

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2024 43

Entscheid vom 4. Dezember 2024

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
lic.iur. Josef Mathis, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt B._____,

gegen

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

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen; Kausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1963) ist seit 1. Juni 1985 als Dachdecker bei der C._____ AG angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch unfallversichert. Am 18. September 2022 meldete die Arbeitgeberin der Suva, A._____ sei am 17. September 2022, 18 Uhr, auf nassem Eternit-Dachschiefer ausgerutscht und habe dabei die linke Schulter geprellt. Die Arbeit habe er seit dem 19. September 2022 ausgesetzt (Suva-Dossier 26.70782.22.3 act. 1 = Suva-act. U1/1). Mit Schreiben vom 22. September 2022 anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht (Suva-act. U1/3, 9).

B. Bei anhaltenden Beschwerden suchte A._____ Dr.med. D._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie) auf, der gemäss Bericht vom 24. März 2023 nach der Konsultation vom 8. November 2022 bei Diagnose eines massiven Schulterdistorsionstraumas links mit Subscapularissehnenabrissruptur, transmuraler Supraspinatussehnenruptur, Bizepssehnenluxation sowie massiver intraartikulärer Synovitis die Indikation zur operativen Sanierung stellte (Suva-act. U1/51). Am 14. November 2022 erfolgte die Schulterarthroskopie links mit arthroskopischer Subscapularissehnenrekonstruktion, arthroskopischer Supraspinatussehnenrekonstruktion, intraartikulärer Synovektomie, Bizepssehnenreposition sowie subakromialer Bursektomie (Suva-act. U1/20). Für diesen Eingriff erteilte die Suva am 16. November 2022 Kostengutsprache (Suva-act. U1/13).

C. Am 25. Februar 2023 meldete die Arbeitgeberin der Suva, A._____ sei am 15. Februar 2023, 08.10 Uhr, aus dem Auto gestiegen und auf dem gefrorenen Asphalt ausgerutscht, wobei er auf die operierte linke Schulter gestürzt sei (Suva-Dossier 23.84640.23.3 act. 1 = Suva-act. U2/1). Mit Schreiben vom 1. März 2023 anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht (Suva-act. U2/3). In der Konsultation vom 24. Februar 2023 erhob Dr.med. D._____ den Befund, dass die aktive Elevation und Abduktion aufgehoben sei, massivste Bewegungs- und Belastungsbeschwerden bestünden und die Kraft im Seitenvergleich massiv reduziert sei (Suva-act. U2/11). Am 23. Mai 2023 erfolgte bei anhaltenden Schulterbeschwerden ein Arthro MRI Schulter links, das keinen Hinweis auf eine erneute Läsion der Rotatorenmanschette bei St.n. Rekonstruktion ergab, jedoch Zeichen einer Bursitis subacromialis sowie einer Capsulitis (Suva-act. U2/14).

D. Nach Einholung von Kurzbeurteilungen der Versicherungsmedizin prüfte die Suva mit Verfügung vom 7. September 2023 ihre Leistungspflicht für die beiden Schadenfälle vom 17. September 2022 sowie 15. Februar 2023. Gemäss ihrem versicherungsmedizinischen Dienst sei mit der Operation vom 14. November 2022 keine Unfallfolge behandelt worden; spätestens sechs Wochen nach dem

Unfallereignis vom 17. September 2022 sowie acht Wochen nach dem Ereignis vom 15. Februar 2023 seien die Beschwerden an der linken Schulter nicht mehr unfallbedingt. Die Suva schloss den Fall per 14. September 2023 ab; einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen lehnte sie ab (Suva-act. U1/63 und U2/26).

E. Am 5. Oktober 2023 erhob A. _____ Einsprache gegen die Leistungseinstellung (Suva-act. U1/83 und U2/34). Diese ergänzte er mit Eingabe vom 7. November 2023 und legte hierzu eine gutachterliche Stellungnahme von Dr.med. Dr.h.c. E. _____ (Leitende Ärztin Unfallchirurgie und Orthopädie BG Unfallklinik F. _____) vor (Suva-act. U1/72, U1/74 und U2/44). Nach Einholen einer weiteren ärztlichen Beurteilung des versicherungsinternen Arztes Dr.med. G. _____ (Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt spezialisierte Traumatologie) vom 2. April 2024 wies die Suva die Einsprache mit Entscheid vom 19. April 2024 ab (Suva-act. U1/88 und U2/58).

F. Am 21. Mai 2024 lässt A. _____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid vom 19. April 2024 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlich geschuldeten Leistungen auch nach dem 14. September 2023 zu erbringen, insbesondere Tagelöhner und Heilungskosten, eventuell eine Rente und Integritätsentschädigung.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (inkl. 8.1 % MwSt.).

Mit Vernehmlassung vom 19. Juni 2024 beantragt die Suva die Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheides vom 19. April 2024.

Am 12. September 2024 repliziert der Beschwerdeführer. Er beantragt Gutheissung der Beschwerde und stellt zusätzlich den Antrag, das Vorgehen der Suva sei unabhängig vom Ausgang des vorliegenden Verfahrens bei den Kosten und der Parteientschädigung zu berücksichtigen. Am 30. September 2024 verzichtet die Suva auf Einreichung einer umfassenden Duplik.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Strittig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Suva die Versicherungsleistungen zu Recht per 14. September 2023 eingestellt hat mit der Begründung, die bestehenden Schulterschmerzen links seien nicht mehr unfall-, sondern ausschliesslich krankheitsbedingt; mit der Operation vom 14. November 2022 seien keine Unfallfolgen behandelt worden.

2. Soweit der Beschwerdeführer der Suva vorwirft, die Aktenführung entspreche nicht den gesetzlichen Vorgaben, geht der Vorwurf fehl. Nach Eingang der Unfallmeldung vom 18. September 2022 eröffnete die Suva ein Verfahren (26.70782.22.3) und ein Dossier (Suva-act. U1); sie legte fortan chronologisch die diesen Unfall betreffenden Akten ab, was sich dem Inhaltsverzeichnis entnehmen lässt. Am 25. Februar 2023 wurde ein neuer Unfall gemeldet, was zur Eröffnung eines neuen Verfahrens mit eigenem Dossier führte (23.84640.23.3; Suva-act. U2), das gleichermassen geführt wurde. Die Bearbeitung der beiden Fälle erschliesst sich aus den beiden Dossiers. Dass es mitunter Doppelspurigkeiten gibt, ist der Suva nicht vorzuwerfen, da beide Unfälle die linke Schulter betrafen und der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des zweiten Unfalles bezüglich vermeintlicher Folgen des ersten Unfalles noch immer bei Dr.med. D. _____ in Behandlung war. Dass mit Verfügung vom 7. September 2023 dann beide Fälle in einem Akt abgeschlossen wurden und fortan formal ein Verfahren (bis hin zum vorliegenden) geführt wird, beschlägt die Aktenführung nicht, zumal dieses Verfahren in beiden Dossiers dokumentiert ist. Des Weiteren lässt sich entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers die Begründung der Verfügung und des Einspracheentscheides aus den beiden Unfalldossiers nachvollziehen.

3. Was die beiden Unfälle sowie den Gesundheitsverlauf anbelangt, so ergibt sich aus den Akten folgendes:

3.1 Am 18. September 2022 meldete die Arbeitgeberin der Suva den Unfall vom Vortag (Samstag). Der Beschwerdeführer sei auf nassem Eternit-Dachschiefer ausgerutscht; die linke Schulter sei geprellt (Suva-act. U1/1). Anlässlich eines Telefoninterviews vom 21. Dezember 2022 beschrieb der Beschwerdeführer den Unfallhergang wie folgt (Suva-act. U1/22):

War an Arbeitsvorbereitungen auf dem Dach dran, wollten da am nächsten Tag Solaranlagen montieren. Als ich vom Gerüst auf das Dach steigen wollte, merkte ich, wie es auf der Schieferplatte rutscht und schon hat es mich seitlich umgeworfen und bin seitlich auf meine linke Schulter gefallen.

Im Notfallbericht vom 18. September 2022 wird unter Anamnese festgehalten, der Beschwerdeführer habe auf einem Dach Vorarbeiten für das Aufstellen einer Solaranlage erledigen wollen. Er sei dabei auf einer Eternitplatte ausgerutscht und auf die linke Schulter gefallen (Suva-act. U1/36).

3.2 Der Beschwerdeführer führte anlässlich des vorerwähnten Telefonates weiter aus, nach dem Sturz einen direkten Schmerz gespürt zu haben, jedoch die Aufräumarbeiten noch gemacht zu haben in der Annahme, sich eine Prellung zugezogen zu haben. Am Folgetag (Sonntag) habe er wegen den starken Schmer-

zen den Hausarzt aufgesucht. Im Notfallbericht vom 18. September 2022 wird als Status dokumentiert (Suva-act. U1/36):

linke Schulter passiv frei beweglich, AR gegen Widerstand und Schürzengriff stark schmerzhaft, Abd gegen WS kräftig aber schmerzhaft, kein Hämatom.

Am selben Tag wurde auch ein Röntgen Schulter a.p. und Neeraufnahme links angefertigt, das eine regelrechte Darstellung der ossären Strukturen ohne Frakturachweis sowie mit kongruenten Artikulationen zeigte (Suva-act. U1/19). Es wurde die Diagnose einer Schulterkontusion links gestellt und die Ruhigstellung in Mitella sowie Analgesie mit Irfen und Minalgin verordnet; bei Beschwerdepersistenz ein MRI vorbehalten (Suva-act. U1/36).

3.3 Am 23. September 2022 erfolgte ein Arthro MRI der linken Schulter bei klinischer Angabe "Sturz auf Schulter am 17.08.2022 [recte 17.09.2022]. Schwäche im AR" sowie der Frage nach Schulterbinnenläsion. Im Bericht vom gleichen Tag dokumentierte der Radiologe (Suva-act. U1/17):

Befund

[...] Das intraartikulär applizierte Kontrastmittel verbleibt streng im Gelenkraum. Ausgedehnte gelenkseitige Signalhyperintensität im anterioren Aspekt der Supraspinatussehne. Normale Signalgebung der Infraspinatussehne. Gelenkseitige Signalhyperintensität im Bereich der Subscapularissehne. Deutliche Signalhyperintensitäten in der langen Bizepssehne die bis zum Bizepssehnenanker und zum Labrum reichen. Die lange Bizepssehne ist medialisiert. Gute Muskel Qualität, negatives Tangenten-Zeichen. Austritt von Kontrastmittel im Bereich des Recessus axillaris. Ödematöse Veränderungen im Bereich des Musculus infraspinatus. Subchondrale Zystenbildung und ödematöse Veränderungen sowie kleine Osteophyten im AC-Gelenk. Der Subakromialraum misst ca. 5 mm.

Beurteilung

Ausgedehnte gelenkseitige Partialläsion in der tendinopathisch veränderten Supraspinatussehne.

Gelenkseitige Partialläsion im Bereich der Subscapularissehne.

Tendinopathie der langen Bizepssehne mit Verdacht auf SLAP-Läsion des anterioren Superioren Labrums sowie Pulley-Läsion bei Medialisierung der langen Bizepssehne.

Zeichen einer AC-Gelenksarthrose. Zeichen einer leichten Bursitis subacromialis/subdeltoidea.

Diskrete ödematöse Veränderungen im Bereich des Musculus infraspinatus.

Verdacht auf Kapselverletzung bei Austritt von Kontrastmittel im Bereich des Recessus axillaris.

3.4 Nachdem der Orthopäde Dr.med. D. _____ die Operationsindikation stellte (vgl. hierzu unten E. 3.7), erfolgte am 14. November 2022 eine Schulterarthroskopie mit Rekonstruktion der Subscapularissehne und der Supraspinatussehne, einer intraartikulären Synovektomie, Bizepssehnenreposition sowie einer

subakromialen Bursektomie (Suva-act. U1/20). Bei Spitaleintritt zeigten sich als Lokalbefund massive Bewegungs-, Belastungs- und Ruhebeschwerden, eine massiv reduzierte Kraft, deutlich positive Neer-Zeichen; eine Instabilität zeigte sich nicht (Suva-act. U1/21). Unter technischer Durchführung dokumentierte der Operateur Dr.med. D._____ im Operationsbericht vom 21. November 2022 (Suva-act. U1/20):

[...] Eingehen über ein dorsales Standardportal. Entleeren eines intraartikulären blutigen Ergusses. Eingehen mit der Optik und Darstellung einer massiven intraartikulären Synovitis. Über ein anterior-superiores Portal wird ein Shaver eingeführt und es erfolgt zunächst eine subtile Synovektomie mit anschliessender Blutstillung. Der Humeruskopf wie auch das Glenoid sind soweit unauffällig. Das Labrum ist intakt. Die Subskapularissehne zeigt im Ansatzbereich am Tuberculum minus einen hochgradigen Abriss. Die lange Bizepssehne ist entsprechend nach medial subluxiert. Gleichzeitig zeigt sich eine breite transmurale Supraspinatussehnenruptur. Die Infraspinatussehne ist intakt. Über das anterior-superiore Portal wird zunächst die Bizepssehne reponiert. Anschliessend wird mittels OPUS-System die Subskapularissehne gefasst und mittels SpeedScrew-Schraube sicher am Tuberculum minus refixiert. Anschliessend Schaffung eines antero-lateralen Portals. Narbenrektion von Seiten der Supraspinatussehne wie auch Anfrischung des Tuberculum majus. 2-faches Fassen der Supraspinatussehne mittels OPUS-System und sichere Rekonstruktion am Tuberculum majus von intraartikulär her. Es zeigt sich nun ein vollständiger Verschluss der Supraspinatussehne, eine sichere Rekonstruktion der Subskapularissehne und eine reponierte Bizepssehne. Eingehen nach subakromial. Es zeigt sich hier eine ausgeprägte Bursitis, sodass eine Bursektomie erfolgt. [...].

Bei peri- und postoperativ komplikationslosem Verlauf erfolgte eine rasche Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung. Bei deutlicher Beschwerdebesserung trat der Beschwerdeführer am 16. November 2022 aus. Für vier Wochen wurde ein Abduktionskissen verordnet, anschliessend sukzessive aktive Mobilisation. Zudem sofortiger Beginn mit passiv und passiv-assistiven Bewegungsübungen mit AR bis 0° und Elevation passiv/assistiv bis 70° (Suva-act. U1/21).

3.5 Mit Schreiben vom 10. Februar 2023 berichtete Dr.med. D._____ der Suva über die Konsultationen nach erfolgtem Eingriff (Suva-act. U1/38). Am 13. Dezember 2022 zeigte sich der Beschwerdeführer deutlich beschwerdegebessert; Ruhebeschwerden wurden verneint; passive Abduktion und Elevation erreichten 100°. Für die Konsultation vom 10. Januar 2023 wird erneut eine deutliche Beschwerdebesserung dokumentiert; zeitweilige Ruhebeschwerden. Bei gleicher Elevation und Abduktion (100°) wird angefügt, der aktive Nacken- und Schürzengriff sei nur knapp möglich. Am 31. Januar 2023 gab der Beschwerdeführer noch Restschmerzen an; Nackengriff war möglich, Schürzengriff noch eingeschränkt; Abduktion und Elevation erreicht "zwischenzeitlich" 100°. Die Arbeitsunfähigkeit wurde weiterhin bestätigt sowie Physiotherapie verordnet.

3.6 Am 25. Februar 2023 meldete die Arbeitgeberin des Beschwerdeführers der Suva ein weiteres Unfallereignis vom 15. Februar 2023 (Suva-act. U2/1). Er sei aus dem Auto ausgestiegen und auf dem gefrorenen Asphalt ausgerutscht und dabei auf die operierte Schulter gestürzt. Anlässlich des Telefoninterviews vom 7. Juni 2023 erklärte der Beschwerdeführer, er sei vor der Physiotherapie auf Eis ausgerutscht und auf die Schulter gefallen (Suva-act. U2/13).

3.7 Am 3. März 2023 ersuchte die Suva Dr.med. D._____ um Zustellung der intraoperativen Bilder vom 14. November 2022 (Suva-act. U1/40; vgl. Bilder Suva-act. U1/41), am 17. März 2022 um Zustellung sämtlicher Berichte vor der Operation (Suva-act. U1/49). Am 24. März 2023 berichtete Dr.med. D._____ über die Sprechstunde vom 8. November 2022 wie folgt (Suva-act. U1/51):

Diagnose

- Massives Schulterdistorsionstrauma links mit Subscapularissehnenabrissruptur, transmuraler Supraspinatussehnenruptur, Bizepssehnenluxation, massiver intra-artikulärer Synovitis

Konsultation 08.11.2022

Der Patient ist bereits am 18.09.2022 [sic] nach eigenen Angaben gestürzt und hat sich hierbei ein massives Schulterdistorsionstrauma links zugezogen. Seither massive Bewegungs- und Belastungsbeschwerden, massivste Ruhebeschwerden, eine Arbeitsfähigkeit als Dachdecker ist nicht mehr gegeben.

Befunde

Unter massiven Beschwerden zeigt sich eine noch ganz gute Beweglichkeit, der Nacken- und Schürzengriff ist möglich, massive Schmerzen jedoch unter Belastung, die Kraft ist im Seitenvergleich deutlich reduziert, die Neer-Zeichen positiv, das Lift-off-Sign ist positiv. Eine Instabilität zeigt sich nicht.

MRI

Schulter links: Transmurale Supraspinatussehnenruptur.
Hochgradige Subscapularissehnenpartialruptur.

Procedere

Aufgrund der massiven Beschwerden ist sicherlich die Indikation für eine Schulterarthroskopie links mit Rotatorenmanschettenrekonstruktion gegeben.

3.8 Nachdem alle die von Dr.med. G._____ geforderten medizinischen Berichte vorlagen, beantwortete er am 31. März 2023 Fragen der Verwaltung betreffend den Unfall vom 17. September 2022 im Rahmen einer Kurzbeurteilung (Suva-act. U1/53):

1.1. Hat der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar sind, geführt?

Antwort: üww nein

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

Antwort: üww nein. Kein Kontrastmitteldurchtritt im MRI sichtbar. SSP anterior lädiert, im crescent Bereich, dazu passend eine mässige Volumenminderung und 1°

Verfettung des SSP. SSC Oberrandläsion, was zusammen mit anteriorer SSP Läsion zumeist degenerativ ist. Im MRI ist diese Oberrandläsion sehr diskret. Eine solche Läsion (Partiellläsion) führt idR nicht zu einem positiven Lift-off-LAG sign, wie präop. beschrieben. Dieser Bericht scheint aber im Nachhinein verfasst, vgl. dazu meine Annotationen. Im MRI im SSP und SSC Bereich keine Hinweise auf frische Läsionen (Ödem). LBS stark degenerativ verändert. Die intraop. Bilder legen dann aber, wie im OP Bericht beschrieben, eine transmurale Läsion des SSP nahe (Bild 2), doch sind die Sehnenenden schon entrundet (Bild 2), was knapp 2 Monate nach dem UE (Intervall UE-OP) kaum möglich scheint. Ebenso muss die beschriebene massive intraarticuläre Synovitis (Anm. = Pleonasmus) älteren Datums sein resp. schon länger als 2 Monate bestanden haben.

2. Bei Verneinung von Frage 1.1 und 1.2: Ab wann spielen Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr, wobei der Einfluss der Operation ausser Acht zu lassen ist?

Antwort: Kontusion: 6 Wochen

3. Falls der Zeitpunkt dafür noch nicht beurteilbar ist, wann ist Frage 2 aus medizinischer Sicht wieder zu prüfen?

Keine Antwort.

3.9 Am 19. April 2023 berichtet Dr.med. D. _____ über die Sprechstunde vom 12. April 2023 (Suva-act. U1/55 und U2/6), wonach der Beschwerdeführer noch immer Restbeschwerden von Seiten der operierten Schulter aufweise. Der Nacken- und Schürzengriff sei knapp möglich, die Abduktion und Elevation erreichten linksseitig 130°, rechtsseitig 180°. Die Aussenrotation sei linksseitig nach Subscapularissehnenrekonstruktion noch auf 0° reduziert, rechtsseitig betrage sie 45°. Aufgrund der anhaltenden Beschwerden erfolgte eine Schultergelenkinfiltration.

3.10 Am 3. Mai 2023 berichten die den Beschwerdeführer seit der Operation betreuenden Physiotherapeuten (Suva-act. U2/9). Durch die Behandlung habe das aktive Bewegungsausmass und die Kraft verbessert werden können. Durch den Unfall vom 15. Februar 2023 habe er einen Schritt zurück gemacht und seither erhebliche Beschwerden in der linken Schulter; die aktive Flexion betrage 110°, die aktive Abduktion 90°. Die Schmerzen würden die aktive Schultermobilität erschweren und den Kraftzuwachs stark einschränken. Zuviel Aktivität erhöhe die Schmerzen und schränke das ROM ein.

3.11 Am 26. Mai 2023 informierte Dr.med. D. _____ über die letzten Konsultationen (Suva-act. U2/11). So habe der Beschwerdeführer am 24. Februar 2023 berichtet, am 15. Februar 2023 auf Eis ausgerutscht zu sein und sich ein massives Schulterdistorsions- und Kontusionstrauma links zugezogen zu haben; seither beklage er massive Bewegungs- und Belastungsbeschwerden. Als Befund notierte er, die aktive Elevation und Abduktion sei aufgehoben, massivste Bewegungs- und Belastungsbeschwerden, die Kraft sei im Seitenvergleich massiv re-

duziert. Im Röntgen sei keine Fraktur nachweisbar. Dr.med. D._____ veranlasste eine MRI-Untersuchung, die keine Ruptur ergab (wohl MRI vom 1.3.2023 [vgl. Suva-act. U2/14, unten E. 3.12], dessen Befund in keinem Dossier liegt). Zur Konsultation vom 15. März 2023 wird über noch immer erhebliche Bewegungs- und Belastungsbeschwerden berichtet, aktiver Nacken- und Schürzengriff sei knapp möglich, passive Elevation erreiche 120°. Auch für den 12. April 2023 werden erhebliche Restbeschwerden notiert, nachdem er vor dem Unfall keinerlei Beschwerden mehr aufgewiesen habe (wobei das Wort 'mehr' nur die Lesart zulässt, dass es sich um den zweiten Unfall handelt). Der Nacken- und Schürzengriff sei möglich, Abduktion und Elevation erreichten linksseitig 120°, rechtsseitig 180°; die Aussenrotation sei deutlich eingeschränkt (vgl. den davon abweichenden Bericht vom 19.4.2023, E. 3.9). Es erfolgte eine Infiltration der linken Schulter, worauf zur Konsultation vom 9. Mai 2023 festgehalten wird, nach der Infiltration sei es zu einer deutlichen Besserung gekommen. Nacken- und Schürzengriff seien aktuell nur knapp möglich, Abduktion und Elevation auf 130° eingeschränkt. Seit dem Sturz auf Eis gebe er erhebliche Bewegungs- und Belastungsbeschwerden an, nachdem er zuvor nahezu beschwerdefrei gewesen sei. Es wurde erneut eine MRI-Untersuchung veranlasst.

3.12 Als Befund und Beurteilung des Arthro MRI Schulter links vom 23. Mai 2023 dokumentierte der Radiologe (Suva-act. U2/14):

Befund:

Es wird mit der letzten Voruntersuchung vom 1.3.2023 verglichen.

Es zeigt sich weiterhin eine postoperative Veränderung der Supraspinatus- und der Subscapularissehne. Auch die Infraspinatussehne kommt am Übergang zur Supraspinatussehne etwas postoperativ verändert zur Darstellung. Eine erneute Läsion der Rotatorenmanschette zeigt sich nicht. Leichte Subluxation der langen Bizepssehne nach medial, vorbestehend. Exsudation im hypertrophierten AC-Gelenk. Flüssigkeit in der Bursa subacromialis. Weiterhin etwas verdickt zur Darstellung kommende Gelenkkapsel ventral mit geringerer Entfaltung derselben im Vergleich zu dorsal. Keine eindeutige Labrumläsionen. Geringe Osteophytenbildung am Humeruskopf ventrokaudal.

Keine fettige Degeneration oder Arthropathie der Muskelbäuche der Rotatorenmanschette.

Beurteilung:

Kein Hinweis auf eine erneute Läsion der Rotatorenmanschette bei St.n. Rekonstruktion.

Zeichen einer Bursitis subacromialis sowie einer Capsulitis

Im Bericht zur Sprechstunde vom 2. Juni 2023 verweist Dr.med. D._____ auf die sehr gute Reaktion auf die Infiltration vom 9. Mai 2023 sowie das Ergebnis der MRI-Untersuchung, wonach keine Rotatorenmanschettenruptur nachweisbar sei, aber eine Kapsulitis (Suva-act. U2/15).

3.13 In einer Kurzbeurteilung betreffend Folgen des zweiten Unfalles vom 15. Februar 2023 beantwortete Dr.med. G._____ Fragen der Suva am 21. Juni 2023 wie folgt (Suva-act. U2/17):

1. War die Gesundheit der versicherten Person bei der vom aktuellen Unfallereignis betroffenen Körperregion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt?

Antwort: Ja

1.2. Wenn ja, inwiefern?

Antwort: Läsion der subscapularis und supraspinatus Sehne und Bizepssehnen-Luxation Schulter links. Operative Rekonstruktion 14.11.2022. Unfall-Kausalität von mir abgelehnt (vergleiche Beurteilung 31.3.2023).

[2. Wenn Sie Frage 1 verneinen: -]

3. Falls Sie Frage 1 bejahen:

3.1. Hat der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar sind, geführt? Wenn nein, bitte begründen.

Antwort: im MRI vom 23.5.2023 ist keine objektivierbare strukturelle Läsion dargestellt, die mit dem Unfallereignis vom 15.2.2023 im Zusammenhang wäre. Klinisch besteht aber eine Kapsulitis, entsprechend ist im MRI das Kapselvolumen vermindert, das aber per se keine strukturelle Läsion darstellt.

3.2. Wenn nein, ab wann spielen Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr?

Antwort: entfällt

3.3. Falls der Zeitpunkt dafür noch nicht beurteilbar ist, wann ist Frage 3.2 aus medizinischer Sicht wieder zu prüfen?

Antwort: nach der nächsten Konsultation im Juli 2023.

3.14 Am 5. August 2023 berichtete Dr.med. D._____ zur Sprechstunde vom 28. Juli 2023, der Beschwerdeführer sei beschwerdegebessert, die Kraft sei jedoch im Seitenvergleich noch immer reduziert. Als Befund dokumentierte er eine zwischenzeitlich freie Beweglichkeit der linken Schulter, noch deutliche Kraftreduktion im Seitenvergleich. Ab dem 1. August 2023 sollte eine 50%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sein (Suva-act. U2/18).

3.15 Auf die neuerliche Unterbreitung derselben Fragen (vgl. oben E. 3.13) gelangte Dr.med. G._____ am 31. August 2023 zur Kurzbeurteilung (Suva-act. U2/21):

Vergleiche dazu meine Beurteilung vom 21.6.2023.

Diese enthält aber unter Punkt 3 einen Fehler. Die Antwort unter 3.1 sollte heissen: überwiegend wahrscheinlich nein. Klinisch soll eine Kapsulitis bestehen. Überwiegend wahrscheinlich ist aber die Bewegungseinschränkung und das im MRI vom 23.5. 2.2.2023 [sic] nachgewiesene verminderte Kapselvolumen noch bedingt durch die nicht unfallkausal durchgeführte Operation vom 14.11.2022 im Schadenfall 26.70782.22.3. Entsprechend 3.2: Kontusion bei Vorschaden: 6-8 Wochen.

4.1 Am 7. September 2023 verfügte die Suva den Fallabschluss und die Leistungseinstellung per 14. September 2023. Mit der Operation vom 14. November 2022 seien gemäss versicherungsmedizinischem Dienst keine Unfallfolgen behandelt worden. Spätestens nach sechs Wochen seit dem Ereignis vom 17. September 2022 sowie acht Wochen seit dem Ereignis vom 15. Februar 2023 seien die Beschwerden an der linken Schulter gestützt auf die ärztliche Beurteilung nicht mehr unfallbedingt (Suva-act. U1/63 und U2/26).

4.2 Am 5. Oktober 2023 erhob der Beschwerdeführer Einsprache; seine gesundheitlichen Beschwerden seien weiterhin auf die beiden Unfälle zurückzuführen (Suva-act. U1/83 und U2/34). Am 7. November 2023 wurde die Einsprache ergänzt (Suva-act. U1/72 und U2/44). Der Einspracheergänzung beigelegt war eine gutachterliche Stellungnahme von Dr.med. E. _____ vom 15. Oktober 2023 (Suva-act. U1/74 und U2/45).

Gemäss Dr.med. E. _____ erlitt der Beschwerdeführer am 17. September 2022 einen direkten Sturz auf die Schulter, am Folgetag stärkste Beschwerden der Schulter. Im MRI vom 23. September 2022 fänden sich altersbedingte, degenerative Veränderungen im Bereich des Schultergelenkes sowie eine subakromiale Einengung, welche das Gleitverhalten der Sehnen behindere. Die Supraspinatussehne sei tendinopathisch verändert, was einen Hinweis auf degenerative Veränderungen gebe. Unfallfremd seien auch die Tendinopathie der langen Bizepssehne sowie die Zeichen einer AC-Gelenksarthrose. Die Muskelqualität sei gut beschrieben, was eher den Eintritt einer frischen Verletzung bestätige.

Weiter hält sie fest, knapp 2 Monate nach Ereignis sei es äusserst schwierig, allein anhand der Beurteilung des intraoperativen Befundes zu beurteilen, ob es sich bei der ausgedehnten gelenkseitigen Partiailläsion der Supraspinatussehne und dem Abriss der Subscapularissehne um rein unfallbedingte oder rein degenerative Veränderungen oder ein Mischbild handle. Die intraoperativen Bilder 2 Monate nach Unfallereignis könnten bezüglich Kausalitätsbetrachtung nicht mehr als eindeutig beweisend herbeigezogen werden. Es seien alle Faktoren einzeln im Detail zu bewerten (Unfallhergang, Beschwerdeeintritt, erste MRI-Diagnostik, intraoperative Befunde, Kofaktoren wie altersbedingter Verschleiss).

Rechtsprechungsgemäss gebe es keine geeigneten oder ungeeigneten Ereignisse zur Herbeiführung einer Rotatorenmanschettenläsion. Beschwerden seien sofort eingetreten. Als Zeichen einer frischen Verletzung habe sich bei der Punktion des Gelenks ein blutiger Erguss entleert. Die Synovitis könne vorbestanden haben (gemäss Dr.med. E. _____ bei voll arbeitsfähigem Dachdecker ohne Beschwerden eher unwahrscheinlich) oder nach Unfall eingetreten sein (Reizung bei starker Prellung). Die Supraspinatussehnenruptur könne auch vorbestehend

gewesen sein, scheint gemäss Dr.med. E. _____ degenerativer Natur zu sein. Die Subscapularissehne zeige im Ansatzbereich Tuberculum minus einen hochgradigen Abriss; altersbedingt verändere sich die Reissfestigkeit gerade da und sei deutlich herabgesetzt; womöglich sei der Unfall der "letzte Tropfen" gewesen, der zum Abriss geführt habe.

Dr.med. E. _____ geht davon aus, mit der Operation seien sowohl degenerative als auch traumatische Veränderungen behandelt worden: Der Unfall habe dazu geführt, dass die vorher asymptomatischen Veränderungen mit nun zusätzlichem Abriss der Subscapularissehne symptomatisch geworden seien und operativ behandelt werden mussten. Ohne Unfall wäre es nicht zur gleichen Zeit zum Eintritt einer solchen Beeinträchtigung gekommen. "Keinesfalls wäre ohne Unfallereignis ein solch schicksalsbedingter Verlauf eingetreten und auch keine Op durchgeführt worden". Gemäss Dr.med. E. _____ sei es unfallbedingt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zum traumatischen Abriss der Subscapularissehne gekommen, sodass es zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung der unfallfremden Faktoren gekommen sei.

Zum Unfallereignis vom 15. Februar 2023 führte Dr.med. E. _____ aus, es sei nach der Schulterarthroskopie zu einem normalen Heilungsverlauf gekommen. In der Rekonvaleszenzphase sei es zu erneutem Sturzereignis mit Kontusion der Schulter gekommen. Das MRI vom 1. März 2023 habe die erheblichen Bewegungs- und Belastungsbeschwerden mit eingeschränkter Elevation bestätigt. Die fortgesetzte Kapsulitis und Bursitis gingen auf die Folgen der Prellung und Operation zurück; das Unfallereignis vom 15. Februar 2023 habe den Heilungsverlauf sicherlich negativ beeinflusst und verlängert.

Und schliesslich hält Dr.med. E. _____ dafür, die Frage nach dem Zeitpunkt des status quo ante vel sine sei nicht eindeutig zu beantworten. Nicht alle Rekonstruktionen der Schulter führten zum vollständigen Erfolg. Vorliegend würden die Berichte einen positiven Verlauf zeigen, so dass bei weiterhin guter Entwicklung bis Jahresende eine weitgehende Genesung erwartet werden könne.

Mit der Beurteilung von Dr.med. G. _____ zeigte sich Dr.med. E. _____ nicht einverstanden. Um ein Akutereignis abzubilden, müsse im MRI nicht zwingend ein Ödem im Bereich der lädierten Sehnen gefunden werden. Die Subscapularissehne sei nicht wie im Bericht angegeben am Oberrand lädiert, sondern habe einen hochgradigen Abriss gezeigt. Die Schultertests seien durch das MRI-Ergebnis relativiert worden und beim Unfall habe sich deutlich mehr ereignet als eine Schulterkontusion. Die für eine frische Verletzung sprechenden Befundtatsachen wie blutiger Gelenkerguss, gute Muskelqualität im MR, sofortiger quälender

der Schmerz nach Sturz würden von Dr.med. G._____ überhaupt nicht erwähnt; es fehle die differenzierte Auseinandersetzung.

4.3 Unter Vorlage der gutachterlichen Stellungnahme Dr.med. E._____ holte die Suva im Einspracheverfahren eine weitere ärztliche Beurteilung bei Dr.med. G._____ ein, welche dieser am 4. April 2024 vorgelegt hat (Suva-act. U1/87 und U2/57). Dr.med. G._____ hält dabei fest, das Vorhandensein degenerativer Veränderungen im linken Schultergelenk, namentlich der Supraspinatussehne, seien unbestritten; strittig sei einzig der Abriss der Subscapularissehne als Unfallfolge.

Das Unfallereignis selbst war gemäss Dr.med. G._____ ungeeignet, eine Rotatorenhöhle zu zerreißen; es fehle ein heftiger Traumatoad auf die linke Schulter. Beschrieben sei ein direkter Sturz auf das linke Schultergelenk. In der Notfallbehandlung am Tag danach sei kein Hämatom festgestellt worden. Das MRI sechs Tage nach Unfall zeige im Bereich der Weichteile keine Veränderungen, die auf ein heftiges Sturzereignis mit Schulteranprall schliessen lassen würde; es sei kein Ödem sichtbar. Einzig im Musculus infraspinatus zeigten sich leichte ödematöse Veränderungen, die auf einen dorsalen Aufprall zurückgeführt werden könnten.

Eine Sehne könne nur zerreißen, wenn auf die angespannte Muskulatur eine Kraft in der Gegenrichtung einwirke; bei der Subscapularissehne etwa bei einem Aussenrotationstrauma mit fixierter Hand oder anteroinferiorer Schulterluxation. Beides habe nicht stattgefunden. Zudem führten solche Verletzungen i.d.R. zu einer kompletten Läsion des oberen Sehnedrittels, einer transmuralen Ruptur; eine solche sei nicht dokumentiert.

Das MRI sechs Tage nach Unfall zeige keine Zeichen einer frischen Traumatisierung der Subscapularismuskulatur und -sehne, namentlich kein Ödem im Bereich des Tuberculum minus, wo die Sehne partiell abgelöst sei, oder dem Muskel. Ein Ödem im Bereich der lädierten Sehne müsse - wie Dr.med. E._____ korrekt festhalte - nicht zwingend gefunden werden. Finde es sich, sei ein akutes Ereignis überwiegend wahrscheinlich; ein solcher Hinweis fehle vorliegend.

Dr.med. E._____ spreche vom Unfall als möglicherweise "letzten Tropfen" für den Abriss der Subscapularissehne. Mangels Ödem sei dieser "letzte Tropfen" indes nicht bewiesen und möglicherweise bedeute nicht überwiegend wahrscheinlich. Auch wenn gemäss Dr.med. E._____ die Synovitis eher unwahrscheinlich schon vor dem Unfall bestanden habe, so sei dies nicht überwiegend wahrscheinlich der Fall. Gemäss Dr.med. G._____ müsse sie als Reaktion

auf die bereits seit langer Zeit vorliegende aber asymptotische Degeneration erklärt werden.

Die Ablösung der Subscapularissehne sei nicht komplett, sondern partiell direkt am Knochen beschrieben, was auch gemäss Dr.med. E. _____ klarer Hinweis auf degenerative Veränderung sei. Eine Ablösung am Knochen führe überwiegend wahrscheinlich nicht zu einem Hämarthros, auch das abgelöste Sehnen-gewebe nicht. Auch wenn Dr.med. D. _____ im Operationsbericht ein Entlee-ren eines intraartikulären blutigen Ergusses beschreibe, könne dies aus patho-physiologischen Überlegungen nicht der Fall sein. Acht Wochen nach Unfall kön-ne mit Sicherheit kein Hämarthros vorgelegen haben. Entsprechend komme auf den intraoperativen Bildern kein blutiger Erguss, sondern auf Bild 1 höchstens eine blutige tingierte Flüssigkeit zur Darstellung. Damit sei das Hauptargument von Dr.med. E. _____ für die akute Läsion der Subscapularissehne entkräftet.

Weiter argumentiere Dr.med. E. _____ mit der guten Muskelqualität im MRI. Dem sei in Bezug auf den Subscapularisbereich nicht zu widersprechen. Eine partielle Ablösung führe aber i.d.R. nicht zu einer wesentlichen Veränderung der Muskulatur hinsichtlich Trophik und Verfettung.

Soweit Dr.med. E. _____ mit dem sofort aufgetretenen Schmerz argumentie-re, könne keine Differenzierung zwischen vorübergehender oder richtungsge-bender Verschlimmerung erfolgen, da eine Prellung per se immer schmerzhaft sei.

Soweit Dr.med. E. _____ dafürhalte, ohne Unfall wäre kein schicksalshafter Verlauf eingetreten und keine Operation durchgeführt worden, sei dem zu wider-sprechen, da erfahrungsgemäss immer wieder MRI-Befunde anstelle der Klinik operiert würden, die in keinem Zusammenhang zum Unfall stünden und irrele-vante Zufallsbefunde seien.

Bezüglich des zweiten Unfalles halte auch Dr.med. E. _____ fest, dass im MRI keine hinweisenden objektivierbaren strukturellen Läsionen sichtbar seien. Der Unfall habe keine Verletzungen im Schultergelenk zur Folge gehabt. Eine richtungsgebende Verschlimmerung liege damit auch hier nicht vor und die er-neute Kontusion bei einer Voroperation, die keine Unfallfolgen adressiert habe, sei aus medizinischer Erfahrung nach sechs bis acht Wochen als abgeheilt zu beurteilen.

5.1 Es ist zwischen den Parteien unbestritten, dass das linke Schultergelenk des Beschwerdeführers degenerative Veränderungen aufwies. Unbestritten ist insbesondere, dass anlässlich der Schulterarthroskopie vom 14. November 2022 mit der Rekonstruktion der Supraspinatussehne, der Bizepssehnenreposition

sowie der subakromialen Bursektomie keine Folgen des Unfalls vom 17. September 2022 adressiert waren. Unbestritten ist ebenso, dass der zweite Unfall vom 15. Februar 2023 zu keinen objektvierbaren strukturellen Veränderungen führte. Strittig ist einzig, ob der Unfall vom 17. September 2022 zu einer richtunggebenden Verschlimmerung eines Vorzustandes führte, indem der Unfall den Abriss der Subscapularissehne bewirkte, welche am 14. November 2022 rekonstruiert wurde. Zudem ist gemäss Dr.med. E. _____ auch die Synovitis eher nicht vorbestehend, sondern als Reizung bei starker Prellung zu interpretieren.

5.2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt 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.). Die Frage der Adäquanz ist vorliegend nicht strittig.

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_640/2022 vom 9.8.2023 E. 3.2 je mit Hinweisen).

Zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 massgebenden Ursachen gehören auch Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung ist also selbst dann leistungs begründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *Conditio sine qua non* war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung

anzunehmen. Einem Ereignis kommt demzufolge der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und austauschbar erschiene. Dagegen entspricht die unfallbedingte Einwirkung - bei erstelltem Auslösezusammenhang - einer (anspruchshindernden) Gelegenheits- oder Zufallsursache, wenn sie auf einen derart labilen, prekären Vorzustand trifft, dass jederzeit mit einem Eintritt der (organischen) Schädigung zu rechnen gewesen wäre, sei es aus eigener Dynamik der pathogenen Schadensanlage oder wegen Ansprechens auf einen beliebigen anderen Zufallsanlass. Wenn ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung hätte bewirken können, erscheint der Unfall nicht als kausal signifikantes Ereignis, sondern als austauschbarer Anlass; es entsteht daher keine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers (Urteil BGer 8C_244/2023 vom 19.10.2023 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen).

5.2.2 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1; Urteil BGer 8C_379/2023 vom 9.1.2024 E. 2.2.3).

Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Urteil BGer C_212/2015 vom 10.7.2015 E. 2.2.1 m.H.). Bei einer bloss vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Eintritt des Status quo sine vel ante (vgl. Urteile BGer 8C_331/2015 E. 2.1.1; 8C_557/2015 vom 7.10.2015 E. 5.2 ff.; 8C_320/2013 vom 5.9.2013 E. 3.1).

5.2.3 Bei Taggeldern und Heilbehandlung handelt es sich nicht um Dauerleistungen. Der Versicherungsträger kann diese ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund "ex nunc und pro futuro" einstellen, wenn sich herausstellt, dass die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen gar nicht erfüllt

sind, etwa weil bei richtiger Betrachtung gar kein versichertes Ereignis vorliegt (BGE 130 V 380 E. 2.3.1; Urteile BGer 8C_305/2022 vom 13.4.2023 E. 5.1; 8C_474/2022 vom 29.3.2023 E. 3.2) oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und dem leistungsbegründenden Gesundheitsschaden dahingefallen ist (Urteil BGer 8C_62/2023 vom 16.8.2023 E. 2.2). Eine solche Einstellung kann auch rückwirkend erfolgen, sofern der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordern will (Urteil BGer 8C_786/2021 vom 11.2.2022 E. 2 mit Hinweisen).

5.2.4 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).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1).

5.2.5 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 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 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).

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.

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidgrundlagen, 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 Gut-

achten (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).

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 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 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

Schliesslich ist auch eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 8.2 m.w.H.). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht (BGE 125 V 352 E. 3b/ee; Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 E. 5.2; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 E. 5.2; 8C_540/2007 vom 27.3.2008 E. 3.2 mit Hinweisen).

5.3 Der Unfallversicherer wird nach Art. 6 Abs. 2 UVG zudem bei Vorliegen einer diagnostizierten Listenverletzung grundsätzlich leistungspflichtig. Liegt eine Meldung einer Listenverletzung vor, so hat der Unfallversicherer die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer im vorerwähnten Rahmen leistungspflichtig (vgl. oben E. 5.2). Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 9.1).

Liegt ein anerkanntes Unfallereignis vor, ergeben die medizinischen Beurteilungen aber, dass die gemeldete und diagnostizierte Listenverletzung nicht auf die-

ses anerkannte Ereignis zurückzuführen ist, so ist der Nachweis erbracht, dass das anerkannte Unfallereignis keine auch nur geringe Teilursache der Listenverletzung bildet. Damit ist aber gleichzeitig auch erstellt, dass diese Listenverletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50%, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist, soweit kein Hinweis auf ein nach dem anerkannten Unfall eingetretenes initiales Ereignis besteht, das Anlass zu Weiterungen geben könnte. Die Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ist diesfalls umgestossen und der Unfallversicherer von seiner Pflicht befreit. Mithin erübrigt sich bei fehlendem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem anerkannten Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG und einer Listenverletzung eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, wenn kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt (BGE 146 V 51 E. 9.2; vgl. auch 8C_59/2020 vom 14.4.2020 E. 6).

6.1 Soweit der Beschwerdeführer eine Leistungspflicht der Suva (auch) aus Art. 6 Abs. 2 UVG herleitet, so ist ihm insofern beizupflichten, als mit der nachgewiesenen Subscapularissehnenruptur (und der Supraspinatussehnenruptur) eine Listendiagnose vorliegt (Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG; vgl. Urteil BGer 8C_618/2019 vom 18.2.2020 E. 6.2.2). Allerdings liegen auch zwei anerkannte Unfallereignisse vom 17. September 2022 und 15. Februar 2023 vor, wobei der zweite Unfall unbestrittenermassen zu keinen objektivierbaren strukturellen Veränderungen, somit auch zu keiner Listendiagnose führte. Hinsichtlich des ersten Unfalls ist auf das zuvor Ausgeführte zu verweisen, wonach auch eine Leistungspflicht aus unfallähnlicher Körperschädigung ausgeschlossen ist, wenn die Listenverletzung nicht überwiegend wahrscheinlich durch den Unfall vom 17. September 2022 verursacht wurde. Hinsichtlich der Supraspinatussehnenruptur ist dies unbestrittenermassen nicht der Fall, weshalb auch keine Leistungspflicht aus Art. 6 Abs. 2 UVG besteht. Hinsichtlich Subscapularissehnenruptur scheidet eine Leistungspflicht aus Art. 6 Abs. 2 UVG ebenfalls aus. Denn entweder ist diese Folge des Unfalles (was zur Leistungspflicht aus Unfall, Art. 6 Abs. 1 UVG, führt) oder sie ist keine Unfallfolge, womit nach dem Gesagten auch die Leistungspflicht aus Listenverletzung ausscheidet.

6.2 Der angefochtene Entscheid der Vorinstanz stützt sich auf die Beurteilungen des Suva-Arztes Dr.med. G. _____ 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 vom 27.9.2019 E. 6.1; vorste-

hend E. 5.2.6). Dies ist entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers nicht der Fall.

6.3.1 Der Beschwerdeführer rügt im Grundsätzlichen, die Suva habe Dr.med. G._____ tendenziöse und manipulative Fragen unterbreitet, welche dieser äusserst kurz und ohne nachvollziehbare Begründung beantwortet habe. Es erhellte nicht, von welchen Befunden er ausgehe; weshalb keine natürliche Kausalität vorliege, werde nicht erklärt. Die Suva habe ihre Leistungspflicht ausdrücklich anerkannt, sie habe Kostengutsprache für Behandlungen und die Operation vom 14. November 2022 geleistet bis zur Leistungseinstellung. Die Suva habe zu beweisen, dass der Status quo sine vel ante eingetreten sei; die Beweislast hierfür obliege ihr; diesen Nachweis erbringe sie nicht. Die Beurteilung von Dr.med. G._____ vom 4. April 2024 sei nicht beweiswertig, da sie gegen den Devolutiveffekt und ein faires Verfahren verstosse. Die Suva habe die notwendigen Abklärungen zu Unrecht ins Einspracheverfahren verschoben. Dies wecke von vornherein Zweifel. Es sei nicht fair, eine solche Begründung im Sinne einer Rechtfertigung nachzuschieben. Ein Gutachten ohne Dokumentation und Diskussion aller Befunde sei nicht lege artis. Mangels Fachkunde könne auch das Gericht nicht über die Folgen vorhandener oder fehlender Befunde entscheiden. Dass sich Dr.med. G._____ im Laufe des Einspracheverfahrens selektiv nochmals mit seinen weitgehend unbegründeten Kurzantworten von 2023 befassen müsse und nun nachträglich Gründe für diese suche, bestätige die Zweifel; er müsse und wolle sich rechtfertigen.

6.3.2 Die Vorhaltungen sind unbegründet. Die Beurteilungen von Dr.med. G._____ basieren auf der umfassenden Aktenlage. Der Beschwerdeführer zeigt nicht auf, dass der Versicherungsarzt wesentliche medizinische Akten nicht berücksichtigt hätte, dass die beiden Suva-Dossiers unvollständig wären, dass weitere medizinische Berichte vorlägen oder sich etwa Dr.med. E._____ auf andere als die von Dr.med. G._____ beachteten Berichte abstützt. Im Gegenteil ergibt sich aus den Akten, dass Dr.med. G._____ die Verwaltung anhielt, die Dossiers zu vervollständigen und hierfür Akten einzuholen, bevor er die ihm unterbreiteten Fragen beantworte (vgl. Suva-act. U1/32, 44, U2/17). Im Übrigen stützte sich Dr.med. E._____ auf die nämlichen medizinischen Akten ab, ohne auszuführen, es würden wesentliche Informationen fehlen.

Inwiefern die Fragestellung, mit welcher sich die Suva nach unfallkausalen objektivierbaren strukturellen Läsionen erkundigt, insbesondere, ob die Operation vom 14. November 2022 an Unfallfolgen adressiert war, tendenziös sein soll, ist nicht nachvollziehbar und erklärt der Beschwerdeführer auch nicht weiter. Bei der Frage der Kausalität handelt es sich um eine wesentliche Voraussetzung der Leis-

tungspflicht (vgl. oben E. 5.2.1) und es ist Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen (Urteil BGer 8C_634/2022 vom 23.12.2022 E. 3.1). Dass vorliegend namentlich die Kausalität des operativ sanierten Gesundheitsschadens zu klären ist, steht dabei ausser Frage, weshalb diese Unterfrage weder tendenziös noch manipulativ ist.

Korrekt ist, dass es sich bei den Beurteilungen vom 31. März 2023 (oben E. 3.8) sowie vom 21. Juni 2023 (oben E. 3.13) und 31. August 2023 (oben E. 3.15) um Kurzbeurteilungen handelt. Nachdem Dr.med. G._____ offenkundig auf Vollständigkeit der Akten beharrte (vgl. Ausführungen zuvor) und die medizinischen Akten wenig umfangreich sind, ist nicht zu beanstanden, dass er vorab nicht den aktenmässigen Verlauf zusammenfasste. Der Vorwurf, die Beurteilungen seien ohne bekannten Verlauf erfolgt und es sei unklar, auf welche Befunde er sich abstütze, ist rein appellatorisch und unbegründet. Zudem greift Dr.med. G._____ auch in den Kurzbegründungen die für die Fragestellung wesentlichen Punkte auf und begründet, warum der Unfall überwiegend wahrscheinlich zu keinen strukturellen Läsionen geführt hat und die Operation keine Unfallfolgen therapierte. Allein die Tatsache, dass Dr.med. E._____ (im Übrigen einzig) hinsichtlich Abriss der Subscapularissehne zu einem anderen Schluss als Dr.med. G._____ gelangte, vermag dessen Beurteilungen die Beweiswertigkeit noch nicht abzuspochen. Schliesslich ist auch der Vorwurf nicht nachvollziehbar, die ärztliche Beurteilung vom 4. April 2024 sei eine blosser Rechtfertigung der Kurzbeurteilungen. Vielmehr ist es eine Bestätigung, ergänzt um Stellungnahmen zur gutachterlichen Beurteilung von Dr.med. E._____. Zu prüfen ist nachfolgend nun aber, ob die abweichende Beurteilung von Dr.med. E._____ an den Beurteilungen von Dr.med. G._____ auch nur schon geringe Zweifel zu erwecken vermag.

6.4 Letztlich widersprechen sich die beiden Beurteilungen einzig hinsichtlich Unfallkausalität der Subscapularissehnenruptur sowie der Synovitis. In beiden Fällen geht es dabei nicht um die Frage des Erreichens eines status quo sine vel ante, sondern um die Frage der Unfallfolge als solche. Hieran ändert weder die Anerkennung der Leistungspflicht durch die Suva (anerkannt wurde und ist das Unfallereignis), noch die erteilte Kostengutsprache (da die Suva keine erbrachten Leistungen zurückfordert; vgl. oben E. 5.2.3) etwas. Sind die beiden Schäden nicht überwiegend wahrscheinlich unfallverursacht, ist die Kausalität zu verneinen und damit ebenso die Leistungspflicht der Suva für diese Schäden.

6.4.1 In der Kurzbeurteilung hält Dr.med. G._____ fest, die von Dr.med. D._____ beschriebene massive intraarticuläre Synovitis müsse älteren Datums resp. älter als 2 Monate bestanden haben. Er bestätigt dies in seiner Beur-

teilung vom 4. April 2024. Vor allem aber weist er zu Recht darauf hin, dass die Synovitis auch gemäss Dr.med. E. _____ sowohl vor dem Unfall bestanden haben könnte, als auch unfallbedingt, und dass aber ihre Begründung, bei einem voll arbeitstätigen Dachdecker ohne Beschwerden sei sie eher nicht vorbestehend, eine überwiegende Unfallkausalität nicht zu begründen vermöge. Zudem geht sie ihrerseits nicht auf die Beurteilung von Dr.med. G. _____ ein, wonach die von Dr.med. D. _____ als massiv beschriebene intraartikuläre Synovitis schon länger als zwei Monate bestanden haben muss. Damit aber vermag Dr.med. E. _____ an der versicherungsärztlichen Beurteilung keine Zweifel zu erwecken.

6.4.2 Es trifft zu, dass gemäss jüngerer Rechtsprechung dem Unfallhergang / Unfallmechanismus für die Kausalitätsbeurteilung von Rotatorenmanschettenverletzungen keine übergeordnete Bedeutung beizumessen ist (Urteil BGer 8C_59/2020 vom 14.4.2020 E. 5.3 f.). Vielmehr gilt es, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprechen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich habe, der Wahrheit zu entsprechen (Urteil BGer 8C_672/2020 vom 15.4.2021 E. 4.1.3). Der Unfallmechanismus bleibt aber sehr wohl eines dieser Kriterien, welche es zu berücksichtigen gilt. Diesbezüglich ist festzustellen, dass Dr.med. E. _____ sich auf die Bemerkung beschränkt, beim Ereignis handle es sich um einen direkten Sturz auf das Schultergelenk. Für ihre Anmerkung, es müsse beim Unfallereignis deutlich mehr passiert sein als eine Schulterkontusion, führt sie keinerlei Begründung an (vgl. oben E. 4.2). Hieraus lässt sich indes betreffend Kausalität damit gar nichts herleiten. Demgegenüber setzt sich Dr.med. G. _____ mit dem Ereignis auseinander und er begründet nachvollziehbar und schlüssig, dass der Sturz mit Anprall der linken Schulter nicht überwiegend wahrscheinlich zu einem Abriss der Subscapularissehne führte, wären sonst doch Begleitverletzungen zu erwarten, für welche jedoch keinerlei Hinweise bestehen (abgesehen von leichten ödematösen Veränderungen im M. infraspinatus, was indes auf einen dorsalen Aufprall hinweise; vgl. oben E. 4.3). Diese Beurteilung findet ihre Grundlage sowohl im Notfallbericht (vgl. oben E. 3.1 und E. 3.2) als auch in der unfallnahen bildgebenden Diagnostik (vgl. oben E. 3.2 und E. 3.3). Demgegenüber findet sich für die von Dr.med. D. _____ gestellte Diagnose eines "massiven Schulterdistorsions-traumas links" (vgl. oben E. 3.7) keine Grundlage. Selbst wenn daher der Unfallmechanismus wenig gewichtet wird, so kann doch mit Dr.med. G. _____ festgestellt werden, dass der Unfallhergang nicht für eine traumatische Verletzung spricht.

6.4.3 Beizupflichten ist Dr.med. G. _____ ebenso in seiner Feststellung, auch die Beurteilung von Dr.med. E. _____, wonach selbst dieses Trauma 'möglicherweise den letzten Tropfen' darstellte und den Abriss der Subscapularissehne verursachte, keine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität zu begründen vermag. Dies wird bekräftigt durch die nachvollziehbare Beurteilung, wonach eine Ablösung der Subscapularissehne am Knochen überwiegend wahrscheinlich nicht zu einem Hämarthros führe. Dies, der Zeitablauf (acht Wochen zwischen Unfall und Operation) sowie der fehlende Hinweis in den intraoperativen Bildern würden zudem einen blutigen Erguss ausschliessen, was wiederum gegen eine akute Verletzung spricht. Auf diesen blutigen Erguss aber stützt sich Dr.med. E. _____ in ihrer Argumentation ab, was nach dem Gesagten entkräftet ist. Überzeugend ist ebenso die versicherungsärztliche Ausführung, wonach eine traumatische Schädigung wohl nicht immer ein Ödem verursacht, das Fehlen eines Ödems (wie hier) aber mit Bestimmtheit nicht für eine (überwiegend wahrscheinliche) traumatische Verletzung spricht. Schliesslich betont Dr.med. G. _____ zurecht, dass die umgehend nach dem Sturz eingesetzten Schmerzen einen Abriss nicht zu begründen vermögen, löst doch anerkanntermassen auch eine Prellung der asymptomatischen Schulter Schmerzen aus.

6.4.4 Diese Punkte, zusammen mit den auch durch Dr.med. E. _____ anerkannten Umständen, dass nämlich die linke Schulter offenkundig altersbedingte, degenerative Veränderungen aufwies, auch die partielle Ablösung der Subscapularissehne direkt am Knochen ein Hinweis auf degenerative Veränderung ist, sowie der Kofaktor Alter, der ebenfalls nicht für ein Trauma spricht, führen gemäss nachvollziehbarer Gesamtbeurteilung von Dr.med. G. _____ zum Ergebnis, dass der Abriss der Subscapularissehne nicht überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingt ist, also nicht durch den Sturz vom 17. September 2022 verursacht. Die Beurteilung von Dr.med. E. _____ vermag an dieser schlüssigen Beurteilung keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken.

6.5 Damit aber steht fest, dass weder der Unfall vom 17. September 2022 noch der Unfall vom 15. Februar 2023 zu objektivierbaren strukturellen Verletzungen geführt hat. Es ist damit auch ausgeschlossen, dass die Operation vom 14. November 2022 an Unfallfolgen adressiert werden kann.

6.6 Nicht zu hören ist schliesslich das beschwerdeführerische Vorbringen, die Suva sei beweispflichtig für das Erreichen des status quo sine vel ante und diesen Nachweis habe sie nicht erbracht. Die Suva geht davon aus, dass Unfallfolgen spätestens sechs Wochen nach dem ersten Unfall und spätestens acht Wochen nach dem zweiten Unfall keine Rolle mehr gespielt haben, sondern sich der

Zustand, wie er sich auch ohne diese Unfälle eingestellt hätte, wieder erreicht war (vgl. angefocht. Einspracheentscheid E. 4). Zwar ist dem Beschwerdeführer insoweit beizupflichten, dass eine allgemeine Erfahrungsregel für sich allein genommen nicht geeignet ist, den erforderlichen Nachweis für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung der erlittenen Folgen eines Unfalls zu erbringen (vgl. Urteil BGer 8C_844/2019 vom 26.2.2020 E. 3.2). Wenn jedoch wie vorliegend feststeht, dass keiner der beiden Unfälle mit Prellung der linken Schulter zu objektivierbaren strukturellen Veränderungen führte, und die Suva die Leistungen erst rund ein Jahr nach dem ersten Unfall und rund ½ Jahr nach dem zweiten Unfall einstellte, so ist die Anwendung der Erfahrungsregel, resp. die Annahme, der status quo sine vel ante sei dannzumal eingetreten, nicht zu beanstanden.

6.7 Damit erweist sich die Beschwerde insgesamt als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Die Suva bestätigte mit Einspracheentscheid vom 19. April 2024 zu Recht die am 7. September 2023 verfügte Einstellung der Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) per 14. September 2023.

7.1 Replizierend stellt der Beschwerdeführer den Antrag, das Vorgehen der Suva sei unabhängig vom Verfahrensausgang bei den Kosten und der Parteilichschädigung zu berücksichtigen.

7.2 Gemäss Art. 61 lit. ^fbis ATSG kann das Gericht, wenn das Einzelgesetz keine Kostenpflicht bei Streitigkeiten über Leistungen vorsieht, einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, Gerichtskosten auferlegen.

Die Möglichkeit der Kostenaufgabe bei mutwilligem oder leichtsinnigem Verhalten einer Partei, war schon in aArt. 61 lit. a ATSG vorgesehen. Die Begriffe der Mutwilligkeit und des Leichtsinns gehören dem Bundesrecht an. Ihre Tatbestände können als erfüllt betrachtet werden, wenn eine Partei Tatsachen wider besseres Wissen als wahr behauptet oder ihre Stellungnahme auf einen Sachverhalt abstützt, von dem sie bei der ihr zumutbaren Sorgfalt wissen müsste, dass er unrichtig ist. Mutwillig ist ferner das Festhalten an einer offensichtlich gesetzwidrigen Auffassung. Mutwillige Prozessführung kann ferner darin begründet liegen, dass eine Partei eine ihr in dieser Eigenschaft obliegende Pflicht (Mitwirkungs- oder Unterlassungspflicht) verletzt (Urteil BGer 8C_387/2017 vom 18.12.2017 E. 4.2 mit weiteren Hinweisen).

7.3.1 Das UVG sieht keine Kostenpflicht vor, was im Grundsatz zur Kostenlosigkeit führt.

7.3.2 Eine Kostenaufgabe zu Lasten der Suva unter dem Titel Mutwilligkeit und/oder Leichtsinngigkeit käme allenfalls dann in Frage, wenn der Suva vorzu-

werfen wäre, ihre Leistungseinstellung zum einen am 7. September 2023 in geradezu offenkundiger, gravierender Verletzung der Untersuchungspflicht nachlässig verfügt und zum andern mit Einspracheentscheid vom 19. April 2024 bestätigt zu haben und so das Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren unnötigerweise provoziert zu haben. Hiervon kann indes keine Rede sein. Die Aktenführung ist - wie ausgeführt (vgl. oben E. 2) - nicht mangelbehaftet. Die Verfügung vom 7. September 2023 stützt sich wohl auf Kurzbeurteilungen des versicherungsinternen Arztes. Solche sind - wie es die Bezeichnung sagt - weniger ausführlich als fachärztliche Beurteilungen oder gar Gutachten. Nichts desto trotz basieren auch diese nachvollziehbar auf der umfassenden Aktenlage und sie enthalten eine nachvollziehbare Begründung, welche sich im Kern auch in der ärztlichen Beurteilung vom 4. April 2024 wiederholt. Zudem weicht auch die Beurteilung von Dr.med. E. _____ nur in wenigen Punkten von der Beurteilung von Dr.med. G. _____ ab und sie vermag an jener keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken. Damit aber besteht keine Veranlassung, der Suva infolge Mutwilligkeit und/oder Leichtsinnigkeit Kosten aufzuerlegen.

7.4 Das Nämliche gilt auch hinsichtlich Parteientschädigung. Es besteht keine Veranlassung, dem in der Sache unterliegenden Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zu Lasten der Suva zuzusprechen (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Der Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R; unter Beilage der Eingabe der Vorinstanz vom 30.9.2024)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 4. Dezember 2024

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

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

Versand: 20. Januar 2025