



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und MLaw Ines Stocker
Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

U R T E I L vom 20. Dezember 2021 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend

Unfallversicherung
(Leistungen)

S 2020 82

A. Der 1969 geborene A._____ war als Schreiner bei der B._____ GmbH angestellt und in dieser Eigenschaft obligatorisch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert, als der Unfallversicherung am 22. August 2019 gemeldet wurde, der Versicherte sei am 26. Juli 2019 beim Baden am See auf einer ins Wasser führenden Steintreppe ausgerutscht und habe sich mit dem rechten Arm ruckartig aufgefangen und abgestützt. Er habe sich dabei an der rechten Schulter eine Zerrung zugezogen (Suva-act. 2). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeld). In der Folge holte die Suva die medizinischen Berichte samt Bildgebungen ein und legte das Dossier ihrem Kreisarzt Dr. C._____ zur Beurteilung vor (Suva-act. 29 und 40). Gestützt darauf stellte die Suva die Heilkosten- und Taggeldleistungen zunächst mit formlosem Schreiben vom 9. Dezember 2019 (Suva-act. 31), dann mit Verfügung vom 7. Januar 2020 (Suva-act. 49) per 15. Oktober 2019 ein. Nachdem der Versicherte dagegen Einsprache erhoben hatte (Suva-act. 57), holte die Suva eine weitere kreisärztliche Beurteilung ein (Suva-act. 68) und wies die Einsprache schliesslich mit Einspracheentscheid vom 10. Juni 2020 ab (Suva-act. 71).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 4. Juli 2020 beantragte A._____ die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 10. Juni 2020 und die Weiterausrichtung der gesetzlichen Leistungen über den 15. Oktober 2019 hinaus. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Suva zur Einholung eines externen Gutachtens zurückzuweisen. Zur Begründung brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, es bestünden seit dem Vorfall vom 26. Juli 2019 durchgehende Beschwerden im Bereich des betroffenen rechten Schultergelenks. Vorliegend würden zwei unterschiedliche, jeweils plausible Ansichten zur Ursache der Beschwerden bestehen. Nachdem der Versicherer den Wegfall seiner Leistungspflicht zu beweisen habe, reiche die kreisärztliche Beurteilung vom 8. Juni 2020 dafür nicht aus. Es sei jedenfalls nicht ersichtlich, weshalb die Darstellung des Suva-Kreisarztes wahrscheinlicher sein solle, als die des operierenden Arztes und der Hausärztin. Abschliessend wies der Beschwerdeführer darauf hin, dass er seit zwei Monaten zu 100 % arbeitsfähig und beschwerdefrei sei (act. 1).

C. Mit Vernehmlassung vom 7. September 2020 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde und begründete dies im Wesentlichen damit, dass das Ereignis vom 26. Juli 2019 an der rechten Schulter des Beschwerdeführers keine strukturellen Verletzungen verursacht habe. Der Unfall habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands geführt. Bereits nach vier bis sechs

Wochen hätten die Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr gespielt, weshalb die Versicherungsleistungen zu Recht per 15. Oktober 2019 eingestellt worden seien (act. 3).

D. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren Anträgen und Begründungen fest (act. 5 und 7). Auf den Inhalt der Eingaben wird – soweit notwendig – erwägungsweise einzugehen sein.

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 10. Juni 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch 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. Art. 83 ATSG sieht vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 4. Juli 2020 der Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2. 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]). Örtlich zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Der Beschwerdeführer hat Wohnsitz in D._____. Damit ist das Verwaltungsgericht des Kantons Zug in Anwendung von § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum

Bundesgesetz über die Unfallversicherung (BGS 842.5) örtlich und sachlich zuständig. Die Beschwerdegegnerin erliess den vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid am 10. Juni 2020. Dieser ging der damaligen Vertretung des Beschwerdeführers am 11. Juni 2020 zu. Die Beschwerdeschrift wurde am 4. Juli 2020 der Post übergeben und ging am 6. Juli 2020 beim Verwaltungsgericht ein. Damit gilt die Beschwerde als rechtzeitig i.S.v. Art. 60 Abs. 1 ATSG eingereicht. Die Beschwerdeschrift entspricht sodann den formellen Anforderungen an eine Beschwerde und der Beschwerdeführer ist als von der Verfügung des Unfallversicherers direkt Betroffener zur Beschwerde legitimiert. Somit ist die Beschwerde vom Gericht zu prüfen. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

3.1 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 129 V 177 E. 3.1).

3.2 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des

Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. 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 (vgl. BGE 139 V 176 E. 5.3) nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (BGer 8C_160/2012 vom 13. Juni 2012 E. 2 mit Hinweisen).

Medizinische Erfahrungssätze können, zumindest soweit sie der herrschenden Lehrmeinung entsprechen, im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (BGer 8C_346/2008 vom 11. November 2008 E. 3.2.1).

3.3 Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallen ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen. Dabei ist zu beachten, dass ärztliche Auskünfte, die allein auf der Argumentation beruhen, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien erst nach dem Unfall aufgetreten, beweisrechtlich nicht zu verwerten sind (BGer 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.3.1; vgl. zur Unzulässigkeit der Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc": BGE 119 V 335 E. 2b/bb).

3.4 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater

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

3.5 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 Darlegung 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; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee).

4. Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass der Beschwerdeführer am 26. Juli 2019 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat. Die Beschwerdegegnerin hat denn zunächst auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist demgegenüber, ob der Beschwerdeführer auch nach der von der Beschwerdegegnerin per 15. Oktober 2019 verfügten Leistungseinstellung weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Hierzu stellt sich die Frage nach dem Kausalzusammenhang, wobei die Beweislast für dessen Dahinfallen bei der Beschwerdegegnerin liegt. Den Akten ist im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

4.1 Mit Bagatellunfall-Meldung UVG vom 22. August 2019 meldete die B. _____ GmbH der Suva, dass ihr Angestellter am 26. Juli 2019 einen Unfall erlitten habe. Er sei beim Baden am See auf einer ins Wasser führenden Steintreppe auf Schlamm bzw. Moos ausgerutscht und habe sich mit dem rechten Arm ruckartig aufgefangen und abgestützt. Er habe sich dabei an der rechten Schulter eine Zerrung zugezogen (Suva-act. 2). Am 14. Oktober 2019 präzisierte der Versicherte, er habe sich mit hochgerissenem Arm noch auffangen können ohne hinzustürzen. Der nach hinten gerissene Arm habe anschliessend beim Schwimmen in der Schulterregion Schmerzen bereitet. Der erste Arztbesuch bei der Hausärztin sei am 16. August 2019 erfolgt (Suva-act. 15).

4.2 Dem Verlaufsbericht der Hausärztin Dr. med. E. _____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, vom 28. Oktober 2019 kann entnommen werden, dass die erstmalige Vorstellung am 16. August 2019 erfolgt sei, da die Schulter nach einer intensiven Arbeitswoche stärker geschmerzt habe. Bei persistierenden Beschwerden sei die Zuweisung zum Schulter spezialisten des Kantonsspitals F. _____, Dr. H. _____, erfolgt. In der durchgeführten MRI-Untersuchung vom 24. September 2019 habe sich eine Partialläsion der Subscapularissehne gezeigt. Die operative Sanierung sei auf den 15. November 2019 angesetzt worden (Suva-act. 16).

4.3 Das von Dr. E. _____ genannte MRI des Schultergelenks rechts vom 24. September 2019 ergab folgenden Befund: Partialläsion der Subscapularissehne gelenksseitig, AC-Gelenksarthrose, geringfügige Ansatz tendinose der Infraspinatussehne und der Subscapularissehne, geringer Erguss der Bursa subacromialis subdeltoidale, leichte Signalalteration im Ansatz der Supraspinatussehne vereinbar mit einer Zerrung, kein Sehnedurchriss, kein Hinweis auf SLAP-Läsion und keine frische ossäre Läsion (Suva-act. 54).

4.4 Am 15. November 2019 wurde der Versicherte im Kantonsspital F. _____ von Dr. med. H. _____, Oberarzt, bei der Diagnose "Schultergelenk rechts: traumatische, craniale Subscapularissehnen-Läsion, Bizepstendinopathie mit Pulley-Läsion, subacromiales Impingement, asymptomatische AC-Gelenksarthrose" operiert. Zur Indikation wurde folgendes ausgeführt: Der Patient sei am 26. Juli 2019 auf einem glatten Stein am Ufer eines Sees ausgerutscht und mit dem abgespreizten, rechten Arm auf dem Boden gelandet. Sofort habe er ein reissendes Geräusch in der rechten Schulter vernommen und stechende Schmerzen dort gehabt. Trotz konservativer Therapie mit Physiotherapie und Bedarfsanalgesie seien die Beschwerden nur unzufriedenstellend zurückgegangen. Klinisch und MR-tomographisch seien eine Subscapularisläsion, Pulley-Läsion und ein subacromiales Impingement diagnostiziert und bei hohem Leidensdruck und noch guter Muskelqualität die Indikation zur Operation getroffen worden (Suva-act. 21).

4.5 Nach Vorlage an Kreisarzt Dr. med. C. _____, Facharzt FMH Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, kam dieser am 4. Dezember 2019 zum Schluss, dass der Schaden, welcher operiert worden sei, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen sei. Er begründete dies damit, dass bildgebend keine strukturellen Läsionen, welche nach derzeitigem medizinischem

Wissensstand überwiegend wahrscheinlich unfallkausal seien, dargestellt worden seien. Es handle sich nach derzeitigem medizinischem Wissensstand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um bereits vor dem Ereignis vorhandene pathologische Veränderungen, welche vorübergehend verschlimmert worden seien. Der Gesundheitszustand, wie er auch ohne Unfall vorliegen würde, sei nach vier bis sechs Wochen erreicht gewesen (Status quo sine nach Prellung bzw. Zerrung; Suva-act. 29).

4.6 Eine weitere kreisärztliche Beurteilung erfolgte am 19. Dezember 2019. Beurteilend wies Dr. C. _____ darauf hin, dass das typische Zeichen für eine unfallbedingte Sehnen-Zerreissung die sofortige Arztkonsultation und die sofortige Arbeitsniederlegung sei, was vorliegend beides fehle. Es sei weder eine unmittelbare Arztkonsultation dokumentiert – die erste Arztkonsultation sei am 16. August 2019 erfolgt – noch eine unmittelbare Arbeitsniederlegung erfolgt. Die bildgebend dargestellte gelenksseitige Partialläsion der Subscapularissehne sei nur möglich auf das Ereignis vom Juli 2019 zurückzuführen. Bildgebend werde gesamthaft eine Tendinose der Rotatorenmanschette, eine Bursitis subacromialis-subdeltoidea und ein Impingement Syndrom dargestellt. Diese Konstellation sei pathognomonisch für ein degeneratives Verschleissleiden, welches im Verlauf zur Delamination der Rotatorenmanschette führe. Dies sei bildgebend und intraoperativ dargestellt worden. Insbesondere werde im technischen Vorgehen auf eine ansatznahe deutliche Auffaserung und inkomplette Längsläsion der Subscapularissehne hingewiesen. Auffaserungen würden der Delamination, der Strukturauflösung der Sehnenkappe entsprechen. Unklar bleibe, auf welcher Grundlage der behandelnde Chirurg die Sehnen-Ablösung als traumatisch identifiziere. Es seien weder Hämosiderinablagerungen im Operationsbericht erwähnt noch histologische Proben des Sehngewebes zur mikroskopischen Untersuchung weitergeleitet worden. Die Beurteilung müsse somit auf die Bildgebung abstellen. Knapp zwei Monate nach dem Ereignis hätten degenerative Veränderungen bildgebend dargestellt werden können. Das Impingementsyndrom begünstige eine Sehnen-Delamination. Der Versicherte habe das Prädilektionsalter für Verschleiss erreicht und die Lokalisation entspreche der Prädilektionslokalisierung für Verschleiss. Doktor C. _____ kam zum Schluss, dass der Schaden, welcher operiert worden sei, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen sei. Das Ereignis sei überwiegend wahrscheinlich eine Zerrung gewesen. Unfallfolgen nach Zerrungen würden nach derzeitigem medizinischem Wissensstand nach vier bis sechs Wochen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen.

Unfallkausal sei dem Versicherten eine vollzeitige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nach spätestens sechs Wochen zumutbar (Suva-act. 40).

4.7 Am 27. Dezember 2019 nahm Dr. H. _____ zur Beurteilung von Dr. C. _____ Stellung und hielt fest, der Patient habe ihm in seiner Sprechstunde vom 17. September 2019 berichtet, dass er am 26. Juli 2019 auf einem glatten, rutschigen Stein am Ufer eines Sees ausgerutscht und dabei mit dem rechten, abgespreizten und aussenrotierten Arm auf dem Boden gelandet sei. Bereits während des Sturzes habe er ein reissendes Geräusch bzw. ein Gefühl an seiner Schultergelenksvorderseite vernommen und sofort starke Schmerzen dort gehabt. Da er der Meinung gewesen sei, dass die Schmerzen spontan wieder zurückgehen würden, habe er sich nicht beim Hausarzt vorgestellt. Aufgrund Schmerzpersistenz sei er dann erst am 16. August 2019 zum ersten Mal zum Hausarzt gegangen. Trotz Physiotherapie und Bedarfsanalgesie sei es zu keiner relevanten Beschwerdebesserung gekommen. Am 24. September 2019 sei dann die weitere Abklärung mittels Arthro-MRI erfolgt. Hier habe sich eine isolierte Partialläsion der Subscapularissehne gezeigt. Aufgrund der relevanten Verletzung und der erfolglosen konservativen Therapie sei bei entsprechendem Leidensdruck die Indikation zur Operation gestellt worden. Die Operation sei dann problemlos am 15. November 2019 (knapp vier Monate posttraumatisch) durchgeführt worden. Intraoperativ habe sich eine artikulareseitige Partialläsion der Subscapularissehne am cranialen Sehnendrittel sowie eine Längsläsion am mittleren Drittel gezeigt. Hämosiderinauflagerungen hätten intraoperativ zu diesem Zeitpunkt keine mehr beobachtet werden können, wobei dies vier Monate nach dem Trauma auch nicht ganz typisch wäre. Wie aus der Literatur bekannt sei, seien isolierte Subscapularisläsionen bei entsprechendem Trauma (Hyperflexion mit Aussenrotation), wie im vorliegenden Fall, überwiegend traumatisch bedingt. Auch die MR-tomografischen und die intraoperativen Bilder würden eher für eine traumatische, artikulareseitige Subscapularissehnenläsion sprechen. Degenerative Läsionen würden im cranialen Drittel meist den kompletten Sehnendurchmesser betreffen. Auch die Tatsache, dass der Patient vor dem genannten Unfall keinerlei Schulterbeschwerden rechts gehabt habe, spreche für eine traumatische Genese. Die Auffaserungen der Subscapularissehne im mittleren Drittel im Bereich einer Längsläsion seien vier Monate posttraumatisch auch bei einer traumatischen Läsion vorhanden und nicht eindeutig degenerativ. In Anbetracht der genannten Tatsachen gehe er nach wie vor von einer traumatischen Genese der Subscapularissehnenläsion am rechten Schultergelenk aus (Suva-act. 44).

4.8 Nachdem der behandelnde Chirurg zur Leistungseinstellung der Suva Stellung genommen hatte, wurde das Dossier zur abschliessenden Beurteilung noch einmal Kreisarzt Dr. C._____ vorgelegt. Nach Darstellung des aktenmässigen Verlaufs führte er am 8. Juni 2020 aus, anhand der intraoperativen Bilder lasse sich eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität der chirurgisch behandelten Pathologien nicht ableiten. Gesamthaft werde ein degeneratives Verschleissleiden an der Prädilektionslokalisation für Verschleiss dargestellt mit einer gelenkseitigen Partiaalläsion der Subscapularissehne, eine AC-Gelenksarthrose, einer Pulley-Läsion der langen Bizepssehne mit Tendinopathie und einem subacromialen Impingement. Die Schilderung des Hergangs im Operationsbericht, das Ausrutschen im Wasser und "Sofort habe er ein reissendes Geräusch in der rechten Schulter vernommen und stechende Schmerzen dort gehabt.", lasse nicht die überwiegend wahrscheinliche Interpretation zu, dass eine gelenkseitige Partiaalläsion der Subscapularissehne mit einem reissenden Geräusch einhergehe. In der Folge nahm Dr. C._____ zu einzelnen Ausführungen von Dr. H._____ im Bericht vom 27. Dezember 2019 Stellung und merkte hierzu an, eine akute Rissbildung einer Sehne der Rotatorenmanschette gehe überwiegend wahrscheinlich mit einem zeitnahen in Anspruch nehmen von medizinischer Hilfe einher. Hierzu sei bereits in der Beurteilung vom 19. Dezember 2019 Stellung genommen worden. Zu den Literaturangaben im Bericht von Dr. H._____ führte Kreisarzt Dr. C._____ unter Hinweis auf eigene Literaturrecherchen aus, die aktuelle Studienlage erlaube dessen Interpretation nicht mehr, da seit 2001 weitere namhafte Studien wissenschaftlich anerkannte Erkenntnisse gewonnen hätten über den Zusammenhang zwischen degenerativen Veränderungen und Sehnenveränderungen bis hin zu Ablösung von ihrem Ansatz. Als Beispiel hierfür sei die Studie von S. Studier-Fischer und P.A. Grützner, Traumatische Läsion der Rotatorenmanschette Therapiemanagement und Begutachtungsfragen, erwähnt. Es würden gesamthaft mehr Faktoren gegen eine traumatische Läsion der Subscapularissehne als für eine überwiegend wahrscheinliche traumatische Läsion sprechen. Aus den intraoperativen Bildern sei keine eindeutig ersichtliche traumatische Läsion der Subscapularissehne ableitbar. Bildgebend zeige sich eine am Ansatz abgelöste Subscapularissehne ohne Hinweise auf ein vorangegangenes Trauma. Zur Aussage von Dr. H._____, degenerative Läsionen würden im cranialen Drittel meist den kompletten Sehnedurchmesser betreffen, entgegnete Dr. C._____, der Symptomenkomplex subacromiales Impingement, AC-Gelenksarthrose, Bizepstendinopathie und craniale artikulareseitige Partiaalläsion seien in der Zusammenschau überwiegend wahrscheinlich degenerativer Natur. Eine Pulley-Läsion sei eine Schädigung der von Bändern gebildeten Rotatorenintervallschlinge, die vorn am Kopf des Oberarmknochens im Rotatorenintervall

die lange Bizepssehne umschliesse und so an dieser Stelle in der richtigen Position halte. Die Rotatorenintervallschlinge verhindere die Verlagerung der langen Bizepssehne in Richtung Körpermitte (nach medial) und gewährleiste dadurch ihren regelrechten Verlauf durch das Schultergelenk. Die Pulley-Läsion müsse im Zusammenhang mit der Partialruptur der Subscapularissehne beurteilt werden. Es handle sich um eine Veränderung der Strukturen des Schultergelenks, welche in direktem anatomischem Zusammenhang stünden. Die Schwächung der Textur der oberen Teile der Subscapularissehne führe zur Pulley-Läsion. Die Schädigung des Pulleys, welcher an der Führung der langen Bizepssehne beteiligt sei, führe zur vermehrten Beweglichkeit der langen Bizepssehne im Bereich der Rinne/des Sulcus, durch welche die Sehne aus dem Schultergelenk austrete. Daraus folgend sei die Pulley-Läsion begleitet von einer Tendinopathie der langen Bizepssehne, da diese durch das Pulley bei regelrechter Anatomie geführt werde und bei Pulley-Läsion eine unphysiologische/pathologische Führung in ihrer Rinne habe. Eine retrospektive Studie in Arthroscopy and Sports Medicine habe diesen Zusammenhang untersucht und feststellen können, dass in 90 % der 382 untersuchten Patienten eine Verletzung des Pulley Systems bei Verletzung der Rotatorenmanschette vorgelegen habe. Bei 44 % sei ein Trauma in der Vorgeschichte dokumentiert gewesen, bei 54 % hätten degenerative Veränderungen vorgelegen. Bei der Aussage von Dr. H. _____, der Patient hätte vor dem Unfall keinerlei Schulterbeschwerden rechts gehabt, was für eine traumatische Genese spreche, handle es sich um eine "post hoc, ergo propter hoc"-Beurteilung, welche keine versicherungsmedizinische Gültigkeit habe. Das Symptomatischwerden/Erstmanifestation eines Gesundheitsschadens sei nicht automatisch immer überwiegend wahrscheinlich zeitgleich mit der Entstehung eines Gesundheitsschadens. Dazu dürfe auch auf die Rechtsprechung verwiesen werden (BGE 119 V 335). Bei einem Sturz und einem zeitnah festgestellten Bruch eines Unterarmknochens sei der natürliche Kausalzusammenhang sicher. Bei einem Sturz und einer zeitnah festgestellten Läsion der Rotatorenmanschettenmuskulatur sei der Zusammenhang nicht automatisch wahrscheinlich. Zur Aussage, die Auffaserungen der Subscapularissehne im mittleren Drittel im Bereich einer Längsläsion seien vier Monate posttraumatisch auch bei einer traumatischen Läsion vorhanden und nicht eindeutig degenerativ, werde auf die Bildgebung verwiesen. Eine überwiegend wahrscheinliche traumatische Läsion sei aus der Bildgebung nicht ersichtlich. Sichtbar sei die Auffaserung in Längsrichtung, typisch für ein degeneratives Verschleissleiden, dem Strukturverlust der ursprünglichen Schichtung der Sehne. In der Zusammenschau des klinischen Verlaufes, der Anamnese, der präoperativen Bildgebung und des intraoperativen Befundes einschliesslich der

Fotographien müsse an der Beurteilung vom 19. Dezember 2019 festgehalten werden, dass das Ereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Zerrung gewesen sei (Suva-act. 68).

5.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Leistungseinstellung im Wesentlichen auf die versicherungsinternen kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. C._____ vom 19. Dezember 2019 (Suva-act. 40) und 8. Juni 2020 (Suva-act. 68). In den genannten Berichten hat Dr. C._____ umfassend Stellung zur Unfallkausalität der Subscapularissehnenläsion am rechten Schultergelenk genommen und die vorhandenen medizinischen Unterlagen berücksichtigt. Er begründete seine Schlussfolgerung, wonach die Läsion der Subscapularissehne nicht traumatisch bedingt sei, eingehend und nachvollziehbar. Damit erfüllen seine Beurteilungen vom 19. Dezember 2019 und 8. Juni 2020 die Anforderungen an beweiskräftige Arztberichte (vgl. E. 3.5 hiavor).

Daran ändert auch der Umstand nichts, dass es sich dabei um Aktenbeurteilungen handelt, zumal vorliegend bei an sich feststehendem medizinischem Sachverhalt die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. BGer 9C_558/2016 vom 4. November 2016 E. 6.1). Des Weiteren ist dem Beschwerdeführer entgegenzuhalten, dass das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 137 V 210 E. 1.4; 135 V 465 E. 4.4). Alleine aus dem Umstand, dass es sich bei Dr. C._____ um einen Kreisarzt der Suva handelt, kann der Beschwerdeführer somit nichts zu seinen Gunsten ableiten. Demgegenüber ist im Hinblick auf Berichte behandelnder Ärzte auf die Erfahrungstatsache zu verweisen, wonach behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Wie die Beschwerdegegnerin sodann korrekterweise angemerkt hat, sind die Kreisärzte der Suva nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin, die über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen verfügen (BGer 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.2). Doktor C._____ war somit in fachlicher Hinsicht ohne weiteres geeignet, die streitige Frage zu beurteilen, zumal ihm ja auch sämtliche medizinischen Berichte vorlagen.

Vorliegend bestehen für das Gericht jedenfalls keine auch nur geringen Zweifel an den versicherungsinternen Beurteilungen. Zu berücksichtigen ist, dass Dr. C. _____ bereits Anfang Dezember 2019 der Auffassung war, es handle sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um bereits vor dem Ereignis vorhandene pathologische Veränderungen, welche vorübergehend verschlimmert worden seien, der Status quo sine jedoch bereits nach vier bis sechs Wochen erreicht gewesen sei (Suva-act. 29). Diese Einschätzung bestätigte Dr. C. _____ am 19. Dezember 2019 ein erstes Mal und nachdem die Stellungnahme des behandelnden Operateurs vom 27. Dezember 2019 (Suva-act. 44) dem Kreisarzt vorgelegt wurde, stützte dieser seine Beurteilung am 8. Juni 2020 ein weiteres Mal. Würdigend kam Dr. C. _____ zum Schluss, dass gesamthaft mehr Faktoren gegen eine traumatische Läsion der Subscapularissehne als für eine überwiegend wahrscheinliche traumatische Läsion sprechen würden. Anders als der Beschwerdeführer glaubhaft machen will, erschöpfen sich die Beurteilungen des beratenden Arztes der Suva nicht darin, den geschilderten Unfallhergang als ungeeigneten Unfallmechanismus zu bewerten. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend darauf hingewiesen hat, wird dem Kriterium des Unfallmechanismus zur Beurteilung der Unfallkausalität keine übergeordnete Bedeutung mehr beigemessen. Grund hierfür ist die Tatsache, dass in vielen Fällen – wie hier – der genaue Unfallmechanismus aufgrund der Angaben der betroffenen Patienten nicht genau rekonstruiert werden kann. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung geht es 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. 5.3 f.). Diesen Anforderungen kam Dr. C. _____ in seinen Beurteilungen zweifellos nach. Unter Berücksichtigung des echtzeitlichen Verlaufs ohne sofortige Arztkonsultation – die Erstbehandlung bei der Hausärztin fand erst drei Wochen nach dem Unfall, am 16. August 2019, statt – und ohne zeitnahe Arbeitsniederlegung – dem Beschwerdeführer war es möglich, seiner Tätigkeit als Bau- und Möbelschreiner während drei Wochen weiter nachzugehen –, der bildgebenden Unterlagen – bildgebend war im MRI des Schultergelenks vom 24. September 2019 ein subacromiales Impingement, eine AC-Gelenksarthrose, eine Bizepstendinopathie und eine craniale artikulareseitige Partialläsion ersichtlich und aus den intraoperativen Bildern war keine eindeutig ersichtliche traumatische Läsion der Subscapularissehne ableitbar –, des Prädilektionsalters sowie der Prädilektionslokalisation für Verschleiss und der aktuellen einschlägigen Literatur kam Dr. C. _____ zum überzeugenden Schluss, dass der Unfall zu keiner strukturellen Verletzung der Rotatorenmanschette geführt habe und der

bildgebend dargestellte und operativ angegangene Symptomenkomplex überwiegend wahrscheinlich degenerativer Natur sei. Doktor C. _____ hat somit sowohl den klinischen Verlauf und die Anamnese als auch die präoperative Bildgebung und die intraoperativen Befunde berücksichtigt, in seine Abwägung miteinbezogen und denn auch schlüssig dargelegt, dass beim Beschwerdeführer mehr Indizien vorliegen, die für eine krankheitsbedingte Genese der Verletzung sprechen, als solche, die einen traumatischen Ursprung der Läsion nahelegen.

Soweit der Beschwerdeführer der Beurteilung des Kreisarztes entgegnet, es bestünden seit dem Vorfall vom 26. Juli 2019 durchgehende Beschwerden im Bereich des betroffenen rechten Schultergelenks, kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten, würde es doch einem im Sozialversicherungsrecht unzulässigen "post hoc ergo propter hoc"-Schluss entsprechen, wenn allein aufgrund der Tatsache, dass die Schulterbeschwerden nach dem Unfall aufgetreten sind, darauf geschlossen würde, dass diese durch den Unfall verursacht worden sind.

Schliesslich können auch aus der Stellungnahme des Operateurs Dr. H. _____ vom 27. Dezember 2019 (Suva-act. 44) keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilung abgeleitet werden. Mit der Beschwerdegegnerin ist festzustellen, dass sich Dr. C. _____ in seiner Stellungnahme vom 8. Juni 2020 eingehend mit den Ausführungen des behandelnden Operateurs auseinandergesetzt und dabei nachvollziehbar und schlüssig dargelegt hat, weshalb die Auffassung von Dr. H. _____ aus medizinischer Sicht nicht zu überzeugen vermag. Dabei wies der Kreisarzt noch einmal darauf hin, dass eine akute Rissbildung einer Sehne der Rotatorenmanschette überwiegend wahrscheinlich mit einem zeitnahen in Anspruch nehmen von medizinischer Hilfe einhergehe, was in casu gerade nicht erfolgt ist. Des Weiteren begründete er seine Sichtweise unter Berücksichtigung der medizinischen Lehre und merkte an, dass die Beurteilung des Operateurs auf mittlerweile veralteten Studien beruhe. Schliesslich setzte sich Dr. C. _____ erneut sehr eingehend mit der Bildgebung auseinander und führte aus, dass der Symptomenkomplex – subacromiales Impingement, AC-Gelenksarthrose, Bizepstendinopathie und craniale artikulareseitige Partialläsion – in der Zusammenschau überwiegend wahrscheinlich degenerativer Natur sei. Ebenfalls auf die Bildgebung verwies der Kreisarzt, als es um die Auffaserungen der Subscapularissehne im mittleren Drittel im Bereich einer Längsläsion ging und der Operateur ausführte, diese seien auch bei einer traumatischen Läsion vorhanden und nicht eindeutig generativ. Dazu merkte Dr. C. _____ an, dass eine überwiegend

wahrscheinliche traumatische Läsion aus der Bildgebung nicht ersichtlich sei. Sichtbar sei die Auffaserung in Längsrichtung, welche typisch sei für ein degeneratives Verschleissleiden, dem Strukturverlust der ursprünglichen Schichtung der Sehne. Soweit zur Begründung der Traumagenese auf die vorgängig vollständig asymptomatische Schulter verwiesen wurde, erwog der Kreisarzt zutreffend, dass sich der Arzt damit ebenfalls von der unzulässigen Beweismaxime "post hoc, ergo propter hoc" (BGE 119 V 335 E. 2b/bb) leiten liess, woraus beweisrechtlich kein natürlicher Kausalzusammenhang abzuleiten ist. Das soeben Ausgeführte zeigt, dass Dr. C._____ die von Dr. H._____ vorgebrachten Argumente im Einzelnen überzeugend zu entkräften vermochte.

Zu guter Letzt ist auch die Beurteilung der Hausärztin vom 20. Dezember 2019 (Suva-act. 42 S. 5) nicht geeignet, an der Einschätzung des Kreisarztes Zweifel hervorzurufen. Doktor E._____ stellt sich darin zwar auf den Standpunkt, dass sie – zusammen mit dem Patienten und Dr. H._____ – den Fall anders beurteile als der Suva-Kreisarzt, der die Sehnenverletzung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückführe. Eine Begründung für ihre gegenteilige Auffassung sucht man im genannten Bericht indes vergebens. Vielmehr wiederholt Dr. E._____ lediglich ihre bereits im Bericht vom 28. Oktober 2019 (Suva-act. 16) gemachten Ausführungen.

Nachdem keine weiteren ärztlichen Berichte vorliegen, die sich mit der kreisärztlichen Einschätzung auseinandersetzen bzw. aufzeigen würden, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann, besteht kein Anlass, an der Beurteilung von Dr. C._____ zu zweifeln.

5.2. Zusammenfassend vermögen die Berichte der behandelnden Ärzte sowie die Einwände des Beschwerdeführers keine auch nur geringen Zweifel an der Schlüssigkeit und Zuverlässigkeit der versicherungsinternen Beurteilungen des Dr. C._____ zu begründen. Den versicherungsinternen Berichten kommt daher voller Beweiswert zu. Dementsprechend ist es nicht zu beanstanden, dass die Suva auf die Beurteilung von Dr. C._____ abgestellt hat und dadurch von der Einschätzung des behandelnden Operateurs abgewichen ist. Entsprechend der Beurteilung des Kreisarztes ist davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt des Unfalls ein degeneratives Verschleissleiden bestand, welches durch den Unfall aktiviert wurde. Mangels aktenkundiger entsprechender Anhaltspunkte ist indes auszuschliessen, dass es unfallbedingt zu einer signifikanten und damit dauernden Verschlimmerung der vorbestehend degenerativen Schäden gekommen ist. Treten im Anschluss an einen Unfall davor nicht bestandene Beschwerden auf und ist

davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (BGer 8C_1029/2012 vom 22. Mai 2013 E. 3.2.2). Vorliegend waren die Beschwerden nach der erlittenen Zerrung gemäss der Beurteilung des Kreisarztes nach vier bis sechs Wochen nicht mehr auf den Unfall vom 26. Juli 2019 zurückzuführen, sondern rührten ausschliesslich von degenerativen Veränderungen her. Damit war der Status quo sine zu diesem Zeitpunkt erreicht gewesen, was zur Folge hat, dass die Beschwerdegegnerin berechtigt war, die Leistungen per 15. Oktober 2019 einzustellen. Zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung haben Unfallfolgen im Beschwerdebild des Versicherten jedenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr gespielt. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. Juni 2020 erweist sich somit als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vollumfänglich abzuweisen ist.

6. Von weiteren Abklärungen, insbesondere einem medizinischen Gutachten, sind bei diesem Ausgang des Verfahrens in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 124 V 90 E. 4b) keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, so dass der entsprechende Antrag abzuweisen ist.

7. 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 Beschwerdeführer (mit ausführlicher Rechtsmittelbelehrung), an die Beschwerdegegnerin sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 20. Dezember 2021

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am