



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und lic. iur. Ivo Klingler
Gerichtsschreiberin: MLaw Jeannine Suter

URTEIL vom 30. Juni 2022 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführer
vertreten durch RA B. _____

gegen

SUVA, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, Rechtsabteilung,
Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend

Unfallversicherung
(Leistungen)

S 2020 107

A. Mit Bagatellunfallmeldung vom 19. März 2018 informierte die C. _____ AG die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) über den Unfall ihres Mitarbeiters, den 1951 geborenen A. _____ (welcher gemäss Handelsregisterauszug zugleich einziges Mitglied des Verwaltungsrates der C. _____ AG war bzw. ist), vom 9. März 2018.

A. _____ habe sich bei einem Sturz beim Skifahren in I. _____ eine Zerrung und eine Quetschung am "Finger links" zugezogen (Suva-act. 1). Daraufhin erteilte die Suva dem erstbehandelnden Arzt, Dr. med. D. _____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, Kostengutsprache für die ärztliche Behandlung (Suva-act. 2).

Am 4. Januar 2019 meldete die C. _____ AG bzw. A. _____ einen Rückfall betreffend das Schadenereignis vom 9. März 2018 mit Hinweis auf eine erlittene Verletzung der linken Schulter ("Verdrehung/Verstauchung") beim Skifahren in I. _____ (Suva-act. 3; vgl. auch die E-Mail des Versicherten vom 3. Dezember 2019, Suva-act. 11). Die Suva kam in der Folge für die ärztliche Behandlung und die Physiotherapie auf (vgl. Suva-act. 58 Sachverhalt lit. B), holte aber gleichzeitig medizinische Unterlagen ein und teilte dem Versicherten am 10. Dezember 2019 mit, dass sie zu den Versicherungsleistungen noch nicht endgültig Stellung nehmen könne und nach Abschluss der Abklärungen über ihre Leistungspflicht entscheiden werde (Suva-act. 12). Am 6. Februar 2020 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass mangels sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 9. März 2018 und den gemeldeten Beschwerden an der linken Schulter keine Leistungspflicht der Suva bestehe und sie deshalb keine Versicherungsleistungen erbringen könne (Suva-act. 25). A. _____ verlangte in der Folge eine einsprachefähige Verfügung (Suva-act. 30). Daraufhin nahm am 19. Februar 2020 Kreisärztin Dr. med. E. _____, FMH Chirurgie, zum Dossier des Versicherten Stellung (Suva-act. 35). Die Suva aktualisierte die medizinischen Akten (Suva-act. 37) und legte das Dossier im weiteren Verlauf erneut Kreisärztin Dr. E. _____ vor (Suva-act. 40). Mit Verfügung vom 30. März 2020 lehnte die Suva ihre Leistungspflicht mit gleichbleibender Begründung ab (Suva-act. 45). Dagegen liess der Versicherte am 20. Mai 2020 Einsprache erheben (Suva-act. 53). Nach erneuter Beurteilung durch Kreisärztin Dr. E. _____ am 7. Juli 2020 (Suva-act. 57) wies die Suva die Einsprache mit Entscheid vom 8. Juli 2020 ab (Suva-act. 58).

B. Dagegen liess A. _____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 7. September 2020 beim Verwaltungsgericht des Kantons Zug Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (act. 1 S. 2):

1. Es sei der angefochtene Einspracheentscheid vom 8. Juli 2020 aufzuheben und die Unfallversicherungsleistungen (insbesondere Heilungskosten) seien zu erbringen.
2. Eventualiter sei die vorliegende Streitsache zu weiteren Abklärungen (insbesondere einer Begutachtung) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer zu Lasten der Suva.

Begründend liess er im Wesentlichen ausführen, dass Dr. med. F. _____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nachvollziehbar begründet habe, weshalb die persistierenden Beschwerden und insbesondere die durchgeführte Operation auf den Unfall zurückzuführen seien. Diese Begründung würde – sofern nicht schon gestützt darauf die Leistungspflicht der Unfallversicherung ausgewiesen sei – zumindest geringe Zweifel an den versicherungsinternen kreisärztlichen Stellungnahmen begründen, weshalb nicht auf Letztere abgestellt werden könne (act. 1 S. 3 ff.).

C. Die Suva (nachfolgend auch: Beschwerdegegnerin) verzichtete mit Schreiben vom 6. Oktober 2020 auf die Einreichung einer umfassenden Beschwerdeantwort, verwies auf die Begründung im Einspracheentscheid vom 8. Juli 2020 und schloss auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 3).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu 8. Juli 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Artikel 82a ATSG sieht vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige

Beschwerden das bisherige Recht gilt. Im hier zu beurteilenden Fall wurde die Beschwerde am 7. September 2020 der Schweizerischen Post übergeben, weshalb vorliegend die bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen Normen des ATSG Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2.

2.1 Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] sowie § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung [BGS 842.5]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 58 Abs. 1 ATSG – Wohnsitz der versicherten Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung – gegeben. Der Beschwerdeführer ist in G. _____ wohnhaft. Damit ist das Verwaltungsgericht des Kantons Zug zur Beurteilung der vorliegenden Streitsache örtlich und sachlich zuständig.

2.2 Die Beschwerdegegnerin erliess den angefochtenen Einspracheentscheid am 8. Juli 2020. Dieser ging dem Beschwerdeführer bzw. seiner Rechtsschutzversicherung frühestens am Folgetag zu. Die am 7. September 2020 der Post übergebene Beschwerde gilt unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes gemäss Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG (15. Juli bis und mit 15. August) als i.S.v. Art. 60 Abs. 1 ATSG (30-tägige Frist) rechtzeitig eingereicht. Die Beschwerdeschrift entspricht sodann den übrigen formellen Anforderungen und der Beschwerdeführer ist als vom Einspracheentscheid direkt Betroffener zur Beschwerde legitimiert, weshalb die Beschwerde vom Gericht zu prüfen ist.

Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3. Streitig und zu prüfen ist die (natürliche) Kausalität der im Rahmen eines Rückfalls am 4. Januar 2019 geltend gemachten Schulterbeschwerden zum Unfallereignis vom 9. März 2018.

4. Vorab kann das Folgende festgehalten werden:

4.1 Der vorliegende Sachverhalt ist unbestrittenermassen unter dem Titel des Rückfalls zu prüfen. So ist im Rahmen einer ex-ante-Betrachtung beim vergleichsweise harmlosen Unfall vom 9. März 2018 mit günstigem Heilungsverlauf, welcher nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete (vgl. hierzu Suva-act. 1 und 22), von einem stillschweigenden (formlosen) Fallabschluss der Suva auszugehen. Ferner sind aufgrund der medizinischen Akten keine sog. Brückensymptome ausgewiesen, welche das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen würden und eine Beurteilung im Rahmen des Grundfalles (im Sinne einer Leistungseinstellung der Unfallversicherung) zur Folge hätte (vgl. zur Rechtsprechung bezüglich des formlosen Fallabschlusses und der sog. Brückensymptome: BGer 8C_400/2013 vom 31. Juli 2013 E. 4; 8C_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 4; 8C_185/2008 vom 17. Dezember 2008 E. 4.3). Betreffend die Zeitspanne vom Unfallereignis vom 9. März 2018 bis zur Meldung des Rückfalls am 4. Januar 2019 liegt einzig der (undatierte) Bericht von Dr. D. _____ über die Erstbehandlung bei den Akten, welcher keinerlei Hinweise auf Schulterbeschwerden oder eine entsprechende ärztliche Behandlung (im Sinne von Brückensymptomen) enthält (Suva-act. 22). Der Beschwerdeführer bringt ferner nicht vor, dass es sich bei seiner Schulterverletzung um eine sog. Spätfolge handle, solches ist auch nicht ersichtlich (vgl. zur Unterscheidung von Rückfall und Spätfolge nachfolgende E. 5.2).

4.2 Im Weiteren darf angenommen werden, dass der Unfall vom 9. März 2018 – welchen die Suva seinerzeit ohne nähere Abklärungen anerkannte – den Unfallbegriff von Art. 4 ATSG erfüllte. Ist der Unfallbegriff hinsichtlich des initialen Ereignisses erfüllt, entfällt die Deckungsprüfung einer allfälligen Listenverletzung unter dem Aspekt der unfallähnlichen Körperschädigung (Art. 6 Abs. 2 UVG; vgl. BGE 146 V 51 E. 9.1). Dementsprechend kann auch bei der Beurteilung des vorliegenden Rückfalls eine solche Prüfung unterbleiben. Hinsichtlich des Unfallereignisses gilt es zudem anzumerken, dass aufgrund der Darstellung des Versicherten (sowohl in seiner Beschwerde [act. 1 Ziff. III.1] als auch in den beiden Schadenmeldungen) von bloss einem Sturz auszugehen ist, obschon in der Bagatellschadenmeldung vom 19. März 2018 die Unfallzeit mit 15:00 Uhr und in der Schadenmeldung vom 4. Januar 2019 mit 16:00 Uhr angegeben wurde (vgl. Suva-act. 1 und 3). Diese kleinere Ungereimtheit lässt sich mit dem Zeitablauf zwischen den beiden Schadenmeldungen erklären.

4.3 Festzuhalten ist zudem, dass die Suva ihre Leistungspflicht und damit die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden mit der anfänglichen Übernahme der Kosten für

die ärztliche Behandlung und Physiotherapie (vgl. Suva-act. 58 Sachverhalt lit. B) nicht anerkannt hat (vgl. hierzu insb. das Schreiben der Suva vom 10. Dezember 2019, Suva-act. 12). Gegenteiliges wird denn auch nicht geltend gemacht. Nachdem die Beschwerdegegnerin die – ohne nähere Prüfung der Kausalität – erbrachten Leistungen nicht zurückfordert (vgl. Suva-act. 58 Ziff. 4 am Ende), erübrigen sich Weiterungen hierzu.

4.4 Vorliegend wird im Übrigen nicht geltend gemacht, dass sich die streitgegenständliche Schulterverletzung beim Segeln bzw. Tauziehen – damit etwa allenfalls bei einem neuen Unfallereignis – zugetragen hätte (vgl. Suva-act. 3 S. 2 und 4 S. 1; vgl. auch die dahingehenden Ausführungen des Beschwerdeführers in act. 1 S. 3). Damit kann es diesbezüglich sein Bewenden haben, zumal die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens praxismässig von der leistungspflichtigen Person glaubhaft zu machen sind (BGer 8C_648/2013 vom 18. Februar 2014 E. 3.1).

5.

5.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt nebst dem Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 ATSG) oder einer körperähnlichen Schädigung (Art. 6 Abs. 2 UVG) zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1; 129 V 177 E. 3.1).

5.2 Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c; BGer 8C_181/2019 vom 2. Mai 2019 E. 3 mit Hinweisen).

5.3 Zu betonen ist, dass der Unfallversicherer bei der Leistungspflicht gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) für Rückfälle und Spätfolgen nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (BGer 8C_802/2019 vom 23. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen). Es ist demgegenüber nicht Sache der Unfallversicherung, eine alternative Ursache für Befunde zu finden, für die sie mangels überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Ereignis nicht leistungspflichtig ist (BGer 8C_592/2016 vom 1. Dezember 2016 E. 3.2.3).

Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsprozess 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 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; 138 V 218 E. 6; BGer 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 4), was hier – wie im Nachfolgenden zu zeigen ist – nicht zutrifft.

5.4

5.4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Es gilt das Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG; BGer 8C_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 5.2). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten. Vielmehr gilt es das gesamte Beweismaterial zu würdigen und bei sich widersprechenden medizinischen Berichten die Gründe anzugeben, warum auf die eine oder andere medizinische These abzustellen ist (BGE 125 V 351 E. 3a). Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung aber als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b).

5.4.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1).

5.4.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten (seien dies Hausärzte oder spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen) darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung und ihres Behandlungsauftrages in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc; BGer 8C_317/2019 vom 30. September 2019 E. 4.2.3; 8C_420/2018 vom 13. März 2019 E. 6.5 mit Hinweisen). Die Berichte behandelnder Ärzte erlauben daher praxismässig kaum je eine abschliessende objektive Beurteilung des Gesundheitszustands (BGE 135 V 465 E. 4.5; BGer 8C_370/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 3; 8C_260/2012 vom 27. Juni 2012 E. 3.3.2).

5.4.4 Auch Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kann Beweiswert zukommen, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen (BGer 8C_677/2010 vom 16. Dezember 2010 E. 4.5). Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt.

Soll ein Versicherungsfall 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 135 V 465 E. 4.4). So sind etwa konkrete und differenzierte Einwände eines behandelnden Facharztes geeignet, zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung des versicherungsinternen Arztes zu wecken (BGer 8C_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.3).

6. Den Akten lässt sich zum Unfallhergang und zum medizinischen Sachverhalt im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

6.1 In der Bagatellunfallmeldung vom 19. März 2018 ist festgehalten, dass der Versicherte beim Skifahren am 9. März 2018 gestürzt sei und sich am "Finger links" eine "Zerrung" und eine "Quetschung" zugezogen habe (Suva-act. 1).

6.2 Doktor D._____ berichtete im undatierten Arztzeugnis UVG betreffend die Erstbehandlung (eingegangen bei der Suva im Rahmen der Abklärungen zum Rückfall am 27. Januar 2020), der Patient habe einen Sturz beim Skifahren am 9. März 2018 angegeben, der Skistock sei gegen den Daumen links gespickt. Der Hausarzt diagnostizierte eine Bandzerrung des Daumengrundgelenks links und empfahl Schonung (Suva-act. 22). Doktor D._____ schloss den Fall – gemäss unbestritten gebliebener Sachverhaltsdarstellung der Suva – nach dieser einmaligen Konsultation ab (vgl. Suva-act. 58 Sachverhalt lit. C; weitere Berichte des Hausarztes liegen denn auch nicht bei den Akten).

6.3 In der Schadenmeldung vom 4. Januar 2019 ist bezogen auf das Unfallereignis vom 9. März 2018 eine "Verdrehung/Verstauchung" der Schulter links festgehalten. Zum Unfallhergang führte der Versicherte aus, er sei beim Skifahren in I. _____ bei der Schlussfahrt gestürzt. Anfänglich habe er mittlere Schmerzen gehabt. Diese hätten sich im Verlauf des Jahres etwas reduziert, resp. nur bei gewissen Bewegungen bemerkbar gemacht. Im Herbst sei er eine Woche in J. _____ Segeln gewesen. Seither habe er wieder vermehrt Schmerzen bei gewissen Bewegungen. Weil die Schmerzen nicht weggegangen seien, habe er sich bei Dr. F. _____ zur Untersuchung angemeldet (Suva-act. 3).

6.4 Doktor F. _____ diagnostizierte am 26. Januar 2019 einen Status nach Sturz auf die linke Schulter am 9. März 2018 mit gelenkseitiger Partialruptur der Supraspinatussehne und höhergradiger SLAP-Läsion. Anamnestisch hielt der Arzt fest, nach dem Sturz auf die linke Schulter beim Skifahren seien Schmerzen wechselnder Art aufgetreten. Nachdem es vorübergehend besser gegangen sei, habe der Patient am 4. Oktober 2018 beim Tauziehen eine ruckartige Bewegung der linken Schulter gemacht, danach sei eine Verstärkung der Schmerzen aufgetreten. Die Schmerzen würden vor allem bei Alltagsbewegungen wie beim Hemd anziehen auftreten, nachts erwache der Patient wegen der Schmerzen. Bis jetzt seien keine Physiotherapie und keine Schmerzmedikation erfolgt (Suva-act. 4).

6.5 Nach Vorlage der beiden Schadenmeldungen (Suva-act. 1 und 3), des Berichts über die MRI-Untersuchung der Schulter links vom 24. Januar 2019 (Suva-act. 15), der Berichte von Dr. F. _____ vom 26. Januar (Suva-act. 4) und 30. November 2019 (Suva-act. 10), des Berichts über die MR-Arthrographie der Schulter links sowie der Arthrographie der Schulter rechts vom 29. November 2019 (act. 14) und des undatierten UVG-Arztzeugnisses von Dr. D. _____ (Suva-act. 22) nahm Kreisärztin Dr. E. _____ am 19. Februar 2020 zum Dossier des Versicherten Stellung (Suva-act. 35).

Die Suva-Ärztin führte aus, weder in der Bagatellunfallmeldung vom 19. März 2018 noch im Erstuntersuchungsbericht des Hausarztes Dr. D. _____ (welcher der Suva nun vorliege) werde eine Verletzung der linken Schulter dokumentiert. Erst bei der erneuten Schadenmeldung am 4. Januar 2019 werde eine Verdrehung/Verstauchung der linken Schulter erwähnt. Im Januar 2019 sei ein MRI der linken Schulter angefertigt worden, hier hätten sich keine strukturellen Läsionen gezeigt, die auf ein Unfallereignis zurückzuführen

gewesen wären. Es sei eine Partialruptur der Supraspinatussehne dargestellt worden. Zusätzlich sei eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose mit deutlicher Spornbildung mit Indentation des Musculus supraspinatus sowie ein Akromion Typ II, entsprechend einer Einengung des subakromialen Raumes beschrieben worden. Passend dazu habe sich damals Flüssigkeit in der Bursa subacromialis im Sinne einer Bursitis subacromialis gefunden. Bei intaktem Bizepsanker habe sich eine anteromediale Rissbildung des Labrum glenoidale dargestellt. Die durch Dr. F. _____ erhobenen anamnestischen Angaben und klinischen Befunde würden einer Impingement-Symptomatik entsprechen, passend zu den Befunden in der Bildgebung (Suva-act. 35 S. 2).

Das Impingement-Syndrom entwickle sich in der Regel über Jahre bzw. Jahrzehnte fast unmerklich und verschlimmere sich kontinuierlich (Suva-act. 35 S. 2). Die Einengung werde primär durch Verschleisserscheinungen (z.B. Arthrose des Schultergelenks) oder durch eine Entzündung der Rotatorenmanschette, wie auch Schleimbeutelentzündungen verursacht. Ein Knochensporn im Subakromialraum oder eine ungünstige Form des Schulterdaches (hakenförmiges Akromion) gehörten auch zu den Auslösern. Ein Impingement-Syndrom der Schulter äussere sich typischerweise durch Schmerzen in der Schulter, diese würden zunächst meist belastungsabhängig auftreten, etwa bei bestimmten Armbewegungen wie dem Anheben des Armes zur Seite oder nach hinten. Die Beweglichkeit und Kraft des Armes sei durch die Schmerzen eingeschränkt. Je nach Dauer der Erkrankung würden weitere Symptome wahrgenommen, wie z.B. Schulterschmerzen bei Nacht. Die Beweglichkeit des Schultergelenkes könne im Verlauf des Impingements deutlich abnehmen, was als sekundäre Schultersteife oder "frozen shoulder" bezeichnet werde. Im schlimmsten Fall würden die Strukturen so lange strapaziert, bis es zu einem (Teil-)Riss der Sehnen komme (Suva-act. 35 S. 3).

Die aktuellen Beschwerden des Versicherten und die MR-tomographischen Befunde entsprächen typischerweise einer oben beschriebenen Impingement-Symptomatik und seien deshalb nicht unfallkausal. Auch sei im Rahmen der Schadenmeldung im März 2018 keine Verletzung der linken Schulter dokumentiert, wie auch nicht im Erstuntersuchungsbericht des Hausarztes. In diesem Bericht sei nur eine Verletzung des linken Daumens erwähnt worden. Aufgrund der Befunde und der zeitlichen Latenz zum Ereignis sei der kausale Zusammenhang der Schulterschmerzen zum "Skisturz" vor fast zwei Jahren höchstens möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Bildgebung, die Beschwerden und vor allem der Beschwerdeverlauf entspreche einem Impingement. Die geplante Operation diene dementsprechend der Sanierung unfallfremder

degenerativer (stummer) Vorbefunde. Folgen des Sturzes vor zwei Jahren seien nach maximal sechs Wochen abgeklungen gewesen (Suva-act. 35 S. 3).

6.6 Nach Eingang des Operationsberichts vom 18. Februar 2020 (Suva-act. 38) und des Austrittsberichts vom 20. Februar 2020 (Suva-act. 39) erklärte Kreisärztin Dr. E._____ am 24. März 2020, aufgrund der Berichte von Dr. F._____ sei ihre medizinische Beurteilung vom 19. Februar 2020 nicht als zweifellos unrichtig zu beurteilen. Es lägen keine neuen Tatsachen vor, der durchgeführte Eingriff habe der Sanierung der vorbestehenden degenerativen Befunde bei Impingement-Konstellation mit AC-Gelenksarthrose gedient (Suva-act. 40).

6.7 Am 13. Mai 2020 äusserte sich Dr. F._____ zur Beurteilung der Kreisärztin. Doktor F._____ führte aus, dass die durch die Suva-Ärztin als Ursache der Sehnenruptur angegebene Impingement-Problematik in der Operation nicht habe bestätigt werden können. Es habe im Bereich der Supraspinatussehne eine vorwiegende gelenkseitige Ruptur der Supraspinatussehne vorgelegen, aber keine bursaseitige. Bei einem Impingement wäre die bursaseitige Supraspinatussehne betroffen. Typischerweise mache eine Teilruptur oft im Intervall Schmerzen (dies würde hier passen) und könne dann sekundär durch die kraniale Dezentrierung zu einer sog. Impingement-Symptomatik führen, die aber sekundär sei und nicht die Kausalität. Daneben habe auch eine SLAP-Läsion vorgelegen, die nach seinem (Dr. F._____) Dafürhalten auch auf den Unfall zurückzuführen sei (Suva-act. 51).

6.8 Unter Berücksichtigung des Schreibens von Dr. F._____ vom 13. Mai 2020 erstattete Kreisärztin Dr. E._____ am 7. Juli 2020 eine ergänzende ausführliche Stellungnahme zu ihrer Beurteilung vom 19. Februar 2020 (Suva-act. 57).

Der Fall (die Bilder und die Stellungnahme von Dr. F._____ vom 13. Mai 2020) sei mit Dr. med. H._____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, besprochen worden. Doktor H._____ gehe mit ihr (Dr. E._____) einig, dass auch die von Dr. F._____ nun beschriebene gelenkseitige Ruptur – entsprechend einer PASTA-Läsion (partial articular supraspinatus tendon avulsion) – auch typischerweise degenerativer Genese sei. Der ansatznahe Teil der Supraspinatussehne sei besonders anfällig für ein Verschleissleiden. In diesem Zusammenhang könne übereinstimmend in der Literatur nachgelesen werden, dass bei der Suche nach der Ätiologie der Rotatorenmanschettenruptur bereits frühzeitig eine

hypovaskuläre Zone im Verlauf der Supraspinatussehne gefunden und beschrieben würde. Die gefässarme Zone im lateralen Bereich der Supraspinatussehne entspreche der "letzten Wiese" der deszendierenden und aszendierenden vertikalen Gefässversorgung des Musculus supraspinatus. Die Rotatorenmanschette sei im Lauf des Lebens einer hohen und anhaltenden Belastung ausgesetzt und unterliege einer fortschreitenden Degeneration. Aus anatomischer Sicht werde auf die sog. "critical zone" wegen einer verringerten Sehnendurchblutung mit 1 cm vor dem anterioren Ansatz der Supraspinatussehne und dem Tuberculum majus hingewiesen. In der Anatomie gebe es Hinweise auf einen Einfluss der Glenoidneigung, wobei dieser Faktor Einfluss auf die Entwicklung eines Impingements nehmen könne. Extrinsische Faktoren würden von aussen auf die Rotatorenmanschette einwirken, so Reibungseffekte durch die Akromionunterfläche. Häufig fänden sich eine Kombination extrinsischer und intrinsischer Faktoren. Bei dextrinsischen Faktoren handle es sich in aller Regel um Belastungsstörungen, z.B. im Sinne der Aussenrotation. Hier werde der Rotatorenschaden durch die damit verbundene Beeinträchtigung der Durchblutung erklärt. Die typischen extrinsischen Faktoren seien in einem akromialen Impingement zu sehen, aber auch im Nachweis akromialer Sporne, die eine bursaseitige Schädigung in der Rotatorenmanschette nach sich ziehen würden. Die Oberkopfbelastung im Sinne eines "overuse" führe zur Mikrotrauma-Theorie und als extrinsischer Faktor würde das posterosuperiore Impingement gewertet. Die PASTA-Läsion sei die Folge der Stresszunahme mit Schädigung der Rotatorenmanschette in der kritischen Zone, d.h. im Bereich der posterioren Supraspinatussehne und der anterioren Infraspinatussehne. Dieser Sehnenschaden korreliere mit der Existenz eines sog. Tuberkulumnotch. Entscheidend in der Beurteilung des Rotatorenschadens sei die frühzeitige exakte Diagnose. Bereits bei der klinischen Untersuchung, unabhängig von einem angegebenen Unfallmechanismus, resultiere aus einer tatsächlichen Verletzung der Rotatorenmanschette eine Funktionsbeeinträchtigung, beim verschleissbedingten Schaden stehe der Schmerz im Vordergrund, meist in Verbindung mit Enthesiopathie-Zeichen. Eine leere Anamnese sei kein Beweis dafür, dass keine Vorschäden bestünden, denn sowohl Rotatorentendinosen als auch texturstörungsbedingte Defekte seien zu einem hohen Prozentsatz symptomlos (Suva-act. 57 S. 1 f.).

Wäre die Supraspinatussehnenläsion frisch gewesen, wäre es zu einem entsprechenden Funktionsausfall (z.B. drop arm sign) des linken Armes gekommen, was unmittelbar das Aufsuchen eines Arztes zur Folge gehabt hätte. Eine isolierte Partialruptur der Supraspinatussehne ohne jegliche sonstige Begleitverletzungen sei entsprechend der

umfangreichen Fachliteratur mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen (Suva-act. 57 S. 2).

Auch die von Dr. F. _____ erwähnte SLAP II-Läsion sei nicht unfallkausal (Suva-act. 57 S. 2). Als geeignete Unfallmechanismen würden in der Literatur nur wenige genannt, laut Muffet entstünden $\frac{2}{3}$ der traumatisch bedingten SLAP-Läsionen durch Traktionsverletzungen, gefolgt von Stürzen auf den ausgestreckten Arm, abgesehen von den Luxationsmechanismen. Nur in Ausnahmefällen könne ein direktes Trauma als Ursache gesehen werden. Bei der Traktion würde die Bizepssehne vom Knochen gezogen oder auch abgeschert, letzteres entspreche dem "Peel-Back"-Mechanismus, was zum SLAP Typ II führe. Ein typischer Traktionsmechanismus der zu einer traumatischen SLAP-Läsion beitrage, wäre das Tragen eines schweren Gegenstandes mit einer plötzlich einsetzenden Fehlbelastung. In der Literatur herrsche bezüglich der Genese von SLAP-Läsionen bei Traktionsverletzungen weitgehend Einigkeit, insbesondere wenn gleichzeitig eine maximale exzentrische Anspannung des Bizepses zustande komme, z.B. beim Auffangen eines fallenden Gegenstandes mit gebeugtem Ellenbogen, aber auch bei unerwarteten Zugverletzungen im gestreckten Ellenbogen. Ebenso seien Kompressionsverletzungen durch Sturz auf den gestreckten Arm, sowohl in Extension, als auch in Flexion, geeignete Mechanismen. Diskutiert würden ebenfalls direkte Krafteinwirkungen, wie z.B. im Zuge eines Autounfalls, bei welchem der Sicherheitsgurt eine Bewegung des Armes (Schulter) nach vorne abbremse, hier sei jedoch eine erhebliche Krafteinwirkung erforderlich, in aller Regel bestünde ein Luxations- bzw. Subluxationsmechanismus nach vorne (Suva-act. 57 S. 3). In allen Publikationen werde die SLAP-Läsion zwar als mögliche Traumafolge erwähnt, im Prinzip gingen aber alle Autoren darauf ein, dass rezidivierende Mikrotraumen eine Ursache darstellten und dass die SLAP-Läsion besonders bei Instabilitäten, aus denen sich Mikrotraumen ableiten liessen, nachgewiesen würden. Somit würden drei Entstehungsversionen resultieren: Traumatisch, Mikrotraumen, Instabilitäten (Suva-act. 57 S. 4). Als geeignete Unfallmechanismen würden in der Literatur nämlich nur wenige genannt. Es handle sich um Traktionsverletzungen oder Stürze auf den ausgestreckten Arm, durch deren komprimierende Kraft unter dem Schulterdach, der Oberarmkopf gegen das superiore Labrum gedrückt werde. Deshalb gingen diese Verletzungen auch häufig mit Oberarmkopffimplosionen, nachgewiesen durch "Bone bruise"-Areale in der Kernspintomographie, einher. In Abhängigkeit des Sturzmechanismus, ob in Flexion oder Extension, sei eine zusätzliche Abduktions- oder Rotationskomponente notwendig. Der Sturz auf den ausgestreckten Arm in Abduktion und Flexion, d.h. ein Sturz nach vorne, sei

möglicherweise geeignet, eine SLAP II-Läsion zu verursachen. Liege an Stelle der Abduktion eine Adduktion des Oberarmes vor, überwiege die Kompressionskomponente mit kranialer Subluxation des Humeruskopfes, es entstehe eine Abscherung des Labrums mit Beteiligung der Bizepssehne. Entscheidend sei bei diesen Kompressionsverletzungen, dass kernspintomographisch in aller Regel eine Oberarmkopfmpression mehr oder weniger ausgebildet nachweisbar sei, vergleichbar mit einer typisch lokalisierten Hill Sachs-Delle, zumindest aber müsse ein Knochenödem nachweisbar sein, dass dann auch die Kompression bestätige (Suva-act. 57 S. 4 f.).

Zusammengefasst sei weder die PASTA-Läsion noch die beschriebene SLAP-Läsion auf das Ereignis vom 9. März 2018 zurückzuführen, sondern degenerativer Genese. Ebenfalls werde nochmals darauf hingewiesen, dass in der Schadenmeldung im Jahr 2018 wie auch im Erstbefund des Hausarztes keine Verletzung der linken Schulter dokumentiert worden sei. Eine traumatisch bedingte Schulterverletzung führe unmittelbar zum Funktionsausfall und nicht erst nach Wochen resp. Monaten zu Schmerzen. Deshalb werde an der Stellungnahme vom 19. Februar 2020 festgehalten, dass die Operation der Sanierung unfallfremder degenerativer (möglicherweise stummer) Vorbefunde gedient habe. Die Folgen des Sturzes vor über zwei Jahren seien nach maximal sechs Wochen abgeklungen gewesen (Suva-act. 57 S. 5).

6.9 Mit der vorliegenden Beschwerde liess der Versicherte die Stellungnahme von Dr. F. _____ vom 27. August 2020 einreichen. Doktor F. _____ bezog sich auf die Beurteilung der Kreisärztin vom 7. Juli 2020 und erklärte, die Verletzungen der Schulter links, die während der Operation erhoben worden seien, würden in keiner Weise zu einem subacromialen Impingement durch ein hakenförmiges Acromion passen. Die Sehnenruptur sei gelenkseitig gewesen (Subscapularissehne, Supraspinatussehne). Auch sei eine SLAP-Läsion nie auf ein hakenförmiges Acromion zurückzuführen. Die gelenkseitigen Teilrupturen der Rotatorenmanschette seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein Trauma zurückzuführen. Um durch die Schwellung des Gewebes nach einer Operation eine Schmerzproblematik unter dem Schulterdach zu vermeiden, erweitere man dies heute nach einer Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion routinemässig (BF-act. 4).

7.

7.1 Im Licht der dargelegten Rechtsprechung zur Beweistauglichkeit von ärztlichen Berichten (vgl. vorne E. 5.4.1 ff.) – und dabei insbesondere jene zur Beweiswertigkeit

versicherungsinterner Stellungnahmen – sowie in Würdigung der Aktenlage kann vollumfänglich auf die Stellungnahme von Kreisärztin Dr. E. _____ vom 7. Juli 2020 (welche sie unter Beizug von Dr. H. _____ erstattete; E. 6.8) abgestellt werden. Die Kreisärztin legt darin in Kenntnis der Vorakten schlüssig und nachvollziehbar dar, weshalb die Schulterverletzung des Versicherten nicht unfallkausal ist. Sie berücksichtigt dabei die geklagten Beschwerden des Versicherten und setzt sich insbesondere mit den Berichten und Stellungnahmen von Dr. F. _____ auseinander.

Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, vermögen daran auch die Vorbringen des Beschwerdeführers, welcher sich massgeblich auf die intraoperativ festgestellten Befunde und die Stellungnahmen von Dr. F. _____ stützt, nichts zu ändern.

7.2 So stellt die Suva-Ärztin in ihrer ausführlichen Stellungnahme vom 7. Juli 2020 nicht mehr eine Impingement-Symptomatik ins Zentrum ihrer Begründung der fehlenden Unfallkausalität. Sie legt vielmehr ausführlich dar, weshalb die (intraoperativ) festgestellte PASTA-Läsion sowie die SLAP-Läsion nicht unfallkausal seien bzw. unter welchen Voraussetzungen derartige Verletzungen Folge eines Unfalles sein könnten; dass namentlich bei einer unfallbedingten (frischen) Verletzung der Rotatorenmanschette bzw. der Supraspinatussehne eine sofortige Funktionsbeeinträchtigung zu erwarten gewesen wäre, was unmittelbar das Aufsuchen eines Arztes zur Folge gehabt hätte. Im Weiteren erklärt sie nachvollziehbar und schlüssig, dass bei (unfallkausalen) Kompressionsverletzungen kernspintomographisch in aller Regel eine Oberarmkopfimpression mehr oder weniger ausgebildet nachweisbar sei, zumindest aber ein Knochenödem nachweisbar sein müsse, was vorliegend aus den medizinischen Akten nicht ersichtlich ist und auch weder vom Beschwerdeführer noch von Dr. F. _____ behauptet wird. Doktor F. _____ setzt sich mit der dahingehenden Argumentation der Kreisärztin und dem zeitlichen Verlauf der Beschwerden (Latenzzeit sowie fehlende ärztliche Behandlung der Schulter direkt nach dem Unfallereignis) denn auch überhaupt nicht auseinander und legt den Fokus der Argumentation in seiner Stellungnahme vom 27. August 2020 nach wie vor auf die – ursprünglich von der Kreisärztin als Hauptargument angeführte – Impingement-Symptomatik.

7.3 Im Weiteren lässt sich den Akten nicht entnehmen, wie sich der Sturz auf die Schulter genau zugetragen hat, dies wird ferner auch in der Beschwerdeschrift nicht umschrieben. Unbestrittenermassen fehlt es an echtzeitlichen Schilderungen einer beim Unfallereignis vom 9. März 2018 erlittenen Schulterverletzung; daran würde im Übrigen

auch eine gutachterliche Beurteilung nichts zu ändern vermögen. Kreisärztin Dr. E._____ bezieht diese Tatsache und die damit einhergehende (ursprünglich offensichtlich) fehlende ärztliche Behandlungsbedürftigkeit in ihre Beurteilung mit ein. Wie sich der Unfallmechanismus konkret dargestellt hatte, ist insofern auch nicht entscheidend, als die Kreisärztin bei der Verneinung der Kausalität hauptsächlich auf die erhobenen Befunde und den zeitlichen Verlauf der Beschwerden abstellt, was im Sinne einer medizinischen Gesamtbetrachtung nicht zu beanstanden ist. Angesichts der Tatsache, dass in vielen Fällen der genaue Unfallmechanismus aufgrund der Angaben der betroffenen Patienten nicht genau rekonstruiert werden kann, wird dem Kriterium des Unfallmechanismus zur Beurteilung der Unfallkausalität keine übergeordnete Bedeutung mehr beigemessen. Es geht vielmehr darum, 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 hat, der Wahrheit zu entsprechen (BGer 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.4). Diesen Anforderungen kam Dr. E._____ in ihrer Beurteilung vom 7. Juli 2020 zweifellos nach. Weitere Abklärungen zum konkreten Unfallhergang können demnach unterbleiben, zumal allenfalls nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung gemachten Angaben ohnehin kein allzu grosses Gewicht mehr beigemessen werden kann (vgl. zur Beweismaxime der "Aussage der ersten Stunde": BGE 143 V 168 E. 5.2.2; BGer 8C_347/2021 vom 10. November 2021 E. 4.2).

7.4 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die kurz gehaltene und wenig differenzierte Kritik von Dr. F._____ an der ausführlich begründeten Stellungnahme von Dr. E._____ vom 7. Juli 2020 keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken vermag. Doktor E._____ legte im Ergebnis schlüssig dar, dass beim Beschwerdeführer mehr Indizien vorliegen, die für eine degenerativbedingte also krankheitsbedingte Genese der Schulterverletzung sprechen, als solche, die einen traumatischen Ursprung der Läsionen nahelegen. Mithin hat die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz gemäss Art. 43 ATSG nicht verletzt, indem sie auf die versicherungsinterne Stellungnahme ihrer Kreisärztin abgestellt und keine gutachterliche Abklärung veranlasst hat.

8. Die vorliegende Beschwerde erweist sich folglich als unbegründet und ist dementsprechend abzuweisen.

9. Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG) und eine Parteientschädigung ist bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (im Doppel), an die Beschwerdegegnerin sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 30. Juni 2022

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am