalkschulter vorlag. Dokumentiert ist sodann die Naht eines Risses, nicht jedoch, dass dieser schon initial vorlag.

4.8.7 Bleibt zu ergänzen, dass Dr.med. F. _____ im Operationsbericht erstmalig die Diagnose einer traumatischen bursaseitigen Supra- und Infraspinatussehnen-Ruptur bei posteriorer Subluxation der rechten Schulter erwähnt. Dabei geht er weder auf seine frühere, davon abweichende Diagnosestellung ein, noch begründet er, warum eine traumatische Ruptur vorliegen soll. Im Gegensatz zu Dr.med. H. _____, welcher mehrere Kriterien anführt, welche gegen das Vorliegen einer Listenverletzung bzw. für ein vorwiegend krankheitsbedingtes Geschehen sprechen, führt Dr.med. F. _____ keinerlei Begründung auf. Der medizinische Begriff 'traumatisch' allein vermag ein krankhaftes Geschehen nicht zu widerlegen (Urteil BGer 8C_241/2020 vom 29.5.2020 E. 3). Damit vermag der Operationsbericht an der kreisärztlichen Beurteilung keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken.

5. Zusammenfassend hat die Suva damit zu Recht auf die Beurteilungen von Dr.med. H. _____ abgestellt. Er vermochte schlüssig aufzuzeigen, dass am 13. Oktober 2022 keine Listenverletzung operativ saniert wurde, sondern eine krankhafte Kalkschulter. Berichte, welche an seiner Beurteilung Zweifel erwecken, liege keine vor. Namentlich vermögen weder der Operationsbericht vom 13. Oktober 2022 noch die intraoperativen Bilder den Nachweis zu erbringen, dass eine Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne schon vor der Schulterarthroskopie vorgelegen hatte. Entsprechend hat die Suva den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. Das Einholen eines Gutachtens erübrigt sich, da hiervon keine von der kreisärztlichen Beurteilung abweichende Feststellung erwartet werden kann.

6. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen. Kosten werden keine erhoben (Art. 61 lit. f^{bis} 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).
4. Zustellung an:
 - die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. Januar 2024

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch 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: 29. Januar 2024