

# GR\_GERICHTE S 2023 11 vom 30. Januar 2024

GR Gerichte, 2024-01-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S 2023 11](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2023_11)

FR: GR\_GERICHTE S 2023 11 du 30 janvier 2024

IT: GR\_GERICHTE S 2023 11 del 30 gennaio 2024

## Erwägungen

### E. 3

Gegen die Verfügung vom 1. November 2022 liess A. \_\_\_\_\_, nunmehr vertreten durch seine Rechtsschutzversicherung, Einsprache erheben und beantragte in Aufhebung der angefochtenen Verfügung die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen für das Ereignis vom 14. August 2022, und reichte einen Bericht des beratenden Arztes Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 16. November 2022 ein.

### E. 4

Mit Einspracheentscheid vom 11. Januar 2023 wies die Suva die Einsprache ab. Zur Begründung ihres Entscheids hielt die Suva fest, es liege unbestrittenermassen kein Unfall vor. Streitig und zu prüfen sei, ob die Schulterbeschwerden eine unfallähnliche Körperschädigung darstelle. Die Diagnose einer SLAP-Läsion posterosuperior am rechten Schultergelenk sei gestützt auf die medizinischen Berichte des Radiologen und Dr. med. I. \_\_\_\_\_ genügend dargelegt. Eine SLAP-Läsion stelle rechtsprechungsgemäss keinen Sehnenriss und folglich auch keine Listenverletzung dar. Selbst wenn die diagnostizierte Körperschädigung als Listenverletzung subsumiert würde, wäre diese vorwiegend degenerativer Natur. Der Stellungnahme von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ könne nicht gefolgt werden.

#### E. 4.1

Die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers nach 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 (vgl. BGE 148 V 356 E.3, 142 V 435 E.1, 129 V 177 E.3.1 f. mit weiteren Hinweisen; 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 werden kann (siehe statt vieler: BGE 148 V 356 E.3 mit weiteren Hinweisen). 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 (HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 252; NABOLD, in: HÜRZELER/KIESER [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG – Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, Art. 6 Rz. 52), d.h. dass der Unfall nicht

- 9 - weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 147 V 161 E.3.2 m.w.H.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_305/2022 vom 13. April 2023 E.3.1).

#### **E. 4.2**

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 blosser Möglichkeit, dass ein solcher besteht, den Beweisanforderungen nicht genügt (BGE 146 V 51 E.5.1, 129 V 177 E.3.1; HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 253; NABOLD, a.a.O., Art. 6 Rz. 53). Untauglich für den Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs ist das Argument, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien erst nach dem Unfall aufgetreten und daher auf das Unfallereignis zurückzuführen, d.h. die Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc" ist unzulässig (BGE 142 V 325 E.2.3.2.2, 119 V 335 E.2b/bb; Urteile des Bundesgerichts 8C\_809/2021 vom 24. Mai 2022 E.5.5.2, 8C\_355/2021 vom 25. November 2021 E.6.4; HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 253; NABOLD, a.a.O., Art. 6 Rz. 53).

#### **E. 4.3**

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 und Art. 61 lit. c ATSG) beherrscht. Danach hat das 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 nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser 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 erachtet

- 10 - (BGE 144 V 427 E.3.2, 138 V 218 E.6; Urteile des Bundesgerichts 8C\_745/2020 vom 29. März 2021 E.1.3, 9C\_439/2020 vom 18. August 2020 E.1.3). Darüber hinaus gilt es festzuhalten, dass praxisgemäss die versicherte Person die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens glaubhaft zu machen hat. D.h. sie muss über das konkrete Geschehen wahre, genaue und wenn möglich ins Einzelne gehende Daten namhaft machen, aufgrund derer der Versicherer in die Lage versetzt wird, sich über die Tatumstände ein Bild zu machen und diese in objektiver Weise abzuklären (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_338/2018 vom 17. Dezember 2018 E.4.2). Kommt die versicherte Person dieser Forderung nicht nach, indem sie unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben macht, die das Bestehen eines unfallmässigen Schadens als unglaubwürdig erscheinen lassen, besteht keine Leistungspflicht des Unfallversicherers (BGE 114 V 298 E.5b; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_268/2019 vom 2. Juli 2019 E.3, 8C\_358/2016 vom 28. September 2016 E.3.4).

#### **E. 4.4**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche

Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, 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

- 11 - auf die andere medizinische These abstellt (vgl. BGE 143 V 124 E.2.2.2, 125 V 351 E.3a; Urteile des Bundesgerichts 8C\_879/2014 vom 26. März 2015 E.5.2, 8C\_419/2014 vom 23. September 2014 E.6.2). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a; Urteile des Bundesgerichts 8C\_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E.3.2, 8C\_173/2021 vom 25. Oktober 2021 E.4.1, 8C\_448/2020 vom 3. März 2021 E.2.5, 8C\_662/2020 vom 13. Januar 2021 E.3.2 und 8C\_51/2019 vom 11. Juni 2019 E.3.2). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit 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 und 122 V 157 E.1c). Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E.3b mit zahlreichen Hinweisen).

#### **E. 4.5**

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen (BGE 125 V 351 E.3b/ee; Urteile des Bundesgerichts 8C\_382/2021 vom 19. Oktober 2021 E.3.2, 8C\_131/2021 vom 2. August 2021 E.3.2). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in

- 12 - 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 135 V 465 E.4.4, 125 V 351 E.3b/ee, 122 V 157 E.1c). 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 m.w.H., 139 V 225 E.5.2, 135 V 465 E.4.4 und E.4.6 f., 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 m.w.H.).

#### **E. 4.6**

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

- 13 - 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. Januar 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. Januar 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 mitzubeherrschenden 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 13. Juni 2012 E.3.1.2 und 8C\_245/2011 vom 25. August 2011 E.5.3).

#### **E. 4.7**

Gemäss Rechtsprechung ist auch eine reine medizinische Aktenbeurteilung beweiskräftig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind, sodass ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_476/2021 vom 2. März 2022 E.5.1), mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_281/2021 vom 19. Januar 2022 E.3.2, 8C\_787/2020 vom 26. Mai 2021 E.4.2, 8C\_527/2020 vom 2. November

- 14 - 2020 E.3.2, 8C\_322/2020 vom 9. Juli 2020 E.3 und 8C\_788/2019 vom 30. Juni 2020 E.3 m.w.H.).

#### **E. 4.8**

Nach Art. 6 Abs. 2 UVG ist der Unfallversicherer auch bei bestimmten Körperschädigungen (Listenverletzung gemäss lit. a-h) leistungspflichtig, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Der Zweck des Instituts der unfallähnlichen Körperverschädigung besteht darin, die oft schwierige Abgrenzung zwischen Unfall und Krankheit zugunsten des Versicherten zu vermeiden (vgl. BGE 139 V 327 E.3.1, 123 V 43 E.2b), spielen doch bei Eintritt eines solchen Gesundheitsschadens praktisch immer krankheits- und/oder degenerative (Teil-)Ursachen mit (vgl. BGE 146 V

51 E.8.4, 129 V 466 E.2.1 mit Hinweisen; Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden [VGU] S 2022 29 vom 27. Juni 2023 E.3.3.1).

#### **E. 4.9**

Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung in der am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Bestimmung von Art. 6 Abs. 2 UVG gilt es dabei Folgendes zu beachten: Für die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG ist kein äusserer Faktor und damit kein unfallähnliches sinnfälliges Ereignis oder eine allgemein gesteigerte Gefahrenlage im Sinne der Rechtsprechung zu aArt.

#### **E. 5**

Dagegen liess A.\_\_\_\_\_ (fortan Beschwerdeführer) am 10. Februar 2023 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden erheben und beantragte die kosten- und entschädigungsfällige Aufhebung des Einspracheentscheids vom 11. Januar 2023 sowie die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen. Eventuell sei ein externes medizinisches Gutachten einzuholen. Im Wesentlichen verwies er auf den Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 16. November 2022, wonach eine SLAP-Läsion Typ II und damit ein Sehnenriss im Sinne einer Listenverletzung vorliege. Eine degenerative Vorschädigung sei den Akten nicht zu entnehmen. Gemäss Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 16. Januar 2023 habe dieser in Rücksprache mit Dr. med. M.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_, nochmals bestätigen

- 5 - können, dass eine klare SLAP-Läsion Typ II vorliege. Gemäss ständiger Praxis bestehe somit eine Listenverletzung. Sollte diese ständige Praxis als gesetzeswidrig gewertet werden, habe die Beschwerdegegnerin im Sinne des Gleichbehandlungsgebots Leistungen zu erbringen, da sie in ähnlich gelagerten Fällen die gesetzlichen Leistungen erbracht habe. Die SLAP-Läsion Typ II sei vorwiegend auf das Ereignis vom 14. August 2022 zurückzuführen. Wenn trotz des Berichts von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ darauf abgestellt werde, dass die SLAP-Läsion Typ II auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sei, werde die Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens beantragt.

#### **E. 5.1**

Zur Begründung ihres Entscheids beruft sich die Beschwerdegegnerin auf die Einschätzung des Versicherungsmediziners Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2022 (Bg-act. 20). Es ist unbestritten, dass an der beruflichen Kompetenz von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ als Facharzt keine Zweifel bestehen und eine reine Aktenbeurteilung im vorliegenden Fall ohne Weiteres zulässig ist. Es gilt jedoch zu prüfen, ob dessen Einschätzung für die Begründung der Leistungsablehnung genügt.

#### **E. 5.2**

Der Beschwerdeführer beruft sich zur Begründung der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auf die beiden Einschätzungen von Dr. med. L.\_\_\_\_\_, wonach vorliegend eine SLAP-Läsion des Typs II vorliege, und dass eine solche eine Listenverletzung darstelle. In der ersten

- 18 - Einschätzung, datierend vom 16. November 2022, hält Dr. med. L.\_\_\_\_\_ fest, dass nach dem Bericht Orthopädie J.\_\_\_\_\_ die Problematik der SLAP-Läsion I gut reproduzierbar sei; dies obwohl Dr. med. I.\_\_\_\_\_ bloss von einer SLAP-Läsion berichtete, ohne dabei eine Typisierung vorzunehmen. Wie Dr. med. L.\_\_\_\_\_ dann doch von einer SLAP-Läsion des Typs II ausgeht, ist nicht nachvollziehbar. In seiner Einschätzung vom 16. Januar 2023 übernimmt Dr. med. L.\_\_\_\_\_ die Diagnose der SLAP- Läsion Typ II und

führt an, eine solche werde aufgrund eines Bundesgerichtsentscheids als Sehnenriss anerkannt. Der Beschwerdeführer übernimmt sodann unreflektiert die durch den Mediziner vorgenommene rechtliche Subsumption einer medizinischen Tatsache vor dem Hintergrund eines nicht näher bezeichneten Bundesgerichtsurteils. Dass ein Mediziner rechtliche Einschätzungen abgibt, ist unzweifelhaft verkehrt, besteht doch seine Aufgabe in der medizinischen Beantwortung einer Tatfrage, die es der rechtsanwendenden Behörde ermöglicht, die rechtlichen Konsequenzen daraus zu schliessen. In dieser Hinsicht vermag die Einschätzung von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ keine geringen Zweifel an der Einschätzung von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ zu begründen. Zudem übersieht der Beschwerdeführer, dass aufgrund der SLAP-Läsion allein keine Listendiagnose vorliegt. Eine SLAP-Läsion ist die Verletzung des Labrum glenoidale (Gelenklippe) des Schultergelenks durch Trauma oder Verschleiss, sodass der Oberarmkopf nicht mehr hinreichend fixiert werden kann (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 268. Aufl., 2020, S. 1646). Das Labrum ist ein Knorpel. Allfällige Knorpelschäden sind jedoch keine Listenschädigungen i.S.v. Art. 6 Abs. 2 UVG. Aus diesem Grund wäre die Beschwerde per se von vorneherein abzuweisen.

### **E. 5.3**

Nach Auffassung des Streitberufenen Gerichts ist jedoch die Einschätzung des Versicherungsmediziners äusserst kurz ausgefallen. Der

- 19 - Versicherungsmediziner begnügt sich mit der Feststellung, dass keine Hinweise für eine Schulterluxation bestünden, was zwar zutreffend ist, allerdings zu kurz greift. Einerseits besteht eine nicht nachvollziehbare Diskrepanz zwischen der Diagnose des behandelnden Arztes, Dipl. med. E.\_\_\_\_\_, der mit Bericht (Arztzeugnis UVG) vom 19. September 2022 von einer "SLAP-Läsion posterosuperior" spricht, und der Schlussfolgerung von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, der von einem degenerierten "Labrum anteroinferior" ausgeht. Eine posterosuperiore Läsion ist nicht an der anteroinferioren Stelle des Labrums zu verorten. Auf der anderen Seite äussert sich Dr. med. K.\_\_\_\_\_ auch nicht zur Diagnose der SLAP-Läsion und zum MR-morphologischen Verdacht einer Läsion des Bizepspulley. So ist es für das Streitberufene Gericht nicht möglich zu beurteilen, ob bloss von einer Labrumschädigung im Sinne einer SLAP-Läsion auszugehen ist, welche rechtsprechungsgemäss keine Listenschädigung darstellt, oder ob auch eine eventuell kausale Läsion der Bizepspulley ausgeschlossen werden kann. Des Weiteren verweist der Versicherungsmediziner auf eine Abnützung hin, konkretisiert jedoch nicht deren Schwere, was für die Erbringung des Entlastungsbeweises jedoch unverzichtbar ist.

### **E. 5.4**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass an der Zuverlässigkeit der Beurteilungen von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, wonach das MR-morphologisch befundete Labrum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich degenerativ sei, zumindest Zweifel bestehen, weil in Bezug auf den konkreten Fall eine traumatische Verletzung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, jedoch die Begründung des vorbestehenden degenerativen Zustandes nicht hinreichend begründet und weitere MR-morphologische Befunde nicht berücksichtigt worden sind. Da jedoch auch die Ausführungen von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ nicht stichhaltig sind, um darauf im Rahmen der

- 20 - Kausalitätsprüfung abstellen zu können, ist die Sache zur abschliessenden Klärung der medizinischen Kausalitätsfrage an die Versicherung zurückzuweisen. Für die Beurteilung der vorwiegenden Verursachung (Abnützung grösser 50%) sind weitere

fachärztliche Abklärungen – zumindest radiologischer und orthopädischer Natur – vorzunehmen. Demgemäss ist die vorliegende Beschwerde im Sinne einer Rückweisung gutzuheissen und ein neuer Entscheid zu erlassen.

#### **E. 5.5**

Nachdem, wie zur Beweiswürdigung von Arztberichten (E.4.6 in fine, hiervor) ausgeführt, bereits geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte ergänzende Abklärungen erforderlich machen, wird die Beschwerdegegnerin solche nachzuholen haben. Die Angelegenheit ist mithin zur Veranlassung einer solchen und zu erneutem Entscheid über ihre Leistungspflicht an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerde erweist sich damit in dieser Hinsicht als begründet und ist in diesem Punkt gutzuheissen. Im Lichte dessen erübrigt sich das Eventualbegehren des Beschwerdeführers um Einholung eines externen medizinischen Gutachtens.

#### **E. 5.6**

Unzutreffend ist indessen die Rüge des Beschwerdeführers, wonach der Grundsatz der Gleichbehandlung (Art. 8 Bundesverfassung [BV; SR 101]) verletzt sei, da die Beschwerdegegnerin in ähnlich gelagerten Fällen beim Vorliegen von SLAP-Läsionen Typ II angeblich die gesetzlichen Leistungen erbringe. Eine solche, von der Beschwerdegegnerin bestrittene Praxis, ist weder seitens des Beschwerdeführers genügend dargelegt noch höchstrichterlich gefestigt. Das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers ist damit abzuweisen. 6. Es ist damit noch über die Kosten- und Entschädigungsfolge zu befinden.

- 21 -

#### **E. 6**

Mit Eingabe vom 23. Februar 2023 verzichtete die Beschwerdegegnerin unter Verweis auf die Begründung im Einspracheentscheid auf die Einreichung einer umfassenden Beschwerdeantwort und beantragte die Abweisung der Beschwerde. Ergänzend führte die Beschwerdegegnerin an, dass die Auffassung des Beschwerdeführers, wonach gewisse Arten von SLAP-Läsionen eine Listenverletzung darstellen würden, nicht mit entsprechender Rechtsprechung zu belegen sei. Zu erwähnen sei, dass eine unfallähnliche Körperschädigung selbst bei gegebener Listenverletzung zu verneinen wäre, zumal die Körperschädigung gemäss versicherungsmedizinischer Beurteilung vorwiegend auf Abnutzung zurückzuführen sei. Die Degeneration des Labrums anteroinferior sei denn auch im Bericht über die Arthrographie vom 24. August 2022 entsprechend festgehalten worden.

#### **E. 6.1**

Gemäss Art. 61 lit. fbis ATSG sind Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Art. 105 ff. UVG sehen keine generelle Kostenpflicht vor. Damit sind unfallversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren über Leistungen weiterhin kostenlos. Vorbehalten bleibt die Kostenaufgabe infolge mutwilligen oder leichtsinnigen Verhaltens (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis in fine ATSG), was im konkreten Fall nicht zutrifft. Somit sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

#### **E. 6.2**

Ein allfälliger Parteikostenersatz ist in Art. 61 lit. g ATSG geregelt. Der Beschwerdeführer dringt vorliegend nur teilweise durch. Laut Bundesgericht gilt für die Frage der Kostenverlegung sowie Parteientschädigung als (vollständiges) Obsiegen, wenn eine Rückweisung für neue Abklärungen (mit noch offenem Ausgang) erreicht werden konnte (vgl. dazu BGE 141 V 281 E.11.1, 137 V 210 E.7.1, 132 V 215 E.6.1 sowie 110 V 54 E.3a), was hier der Fall ist. Der Beschwerdeführer beantragt mit Eingabe vom 2. März 2023, eine allfällige aussergerichtliche (Partei-)Entschädigung nach Ermessen festzulegen. Ausgehend von einem (reduzierten) Stundenansatz von CHF 160.00 für Rechtsschutzversicherungen (vgl. PVG 2010 Nrn. 31 und 32; VGU S 21 54 vom 18. Oktober 2022 E. 7) erscheint unter Berücksichtigung des Umfangs der Akten sowie des Schriftenwechsels eine aussergerichtliche Entschädigung in der Höhe von CHF 700.00 (inkl. Spesen und Mehrwertsteuer [MWST]) angemessen. III. Demnach erkennt das Gericht:

#### **E. 7**

Mit Eingabe vom 2. März 2023 verzichtete der Beschwerdeführer auf die Einreichung einer Replik.

- 6 - II. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 11. Januar 2023 (vgl. Akten des Beschwerdeführers [Bf-act.] 2; Akten der Beschwerdegegnerin [Bg-act.] 41). Nach Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen einen Einspracheentscheid innert 30 Tagen seit seiner Eröffnung Beschwerde an das Verwaltungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in welchem die versicherte Person im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Der Beschwerdeführer wohnt im Kanton Graubünden, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden gegeben ist. Dessen sachliche Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100). Als im Einspracheverfahren unterlegener, formeller und materieller Adressat des angefochtenen Einspracheentscheids ist der Beschwerdeführer davon berührt und weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Überprüfung auf (vgl. Art. 59 ATSG). Die fristgerecht eingereichte Beschwerde vom 10. Februar 2023 wird gestützt auf die Oficialmaxime (vgl. Art. 43 ATSG) als Aufhebungs- und Leistungsbegehren entgegengenommen und somit seitens des Gerichts darauf eingetreten. 2. Streitig und zu prüfen ist, ob das Ereignis vom 14. August 2022 eine unfallähnliche Körperschädigung ist und somit eine versicherungsrelevante Listenverletzung (Sehnenriss) nach Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG vorliegt. Es stellt sich folglich die Frage, ob die Beschwerdegegnerin aufgrund der vorliegenden und bekannten medizinischen Abklärungen und Berichte zu Recht die Leistungen aus

- 7 - dem Unfallversicherungsgesetz abgelehnt hat und ihr Entscheid demnach rechtmässig oder andernfalls aufzuheben ist. 3. Zum Streitgegenstand gilt es vorweg festzuhalten: Der Beschwerdeführer anerkennt implizit, dass das Ereignis vom 14. August 2022 kein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstellt (Beschwerde Seite 3). Demnach ist der Hergang des Ereignisses vom 14. August 2022 unerheblich. Trotzdem sei an dieser Stelle festgestellt, dass sich der Beschwerdeführer bezüglich des Hergangs der Geschehnisse mehrfach widerspricht. So wird im Arztbericht UVG (siehe Akten der Beschwerdegegnerin [Bg-act.] 13) der Hergang so beschrieben: "Auf der Couch rechten Arm nach hinten gestreckt um etwas zu greifen, dann plötzlicher Zwick". Gegenüber Dr. med. I. \_\_\_\_\_ sagte der

Beschwerdeführer laut Konsultationsbericht vom 15. September 2022 (Bg-act. 18), er habe seinem Vater ein Telefon rüber strecken wollen und es sei dabei zu einem Knall in der rechten Schulter gekommen. In einem E-Mail an die Beschwerdegegnerin vom 25. Oktober 2022 (Bg-act. 25) schrieb der Beschwerdeführer was folgt: "Es war eine Ruckartige Bewegung wegen eines fallenden Gegenstandes." Auszugehen ist von der Aussage der ersten Stunde, mithin vom Fragebogen vom 29. August 2022 (Bg-act. 9), wonach der Hergang wie folgt beschrieben worden ist: "Ruckartige Bewegung auf dem Sofa und Schulter ausgerenckt". Unbestritten ist auch die Tatsache, dass vorliegend eine SLAP-Läsion an der rechten Schulter vorliegt (Einspracheentscheid Ziff. 4.3). Es stellt sich hier einzig die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Leistungen aus dem Unfallversicherungsgesetz aufgrund dieser Faktenlage verweigert hat. 4. Vorweg gilt es die Voraussetzungen der Leistungspflicht (hiernach E.4.1), der Kausalität (E.4.2) und die geltenden Beweisregeln (E.4.3-4.7) darzulegen; anschliessend wird zur unfallähnlichen Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 UVG Stellung genommen (E.4.8). Es gilt dabei

- 8 - insbesondere auf die Ergänzung bezüglich des Gegenbeweises und den Begriff der Abnützung hinzuweisen sowie die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigungen von der abnützungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung (initiales Ereignis) und damit letztlich der Leistungspflicht des Krankenversicherers aufzuzeigen; die UVG-Revision hat daran nichts verändert (E.4.9).

## **E. 9**

Abs. 2 lit. f der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV), entsprechend dem heutigen Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG, dar und ist somit keine Listenverletzung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_835/2013 vom 28. Januar 2014 E.4). Laut jüngerer Rechtsprechung gelang dem Versicherer der Entlastungsbeweis über die vorwiegend degenerative Ursache bei einer Antero-superioren Rotatorenmanschettenläsion mit Pulleyläsion und eine Instabilität der langen Bizepssehne Schulter rechts (Urteil des Bundesgerichts 8C\_25/2023 vom 26. April 2023).

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