

GR_GERICHTE S 2017 125 vom 10. April 2018

GR Gerichte, 2018-04-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S 2017 125](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2017_125)

FR: GR_GERICHTE S 2017 125 du 10 avril 2018

IT: GR_GERICHTE S 2017 125 del 10 aprile 2018

Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 2

Die MRI-Untersuchung der rechten Schulter sowie eine Gado-Schulterarthroskopie rechts fanden am 12. Januar 2017 im Kantonsspital Graubünden statt. Dabei wurde eine Komplettruptur der posterioren Supraspinatussehne ohne wesentliche Sehnenretraktion, eine leichte Volumenatrophie des Supraspinatus, eine Komplettruptur der kranialen Subscapularissehne > 50 % (Typ III-IV nach Romeo und Fox) ohne wesentliche Retraktion mit Volumenatrophie und zweitgradiger fettiger Degeneration des kranialen Subscapularis festgestellt. Ebenfalls wurde ein Verdacht auf eine Tendinose der langen Bizepssehne sowie eine geringe bis moderate ACG Arthrose diagnostiziert.

E. 3

Am 1. März 2017 erfolgte eine arthroskopische Operation an der rechten Schulter (Mobilisation in Narkose, subacromiale Dekompression, Bizepsnodese, Débridement Narbe und Kapsulotomie, Rotatorenmanschettennaht) durch Dr. med. F._____, wobei eine grosse PASTA bis transmurale Läsion des Supraspinatus und ein Komplettabriss des Subscapularis an der rechten Schulter bei Status nach Sturz vom 24. Oktober 2016 diagnostiziert wurden.

- 3 -

E. 4

Die C._____ holte bei ihrem beratenden Arzt, Dr. med. G._____, eine Beurteilung betreffend den Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 24. Oktober 2016 und den geklagten Schulterbeschwerden ein. Gestützt auf die erfolgte Beurteilung vom 28. Februar 2017 teilte die C._____ A._____ mit Schreiben vom 9. März mit, der Status quo sine sei vier Wochen nach dem Unfallereignis vom 24. Oktober 2016 erreicht worden, weshalb ab dem 22. November 2016 keine weiteren Versicherungsleistungen mehr erbracht würden.

E. 4.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden die Versicherungsleistungen, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt

voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und der gesundheitlichen Schädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E.3).

E. 4.2

Als Ursache im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs gelten alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der in Frage stehende 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 einer gesundheitlichen Störung ist. Es genügt, dass er als schädigendes Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche, geistige oder psychische Gesundheit der Versicherten beeinträchtigt hat, mithin der Unfall nicht

- 10 - weggedacht werden kann, ohne dass die eingetretene gesundheitliche Beeinträchtigung entfele (vgl. BGE 129 V 177 E.3.1, 119 V 335 E.1, 118 V 286 E.1b; ARMESTO, in: STEIGER-SACKMANN/MOSIMANN [Hrsg.], Recht der Sozialen Sicherheit, Basel 2014, Rz. 18.27 ff.).

E. 4.3

Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die einmal 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 (vgl. RUMO-JUNG/HOLZER, in: MURER/STAUFFER [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl., Zürich 2012, Art. 6 S. 54 m.H. u.a. auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_101/2008 vom 6. August 2008 E.2.2). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht medizinischerseits fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer "richtungsgebenden Verschlimmerung" (RUMO-JUNG/HOLZER, a.a.O., Art. 6 S. 54 m.H. auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_467/2007 vom 25. Oktober 2007 E.3.1).

E. 4.4

Treten demnach im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf (die zuvor nicht bestanden) und ist aber davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) degenerativer Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen (Urteil des Bun-

- 11 - desgerichts 8C_816/2009 vom 21. Mai 2010 E.4.3) und zwar selbst dann, wenn sich die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil als Krankheitsfolge darstellt. Dies bedeutet unter Umständen, dass die versicherte Person Anspruch auf einen operativen Eingriff mit anschliessender zweckmässiger Behandlung hat, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit über-

wiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Schmerzen diene und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2008 vom 24. Juni 2008 E.4). Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_380/2011 vom 20. Oktober 2011 E.4.2.1).

E. 4.5

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage. Darüber haben die Verwaltung sowie das im Beschwerdefall angerufene Gericht nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (vgl. BGE 129 V 177 E.3.1 m.H.; RUMO-JUNG/HOLZER, a.a.O., Art. 6 S. 54). Dasselbe gilt für den Wegfall eines einmal bestehenden Kausalzusammenhangs. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang existiert, der Versicherte die objektive Beweislast trägt, liegt die objektive Beweislast für den behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Status quo sine vel ante beim Unfallversicherer (vgl. Urteil - 12 - des Bundesgerichts 8C_604/2013 vom 28. Januar 2014 E.4.2.1 m.H.; RUMO-JUNG/HOLZER, a.a.O., Art. 6 S. 54).

E. 5

Mit Schreiben vom 28. März 2017 teilte Dr. med. F._____ der C._____ mit, dass er die Entscheidung des beratenden Arztes, wonach keine Unfallkausalität vorliegen solle, nicht bestätigen könne und begründete dies entsprechend. Ebenso nahm A._____ mit Schreiben vom 3. April 2017 dazu Stellung und beantragte die weitere Ausrichtung von Leistungen, eventualiter den Erlass einer anfechtbaren Verfügung.

E. 5.1

Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 122 V 158 f. E.1b m.H.). Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

E. 5.2

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 des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1; BGE 125 V 351 E.3a m.H.). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E.3a;

- 13 - BGE 122 V 157 E.1c m.H.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So kommt den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte voller Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E.3b/ee). 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; Urteil des Bundesgerichts 8C_245/2011 vom 25. August 2011 E.5.3). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E.3a m.H.).

E. 6

Daraufhin nahm der beratende Arzt der C._____, Dr. med. G._____, am 18. April 2017 eine erneute Beurteilung vor, worin er an seinem bisherigen Standpunkt festhielt.

E. 6.1

Vorliegend stützte sich die Beschwerdegegnerin zur Begründung ihres Einspracheentscheids vom 28. Juli 2017 und damit zur Einstellung der Versicherungsleistungen vollumfänglich auf die Aktenbeurteilungen von Dr. med. G._____ vom 28. Februar 2017 und 18. April 2017 ab. So hielt sie im besagten Entscheid fest, gemäss den Beurteilungen von Dr. med. G._____ sei davon auszugehen, dass die Schulterverletzung nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Sturz vom 24. Oktober 2016 zurückzuführen sei.

- 14 - Diese Einschätzung beruhe auf dem geschilderten Unfallhergang und werde durch die medizinische Literatur gestützt. Ebenso stehe sie im Einklang mit der Rechtsprechung im Zusammenhang mit Schulterbeschwerden, womit auf diese abgestellt werden könne. Im Übrigen sei die Beurteilung von Dr. med. G._____ klar und eindeutig ausgefallen und decke sich mit dem Ergebnis der bildhaften Untersuchungen und der von den behandelnden Ärzten erhobenen Anamnese (Beilagen Beschwerdegegnerin [Bg-act.] 25 S. 4 f.; Beilagen Beschwerdeführer [Bf1-act.] 1; Beilagen Beschwerdeführerin [Bf2-act.] 1).

E. 6.2

Nachfolgend ist damit zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Aktenbeurteilungen ihres beratenden Arztes, Dr. med. G._____, abgestellt hat oder ob die übrigen medizinischen Akten, insbesondere die Berichte des operierenden Arztes, Dr. med. F._____, daran zumindest geringe Zweifel zu wecken vermögen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.4). In diesem Fall wären weitere Abklärungen erforderlich und seitens der Beschwerdegegnerin vorzunehmen.

E. 7

Gestützt darauf erliess die C._____ am 28. April 2017 eine Verfügung, wonach sie ab dem 22. November 2016 keine weiteren Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 24. Oktober 2016 erbringe.

E. 7.1

Dr. med. G._____, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, führte in seiner ersten Beurteilung vom 28. Februar 2017 (Bf2-act. 9; Bg-act. 7) aus, dass eine AC-Arthrose, eine Volumenatropie und eine fettige Degeneration der rechten Subscapularissehne vorbestehend gewesen seien. Damit zeige der 63-jährige Beschwerdeführer bereits klare degenerative Veränderungen. Sodann sei der Unfallmechanismus (Sturz auf den Oberarm gemäss Arzteugnis von Dr. med. E._____) ungeeignet, eine Rotatorenmanschettenläsion zu verursachen. Er kommt alsdann zum Schluss, dass die aktuellen Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers nur in einem möglichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 24. Oktober 2016 stünden. Der Status quo sine für die Ausheilung der Kontusion sei vier Wochen nach dem Unfallereignis und somit per 24. November 2016 eingetreten.

- 15 -

E. 7.2

In seiner erneuten Beurteilung vom 18. April 2017 (Bf1-act. 12; Bf2-act. 12; Bg-act. 18) hielt Dr. med. G._____ an seiner ersten Einschätzung fest und vertiefte seine Begründung. So führte er aus, der Beschwerdeführer habe gemäss Arzteugnis des Hausarztes Dr. med. E._____ vom 23. Februar 2017 primär ein Anschlagen des Oberarmes an einem Stein angegeben, was als atypisches Ereignis für eine Rotatorenmanschettenläsion zu betrachten sei. Insbesondere sei darauf hinzuweisen, dass Rotatorenmanschettenläsionen durch eine direkte Kontusion nicht entstehen könnten. Es brauche eine direkte plötzliche hohe und achsial wirkende Zugkrafteinwirkung auf die Rotatorenmanschette, um zu reissen, wie z.B. Hängenbleiben am Treppengeländer und Ähnliches. In Bezug auf den MRI-Befund vom 12. Januar 2017 und den darin objektiv nachgewiesenen Läsionen führte er aus, es seien nebst der mässigen AC-Gelenksarthrose auch die kleinzystischen Veränderungen am Ansatz am Tuberculum majus sicher als degenerativ zu beurteilen. Ebenso sprächen die Volumenreduktion und die fettige Degeneration an der Subscapularis-Muskulatur sowie die narbigen Veränderungen am Rotatorenintervall für eine schon früher bestehende Läsion resp. länger bestehende Problematik. Die Läsion im Supscapularisbereich sei nicht sicher zuzuordnen. Zusammengefasst müsse bei dem 63-jährigen Beschwerdeführer die Mehrheit der nachgewiesenen Veränderungen doch als degenerativ oder länger vorbestehend bezeichnet werden. Wenn man die zeitliche Distanz zum Unfallereignis, insbesondere den Unfallmechanismus selber mitberücksichtige, könne die ausgedehnte Läsion kaum mehr auf das Unfallereignis vom 24. Oktober 2016 zurückgeführt werden. Wie bereits in seiner ersten Beurteilung gelangt Dr. med. G._____ zum Schluss, dass die natürliche Kausalität

nur möglich, jedoch nicht als überwiegend wahrscheinlich angeben werden könne. Somit könne der Status quo sine im Sinne einer Kontusion vier Wochen nach dem Unfallereignis als erreicht betrachtet werden.

- 16 -

E. 7.3

Diesen Beurteilungen steht insbesondere die Einschätzung des Operateurs Dr. med. F._____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in seinen Berichten vom 28. März 2017 (Bf1-act. 9; Bf2-act. 11; Bg-act. 14) sowie 10. Mai 2017 (Bf2-act. 15) entgegen, in welchen er zu den Beurteilungen von Dr. med. G._____ Stellung nimmt. Im Bericht vom 28. März 2017 (Bf1-act. 9; Bf2-act. 11; Bg-act. 14) hielt er eingangs fest, er könne die Beurteilung von Dr. med. G._____, wonach die Pathologie über der rechten Schulter nicht unfallkausal im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 24. Oktober 2016 stehen soll, nicht bestätigen. Begründend führte er aus, es zeige sich praktisch keine Retraktion des Supraspinatus mit einer grösseren PASTA-Läsion und auch über dem Supraspinatus keine Atrophie oder fettige Degeneration. Dies spreche für eine frische Läsion über dem Supraspinatus. Hinsichtlich des nahezu komplett abgerissenen Subscapularis gebe es in der Literatur keine Hinweise, dass dies degenerativen Ursprungs sein könnte und nahezu immer bei subtotalen bis totalen Abrissen des Subscapularis in einem Zusammenhang mit einem Trauma stehe. Diese Befunde hätten sich interoperativ eindeutig gezeigt. Zusätzlich habe sich beim Beschwerdeführer aufgrund der Traumatisierung der Schulter vom 24. Oktober 2016 eine Capsulitis adhesiva ausgebildet, welche mittels Mobilisation und partieller Kapsulotomie intraoperativ mitbehandelt worden sei.

E. 7.4

Im von der Beschwerdeführerin auf Aufforderung der Instruktionsrichterin eingereichten Bericht vom 10. Mai 2017 (Bf2-act. 15) beantwortete Dr. med. F._____ einen von der Beschwerdeführerin zusammengestellten Fragenkatalog betreffend Unfallabklärung. Darin hielt Dr. med. F._____ in Abweichung zu seiner ersten Beurteilung fest, die klinischen Beschwerden könnten nur als mögliche Ursache mit dem Sturz vom 24. Oktober 2016 in Zusammenhang gebracht werden. Bildgebend ergäben sich Volumenatrophien, fettige Degenerationen der Sehnen sowie degenerative Veränderungen mit zystischer Komponente im Tuberculum majus. Dies würde darauf

- 17 - hinweisen, dass eine Vorschädigung der Rotatorenmanschette vor dem Ereignis wohl vorhanden gewesen sei. Das Trauma selbst habe die vorbestehende Problematik aber intensiviert und somit behandlungsbedürftig gestaltet. Dr. med. F._____ geht mit Dr. med. G._____ zwar einig, dass ein Status quo sine nach vier Wochen erreicht sein sollte, wenn nur eine Kontusion der Schulter als Unfallursache für klinische Beschwerden betrachtet werden würde. Da vorliegend die Kontusion allerdings als Intensivierung einer Vorschädigung betrachtet werden müsse, könne nicht von einer Ausheilung im Sinne des Status quo sine gesprochen werden. Die Rotatorenmanschettenproblematik wäre zu dem betrachteten Zeitpunkt noch nicht so klinisch einschränkend gewesen, wenn das Unfallereignis nicht stattgefunden hätte. Dr. med. F._____ kommt deshalb zum Schluss, dass der Vorzustand der Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Sturz vom 24. Oktober 2016 verschlimmert worden sei.

E. 8

Dagegen erhob die Krankenversicherung von A._____, die B._____ am 23. Mai 2017 und A._____ am 29. Mai 2017 Einsprache. Mit Einspra- cheentscheid vom 28. Juli 2017 wies die C._____ die Einsprachen ab.

E. 8.1

Vorliegend sind damit divergierende ärztliche Meinungen zur Unfallkausa- lität der Rotatorenmanschettenläsion vorhanden. Während Dr. med. G._____ einen Kausalzusammenhang insbesondere aufgrund des Unfall- hergangs sowie der vorhandenen degenerativen Veränderungen bloss für möglich hält, geht Dr. med. F._____ in seiner letzten Beurteilung vom 10. Mai 2017 von einer Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes durch das Unfallereignis aus.

E. 8.2

Bevor auf die ärztlichen Differenzen näher eingegangen wird, ist vorab fest- zuhalten, dass der Einwand des Beschwerdeführers, wonach er vor dem Unfallereignis vom 24. Oktober 2016 keine Schulterbeschwerden gehabt habe, zur Begründung der Unfallkausalität nicht genügt. Eine solche Argu- mentation beruht auf der unzulässigen Beweisregel „post hoc ergo propter hoc“. So gelten nach gefestigter bundesgerichtlicher Rechtsprechung Be- schwerden nicht schon dann als durch einen Unfall verursacht, wenn sie nach diesem aufgetreten sind (BGE 119 V 335 E.2b/bb; Urteile des Bun-

- 18 - desgerichts 8C_341/2009 vom 9. November 2009 E.3.2, 8C_178/2010 vom 22. Juni 2010 E.4.1). 8.3.1. Dr. med. G._____ stellte in seiner Beurteilung vom 18. April 2017 in Bezug auf den Unfallhergang auf das Arztzeugnis des Hausarztes, Dr. med. E._____, vom 23. Februar 2017 ab, wonach der Beschwerdeführer beim Spazieren gestrauchelt und mit dem rechten Oberarm gegen einen Stein gefallen sei. Aufgrund dessen hielt Dr. med. G._____ fest, dass dieses Er- eignis atypisch für eine Rotatorenmanschettenläsion sei. Eine solche könnte nicht durch Kontusion entstehen, vielmehr bedürfe es einer direkten plötzlichen hohen und achsial wirkenden Zugkraftwirkung auf die Rotato- renmanschette, damit diese reisse (vgl. Bf1-act. 12; Bf2-act. 12; Bg- act. 18). Diese Einschätzung von Dr. med. G._____, dass der Unfallher- gang als atypisches Ereignis für die Rotatorenmanschettenläsion zu be- trachten sei, wird grundsätzlich auch von Dr. med. F._____ in seinem Be- richt vom 10. Mai 2017 bestätigt. So führte dieser darin aus, dass Dr. med. G._____ hinsichtlich einer Rotatorenmanschettenläsion Recht habe, dass ein eigentliches Anstosstrauma ohne zusätzliche Distorsion der Schulter oder axiale Stauchung des Humerus und des Acromions wohl keine Rota- torenmanschettenläsion verursachen würde. Erst Distorsionsbewegungen gegen Widerstand oder ruckartig mit Widerstand würden ein Abreissen der Rotatorenmanschette mitverursachen können. Ein Stürzen auf den ausge- streckten Arm oder den Ellbogen mit einer axialen Stauchung des Acromi- ons könne ähnliche Verletzungsmuster hervorrufen (vgl. Bf2-act. 15). 8.3.2. Nebst den im Arztzeugnis von Dr. med. E._____ (Bg-act. 4) sowie im Fra- gebogen der Beschwerdegegnerin (Bf1-act. 5; Bg-act. 2) vom 23. Februar 2017 enthaltenen Angaben zum Unfallhergang, auf welche Dr. med. G._____ abstützte, findet sich in den Akten zudem ein Eintrag von Dr. med. E._____ in seiner Krankenakte vom 24. Oktober 2016, wonach der Be- schwerdeführer heute beim Gehen gestürchelt und dabei mit dem rechten Oberarm auf einen Stein gefallen sei. Der Beschwerdeführer könne nicht

- 19 - genau sagen, ob er sich noch mit dem Arm habe auffangen wollen oder direkt auf die rechte Schulter gefallen sei (Bf1-act. 11; Bf2-act. 5). 8.3.3. Die Beschwerdeführer monieren

in diesem Zusammenhang, dass die Beschwerdegegnerin bzw. Dr. med. G._____ für den Unfallhergang nicht auf diese tatsächliche Aussage der ersten Stunde vom 24. Oktober 2016 in der Krankengeschichte von Dr. med. E._____ abgestellt habe. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass betreffend Angaben zum Unfallhergang praxis- gemäss auf die Beweismaxime abgestellt werden kann, wonach die so genannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (vgl. BGE 121 V 47 E.1a). Vorliegend erfolgten die Angaben im Arztzeugnis von Dr. med. E._____ (Bg-act. 4) sowie im Fragebogen der Beschwerdegegnerin (Bf1-act. 5; Bg-act. 2) vom 23. Februar 2017 vier Monate nach dem Unfallereignis und beinhalten lediglich die knappe Schilderung, dass der Beschwerdeführer ausgerutscht und auf die Schulter gefallen sei. Demgegenüber stammt der den Beschwerdeführer betreffende Eintrag in der Krankengeschichte von Dr. med. E._____ vom Unfalltag selbst und stellt damit – wie die Beschwerdeführer korrekt darlegen – die tatsächliche Aussage der ersten Stunde dar. Allerdings ergibt sich aus dem zweiten Satz des besagten Eintrags, wonach der Beschwerdeführer nicht genau sagen könne, ob er sich noch mit dem Arm habe auffangen wollen oder direkt auf die rechte Schulter gefallen sei, dass der Unfallhergang offenbar nicht mehr zweifelsfrei eruiert werden kann. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhält, ergeben sich aus diesem Eintrag von Dr. med. E._____ in der Krankengeschichte nur Möglichkeiten und Mutmassungen bezüglich des Unfallhergangs. Dass sich der Beschwerdeführer tatsächlich allenfalls noch mit dem Arm auffangen wollte, was gemäss den Ausführungen von Dr. med. F._____ durchaus eine Rotatorenmanschettenläsion verursachen könnte, kann jedoch ge-

- 20 -
nauso wenig ausgeschlossen werden, wie dass der Beschwerdeführer effektiv direkt auf die Schulter gefallen ist. Immerhin gilt zu beachten, dass Dr. med. E._____ bereits anlässlich seiner Erstbehandlung vom 24. Oktober 2016 - und damit unmittelbar nach dem Unfallereignis - eine Läsion der Rotatorenmanschette aufgrund der Anamnese nicht ausgeschlossen hat, was sich aus seinem Eintrag vom 24. Oktober 2016 in der Krankengeschichte ergibt (Bf1-act. 11; Bf2-act. 5). Bei der MRI-Untersuchung vom 12. Januar 2017 zeigten sich denn auch bildgebend eine Komplettruptur der posterioren Supraspinatussehne sowie eine Komplettruptur der kranialen Subscapularissehne (vgl. Bf1-act. 4; Bf2-act. 7; Bg-act. 5) und damit eine Rotatorenmanschettenläsion. 8.3.4. Zusammenfassend ist folglich festzuhalten, dass der Unfallhergang unklar ist. Fest steht lediglich, dass der Beschwerdeführer auf die rechte Schulter gefallen ist, hingegen nicht, ob ein Sturz auf den ausgestreckten Arm erfolgt ist oder nicht. Demzufolge kann aus dem Unfallhergang betreffend die Kausalität nichts abgeleitet werden.

E. 8.4

Einig sind sich die beiden Ärzte Dr. med. G._____ und F._____ in Bezug auf das Vorhandensein degenerativer Veränderungen. Dr. med. G._____ stellte für die in seiner Beurteilung vom 18. April 2017 aufgeführten degenerativen Veränderungen auf den Befund der MRI-Untersuchung vom 12. Januar 2017 ab (vgl. Bf1-act. 12; Bf2-act. 12; Bg-act. 18). Aus diesem geht diesbezüglich hervor, dass eine leichte Volumenatrophie des Supraspinatus ohne fettige Degeneration sowie eine Volumenatrophie des kranialen Subscapularis mit zweitgradiger fettiger Degeneration bestanden. Zudem wurden narbige Veränderungen im Rotatorenintervall, eine geringe bis moderat ACJ-Arthrose mit

geringem Ödem der Gelenkpartner sowie degenerativ kleinzystische Veränderungen unterhalb des Footprint im Tuberculum majus festgehalten (vgl. Bf1-act. 4; Bf2-act. 7; Bg-act. 5). Damit konnten die von Dr. med. G._____ in seiner Beurteilung vom 18. April 2017

- 21 - aufgelisteten degenerativen Veränderungen bildgebend beim Beschwerdeführer festgestellt werden und decken sich somit mit dem Untersuchungsergebnis der MRI-Abklärung. Sodann werden diese auch explizit von Dr. med. F._____ in seinem Bericht vom 10. Mai 2017 bestätigt. So führte dieser darin explizit aus, Dr. med. G._____ haben die Interpretation des MRI korrekt durchgeführt. Es bestünden Volumenatrophien und fettige Degenerationen der Sehnen sowie degenerative Veränderungen mit zystischer Komponente im Tuberculum majus, welche auf eine degenerative Veränderung und Läsion der Rotatorenmanschette hinwiesen (Bf2-act. 15 S. 2, Antwort auf Frage 8). Auch an diversen weiteren Stellen in seinem Bericht bestätigte er die vorbestehende Schädigung der Rotatorenmanschette. Beispielsweise hielt er in der Antwort zur Frage 3 fest, schon beginnende degenerative Veränderungen wiesen darauf hin, dass eine Vorschädigung der Rotatorenmanschette vor dem Ereignis wohl vorhanden gewesen sei (vgl. Bf2-act. 15 S. 1). Ebenso führte er in seiner Antwort zur Frage 6 aus, es handle sich wahrscheinlich schon um eine Vorschädigung der Rotatorenmanschette. In der gleichen Antwort erwähnte er auch, dass das Sturzereignis die Problematik, welche wohl anfangs degenerativer Natur gewesen sei, traumatisiert habe (vgl. Bf2-act. 15 S. 2). Demzufolge ist festzuhalten, dass die beiden Ärzte miteinander einhergehen, dass beim Beschwerdeführer degenerative Veränderungen an der rechten Schulter vorhanden waren und solche auch zweifelsfrei bildgebend festgestellt werden konnten. 8.5.1. Dr. med. F._____ führte nun aber in seinem Bericht vom 30. Mai 2017 erstmals aus, dass das Trauma selbst die vorbestehende Problematik intensiviert und somit behandlungsbedürftig gestaltet habe, die Kontusion damit als Intensivierung einer Vorschädigung betrachtet werden müsse, welche zu einer vermehrten Läsion der Rotatorenmanschette inkl. Traumatisierung des Subacromialraumes geführt habe. Der Vorzustand der Schulter sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Sturz vom 24. Oktober 2016

- 22 - verschlimmert worden (vgl. Bf2-act. 15, Antworten auf Fragen der Beschwerdeführerin 3, 6, 8, 9 und 10). Dr. med. F._____ geht damit von einer Intensivierung bzw. Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes durch das Unfallereignis vom 24. Oktober 2016 aus. 8.5.2. Vorliegend kann der Krankengeschichte von Dr. med. E._____ entnommen werden, dass der Beschwerdeführer bis zum Unfallereignis vom 24. Oktober 2016 nie an Schulterbeschwerden gelitten hat (vgl. Bf1-act. 11; Bf2-act. 5). Etwas Gegenteiliges ergibt sich denn auch nicht aus den Akten. Demnach ist beim Beschwerdeführer von einem stummen Vorzustand auszugehen. Wird ein solcher Vorzustand durch einen Unfall aktiviert, so besteht zumindest eine leistungsbegründende Teilursächlichkeit (vgl. Erwägungen 4.2 f. vorstehend). In Fällen, in denen ein pathologischer, aber allenfalls klinisch stummer Vorzustand besteht, welcher durch den Unfall aktiviert wird, zu dessen Aktivierung aber nicht unbedingt ein Unfallereignis nötig gewesen wäre, besteht hingegen keine Leistungspflicht der Unfallversicherung, da der Unfall in einem solchen Fall eine bloße Gelegenheits- oder Zufallsursache des Gesundheitsschaden darstellt (vgl. RUMO-JUNG/HOLZER, a.a.O., Art. 6 S. 54; Erwägung 4.4 vorstehend). Im Nachfolgenden ist somit zu prüfen, ob sich Dr. med. G._____ mit der neuen Einschätzung von Dr. med. F._____ betreffend eine Intensivierung

bzw. Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes durch das Unfallereignis vom 24. Oktober 2016 auseinandergesetzt hat, da ein Unfallereignis bei einem vorhandenen stummen Vorzustand unter Umständen zu einer Leistungspflicht der Unfallversicherung führen kann. 8.5.3. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Einsprache vom 23. Mai 2017 gegen die Verfügung vom 28. April 2017 auf den Arztbericht von Dr. med. F. _____ vom 30. Mai 2017 Bezug nahm (vgl. Bg-act. 21 S. 2 f.), es aber offenbar unterliess, diesen Bericht

- 23 - im Einspracheverfahren auch einzureichen. Die Beschwerdegegnerin erachtete es in der Folge offenbar auch nicht als notwendig, diesen Bericht von der Beschwerdeführerin vor Erlass ihres Einspracheentscheids vom 28. Juli 2017 einzufordern und ihrem beratenen Arzt, Dr. med. G. _____, zur Stellungnahme vorzulegen, obwohl eine Verschlimmerung des degenerativen Vorzustands im erwähnten Bericht erstmals thematisiert wurde. Die Beschwerdeführerin reichte den besagten Bericht erst auf Aufforderung der Instruktionsrichterin mit Schreiben vom 12. März 2018 zu den Akten bzw. ins Recht. Demzufolge hat Dr. med. G. _____ zu den neuen Vorbringen von Dr. med. F. _____ in dessen Bericht vom 30. Mai 2017 und damit zum Umstand der von diesem behaupteten Intensivierung bzw. Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes sowie der damit einhergehenden Behandlungsbedürftigkeit der rechten Schulter bis anhin noch keine Stellung genommen. Dies wäre aber für eine ausreichende Abklärung des medizinischen Sachverhalts notwendig gewesen, zumal die Frage einer Verschlimmerung des Vorzustandes für die Kausalitätsfrage durchaus massgebend ist (vgl. Erwägung 8.5.2 vorstehend). So hielt Dr. med. F. _____ explizit fest, dass die Rotatorenmanschettenproblematik zu dem betrachteten Zeitpunkt noch nicht so klinisch einschränkend gewesen wäre, wenn das Unfallereignis nicht stattgefunden hätte (vgl. Bf2-act. 15 S. 2, Antwort auf Frage 8). 8.5.4. Demzufolge vermag der Bericht des operierenden Facharztes Dr. med. F. _____ vom 30. Mai 2017 nach Ansicht des Gerichts Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Beurteilungen von Dr. med. G. _____ zu wecken. Daher kann zur Beurteilung der Leistungspflicht nicht auf dessen Beurteilungen vom 28. Februar 2017 (Bf2-act. 9; Bg-act. 7) sowie vom 18. April 2017 (Bf1-act. 12; Bf2-act. 12; Bg-act. 18) abgestellt werden.

- 24 -

E. 8.6

Allerdings sind auch die Beurteilungen von Dr. med. F. _____ in sich widersprüchlich. So hielt dieser in seiner Beurteilung vom 28. März 2017 noch fest, dass er die Entscheidung von Dr. med. G. _____, wonach die Pathologie über der rechten Schulter nicht unfallkausal im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. Oktober 2016 stehen soll, nicht bestätigen könne (Bf1-act. 9; Bf2-act. 11; Bg-act. 14). Demgegenüber führte er dann aber in seinem Bericht vom 10. Mai 2017 an die Beschwerdeführerin auf die entsprechende Frage nach der Unfallkausalität aus, die klinischen Beschwerden könnten nur als möglich mit dem Sturz vom 24. Oktober 2016 in Zusammenhang gebracht werden (vgl. Bf2-act. 15 S. 1, Antwort auf Frage 3). Daraus ergibt sich, dass Dr. med. F. _____ in seiner ersten Beurteilung von einer Unfallkausalität ausging, wogegen er eine solche gemäss seiner zweiten Beurteilung nur noch als möglich in Betracht zog und eine andere Ursache für die geklagten Beschwerden nicht mehr vollständig ausschloss. Vielmehr geht er in seiner zweiten Beurteilung davon aus, dass der beim Beschwerdeführer vorhandene Vorzustand der Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Sturz vom 24. Oktober

2016 ver- schlimmert worden sei. Somit stehen die Beurteilungen von Dr. med. F. _____ in einem gewissen Widerspruch, weshalb auch diese keine zuver- lässige Entscheidungsgrundlage bilden können. Im Übrigen äusserte sich Dr. med. F. _____ denn auch nicht dazu, ob die Verschlimmerung vorüberge- hend oder richtungsgebend ist, womit auch diesbezüglich weiterer Ab- klärungsbedarf besteht.

E. 9

Gegen den Einspracheentscheid vom 28. Juli 2017 erhob A. _____ (nach- folgend: Beschwerdeführer) am 6. September 2017 Beschwerde an das

- 4 - Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden (Verfahren S 17 121). Er be- antragte die Aufhebung des Einspracheentscheids sowie die Ausrichtung der vertraglichen Leistungen, wobei die Angelegenheit in Bezug auf die ver- traglichen Leistungen an die C. _____ zurückzuweisen sei. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, er habe fünf Monate nach dem Unfall am 23. Februar 2017 im Fragebogen angegeben, ausgerutscht und auf die Schulter gefallen zu sein. Gestützt darauf habe die C. _____ die Unfallkau- salität verneint, da ein solcher Unfallhergang keine Rotation und damit kein Aufreissen der Sehne bewirken könne. Im Eintrag von Dr. med. E. _____ vom 24. Oktober 2016 in der Krankengeschichte stehe allerdings, dass er nicht genau habe sagen können, ob er sich mit dem Arm habe auffangen wollen oder direkt auf die Schulter gefallen sei. Dies sei die Aussage der ersten Stunde. Eine Ablehnung der Leistungen aufgrund seiner Aussagen im Fragebogen fünf Monate später sei deshalb unzulässig. Weiter sei es ebenso unzulässig, die leichte Arthrose und die zweitgradige fettige Verän- derung in den Vordergrund zu stellen. Dies deshalb, da die C. _____ kei- nerlei weitere Abklärungen vorgenommen habe. Es sei offensichtlich, dass eine leichte Arthrose und eine leichte fettige Veränderung keinen Abriss der Sehne bewirken könnten. Schon aufgrund des gesunden Menschen- verstandes sei die Sehnenruptur klar unfallkausal. Ferner machte der Be- schwerdeführer geltend, dass vor dem Unfall keine Beschwerden bestan- den hätten. Die Beschwerden des Unfalls seien alsdann bis zur Operation am 1. März 2017 nicht abgeheilt. Folglich seien die Beschwerden unfall- kausal. Im Übrigen beantragte der Beschwerdeführer zur neutralen Klärung die Einholung eines medizinischen Gutachtens.

E. 9.1

Das Gericht kommt damit zum Schluss, dass die Ausführungen des ope- rierenden Facharztes Dr. med. F. _____ geeignet sind, zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Einschätzung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin, Dr. med. G. _____, zu wecken. Für die Frage der Kausalität zwischen dem Unfall vom 24. Oktober 2016 und den geklagten Schulterbeschwerden rechts (im Rahmen der diagnostizierten Rotatoren- manschettenläsion) und in der Folge der Leistungspflicht der Beschwerde-

- 25 - gegnerin kann jedoch vorliegend mangels zuverlässiger Entscheidungsgrund- lage auch nicht auf die übrigen ärztlichen Beurteilungen, insbesondere die- jenigen von Dr. med. F. _____, abgestellt werden. Demzufolge sind ergän- zende medizinische Abklärungen vorzunehmen. Die Beschwerdegegnerin hat ein versicherungsexternes fachärztliches Gutachten zur Frage des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 24. Oktober 2016 und dem Gesundheitsschaden an der rechten Schulter des Beschwerdeführers (Rotatorenmanschettenläsion) einzuholen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.4). Der/die zu beauftragende Gutachter/in wird sich zur Frage der Unfallkau- salität in Bezug auf die Rotatorenmanschettenläsion sowie zur Frage einer Verschlimmerung des Vorzustandes der

rechten Schulter bzw. der Rotatorenmanschette und bei Bejahung einer solchen zur Frage, ob durch den Unfall vom 24. Oktober 2016 überwiegend wahrscheinlich eine vorübergehende oder richtungsgebende Verschlimmerung eingetreten ist, sowie zum Zeitpunkt eines allfälligen Eintritts des status quo sine vel ante zu äussern haben. Nach Vorliegen des versicherungsexternen fachärztlichen Gutachtens wird die Beschwerdegegnerin über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers erneut zu verfügen haben.

E. 9.2

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass die medizinische Beweislage in Bezug auf die Frage des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 24. Oktober 2016 einerseits und dem Gesundheitsschaden an der rechten Schulter des Beschwerdeführers (Rotatorenmanschettenläsion) und den daraus resultierenden Beschwerden andererseits unvollständig ist und keine zuverlässige Beurteilung erlaubt. Die Beschwerde ist folglich gutzuheissen, der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Angelegenheit zur ergänzenden medizinischen Abklärung und neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

- 26 -

E. 10

Am 8. September 2017 erhob auch die B._____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) gegen den Einspracheentscheid Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubündens (Verfahren S 17 125) und beantragte, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und die C._____ sei zu verpflichten, ihre gesetzlichen Leistungen nach UVG im Zusammenhang

- 5 - mit dem Unfallereignis vom 24. Oktober 2016 des Beschwerdeführers und den seither dokumentierten und behandlungsbedürftigen Schulterbeschwerden bis zur Erreichung der vollständigen postoperativen Beschwerdefreiheit resp. des Status quo sine zu erbringen. Sie trug insbesondere vor, während der gesamten Behandlung seien sich sämtliche involvierten medizinischen Experten einig gewesen, dass die Verletzungen der Schulter unfallkausal seien. Die von Dr. med. G._____ vorgenommene Beurteilung zwei Tage vor der Operation sei zwar nicht unüblich, allerdings fänden sich keine Hinweise auf telefonische Rücksprachen mit den behandelnden Ärzten oder anderweitige Abklärungen, welche für eine seriöse Beurteilung der Unfallkausalität angezeigt gewesen wären. Weiter machte die Beschwerdeführerin geltend, der Status quo sine sei gemäss den Therapeuten noch nicht erreicht, insbesondere nicht zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung. Die C._____ habe zum Unfallmechanismus auf die Angaben des Beschwerdeführers in der Unfallmeldung vom 23. Februar 2017 als Aussage der ersten Stunde abgestellt. Wäre die C._____ hingegen ihrer Abklärungspflicht nachgekommen, hätte sie festgestellt, dass die tatsächliche Aussage der ersten Stunde jene vom 24. Oktober 2016 gemäss Krankenakte von Dr. med. E._____ gewesen sei. Diese sei noch präziser als diejenige, welche die C._____ aus dem Fragebogen vom 23. Februar 2017 als Entscheidungsgrundlage heranziehe. Die C._____ sei ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen, da sie weder vor Erlass der Verfügung noch bei der erneuten Beurteilung des Falles während des Einspracheverfahrens Abklärungen getätigt oder Berichte bei den behandelnden Ärzten eingeholt habe.

E. 10.1

Gerichtskosten werden vorliegend keine erhoben, da das kantonale Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungsstreitigkeiten gemäss Art. 61 lit. a ATSG grundsätzlich kostenlos ist.

E. 10.2

Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuem Entscheid gilt als vollständiges Obsiegen (Urteil des Bundesgerichts 8C_192/2017 vom 25. August 2017 E.8.1), weshalb der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung hat. Diese wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eingereichte Honorarnote vom 30. September 2017 enthält Aufwendungen zwischen dem 29. März 2017 und dem 6. September 2017 und beziffert sich auf Fr. 3'036.85 (10.5 Stunden à Fr. 260.-- gemäss Vollmacht mit Honorarvereinbarung vom 29. März 2017, inkl. 3 % Spesen und 8 % Mehrwertsteuer). Vorliegend betreffen die aufgelisteten Aufwände vor dem 3. August 2017 das Verwaltungsverfahren. Da lediglich diejenigen Tätigkeiten zu berücksichtigen sind, welche im Zusammenhang mit dem vorliegenden Beschwerdeverfahren ausgeführt wurden, sind die Aufwände bis und mit 29. Mai 2017 nicht zu berücksichtigen. Dementsprechend ergibt sich eine Kürzung des geltend gemachten Aufwandes von 5.5 Stunden auf 5 Stunden à Fr. 260.-- pro Stunde, was Fr. 1'300.-- entspricht. Unter Berücksichtigung von 3 % Spesen (Fr. 39.--) sowie 8 % Mehrwertsteuer (Fr. 107.10) resultiert ein Honorar von Fr. 1'446.10. Demzufolge hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer im Umfang von Fr. 1'446.10 (inkl. Spesen und MWST) aussergerichtlich zu entschädigen.

E. 10.3

Die ebenfalls obsiegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

- 27 - Demnach erkennt das Gericht:

E. 11

Mit Verfügung vom 12. September 2017 vereinigte die Instruktionsrichterin die beiden Beschwerdeverfahren S 17 121 und S 17 125. Dagegen erhoben die Parteien keine Einwände.

- 6 -

E. 12

In ihrer Vernehmlassung vom 28. September 2017 beantragte die C._____ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerden. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, die Sehnenruptur sei degenerativer Natur und nicht überwiegend unfallkausal. Die Angaben des Beschwerdeführers, wonach dieser vor dem Unfall an keinen Schulterbeschwerden gelitten habe, würden auf der unzulässigen Beweisregel „post hoc ergo propter hoc“ beruhen und keinen Kausalzusammenhang zu begründen vermögen. Weiter sei Dr. med. G._____ in Bezug auf den Unfallhergang zu Recht von der Schilderung im Fragebogen ausgegangen. Der Eintrag in der Krankengeschichte von Dr. med. E._____ beruhe lediglich auf Mutmassungen und Möglichkeiten, auf welche nicht abgestellt werden könne. Zudem werde die Schlussfolgerung von Dr. med. G._____, wonach die Schulterverletzung nicht überwiegend unfallkausal sei, auch in der me-

dizinischen Literatur gestützt. So seien degenerative Sehnenveränderungen an der Schulter ein weit verbreiteter Befund. Im Übrigen habe denn auch Dr. med. F._____ eine Vorschädigung der Rotatorenmanschette eingeräumt. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung seien buraseitige Läsionen der Supraspinatussehnen häufig degenerativer Natur und ein Sturz mit Kontusionen an der Schulter nicht geeignet, eine Verletzung der Rotatorenmanschette zu bewirken. Der Beschwerdeführer habe im Unfallzeitpunkt bereits das 62. Altersjahr überschritten. Es bestehe keine Leistungspflicht des Unfallversicherers, wenn der Unfall lediglich die Gelegenheits- oder Zufallsursache einer Schädigung sei. Abschliessend hielt die Beschwerdegegnerin fest, die Beurteilung von Dr. med. G._____ stehe im Einklang mit der medizinischen Fachliteratur sowie der Rechtsprechung im Zusammenhang mit Schulterbeschwerden, weshalb auf diese abzustellen sei. Die Beurteilung von Dr. med. G._____ sei klar und eindeutig ausgefallen und decke sich mit dem Ergebnis der bildhaften Untersuchungen. Die Kausalitätsbeurteilung decke sich mit den Äusserungen in der medizinischen Fachliteratur und Anlass zu weiteren Abklärungen sei keiner erkenn-

- 7 - bar. Streitig sei einzig die Schlussfolgerung hinsichtlich des natürlichen Kausalzusammenhangs.

E. 13

In der freigestellten Kurzstellungnahme vom 30. September 2017 wiederholte der Beschwerdeführer seinen Antrag auf Einholung einer neutralen Expertise.

E. 14

Auf die Aufforderung der Instruktionsrichterin vom 12. März 2018 hin reichte die Beschwerdeführerin am 13. März 2018 den Arztbericht von Dr. med. F._____ vom 10. Mai 2017 samt dem darin erwähnten MRI-Bericht vom 12. Januar 2017 und dem Röntgenbericht vom 9. Februar 2017 ein. Dieser Arztbericht wurde dem Beschwerdeführer sowie der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 14. März 2018 zur Kenntnis zugestellt. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in den Rechtsschriften und auf den angefochtenen Einspracheentscheid sowie auf die im Recht liegenden Beweismittel wird, soweit rechtserheblich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.1. Die vorliegenden Beschwerden richten sich gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 28. Juli 2017. Ein solcher Entscheid kann gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) beim Versicherungsgericht desjenigen Kantons angefochten werden, in dem die versicherte Person oder der beschwerdeführende Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Der versicherte Beschwerdeführer wohnte im massgeblichen Zeitpunkt in X._____ (GR), wes-

- 8 - halb die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerden gegeben ist. Dessen sachliche und funktionelle Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100). Damit ist die Zuständigkeit des angerufenen Gerichts für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache zu bejahen. 1.2. Gemäss Art. 59 ATSG ist zur Beschwerde berechtigt, wer durch den angefochtenen Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung hat. Der Beschwerdeführer ist als formeller und materieller

Adressat des angefochtenen Entscheides zur Beschwerde legitimiert. Ebenfalls erfüllt die Beschwerdeführerin als Krankenversicherung des Beschwerdeführers die Voraussetzungen der Beschwerdelegitimation, da der Leistungsansprüche verneinende Einspracheentscheid unmittelbar ihre prinzipielle Leistungspflicht begründet (BGE 134 V 153 E.5.3.1). Die Beschwerdelegitimation der Beschwerdeführer ist daher zu bejahen, und auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichten Beschwerden ist einzutreten (Art. 1 UVG i.V.m. Art. 60 und Art. 61 lit. a ATSG). 2. Bezüglich des anwendbaren Rechts gilt zu beachten, dass am 1. Januar 2017 die revidierten Bestimmungen des UVG und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten sind. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend ereignete sich der Unfall im Oktober 2016, so dass diesbezüglich grundsätzlich die bis zum 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung finden. Hinsichtlich der für das vorliegende Verfahren anwendbaren Bestimmung-

- 9 - gen haben sich indessen mit Inkrafttreten der neuen Rechtssätze keine Änderungen ergeben. 3. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen zur Behandlung der geklagten Beschwerden an der rechten Schulter (Rotatorenmanschettenläsion) per 22. November 2016 mangels natürlichem Kausalzusammenhang zu Recht eingestellt oder ob der Beschwerdeführer auch über den 21. November 2016 hinaus Anspruch auf Versicherungsleistungen für die Folgen aus dem Unfall vom 24. Oktober 2016 hat.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.