

GR_GERICHTE S 2022 23 vom 20. Juni 2023

GR Gerichte, 2023-06-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2022_23

FR: GR_GERICHTE S 2022 23 du 20 juin 2023

IT: GR_GERICHTE S 2022 23 del 20 giugno 2023

Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

A._____, Jahrgang 1958, wohnhaft in B._____, war als Immobilien- bewirtschafter bei der C.____ AG angestellt und obligatorisch bei der Helsana Unfall AG (nachfolgend: Helsana) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 22. Juni 2021 beim Biken hängen blieb und auf die rechte Schulter stürzte. A._____ litt in der Folge an Schmerzen und Bewegungseinschränkungen der Schulter. Die Helsana erbrachte die gesetzlichen Leistungen für die Heilbehandlung, nicht aber für Taggeld.

E. 2

Der Hausarzt Dr. med. D._____, Facharzt für Innere Medizin FMH, überwies A._____ zwecks MRI der Schulter ins Spital. Am 1. Juli 2021 erfolgte ein Arthro-MRI durch Radiologe Dr. med. E._____, Leitender Arzt Radiologie des Spitals Davos. Bei klinischer Angabe einer vorbestehenden und re-traumatisierten Omarthropathie rechts lautete der Befund wie folgt: "Komplett ruptur des Musculus supraspinatus mit Retraktion Grad II nach Patte bei kräftig vorbestehender Tendinose. Volumenminderung mit einzelnen Fetteinlagerungen. Im Weiteren auch Komplett ruptur der anterioren Teile des Musculus infraspinatus, einzelne Fetteinlagerung des Muskelbauches (Grad I nach Goutallier). Tendinose der langen Bizepssehne bei fehlender Abgrenzbarkeit der Pulley-Schlinge sowie Oberrandläsion des Musculus subscapularis. AC-Gelenksarthrose ohne Aktivierung mit Abbildung einer subacromialen Konsole. Geringe chondrale Ausdünnung des posterioren Glenoids." Dr. med. E._____ beurteilte eine Komplett ruptur des Musculus supraspinatus, Retraktion Grad II nach Patte sowie anteriore Ruptur des Musculus infraspinatus. Geringe Volumenminderung des Musculus supraspinatus mit einzelnen Fetteinlagerungen. Verdacht auf Pulley-Läsion mit Tendinose der langen Bizepssehne und Oberrandläsion des Musculus subscapularis.

- 3 -

E. 3

Im Konsiliarbericht von Dr. med. F._____, Chefarzt Orthopädische Chirurgie Klinik Gut, vom 28. Juli 2021, wurde die Diagnose einer post- traumatischen Totalruptur der Supraspinatussehne sowie Partialruptur der Infraspinatussehne Schulter rechts nach Velosturz vom 22. Juni 2021 mit: – Tendinopathie der langen Bizepssehne gestellt. Anamnestisch sei der Patient am 22. Juni 2021 mit dem Velo gestürzt und es zeige sich seitdem eine deutliche Bewegungseinschränkung der rechten Schulter. Diese habe sich

zwar etwas verbessert, auffallend sei jedoch ein deutliches Aussenrotationsdefizit und eine verfrühte Mitrotation der Scapula. Ebenso sei dem Patienten ein deutliches Kraftdefizit aufgefallen. Im Vorfeld sei der Patient beim Tennisspielen aktiv gewesen. Er habe gelegentlich leichte Beschwerden bei Belastungen gehabt, jedoch keine Einschränkungen in Bezug auf die Funktion und die Kraft. Im Rahmen der klinischen Untersuchung zeige sich ein positives Hornblower Zeichen bei ansonsten unauffälligem Lokalbefund. Keine Druckdolenz über dem AC-Gelenk. Die aktive Flexion gelinge etwas mühsam bis nahezu 120°. Die Abduktion bis 120°. Die Aussenrotation sei nahezu aufgehoben. Keine Kraft bei der Aussenrotation gegen Widerstand. Deutlich positiver Jobe-Test. Lift-off und Belly-Press-Test seien negativ. Der Ellbogen sei frei beweglich. PDMS intakt. Zudem finde sich der bildgebende Befund der Schulter rechts ap IR/AR und axial vom 28. Juli 2021 über eine gute Zentrierung glenohumeral und einen altersentsprechenden ossären Normalbefund." Dr. med. F._____ bestätigte die Ruptur der Supra- und auch Infraspinatussehne an der rechten Schulter mit positivem Hornblower Zeichen und deutlich positivem Jobe-Test. In Anbetracht der sportlichen Aktivität empfahl er klar eine Operation im Sinne einer arthroskopischen Rotatoren- manschettenrekonstruktion mit Tenodese der langen Bizepssehne.

E. 3.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. 3.2.1. Die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Tod, Integritätseinbusse, Hilflosigkeit) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 147 V 161 E.3.1, 129 V 177 E.3; vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, Einführung in das schweizerische Unfallversicherungsrecht, Bern 2021, Rz. 221 f. und Rz. 249 ff.; RUMO- JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, Art. 6 S. 53 ff.). 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

- 9 - werden kann (siehe statt vieler: BGE 147 V 161 E.3.2). Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass das Unfallereignis die alleinige oder unmittelbare Ursache der gesundheitlichen Störungen und Beschwerden ist; vielmehr genügt es, dass das Unfallereignis eine Teilursache des Gesundheitsschadens ist (vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 252; NABOLD, in: HÜRZELER/KIESER, Kommentar zum UVG, Bern 2018, Art. 6 Rz. 52), d.h. dass der Unfall nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 147 V 161 E.3.2, 129 V 177 E.3.1). 3.2.2. Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, stellt eine Tatfrage dar, die mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von der leistungsansprechenden Person nachzuweisen ist, wobei die

blasse Möglichkeit, dass ein solcher besteht, den Beweisanforderungen nicht genügt (BGE 146 V 51 E.5.1, 129 V 177 E.3.1; vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 253; NABOLD, a.a.O., Art. 6 Rz. 53). Nicht tauglich für den Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs ist das Argument, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien erst nach dem Unfall aufgetreten und deshalb auf das Unfallereignis zurückzuführen, d.h. die Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc" ist unzulässig (BGE 119 V 335 E.2b/bb; Urteil des Bundesgerichts 8C_241/2020 vom 29. Mai 2020 E.3; vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 253; NABOLD, a.a.O., Art. 6 Rz. 53). 3.2.3. Die Frage, ob ein bestimmter natürlicher Kausalzusammenhang adäquat ist, stellt eine Rechtsfrage dar. Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erfolgt eine einfache Adäquanzprüfung. Dabei spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Leistungspflicht des Unfall-

- 10 - versicherers praktisch keine (selbständige) Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 140 V 356 E.3.2, 138 V 248 E.4; vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 271; NABOLD, a.a.O., Art. 6 Rz. 62 f.). Daher erfolgt in solchen Fällen grundsätzlich keine Eingrenzung mittels der Adäquanzformel (vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 271). 3.2.4. Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht (BGE 147 V 161 E.3.3 mit Hinweisen; vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 261). 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 schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 147 V 161 E.3.3 mit Hinweisen; vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 262 f.; NABOLD, a.a.O., Art. 6 Rz. 54). Ebenso wie der leistungsbe gründende natürliche Kausal- zusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blasse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbe gründender natürlicher Kausalzusammen-

- 11 - hang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteile des Bundesgerichts 8C_241/2020 vom 29. Mai 2020 E.3, 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E.2.2 mit Hinweisen; vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 264). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteile des Bundesgerichts 8C_781/2017 vom 21. September 2018 E.5.1, 8C_421/2018 vom 28. August 2018 E.3.2, 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E.2.3.2). 3.2.5. Der vom Unfallversicherer zu beweisende

Wegfall des Kausalzusammenhanges muss ebenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (Status quo sine vel ante; BGE 146 V 51 E.5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_689/2019 vom 9. März 2020 E.5.3), d.h. auch der Wegfall einer Teilkausalität im Sinne von Art. 36 UVG, wie der Beschwerdeführer vorbringt. Dabei hat der Unfallversicherer indes nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen. Welche Ursachen (Krankheit, Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen) ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist an sich unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_600/2021 vom 3. März 2022 E.3.2, 8C_80/2021 vom 7. Juli 2021 E.2.2, 8C_840/2019 vom 14. Februar 2020 E.3.2, 8C_58/2017 vom 9. Juni 2017 E.6.3 mit weiteren Hinweisen). Ebenso wenig muss der Unfallversicherer den negativen Beweis erbringen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun

- 12 - bei voller Gesundheit sei (Urteile des Bundesgerichts 8C_68/2020 vom 11. März 2020 E.3.2, 8C_840/2019 vom 14. Februar 2020 E.3.2 mit Hinweisen).

E. 3.3

Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E.3.2, 138 V 218 E.6). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E.3.2, 138 V 218 E.6;

- 13 - Urteile des Bundesgerichts 8C_722/2021 vom 20. Januar 2022 E.4, 8C_382/2020 vom 3. Dezember 2020 E.3.3, 8C_17/2017 vom 4. April 2017 E.2.2).

E. 3.4

Zur Beurteilung von sozialversicherungsrechtlichen Leistungsansprüchen sind die rechtsanwendenden Behörden auf verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen angewiesen. Das Gericht hat diese 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 Gericht 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 Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 (siehe zum Ganzen: BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c; Urteil des Bundesgerichts 9C_528/2021 vom 11. Februar 2022 E.4.1).

E. 3.5

Gemäss Rechtsprechung ist auch ein reines Aktengutachten beweiskräftig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten

- 14 - sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Berichterstatter imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_390/2022 vom 7. September 2022 E.3, 8C_809/2021 vom 24. Mai 2022 E.3.1, 8C_476/2021 vom 2. März 2022 E.5.1, 8C_397/2019 vom 6. August 2019 E.4.3 mit Hinweisen). Dabei geht es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts, mithin rückt die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund (Urteile des Bundesgerichts 8C_390/2022 vom 7. September 2022 E.3, 8C_322/2020 vom 9. Juli 2020 E.3, 8C_780/2016 vom 24. März 2017 E.6.1, je mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Beratende Ärztinnen und Ärzte eines Versicherungsträgers sind hinsichtlich der Beweiseignung ihrer ärztlichen Beurteilungen mit derjenigen von versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (Urteil des Bundesgerichts 8C_143/2021 vom 7. Juni 2021 E.2.4). 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 (BGE 145 V 97 E.8.5, 142 V 58 E.5.1 mit weiteren Hinweisen, BGE 139 V 225 E.5.2, 135 V 465 E.4.4 und E.4.6 f.,

- 15 - 125 V 351 E.3b/ee; Urteile des Bundesgerichts 8C_410/2022 vom 23. Dezember 2022 E.4.3, 8C_549/2021 vom 7. Januar 2022 E.7.1 und 8C_143/2021 vom 7. Juni 2021 E.2.4 mit Hinweisen). In Bezug auf behandelnde Ärztinnen und Ärzte, insbesondere Hausärzte, ist zu beachten, dass sie in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten

Person stehen. Da sie sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E.3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (Urteile des Bundesgerichts 8C_549/2021 vom 1. Juli 2022 E.7.2, 8C_819/2019 vom 26. Februar 2020 E.6.3.3, 8C_900/2017 vom 30. Mai 2018 E.4.2.2), wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommen (Urteil des Bundesgerichts 8C_549/2021 vom 1. Juli 2022 E.7.2). Diese Erfahrungstatsache befreit das Gericht indessen nicht von seiner Pflicht zu einer korrekten Beweiswürdigung, bei der auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte mitzubersichtigen sind. Diese sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte zu wecken vermögen (BGE 135 V 465 E.4.5 f.; Urteile des Bundesgerichts 8C_658/2020 vom 14. Januar 2021 E.7, 8C_499/2020 vom 19. November 2020 E.4.2, 8C_397/2019 vom 6. August 2019 E.4.2, 8C_160/2012 vom

E. 3.6

Gemäss Rechtsprechung kann ein Beschwerdeführer allein aus der Verwendung des medizinischen Begriffs "Trauma" nichts zu seinen Gunsten ableiten; insbesondere kann nicht bereits aus dem Beiwort "posttraumatisch" auf die Bejahung der Unfallkausalität geschlossen werden. Der medizinische Begriff des Traumas ist nicht deckungsgleich mit dem versicherungsrechtlichen Unfallbegriff im Sinne von Art. 4 ATSG (BGE 134 V 72; Urteile des Bundesgerichts 8C_645/2022 vom

E. 4

Der beratende Arzt (Versicherungsmediziner) Dr. med. G._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates,

- 4 - stellte in seiner Stellungnahme am 17. August 2021 fest, es seien unter anderem noch die Angaben in den klinischen Angaben des MRI vom 1. Juli 2021 zu erwähnen, die sich auf einen Vorzustand beziehen würden und von einer re-traumatisierten Omarthropathie ausgingen. Aus beratungsärztlicher Sicht seien die im MRI festgestellten Veränderungen nur möglicherweise auf das Ereignis vom 22. Juni 2021 zurückzuführen. Insofern sei die geplante Operation nicht unfallkausal. Es ergäben sich somit Fragen zum Ausmass des Vorzustandes, zumal die oben genannten Veränderungen eher für eine degenerative Entwicklung sprächen oder auf ein altes Trauma hindeuteten.

E. 4.1

Dem Radiologiebericht vom 2. Juli 2021 nach Arthro-MRI vom 1. Juli 2021 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer durch seinen Hausarzt Dr. med. D._____ zugewiesen wurde. Im Radiologiebericht bleibt ein Unfallereignis unerwähnt. Vielmehr geht der Radiologe klinisch von einer vorbestehenden und re-traumatisierten Omarthropathie rechts aus (Bg- act. 6). Dieser Vorzustand einer Omarthropathie rechts und eines altersentsprechend ossären Normalbefunds ist unbestritten geblieben (vgl. Beschwerde S. 8 [Gerichtsakte A1]; Bericht Dr. med. F._____ vom 28. Juli 2021 [Bg-act. 5]). Ebenso, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall (nur) gelegentlich leichte

Beschwerden bei Belastungen hatte, wenn auch keine Einschränkung bezüglich Funktion und Kraft (vgl. Beschwerde S. 8 [Gerichtsakte A1]; Bericht Dr. med. F. _____ vom 28. Juli 2021 [Bg-act. 5]). Gleichzeitig bestätigen der Radiologiebericht vom 2. Juli 2021 von Dr. med. E. _____ wie auch der orthopädische Chirurgie-Bericht vom 28. Juli 2021 von Dr. med. F. _____ übereinstimmend eine Komplettruptur des Musculus supraspinatus/Supraspinatussehne und eine Partialruptur des Musculus infraspinatus/Infraspinatussehne, wie auch weitere (degenerative) medizinische Erscheinungen (vgl. Bg-act. 5 und 6). Die Beschwerdegegnerin hat den Unfall anerkannt und ist für die Heilbehandlungskosten aufgekommen.

E. 4.2

Die beiden Aktenbeurteilungen des Versicherungsmediziners Dr. med. G. _____ vom 17. August 2021 resp. 19. August 2021, welche zur Leistungseinstellung per 28. Juli 2021 geführt haben, überzeugen nicht, wie nachfolgend ausgeführt wird.

- 18 -

E. 4.2.1

Versicherungsmediziner Dr. med. G. _____ stellte sich am 17. August 2021 auf den Standpunkt, die im MRI festgestellten Veränderungen seien nur möglicherweise auf das Ereignis vom 22. Juni 2021 zurückzuführen, warf aber selbst noch Fragen zum Ausmass des Vorzustandes auf, zumal die o. g. Veränderungen eher für eine degenerative Entwicklung sprächen oder auf ein altes Trauma hindeuteten (Bg-act. 7 S. 2). Ohne weitere Abklärungen der Beschwerdegegnerin zum Vorzustand erstellte Versicherungsmediziner Dr. med. G. _____ nur gerade zwei Tage später eine weitere Aktenbeurteilung (Bg-act. 8). Dafür lagen ihm die Akten bis zum 29. Juli 2021 vor – allerdings unbestrittenermassen ohne Akten resp. Angaben über den medizinischen Vorzustand vor dem Unfallereignis, ohne Arthro-MRI-Bild vom 1. Juli 2021 und ohne Angaben zum Unfallhergang bzw. –mechanismus. Darin kam er zum Schluss, dass die erhobenen Befunde/Diagnosen überwiegend wahrscheinlich mit dem Unfall vom 22. Juni 2021 in einem natürlichen Kausalzusammenhang stünden (Bg-act. 8 Ziff. 2.1 Absatz 1 S. 2). Einige Absätze später allerdings relativiert Versicherungsmediziner Dr. med. G. _____, wenn er ausführt, dass "das Ereignis vom 22.06.2021 zu einer Kontusion der rechten Schulter ohne frische, traumatisch strukturelle Läsion geführt [hat]. Die im MRI festgestellten Veränderungen deuten auf teils (Hervorhebung durch das Gericht) massive degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette ohne Zeichen einer traumatischen Verursachung hin. Daher ist die geplante OP vom 23.08.2021 nur möglicherweise auf das Ereignis vom 22.06.2021 zurückzuführen." (Bg-act. 8 Ziff. 2.1 Absatz 6 S. 2). Und er kommt sodann noch weitergehend zu folgendem Schluss: "Die im MRI vom 01.07.2021 beschriebenen Veränderungen sind sämtlich (Hervorhebung durch das Gericht) als Vorzustand zu qualifizieren." (Bg-act. 8 Ziff. 2.1 Absatz 7 S. 2). Diese Herleitung ist nicht schlüssig begründet und nicht nachvollziehbar. Und obschon er von einer vorübergehenden Verschlimmerung ausgeht und den Status quo sine als

- 19 - per 28. Juli 2021 eingetreten beurteilt (Bg-act. 8 Ziff. 3.3 und 3.4 S. 3), beschreibt er dennoch am 19. August 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 22. Juni 2021 bis auf weiteres und auch aktuell (Bg-act. 8 S. 1 und 4), während auf der Schadenmeldung UVG vom 30. Juni 2021 unklare Vermerke angebracht sind, ob überhaupt eine Arbeitsunfähigkeit bestanden hat (Bg-act. 1) und der Beschwerdeführer offenbar keine

Taggelder erhalten hat (Bg-act. 9).

E. 4.2.2

Abgesehen davon, dass sich Versicherungsmediziner Dr. med. G._____ Einschätzungen vom 17. August 2021 resp. 19. August 2021 im Kern widersprechen (17. August 2021: "...die im MRI festgestellten Veränderungen sind nur möglicherweise auf das Ereignis vom 22.06.2021 zurückzuführen" [Bg-act. 7 S. 2]);

E. 4.2.3

Versicherungsmedizinische Feststellungen und Aktenbeurteilungen sind als solche beweiskräftig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Vorliegendenfalls lagen die Untersuchungsbefunde dem Versicherungsmediziner Dr. med. G._____ nicht lückenlos vor – so hatte Versicherungsmediziner Dr. med. G._____ nur Einsicht in den Radiologiebericht von Dr. med. E._____ vom 2. Juli 2021, nicht aber in das zugrundeliegende Arthro-MRI (vgl. E-Mail der Beschwerdegegnerin vom 14. September 2021 [Bg-act. 17]). Ebenso wenig besass er medizinische Unterlagen zum Vorzustand (insbesondere "vorbestehende und re-traumatisierte Omarthropathie rechts") oder hatte er Kenntnis vom Unfallhergang bzw. –mechanismus am 22. Juni 2021. Er war somit nicht imstande, sich aufgrund der vorhandenen Daten ein vollständiges Bild zu

- 20 - verschaffen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_390/2022 vom 7. September 2022 E.3, 8C_809/2021 vom 24. Mai 2022 E.3.1, 8C_476/2021 vom 2. März 2022 E.5.1, 8C_397/2019 vom 6. August 2019 E.4.3 mit Hinweisen). Damit ging es im Wesentlichen auch nicht nur um die fachärztliche Beurteilung des an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts und es rückte die direkte ärztliche Befassung mit dem Beschwerdeführer nicht in den Hintergrund. Versicherungsmediziner Dr. med. G._____ begründete nicht schlüssig, nicht nachvollziehbar und nicht in sich widerspruchsfrei und es sind durchaus Indizien gegen die Zuverlässigkeit seiner Beurteilungen vorhanden. Mit den reinen Aktenbeurteilungen von Versicherungsmediziner Dr. med. G._____ kann die Beschwerdegegnerin den Beweis des Status quo sine per 28. Juli 2021 nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht führen. An die Beweiswürdigung medizinischer Berichte sind strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E.8.5; 142 V 58 E.5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_410/2022 vom 23. Dezember 2022 E.4.3). Dies ist auch vorliegend der Fall. Die Beschwerdegegnerin ist ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 ATSG nicht rechtsgenügend nachgekommen.

E. 4.3

Somit ist der angefochtene Einspracheentscheid in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Angelegenheit zur Vervollständigung des Versichertendossiers und zur Vornahme ergänzender medizinischer Abklärungen in Form eines neutralen zumindest orthopädischen Gutachtens und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

- 21 -

E. 5

Nur zwei Tage später, am 19. August 2021, hielt Dr. med. G._____ fest, dass die Befunde und Diagnose mit dem Unfall vom 22. Juni 2021 überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang stünden. Das Ereignis vom 22. Juni 2021 habe zu einer Kontusion der rechten Schulter ohne frische, traumatisch strukturelle Läsion geführt und die im MRI festgestellten Veränderungen deuteten auf teils massive degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette ohne Zeichen einer traumatischen Verursachung hin, die im MRI vom 1. Juli 2021 beschriebenen Veränderungen seien sämtlich als Vorzustand zu qualifizieren.

E. 5.1

Gemäss Art. 61 lit. fbis ATSG sind Verfahren vor dem kantonalen Versi- cherungsgericht bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Die Sonderbestimmungen zur Rechtspflege gemäss Art. 105 ff. UVG sehen keine generelle Kostenpflicht vor. Damit sind unfallversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren über Leistungen in der Regel kostenlos. Vorbehalten bleibt die Kostenaufgabe infolge – in casu nicht vorliegenden – mutwilligen oder leichtsinnigen Verhaltens (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis in fine ATSG). Für das vorliegende Beschwerdeverfahren sind daher keine Kosten zu erheben. 5.2.1. Die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zu medizinischen Abklärungen und neuem Entscheid gilt praxismässig als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualbegehren gestellt wird (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_214/2022 vom 16. Februar 2023 E.5 mit Hinweisen). Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der obsiegende Beschwerdeführer somit Anspruch auf einen angemessenen Parteikostenersatz, welcher vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG). Der Beschwerdeführer verlangt den Ersatz der Auslagen von CHF 1'000.00 für das Parteigutachten von Dr. med. H._____ (vgl. Rechnung vom

E. 6

Mit Verfügung vom 20. August 2021 stellte die Helsana die Leistungen (Heilbehandlungskosten) per 28. Juli 2021 mit der Begründung ein, es sei der Status quo sine eingetreten.

E. 7

Am 23. August 2021 erfolgte die Operation der Schulter rechts bei persi- stierender Schmerzsymptomatik und ausgeschöpfter konservativer Therapie. Zu den intraartikulären Befunden erging durch Dr. med. F._____ u.a. die Feststellung: "Deutliche Synovitis vor allem ventral und cranial. Der Knorpelüberzug ist insgesamt unauffällig. Stabil verankerte - 5 - Bizepssehne jedoch mit deutlicher Tendinopathie. Unauffällige Insertion der Subscapularissehne. Verstrichenes vorderes Intervall. Die lange Bizepssehne liegt im Sulcus jedoch mit deutlicher Tendinopathie. Es bestätigt sich die vollständige Ruptur der Supraspinatussehne. Nur der craniale Anteil der Infraspinatussehne ist rupturiert. Die inferioren Anteile sind intakt. Deutlich entzündlich veränderter Recessus inferior. Etwas ausgefaserte posteriore Labrumabschnitte."

E. 8

Mit Parteigutachten vom 19. September 2021 nahm Dr. med. H._____, Ärztin für Chirurgie, Gefässchirurgie, Phlebologie und u.a. zertifizierte Gutachterin SIM, Stellung zur Sache. Sie führte aus, dass die Fragen zur Unfallkausalität medizinisch nicht beantwortet werden könnten, da sie auf unvollständigen bzw. fehlenden Dokumenten beruhten. Es fehlten die Berichte des Hausarztes über die Vorgeschichte, die konservative Behandlung bis zur Operation und der Operationsbericht. Die Befunde des MRI-Berichtes müssten mit den Befunden der Operation verglichen werden. Es sei zweifelhaft, ob die altersentsprechenden degenerativen Veränderungen so stark gewesen seien, dass sie durch den Unfall zur Sehnenruptur geführt hätten oder andere Faktoren wie Entzündungen mit beteiligt gewesen seien. Der Unfallmechanismus müsse daher genau geklärt sein. Die Anamnese zum Tennissport und den körperlichen Aktivitäten könne Auskunft zu Kraft und Beweglichkeit geben. Eine Kausalitätsfeststellung bei Rupturen der Rotatorenmanschette im höheren Alter sei immer schwierig und könne daher nur individuell und mit exakter Befunderhebung erfolgen. Die Beurteilung durch den beratenden Arzt Dr. med. G._____ sei medizinisch nicht nachvollziehbar, da sie auf fehlender und lückenhafter Dokumentation beruhe. Es sei eine orthopädisch-traumatische Begutachtung erforderlich.

E. 9

Mit Einsprache vom 21. September 2021 beantragte A._____ unter Beilage des Parteigutachtens von Dr. med. H._____ u.a. die Rückweisung

- 6 - zu weiteren versicherungsmedizinischen Beurteilungen und neuem Entscheid.

E. 10

Mit Einspracheentscheid vom 26. Januar 2022 wies die Helsana die Einsprache ab.

E. 11

Hausarzt Dr. med. D._____ hielt am 14. Februar 2022 fest, A._____ habe bis zum Unfallzeitpunkt weder über Schmerzen im rechten Schultergelenk geklagt noch hätten entsprechende Behandlungen stattgefunden.

E. 12

Am 21. Februar 2022 erhob A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) gegen den Entscheid der Helsana Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Er beantragte die Aufhebung des Einsprache-entscheid vom 26. Januar 2022 und die Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen mit nachfolgendem neuem Entscheid; eventualiter seien die gesetzlichen Leistungen ab wann rechtens zu erbringen. Zur Begründung brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, dass die Unfallversicherung und der beurteilende Mediziner keine Kenntnis vom gesundheitlichen Vorzustand gehabt hätten und dass – unter Hinweis auf die Einschätzung von Dr. med. H._____ – die Beurteilung von Dr. med. G._____ nicht nachvollziehbar sei. Die Voraussetzungen für die Leistungen aus Nichtberufsunfall als auch gemäss Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG (Rotatoren- manschettenriss) seien als erfüllt zu betrachten, zumal der Unfallversicherung der Entlastungsbeweis nicht gelinge. Der medizinische Berater habe sich auf unvollständige Akten gestützt, den Vorzustand nicht abgeklärt und daher auch keine Gewichtung vornehmen können. Seine Einschätzung entspreche nicht den Akten, wo lediglich eine Omarthropathie rechts bestätigt werde und ein altersentsprechend ossärer Normalbefund. Es habe ihm nur der Radiologiebericht vom 2. Juli 2021, nicht aber das MRI-Bild, vorgelegen.

- 7 -

E. 13

Juni 2012 E.3.1.2 und 8C_245/2011 vom 25. August 2011 E.5.3).

- 16 -

E. 16

Februar 2023 E.4.1 mit Hinweisen, 8C_270/2020 vom 1. September 2020 E.5.2 und 8C_241/2020 vom 29. Mai 2020 E.3). Weiter ging das Bundesgericht dazu über, dem Kriterium des Unfallmechanismus zur Beurteilung der Unfallkausalität keine übergeordnete Bedeutung mehr beizumessen. Es gehe vielmehr darum, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprächen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen. Dabei ist auch der Unfallmechanismus als einzelnes Indiz unter mehreren in die Gesamtwürdigung einzubeziehen. Ob und inwieweit Anpralltraumen geeignet sind, Rotatorenmanschettenläsionen auszulösen oder zu verursachen, wird in der neueren medizinischen Literatur kontrovers diskutiert (Urteil des Bundesgerichts 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E.5.4; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 8C_593/2021 vom 6. Januar 2022 E.5.2.3, 8C_167/2021 vom 16. Dezember 2021 E.4.1 mit weiteren Hinweisen, 8C_672/2020 vom 15. April 2021 E.4.5 und 8C_740/2020 vom 7. April 2021 E.4.2). 4. Es ist zu prüfen, ob die ärztlichen Einschätzungen von Radiologe Dr. med. E._____ vom 2. Juli 2021, vom orthopädischen Chirurgen Dr. med. F._____ vom 28. Juli 2021, dem Operationsbericht von Dr. med. F._____ vom 23. August 2021 sowie von Hausarzt Dr. med. D._____ vom 14. Februar 2022 unter Berücksichtigung des Parteigutachtens von - 17 - Dr. med. H._____ vom 19. September 2021 zumindest geringe Zweifel an den versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dr. med. G._____ vom 17. August 2021 resp. 19. August 2021 (Bg-act. 7 und 8) zu wecken vermögen.

E. 19

August 2021: "... die Befunde/Diagnosen mit dem Unfall vom 22.06.2021 überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang stehen" [Bg- act. 8 Ziff. 2.1 S. 2]), überzeugen sie auch – wie soeben beschrieben – in ihrer Herleitung und Begründung nicht.

E. 20

September 2021 [Gerichtsakte E1]). Im angefochtenen Einspracheentscheid blieb das Parteigutachten von Dr. med. H._____ unerwähnt und es fand keine Auseinandersetzung damit statt, obschon es mit der Einsprache vom 21. September 2021 eingereicht worden war (Bg- act. 21 S. 4 mit Hinweisen auf das Parteigutachten als Beweisofferte/Beilage 6). Ob die Beschwerdegegnerin damit das

- 22 - rechtliche Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) verletzt hat, weil sie das Vorbringen des Beschwerdeführers nicht tatsächlich gehört, geprüft und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt hat und damit ihrer Begründungspflicht nicht nachgekommen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_483/2021 vom 11. Februar 2022 E.3.2), kann vorliegendenfalls ausgangsgemäss offen gelassen werden. In die Beweiswürdigung war das Parteigutachten

von Dr. med. H._____ jedenfalls miteinzuziehen, ist doch die Herkunft des Gutachtens grundsätzlich nicht massgebend (BGE 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c), wenn auch einem Parteigutachten nicht dasselbe Gewicht zuerkannt wird, wie einem vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholten Gutachten (BGE 125 V 351 E.3c; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_725/2017 vom 4. Mai 2018 E.3.4).

5.2.2. Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Diese von der versicherten Person eingereichten Beweismittel stammen regelmässig von behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen, die in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen (BGE 135 V 465 E.4.5, vgl. KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 44 ATSG Rz. 79 f.). Gemäss Art. 45 Abs. 1 Satz 2 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, wenn er keine Massnahmen zur Abklärung angeordnet hat, dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Vorliegendenfalls war das Parteigutachten Dr. med. H._____ zwar hilfreich

- 23 - aber nicht unerlässlich für die Beurteilung der beiden versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilungen von Versicherungs- mediziner Dr. med. G._____ bzw. für die Feststellung, dass geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit bestehen, weil sie in sich nicht schlüssig begründet und nicht nachvollziehbar und gar widersprüchlich waren. Damit sind diese Parteikosten der Beschwerdegegnerin nicht aufzuerlegen.

5.2.3. Hingegen hat der Beschwerdeführer Anspruch auf Parteikostenersatz aus der Tätigkeit seiner Rechtsvertreterin; Ausgangspunkt ist deren eingereichte Honorarnote. Nach Art. 2 Abs. 1 der Verordnung über die Bemessung des Honorars der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (HV; BR 310.250) setzt die urteilende Instanz die Parteientschädigung der obsiegenden Partei nach Ermessen fest. Dabei geht sie gemäss Art. 2 Abs. 2 Ziff. 1 HV vom Betrag aus, welcher der entschädigungs- berechtigten Partei für die anwaltliche Vertretung in Rechnung gestellt wird, soweit der vereinbarte Stundenansatz zuzüglich allfällig vereinbartem Interessenwertzuschlag üblich ist und keine Erfolgs- zuschläge enthält. Als üblich gilt gemäss Art. 3 Abs. 1 HV ein Stundenansatz von CHF 210.00 bis CHF 270.00. Die Praxis des Verwaltungsgerichts (Praxisänderung vom 6. September 2017, vgl. dazu Urteile des Verwaltungsgerichts U 16 92 vom 25. Oktober 2017 E.13b, S 17 15 vom 27. September 2017 E.7b und R 18 17 vom 18. September 2019 E.9.2.1) geht gestützt auf die HV dahin, dass bei Einreichen einer Honorarvereinbarung der geltend gemachte Stundenansatz übernommen wird, sofern er den Ansatz von CHF 270.00 nicht überschreitet.

5.2.4. Die eingereichte Honorarnote über CHF 3'851.50 (CHF 3'472.00 zuzüglich 3 % Barauslagen inkl. Spesen [CHF 104.15] zuzüglich 7.7 % MWST [CHF 275.35]) ist nach Auffassung des Gerichts wie folgt zu kürzen: Für das Beschwerdeverfahren ist ein Zeitaufwand von 5.16

- 24 - Stunden zu berücksichtigen, wobei die eingereichte Honorarvereinbarung über CHF 280.00 (vgl. Bf-act. 2) praxisgemäss zu kürzen ist auf CHF 270.00 pro Stunde, d.h. der zu entschädigende Stundenaufwand beträgt CHF 1'393.20 (5.16 Stunden à CHF 270.00); zuzüglich 3 % Barauslagen resp. Spesen (CHF 41.80) zuzüglich 7.7 % MWST (CHF 110.50), was zu einem Parteikostenersatz von CHF 1'545.50 (inkl. Spesen und MWST) führt. III. Demnach erkennt das Gericht:

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