



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

## SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz

lic. iur. Sarah Schneider und lic. iur. Judith Fischer

Gerichtsschreiber: lic. iur. Thomas Kreyenbühl

U R T E I L vom 28. November 2025

gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

**A.** \_\_\_\_\_

Beschwerdeführer

vertreten durch RA M<sup>L</sup>aw Eliane Steiger, RUDOLF & BIERI AG

Anwälte & Notare, Ober-Emmenweid 46, 6021 Emmenbrücke 1

gegen

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

Beschwerdegegnerin

betreffend

Unfallversicherung

(Leistungen)

S 2024 76

- A. A. \_\_\_\_\_, geboren 1972, ist seit dem 1. August 2012 als Gruppenleiter Bau bei der B. \_\_\_\_\_ angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 19. Dezember 2022 blieb der Versicherte am 12. Dezember 2022 beim Schneeräumen mit der Schaufel im Boden hängen. Dabei bekam er einen Schlag in die rechte Schulter (UV-act. 1 und 30/10). Med. prakt. C. \_\_\_\_\_, FMH Praktischer Arzt, hielt im Arztzeugnis UVG vom 15. Januar 2024 (Eingangsdatum) fest, dass die Erstbehandlung am 15. Dezember 2022 stattgefunden habe. Es seien eine SLAP-Läsion und eine Teilruptur der Supraspinatussehne festgestellt worden (UV-act. 34/4–5). Die Suva erbrachte Heilbehandlungsleistungen (vgl. UV-act. 24). Nachdem zunächst eine konservative Behandlung durchgeführt worden war, nahm Dr. med. D. \_\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 22. Januar 2024 an der rechten Schulter einen operativen Eingriff vor (Arthroskopie, Débridement craniales Labrum, Tenodese der langen Bizepssehne im mittleren Sulcus, Naht der oberen Subscapularissehne, Acromioplastik, AC Gelenksresektion; UV-act. 59). Am 15. März 2024 erstattete Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, von der Suva eine Kurzbeurteilung (UV-act. 68). Mit Verfügung vom 28. März 2024 hielt die Suva fest, dass der Fall per 21. Januar 2024 abgeschlossen werde. Die Versicherungsleistungen würden auf diesen Zeitpunkt hin eingestellt. Für die Kosten der Operation vom 22. Januar 2024 komme sie nicht mehr auf (UV-act. 75). Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 9. April 2024 (Eingangsdatum) Einsprache (UV-act. 82), welche die Suva mit Entscheid vom 20. August 2024 abwies (UV-act. 105).
- B. Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 1. September 2024 bei der Suva Beschwerde (act. 1). Mit Schreiben vom 5. September 2024 überwies die Suva die Beschwerde zuständigkeitshalber ans Verwaltungsgericht (act. 2). Der Beschwerdeführer beantragte sinngemäss, es sei der angefochtene Entscheid aufzuheben und es seien die Kosten im Zusammenhang mit der Operation vom 22. Januar 2024 (Heilbehandlung und Taggeld) zu übernehmen (act. 1).
- C. Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Vernehmlassung vom 4. Oktober 2024 die Abweisung der Beschwerde (act. 4).
- D. Der Beschwerdeführer nahm mit Eingabe vom 16. Oktober 2024 zur Vernehmlassung Stellung (act. 6).

Mit Replik vom 2. Dezember 2024 stellte der nunmehr anwaltlich vertretene Beschwerdeführer folgende Anträge (act. 8 S. 2):

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 20. August 2024 sei aufzuheben.
2.
  - 2.1 Dem Beschwerdeführer seien auch über den 21. Januar 2024 hinaus die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu erbringen.
  - 2.2 Eventualiter: Die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und sie sei anzuweisen, eine verwaltungsexterne Begutachtung des Beschwerdeführers in Auftrag zu geben.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MWST) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

E. Die Beschwerdegegnerin hielt mit Duplik vom 8. Januar 2025 an ihrem Antrag auf Beschwerdeabweisung fest (act. 10).

F. Am 17. Januar 2025 reichte der Beschwerdeführer eine "Triplik" ein (act. 12), unter Beilage der Stellungnahme von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 8. Januar 2025 (BF-act. 6).

G. Die Beschwerdegegnerin legte mit Eingabe vom 7. Februar 2025 (act. 14) die ärztliche Beurteilung von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 23. Januar 2025 (BG-act. 2) ins Recht.

H. Am 11. April 2025 reichte der Beschwerdeführer eine "Quintuplik" ein (act. 18).

I. Hierzu liess sich die Beschwerdegegnerin am 16. Mai 2025 vernehmen (act. 20).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] in Verbindung mit § 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 – Zuständigkeit am Wohnsitz der versicherten Person zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung – gegeben, da der Beschwerdeführer im Kanton Zug lebt. Der angefochtene Einspracheentscheid wurde dem Beschwerdeführer (frühestens) am 21. August 2024 zugestellt. Die Beschwerde wurde der Beschwerdegegnerin ausweislich der Akten am 1. September 2024 eingereicht und von dieser dem Gericht am 6. September 2024 überwiesen, womit die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG gewahrt ist. Der Beschwerdeführer ist vom angefochtenen Entscheid direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen verständlichen Antrag und eine Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichts (GO VG; BGS 162.11).

2.

2.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (vorliegend: 20. August 2024) 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).

2.2 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

2.3 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 beziehungsweise 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 anderen Worten nicht

weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 147 V 161 E. 3.2 mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltungsbehörde 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 Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.4 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 nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGer 8C\_600/2021 vom 3. März 2022 E. 3.2 und 8C\_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2, je mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (BGer 8C\_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

2.5 Die Argumentation nach der Formel "post hoc ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum

Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb, vgl. BGer 8C\_244/2023 vom 19. Oktober 2023 E. 5.1 mit Hinweisen). Ärztliche Auskünfte, die allein auf dieser Argumentation beruhen, sind beweisrechtlich nicht zu verwerten (BGer 8C\_241/2020 vom 29. Mai 2020 E. 3).

2.6 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 mit Hinweis; BGer 8C\_385/2023 vom 30. November 2023 E. 4.2.1).

Den Berichten und Gutachten von versicherungsinternen Ärzten wird nach der Rechtsprechung Beweiswert zugemessen, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. 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. Auf Aktenberichte kann abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (BGer 8C\_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2 mit Hinweisen).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid damit, dass gestützt auf die Beurteilung von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 15. März 2024 davon ausgegangen werden könne, dass das Ereignis vom 12. Dezember 2022 zu keinen strukturellen Verletzungen an der rechten Schulter geführt habe. Der Zustand, der sich auch ohne das in Frage stehende Ereignis eingestellt hätte, sei spätestens nach vier bis sechs Wochen erreicht gewesen. Doktor E. \_\_\_\_\_ habe sämtliche Vorakten berücksichtigt und seine Schlussfolgerungen insbesondere in Kenntnis der bildgebend und intraoperativ erhobenen

Befunde sowie gestützt auf die einschlägige medizinische Fachliteratur einleuchtend begründet. In den Akten würden sich keine divergierenden medizinischen Beurteilungen finden, die derjenigen von Dr. E. \_\_\_\_\_ entgegenstehen würden (UV-act. 106).

3.2 Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, dass er vor dem Unfall vom 12. Dezember 2022 keinerlei Beschwerden gehabt habe und dementsprechend auch keine medizinischen Berichte vorhanden seien. Den Unfallhergang habe die Beschwerdegegnerin falsch beschrieben. Er sei nach dem "Anstehen" der Schaufel aus dem Tritt gekommen und in der Folge auf die sehr befahrene Strasse geraten. Reflexartig habe er sich mit einer Art Ruder-Bewegungen auffangen wollen. Er habe den rechten Arm hoch gerissen und sich seitlich nach hinten aufgestützt. Durch den Sturz und die gleichzeitigen Bewegungen seien starke dynamische Kräfte entstanden. Auf diese Weise habe er sich an der rechten Schulter verletzt. Doktor E. \_\_\_\_\_ habe in seiner Beurteilung nur von einer SLAP-2-Läsion gesprochen, nicht aber vom Riss der Subscapularissehne, welcher ebenfalls durch den Unfall hervorgerufen worden sei. Die darauffolgende Behandlung, im Rahmen derer eine Arthrose entstanden sei, habe mehr als ein Jahr angedauert. Doktor D. \_\_\_\_\_ und der Beschwerdeführer hätten alles versucht, um eine Operation zu vermeiden. Eine solche sei dann aber doch erforderlich geworden. Mehr als sieben Monate nach der Operation sei zum Glück wieder alles wie vorher und er könne wieder richtig anpacken (act. 1).

In der Replik vom 2. Dezember 2024 hielt der Beschwerdeführer fest, die Beschwerdegegnerin habe nicht rechtsgenügend nachgewiesen, dass das Unfallereignis vom 12. Dezember 2022 für die nach dem 21. Januar 2024 noch bestehenden Beschwerden an der rechten Schulter nicht mehr ursächlich gewesen sei. Doktor E. \_\_\_\_\_ habe keine persönlichen Untersuchungen durchgeführt. Zudem stehe seine Aussage, wonach keine echtzeitliche Pseudoparalyse dokumentiert sei, im Widerspruch zu den Berichten von med. prakt. C. \_\_\_\_\_. In den Verlaufsnotizen vom 15. Dezember 2022 habe med. prakt. C. \_\_\_\_\_ festgehalten, dass die Elevation schmerzhaft sei. Aus dem UVG-Arztbericht vom 18. Januar 2024 gehe hervor, dass Schmerzen und ein Funktionsverlust aufgetreten seien. Dass das erste MRI vom 3. Januar 2023 ohne Kontrastmittel durchgeführt worden sei und die tatsächlich vorhandenen Verletzungen erst zu einem späteren Zeitpunkt durch das Arthro-MRI und die Operation vom 22. Januar 2024 hätten ermittelt werden können, könne dem Beschwerdeführer nicht zum Nachteil gereichen. Die Aussage von Dr. E. \_\_\_\_\_, wonach im echtzeitlichen MRI vom 3. Januar 2023 lediglich eine Tendinopathie zur Darstellung gekommen sei, sei überdies unzutreffend. Im Arthro-MRI

vom 29. November 2023 sei dann eine Partialruptur des Oberrandes der Subscapularis-sehne am Ansatzbereich ersichtlich gewesen. Eine SLAP-2-Läsion, wie sie der Beschwerdeführer erlitten habe, könne durch ein Trauma ausgelöst werden. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass er vor dem Unfallereignis vom 12. Dezember 2022 nie wegen Schulterbeschwerden in Behandlung gewesen sei. In Bezug auf die AC-Gelenksarthrose sei festgehalten worden, dass diese traumatisiert sei. Auch dieser Umstand spreche gegen eine Abnützung oder Erkrankung. Sollte das angerufene Gericht nicht auf die schlüssigen Berichte der behandelnden Ärzte abstellen, dränge sich die Durchführung eines verwaltungsexternen Gutachtens auf (act. 8).

In der "Quintuplik" vom 11. April 2025 führte der Beschwerdeführer aus, dass es der Verwaltung grundsätzlich verwehrt sei, nach Einreichung des Rechtsmittels weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen. Erlaubt seien einzig punktuelle Abklärungen. Vorliegend sei eine Verletzung des Devolutiveffekts sowie der Waffengleichheit nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK gegeben, wenn die Beschwerdegegnerin in Verletzung ihrer Abklärungspflicht nach Art. 43 ATSG die verpassten medizinischen Abklärungen im Beschwerdeverfahren mit einer versicherungsinternen Aktenbeurteilung von insgesamt 9 Seiten nachholen wolle. Hierbei handle es sich nicht lediglich um punktuelle Abklärungen (act. 18).

4. Aktenkundig sind im Wesentlichen folgende medizinische Beurteilungen:

4.1 Doktor med. F. \_\_\_\_\_, FMH Radiologie, von der G. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 3. Januar 2023 zuhanden von med. prakt. C. \_\_\_\_\_ fest, dass das gleichentags durchgeführte MRI Schulter nativ rechts folgende Befunde ergeben habe (UV-act. 21/3–4):

- prominentes Os akromiale mit Zeichen eines diskreten Reizzustandes
- diskrete AC-Gelenksarthrose mit Zeichen eines diskreten Reizzustandes
- Tendinopathie vs. kleine Partialrupturen der Supraspinatussehne
- Verdacht auf SLAP-Läsion auf praktisch gesamter Höhe (nativ eingeschränkt beurteilbar)

4.2 Doktor D. \_\_\_\_\_ gab im Bericht vom 19. Dezember 2023 zuhanden von med. prakt. C. \_\_\_\_\_ an, dass der Beschwerdeführer nach langdauernder konservativer Behandlung der Schulterverletzung immer noch Schmerzen habe. Aufgrund des Ausmasses der Schmerzen, der Bewegungseinschränkung und des Kraftverlustes schlage er jetzt eine operative Revision mit Arthroskopie vor. Die Rotatorenmanschette sei zu evaluieren

und die Bizepssehne zu revidieren, mit gleichzeitiger subacromialer Dekompression. Ob das AC-Gelenk reseziert werden müsse, hänge vom Ausmass der Osteophytenbildung und von der Kompromittierung der superioren Rotatorenmanschette ab (UV-act. 13/2–3).

4.3 Doktor E. \_\_\_\_\_ führte in der Kurzbeurteilung vom 15. März 2024 aus, dass die rechte Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall vom 12. Dezember 2022 in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen sei. Im echtzeitlichen MRI vom 3. Januar 2023 seien eine Tendinopathie der Rotatorenmanschette, eine AC-Gelenksarthrose und Veränderungen des Labrums zur Darstellung gekommen. Der Unfall vom 12. Dezember 2022 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu zusätzlichen strukturellen und objektivierbaren Läsionen geführt. Nach allgemeiner traumato-logischer Erfahrung sei eine Schulterdistorsion/-kontusion nach vier bis sechs Wochen abgeheilt (UV-act. 68).

4.4 Doktor D. \_\_\_\_\_ legte in der an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers gerichteten Stellungnahme vom 8. Januar 2025 dar, dass eine Diskontinuität des Labrums, welche oft als Riss bezeichnet werde, häufig traumatisch bedingt sei. Solche Verletzungen würden unter anderem bei einem direkten Sturz auf den ausgestreckten Arm oder auf die Schulter auftreten. Ebenfalls in Frage komme ein direkter Aufprall, wie zum Beispiel beim Beschwerdeführer beim Schneeschaufeln. Als er die Schaufel rasch nach vorne habe stossen wollen, sei sie gegen einen Widerstand geschlagen worden. Dies entspreche durchaus einem Aufprall. Der Befund habe keine Hinweise auf eine chronische Degeneration (wie Zysten oder Kalkeinlagerungen) beschrieben. Das Fehlen von degenerativen Veränderungen (wie Abrieb oder Verdickungen des Labrums) spreche eher für eine akute Verletzung als für eine chronische Abnutzung. Aufgrund des MRI könne das Ausmass der Schäden oftmals nur ansatzweise interpretiert werden. Im Rahmen der durchgeführten Arthroskopie seien erhebliche Schäden ersichtlich gewesen, welche die Beschwerden erklärt hätten. Beim cranialen Labrum habe sich eine SLAP-2-Läsion gezeigt. Die Bizepssehne habe sich wegen eines Einrisses des medialen Pulley-Systems nach medial subluxieren lassen. Die Subscapularissehne sei cranial zu ca. 80 % gerissen gewesen, ohne Retraktion. Die Supraspinatussehne sei anterior zu ca. 10 % gerissen gewesen. Im Weiteren sei beim AC-Gelenk der Diskus zerrissen gewesen. Es stimme nicht, dass lediglich eine Tendinopathie bestanden habe. Es habe vielmehr eine traumatisch bedingte Partialruptur der Rotatorenmanschette vorgelegen. Gemäss MRI-Bericht seien diskrete intrasubstanzielle Signalalterationen in der Supraspinatussehne vorhanden gewesen. Solche Signalveränderungen könnten durch Mikroverletzungen oder Überlastungen

entstehen, was im Kontext eines Unfalls auf eine Überdehnung oder Teilverletzung hinweisen könne. Die Mehrzahl der Fasern sei in Kontinuität, was bedeute, dass keine signifikante Ruptur vorliege. Ein Unfalltrauma könne dennoch solche minimalen Veränderungen verursachen, insbesondere bei einem Sturz auf die Schulter oder bei einer abrupten Zugbelastung. Es habe sich dann aber doch gezeigt, dass die Supraspinatussehne in der Arthroskopie zu 80 % gerissen gewesen sei. Eine Verfettung der Muskeln sei nicht vorhanden gewesen. Dies deute auf ein akutes oder subakutes Ereignis hin, sofern die Signalalterationen traumatisch bedingt seien. SLAP-Läsionen könnten durch eine Vielzahl von Ursachen entstehen, sowohl traumatische als auch nicht-traumatische. Eine isolierte SLAP-Verletzung nach Trauma ohne Begleitverletzungen sei zwar selten, aber möglich. Vorliegend habe eine Teilruptur der Rotatorenmanschette bestanden. Aufgrund der arthroskopisch sichtbaren Schäden könne nicht von einer leichten bis moderaten Distorsion oder Prellung ausgegangen werden, welche in vier bis sechs Wochen abgeheilt sei. Der Heilungsprozess habe wesentlich länger gedauert und die Operation sei schliesslich begründet gewesen. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass der Unfall vom 12. Dezember 2022 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Ursache für die Beschwerden verantwortlich sei. Die gelenksseitige Teilruptur der Subscapularissehne (ca. 80 %), die SLAP-2-Läsion und die traumatisierte AC-Gelenksarthropathie seien durch den Unfall verursacht worden. Die nächste Kontrolle sei am 18. Januar 2025 geplant. Im August 2024 habe der Beschwerdeführer praktisch keine Schmerzen mehr gehabt. Das Muskelaufbautraining habe aber noch fortgesetzt werden müssen. Der Fall sei noch nicht abgeschlossen (BF-act. 6).

4.5 Doktor E. \_\_\_\_\_ erklärte in der Beurteilung vom 23. Januar 2025 (BG-act. 2), es sei in der Literatur unbestritten und in der 2019 veröffentlichten Arbeit von Lädermann und Mitarbeitern bestätigt worden, dass die meisten Läsionen der Rotatorenmanschette auf der Grundlage degenerativer Veränderungen entstehen würden. Die Läsionen seien auch bei beschwerdefreien Personen festzustellen. In vielen Fällen würden sie über längere Zeit asymptomatisch bleiben. Unter Verweis auf Uthoff und Mitarbeiter hätten Hempfling und Wich festgestellt, dass die Erkrankung einer Rotatorenmanschette dem Alterungsprozess zugeordnet werde. Tatsächliche Rupturen, die im gutachtlichen Sprachgebrauch als Verletzung zu werten seien, seien denkbar selten.

Bezüglich der auch vorliegend versicherungsmedizinisch relevanten Kausalitätsprüfung würden Hempfling et al. dem Verhalten des Verletzten nach dem Ereignis, dem Zeitpunkt des ersten Arztbesuchs und dem dokumentierten Erstgesundheitschaden eine massge-

bliche Bedeutung zumessen. Eine traumatisch nach akuter Gewalteinwirkung verursachte Zerreissung der Rotatorenmanschette führe unmittelbar zu Schmerzen, Kraft- und Funktionsverlust mit einem charakteristischen zeitlichen Verlauf. In der akuten Phase (etwa bis drei Tage nach dem Unfallereignis) würden heftige Schmerzen bestehen. Da bei einer Zerreissung die Kraftübertragung vom Muskel auf die Sehne und von ihr auf Knochen und Gelenk unterbrochen sei, sei die aktive Beweglichkeit der Schulter in typischer Weise so massiv eingeschränkt, dass man von einer Pseudoparalyse, also von einer scheinbaren Lähmung des Arms spreche. Diese Pseudoparalyse werde von den Betroffenen nachvollziehbarerweise als beunruhigend und bedrohlich empfunden und führe kurzfristig zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe.

Wenn die Schulter nach vorne luxiere, komme es zu einer Labrumschädigung anterior. Wenn die Schulter nach hinten luxiere, führe dies zu einer Schädigung posterior. Die biomechanischen Ausführungen von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 8. Januar 2025 würden daher nicht überzeugen: Ein nach vorne Stossen der Schaufel mit einem Widerstand entspreche einer Bewegung des ganzen Körpers nach vorne. Im Moment des angeblichen Widerstands der Schaufel sei es zu einem konsekutiven Zurückschlagen des Oberarms/Schlagen gegen hinten (posterior) gekommen. Entsprechend wären also, wenn überhaupt, Labrumläsionen posterior zu erwarten und kaum anterior. Doktor D. \_\_\_\_\_ habe im Operationsbericht vom 25. Januar 2024 beschrieben, dass das vordere untere Labrum abgeflacht und das hintere Labrum inferior normal sei. Einen Eingriff am anterioren Labrum habe er nicht durchgeführt. Am 8. Januar 2025 sei Dr. D. \_\_\_\_\_ der Meinung gewesen, dass eine akute Verletzung des Labrums anterior vorläge, obwohl er intraoperativ keine solche Läsion beschrieben habe. Am 22. Januar 2024 habe Dr. D. \_\_\_\_\_ ein Débridement des cranialen Labrums durchgeführt, also im Bereich des Bizepssehnenankers. Er habe damit die dortige SLAP II-Läsion adressiert. Das abgeflachte anteriore Labrum passe in typischer Weise zu einer Degeneration (= Abrieb, wie von Dr. D. \_\_\_\_\_ selbst festgehalten), zum Beispiel im Rahmen einer Mikroinstabilität. Diese Mikroinstabilität führe zu einem Abschleifen/Abflachen des Labrums. Zysten und/oder Kalkeinlagerungen fänden sich häufig erst im Endstadium. Unter Berücksichtigung des Ereignisses würden die Veränderungen des Labrums nicht für eine akute Verletzung sprechen, sondern seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Degeneration zurückzuführen.

Im Weiteren sei darauf hinzuweisen, dass keine echtzeitliche Pseudoparalyse dokumentiert worden sei. Dies spreche gegen eine traumatische Zerreissung der Rotatorenmanschette.

Zwischen dem Ereignis vom 12. Dezember 2022 und dem MRI am 3. Januar 2023 seien sodann lediglich wenige Tage vergangen, so dass im vorliegenden Fall sehr gut auch auf die Bildgebung abgestützt werden könne. Dies finde auch in der Fachliteratur Bestätigung. Nach eigener Einsicht in das MRI vom 3. Januar 2023 würden keine Einblutungen zur Darstellung kommen. Dies spreche ebenfalls gegen eine traumatische Zerreißung der Rotatorenmanschette.

In der Folge habe Dr. D.\_\_\_\_\_ seinen früheren, eigenen Berichten ein weiteres Mal widersprochen: Am 8. März, 26. Mai, 5. August, 19. August und 14. November 2023 habe er den Subscapularis weder unter Diagnosen noch unter Röntgen aufgeführt. Dies überrasche insofern nicht, als im Bericht über das MRI vom 3. Januar 2023 explizit vermerkt sei, dass die Subscapularissehne intakt sei. Erst im Verlaufs-MRI vom 29. November 2023 (nota bene fast ein Jahr nach dem Ereignis) sei eine kleine Läsion am Oberrand der Subscapularissehne am Ansatzbereich zur Darstellung gekommen. Trotz unauffälliger Sehne des Subscapularis im echtzeitlichen MRI am 3. Januar 2023 sei Dr. D.\_\_\_\_\_ am 8. Januar 2025 der Meinung gewesen, dass eine traumatisch bedingte Partialruptur der Rotatorenmanschette vorliege.

Die intraoperativ beschriebene kombinierte Läsion des Subscapularis und des Supraspinatus untermauere die degenerative Genese im Bereich der rechten Schulter. Eine solche werde als anterosuperiore Rotatorenmanschettenläsion bezeichnet. Durch die strukturelle Beziehung zwischen Subscapularis- und Supraspinatussehne und dem Pulley-System sei die anterosuperiore Rotatorenmanschettenläsion in den meisten Fällen mit einer Pathologie der langen Bizepssehne assoziiert. Die Pathogenese der Läsionen reiche von sehr häufigen, primär degenerativ bedingten Sehnenschäden auf dem Boden eines anterosuperioren Impingements bis zu seltenen rein traumatisch bedingten anterosuperioren Massenrupturen. Die Ursache der anterosuperioren Rotatorenmanschettenläsion sei in etwa 10 % der Fälle traumatischer Natur und betreffe häufig junge Patienten. Die Häufigkeit der degenerativen Läsion nehme mit steigendem Alter zu. Das typische Alter der betroffenen Patienten mit einer degenerativen Läsion liege zwischen der 4. und 5. Dekade. Der Beschwerdeführer sei zum Zeitpunkt des Ereignisses 50 Jahre alt gewesen.

Hinsichtlich des Einwandes von Dr. D.\_\_\_\_\_, wonach die AC-Gelenksarthrose lediglich diskret vorhanden gewesen und nicht im Vordergrund der Beschwerden gestanden sei, sei zu bemerken, dass zwischen dem Ereignis am 12. Dezember 2022 und dem MRI

am 3. Januar 2023 lediglich wenige Tage vergangen seien. Eine AC-Gelenksarthrose könne nicht innerhalb von ca. drei Wochen entstehen. Die AC-Gelenksarthrose sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Degeneration zurückzuführen und passe zu einer global degenerativ veränderten rechten Schulter.

Ebenfalls widersprüchlich sei, dass Dr. D. \_\_\_\_\_ am 22. Januar 2024 angegeben habe, dass die Subscapularissehne cranial zu ca. 80 % gerissen sei, ohne Retraktion. Laut Schreiben vom 8. Januar 2025 sei aber die Supraspinatussehne in der Arthroskopie zu 80 % gerissen gewesen.

Im Weiteren habe Dr. D. \_\_\_\_\_ bestätigt, dass diskrete intrasubstanzielle Signalalterationen in der Supraspinatussehne vorliegen würden. Dies entspreche einer sogenannten Tendinopathie (siehe versicherungsmedizinische Beurteilung vom 15. März 2024).

Die Fachliteratur halte fest, dass fettige Infiltrationen erst Jahre später zur Darstellung kommen würden. Lädermann et al. hätten in ihrer Publikation angegeben, dass die Entwicklungsdauer für eine fettige Infiltration Grad 2 in allen Fällen (traumabedingt oder nicht) zwischen 2 ½ und 3 Jahren liege. Die fettige Infiltration spiele somit eine untergeordnete Rolle, da sie keine Rückschlüsse zur Ätiologie erlaube. Eine fettige Degeneration komme sowohl bei traumatischen als auch degenerativen Läsionen vor.

Doktor D. \_\_\_\_\_ Ausführungen zu den SLAP-Läsionen seien ferner unpräzise und würden diese verallgemeinern. Die Fachliteratur halte nämlich fest, dass eine traumatische SLAP II-Läsion mit einer Traktionsverletzung (einem gewaltsamen Zug am Arm) in Verbindung gebracht werde. Dies könne am 12. Dezember 2022 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Der von Dr. D. \_\_\_\_\_ erwähnte direkte Sturz auf den ausgestreckten Arm führe gemäss Fachliteratur zu einer SLAP III/IV-Läsion (23 bis 31 % der SLAP-Läsionen), so Hempfling et al. Die SLAP II-Läsionen seien in der überwiegenden Anzahl auf Degeneration zurückzuführen. Die repetitive Kompression des Humeruskopfes gegen das obere Labrum führe zu einem Typ I oder Typ II. Die SLAP II-Läsionen seien also typische Folge von Abnutzung.

5.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Entscheid in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Kurzbeurteilung von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 15. März 2024 (UV-act. 68).

Doktor E. \_\_\_\_\_ führte in dieser Beurteilung aus, dass die rechte Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall vom 12. Dezember 2022 in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen sei. Im echtzeitlichen MRI vom 3. Januar 2023 seien eine Tendinopathie der Rotatorenmanschette, eine AC-Gelenksarthrose und Veränderungen des Labrums zur Darstellung gekommen. Der Unfall vom 12. Dezember 2022 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu zusätzlichen strukturellen und objektivierbaren Läsionen geführt. Eine echtzeitliche Pseudoparalyse werde nicht dokumentiert. Dies spreche gegen eine traumatische Zerreissung der Rotatorenmanschette. Der Begriff einer Tendinopathie diene als unspezifische Sammelbezeichnung für eine Entzündung oder degenerative Veränderungen von Sehnen. Wie jedes andere biologische Gewebe würden Sehnen altersbedingten Veränderungen im Sinne von Degenerationen unterliegen. Mechanische Belastungen respektive Überbelastungen könnten diesen Prozess beschleunigen. Eine Tendinopathie sei das Resultat dieser Veränderungen, die als fokales Areal einer innerhalb der Sehne gelegenen (intratendinösen) Degeneration definiert sei. Hinsichtlich der von Dr. D. \_\_\_\_\_ aufgeführten SLAP-2-Läsion halte die Fachliteratur fest, dass im Vordergrund der Ursachen für deren Entstehung repetitive Rotationsbewegungen, meist in Abduktion und Aussenrotation, stehen würden. Die Rotationsbewegungen, die zum Beispiel bei Überkopfsportlern (Aushol- und Durchzugsphase) auftreten würden, würden über Torsions- und Zugkräfte auf den SLAP-Komplex einwirken. Geeignete Unfallmechanismen würden in der Literatur nur wenige genannt. Eine SLAP-Läsion könne nur als Verletzung gewertet werden, wenn entsprechende Begleitverletzungen vorliegen würden. Eine isolierte SLAP-Läsion als Verletzung sei unwahrscheinlich. Nach allgemeiner traumatologischer Erfahrung sei eine Schulterdistorsion/-kontusion nach vier bis sechs Wochen abgeheilt (UV-act. 68).

5.2 Diese fachärztliche Beurteilung von Dr. E. \_\_\_\_\_, welche er in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten abgab, ist plausibel. Da es um einen im Wesentlichen feststehenden medizinischen Sachverhalt geht bzw. ein lückenloser Befund vorliegt – es wurden mehrere klinische und auch bildgebende Untersuchungen der rechten Schulter durchgeführt –, ist auch nicht zu beanstanden, dass Dr. E. \_\_\_\_\_ eine Aktenbeurteilung vorgenommen hat. Die Argumentation des Beschwerdeführers, wonach er vor

dem Unfall vom 12. Dezember 2022 keine Beschwerden an der rechten Schulter gehabt habe bzw. nie in Behandlung gewesen sei, erschöpft sich im Wesentlichen in der Formel "post hoc ergo propter hoc". Derartige Vorbringen sind beweisrechtlich nicht zu verwerten (vgl. E. 2.5).

In der ärztlichen Beurteilung vom 23. Januar 2025 ging Dr. E. \_\_\_\_\_ sodann ausführlich auf die Stellungnahme von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 8. Januar 2025 ein. Er legte dabei dar, dass unbestrittenermassen eine Läsion der Rotatorenmanschette und eine SLAP II-Läsion vorgelegen hätten, welche die Beschwerden des 52-jährigen Beschwerdeführers erklärt hätten. Unter Hinweis auf die biomechanische Analyse des Ereignisses vom 12. Dezember 2022, das Fehlen einer echtzeitlichen Pseudoparalyse – hierbei handelt es sich nach den nachvollziehbaren Darlegungen von Dr. E. \_\_\_\_\_ um eine scheinbare Lähmung, welche über Schmerzen und einen Funktionsverlust hinausgeht –, das Fehlen von Einblutungen im echtzeitlichen MRI vom 3. Januar 2023 und den Nachweis einer Rotatorenmanschettenläsion erst im Verlaufs-MRI vom 29. November 2023 begründete er überzeugend, weshalb es beim Ereignis vom 12. Dezember 2022 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen strukturellen Läsionen im Bereich der rechten Schulter gekommen war (BG-act. 2 S. 8). Einleuchtend sind auch seine Ausführungen dazu, dass zwischen dem Ereignis am 12. Dezember 2022 und dem MRI am 3. Januar 2023 lediglich wenige Tage vergangen seien. Eine AC-Gelenksarthrose, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Degeneration zurückzuführen sei, könne nicht innerhalb von ca. drei Wochen entstehen. Ebenfalls nachvollziehbar sind Dr. E. \_\_\_\_\_ Erklärungen dazu, dass ein allfälliger direkter Sturz auf den ausgestreckten Arm gemäss Fachliteratur zu einer SLAP III/IV-Läsion, nicht zu einer SLAP II-Läsion geführt hätte. Dasselbe gilt auch für Dr. E. \_\_\_\_\_ Bemerkung, dass unmittelbar nach einer allfälligen traumatisch bedingten Zerreissung der Rotatorenmanschette heftige Schmerzen aufgetreten wären, welche (wohl) zur zeitnahen Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe geführt hätten (vgl. E. 4.5). Vorliegend suchte der Beschwerdeführer seinen Hausarzt aber erst am 15. Dezember 2022, das heisst drei Tage nach dem Unfall, auf (vgl. Sachverhalt A.). In diesem Zusammenhang bemerkte Dr. E. \_\_\_\_\_ auch, dass die erhaltene Arbeitsfähigkeit ebenfalls gegen die traumatische Zerreissung der Rotatorenmanschette spreche. Körperliche Tätigkeiten (wie jene des Beschwerdeführers als Gruppenleiter Bau; vgl. UV-act. 30/15–17) könnten nach einem traumatischen Rotatorenmanschettenschaden nicht weitergeführt werden (BG-act. 2 S. 8). Die Beschwerdegegnerin wies in der Eingabe vom 16. Mai 2025 (act. 20) schliesslich zutreffend darauf hin, dass sie berechtigt war, die ergänzende medizinische Beurteilung von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 25. Januar 2025 einzuholen, um zur vom Beschwer-

deführer erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Stellungnahme von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 8. Januar 2025 Stellung zu nehmen.

Auf die Beurteilung von Dr. E. \_\_\_\_\_ kann somit abgestellt werden. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich.

6. Der angefochtene Entscheid, mit welchem die Versicherungsleistungen per 21. Januar 2024 eingestellt wurden, erweist sich demnach als rechtens. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

7. Mangels einer entsprechenden Bestimmung im UVG ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenlos (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG). Eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG ist bei diesem Ausgang nicht auszurichten.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Es wird keine Parteientschädigung 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 die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (im Doppel), an die Beschwerdegegnerin sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 28. November 2025

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am