

GR_GERICHTE S 2023 57 vom 11. April 2024

GR Gerichte, 2024-04-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2023_57

FR: GR_GERICHTE S 2023 57 du 11 avril 2024

IT: GR_GERICHTE S 2023 57 del 11 aprile 2024

Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

A._____, Jahrgang 1954, ist seit dem 1. Januar 1985 bei der C._____ AG als Treuhänder angestellt und dadurch bei der B._____ AG (nachfolgend: B._____) obligatorisch gegen Unfälle versichert. Nachdem er sich bereits am 1. August 2017 an der linken Schulter verletzt hatte, zog er sich gemäss Schadenmeldung UVG vom 5. September 2022 am 22. August 2022 bei einem falschen Tritt auf der Treppe starke Prellungen an der linken Körperseite zu. Laut eigener Schilderung zum Unfallhergang rutschte A._____ zu Hause auf einer Treppe aus und stürzte anschliessend aus einer Höhe von ca. 50 cm auf Kopfsteinpflaster. In der Folge wurde ihm vom 24. August 2022 bis zum 31. August 2022 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, vom 1. September 2022 bis zum 16. September 2022 eine solche von 50 %, anschliessend bis zum 29. November 2022 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und vom 30. November 2022 bis zum 31. Dezember 2022 eine solche von 50 % attestiert. Die B._____ erbrachte vorerst die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

E. 2

Die Erstbehandlung erfolgte am 25. August 2022 im D._____, wo pract. med. E._____, Leitender Arzt Chirurgie, folgende Diagnose stellte: "Multiple Kontusionen linksseitig (Schulter, Ellenbogen, Hüfte)". In seinem Bericht vom 5. September 2022 hielt er in befundlicher Hinsicht insbesondere was folgt fest: "Schulter links: Integument intakt. Schwellung und Hämatom ventral der Schulter. pDMS intakt". Ausserdem ergab die durch Dr. med. F._____, FMH Radiologie, durchgeführte Röntgenuntersuchung der linken Schulter in zwei Ebenen einen relativen Humeruskopfhochstand im linken Schultergelenk als möglicher Hinweis auf eine Rotatorenmanschettenläsion; eine frische Fraktur sei nicht nachweisbar und nebenbefundlich wurde eine AC-Gelenksarthrose links ausgewiesen.

- 3 -

E. 2.1

Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 22. August 2022 (Ausrutschen auf der Treppe und Sturz auf Kopfsteinpflaster [vgl. Bgact. 9 S. 1]) zu Recht infolge Erreichens des Status quo sine per 3. Oktober 2022 eingestellt hat oder ob sie verpflichtet gewesen wäre, Leistungen über den 3. Oktober 2022 hinaus zu erbringen. Dabei gilt es vorab festzuhalten, dass sich der gerichtliche Überprüfungszeitraum grundsätzlich auf den Sachverhalt,

wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung bzw. des angefochtenen Einspracheentscheids – in casu bis zum 13. April 2023 (vgl. Bg-act. 46) – verwirklicht hat, beschränkt (vgl. BGE 143 V 409 E.2.1 und 131 V 242 E.2.1). Spätere Berichte und Dokumente sind jedoch in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (vgl. BGE 121 V 362 E.1b; Urteile des Bundesgerichts 8C_37/2023 vom 12. Oktober 2023 E.4.2.2, 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E.3.2.1, 8C_503/2021 vom 18. November 2021 E.4.1 m.w.H. und 8C_557/2020 vom 28. Oktober 2020 E.4.4). Dies trifft vorliegend sowohl auf die chirurgische Beurteilung von Dr. med. K._____ vom 4. Mai 2023 (vgl. beschwerdeführerische Akten [Bf-act.] 10) als auch auf die radiologische Stellungnahme von Dr. med. M._____ vom 8. Mai 2023 (vgl. Bf-act. 11) zu, weshalb diese beiden Berichte zu berücksichtigen sind.

- 12 -

E. 2.2

Aktenmässig ist sodann ein früheres Ereignis vom 1. August 2017 ausgewiesen. Aus der entsprechenden Schadenmeldung UVG ergibt sich, dass der Beschwerdeführer bei einer Wanderung auf unwegsamem Gelände im Unterholz in ein Loch getreten war und sich zur Verhinderung eines Sturzes mit der linken Hand an einem Tannenast festgehalten hatte. Dabei hatte er sich um die eigene Achse gedreht und einen heftigen Schmerz in der linken Schulter verspürt (vgl. Bf-act. 3, Beiblatt). Dieses Ereignis wurde der Beschwerdegegnerin als zuständige Unfallversicherung nicht gemeldet. Da zudem keine ärztliche Behandlung stattfand, liegen weder zeitnahe ärztliche Befunde noch radiologische Abklärungen von damals vor. Über die Folgen des Ereignisses vom 1. August 2017 ist nichts aktenkundig. Die Dres. med. J._____ und K._____ sind sich darin einig, dass keine Diagnose für das besagte Ereignis gestellt und nicht gesagt werden kann, worin die Folgen dieses Ereignisses bestanden haben, weshalb die Schulterbeschwerden nicht (mit überwiegender Wahrscheinlichkeit – so Dr. med. J._____) auf jenes Ereignis zurückgeführt werden können (vgl. Bf-act. 9 S. 3 und Bg-act. 40 S. 2). 3. Nach 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. Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Zudem hat er Anspruch auf ein Taggeld, wenn er infolge eines Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Als Unfall gilt 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 (Art. 6 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG). Dass das Ereignis vom 22. August 2022 als Unfall im Sinne von Art. 6 UVG i.V.m.

- 13 - Art. 4 ATSG zu qualifizieren ist, ist vorliegend unbestritten. Umstritten ist hingegen – wie bereits dargelegt – das Erreichen des Status quo sine per 3. Oktober 2022 (vgl. dazu nachstehende Erwägungen 3.1 f.).

E. 3

Am 23. September 2022 wurde im D._____ eine MRT-Untersuchung der linken Schulter durchgeführt. In seinem Bericht vom 26. September 2022 nahm Dr. med. G._____, FMH Radiologie, einen Vergleich in Bezug auf die MRI-Abklärung vom 28. April 2021 vor und

beurteilte was folgt: "Zuge- nommen aktivierte AC-Arthrose mit auch Aspekt eines subakromialen Im- pingements. Proximales GHJ am Übergang zum Labrum glenoidale, ins- besondere weiter ventral aspektmässig partial rupturiert. Im Glenohu- meralgelenk sieht man einen signifikanten Hämarthros respektive ein deutliches subdeltoideales Hämatom. In der Rotatorenmanschette, weiter ventral, Aspekt einer longitudinalen intratendinösen Ruptur der langen Bi- zepssehne, wo sie weiter proximal auf dem Weg zum Glenoid wieder eini- germassen abgrenzbar ist. Die davor gelegene Subscapularissehne late- ralseitig deutlich partial rupturiert. Weiter dorsal, zugenommene und inzwi- schen subtotale Ruptur der SSP-/ISP-Sehnen, etwas weiter entfernt von ihrem Ansatzbereich mit auch einer moderaten Retraktion sowie einem moderat verminderten Volumen bzw. einer zunehmenden Fettkompo- nente des Muskelbauchs vom SSP, entsprechend einer Goutallier-Klassi- fikation Grad 2".

E. 3.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt unter anderem einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und eingetre- tenem Schaden voraus. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusam- menhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetre- tene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforder- lich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitli- cher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Ver- sicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht wegge- dacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer ge- sundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der freien Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung ei- nes Leistungsanspruchs nicht (vgl. BGE 147 V 161 E.3.2, 142 V 435 E.1 und 129 V 177 E.3.1).

E. 3.2

Hat ein Unfallversicherer die Unfallkausalität bejaht und Leistungen er- bracht, entfällt seine Leistungspflicht erst, wenn der gesundheitliche Scha- den 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 der- jenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines

- 14 - krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusam- menhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallver- sicherer. Dabei muss nicht etwa der Beweis für

unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, ob diese also dahingefallen sind. Ebenso wenig muss der Unfallversicherer den negativen Beweis erbringen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (vgl. BGE 146 V 51 E.5.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_68/2020 vom 11. März 2020 E.3.2, 8C_840/2019 vom 14. Februar 2020 E.3.2, 8C_17/2017 vom 4. April 2017 E.2.2 und 8C_570/2014 vom 9. März 2015 E.6.2).

E. 4

In seinem Bericht vom 3. Oktober 2022 über die Konsultation vom 28. September 2022 führte Dr. med. H._____, Leitender Arzt Orthopädie, I._____, betreffend Beurteilung aus, bei A._____ bestehe eine Defektarthropathie mit Läsion der Rotatorenmanschette und fortgeschrittenem Knorpelschaden. Aufgrund der Situation sei die Indikation zur inversen Schultergelenkstotalendoprothese zu stellen. Da die Aussenrotation ebenfalls deutlich beeinträchtigt sei, müsse aufgrund des Verlustes der Aussenrotatoren ein Transfer des Latissimus dorsi durchgeführt werden.

E. 4.1

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren wird vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 61 ATSG). Das Gericht hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien abzuklären und festzustellen. Aus der Untersuchungsmaxime folgt auch das Prinzip der freien Beweiswürdigung, wonach das Gericht an keine förmlichen Beweisregeln gebunden ist (Art. 61 lit. c ATSG). Das gesamte Beweismaterial ist unvoreingenommen und sorgfältig auf dessen Stichhaltigkeit zu prüfen.

- 15 - 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 blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste erachtet (vgl. BGE 144 V 427 E.3.2 und 138 V 218 E.6; Urteile des Bundesgerichts 8C_745/2020 vom 29. März 2021 E.1.3 und 9C_439/2020 vom 18. August 2020 E.1.3).

4.2.1. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 (vgl. BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a und 122 V 157 E.1c; Urteile des Bundesgerichts 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E.3.2.1 und 9C_528/2021 vom 11. Februar 2022 E.4.1). 4.2.2. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte – denen auch beratende Ärzte gleichzusetzen sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilungen angeht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_355/2021 vom 25. November 2021 E.3.2, 8C_234/2021 vom 12. August 2021 E.3.2 und 8C_774/2020 vom 19. Februar

2021 E.2.2) – wird nach der Rechtsprechung Beweiswert zugemessen, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger

- 16 - 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 (vgl. BGE 125 V 351 E.3b/ee). 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 (vgl. BGE 145 V 97 E.8.5, 142 V 58 E.5.1, 139 V 225 E.5.2 und 135 V 465 E.4.4 sowie E.4.6 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_740/2020 vom 7. April 2021 E.2.2). Solche geringen Zweifel könnten in erster Linie durch abweichende Stellungnahmen anderer medizinischer Fachpersonen begründet werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_399/2020 vom 28. September 2020 E.5 m.H.a. Urteil des Bundesgerichts 8C_224/2020 vom 13. Mai 2020 E.4.3). 4.2.3. Auch ein reines Aktengutachten ist gemäss Rechtsprechung beweiskräftig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Berichterstatter imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_397/2019 vom 6. August 2019 E.4.3 m.w.H.). 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 (vgl. Urteile des Bundesgerichts

- 17 - 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E.3.2, 8C_322/2020 vom 9. Juli 2020 E.3 und 8C_780/2016 vom 24. März 2017 E.6.1, je m.w.H.). 4.2.4. In Bezug auf behandelnde Ärztinnen und Ärzte, insbesondere Hausärzte, ist schliesslich 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, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommen. Diese Erfahrungstatsache befreit das Gericht indessen nicht von seiner Pflicht zu einer korrekten Beweiswürdigung, bei der auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte mitzuberücksichtigen sind. Diese sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte wecken (vgl. BGE 135 V 465 E.4.5 f.; Urteile des Bundesgerichts 8C_549/2021 vom 7. Januar 2022 E.7.2, 8C_301/2021 vom 23. Juni 2021 E.5.2.2, 8C_160/2012 vom 13. Juni 2012 E.3.1.2, 8C_245/2011 vom 25. August 2011

E.5.3 und 8C_907/2009 vom 12. Februar 2010 E.1.1).

E. 5

Der beratende Arzt der B._____, Dr. med. J._____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, kam in seiner Stellungnahme vom 9. Oktober 2022 zum Schluss, dass A._____ bereits

- 4 - vor dem Ereignis vom 22. August 2022 unter Beschwerden bzw. pathologischen Vorzuständen gelitten habe. So habe die Röntgenuntersuchung der linken Schulter in zwei Ebenen vom 25. August 2022 einen relativen Humeruskopfhochstand im linken Schultergelenk als möglicher Hinweis auf eine vorbestehende, ältere Rotatorenmanschettenläsion ergeben. Eine frische Fraktur sei nicht nachweisbar gewesen. Zudem habe sich eine vorbestehende AC-Gelenksarthrose links gezeigt. Anlässlich der MRI-Untersuchung der Schulter vom September 2022 habe sich eine zugenommene und inzwischen subtotale Ruptur der SSP-/ISP-Sehnen, etwas weiter entfernt von ihrem Ansatzbereich mit auch einer moderaten Retraktion sowie einem moderat verminderten Volumen bzw. einer zunehmenden Fettkomponente des Muskelbauchs vom SSP, entsprechend einer Goutallier-Klassifikation Grad 2, gezeigt. Insgesamt bestehe eine Defektarthropathie bei bereits vorbestehenden Rotatorenmanschettenläsionen laut MRI 2021 und bereits eingetretener Verfettung der Muskulatur. Der Status quo sine sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sechs Wochen nach dem Ereignis vom 22. August 2022 erreicht gewesen, womit kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen der bevorstehenden Schulteroperation und dem besagten Ereignis bestehe. Letzteres habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der unfallfremden Faktoren geführt.

E. 5.1

Vorliegend stützt sich die Beschwerdegegnerin zur Begründung ihres abschlägigen Einspracheentscheids auf die Aktenbeurteilungen ihres beratenden Arztes, Dr. med. J._____, insbesondere jene vom 9. Oktober 2022 (vgl. Bg-act. 19), aber auch diejenigen vom 29. Dezember 2022 (vgl. Bg-act. 38) und 14. Februar 2023 (vgl. Bg-act. 40). Letzterer kommt im Rah-

- 18 - men seiner ersten Beurteilung zum Schluss, dass der Status quo sine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sechs Wochen nach den durch das Ereignis vom 22. August 2022 aufgetretenen Prellungen erreicht worden sei, womit kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem besagten Ereignis und der (damals bevorstehenden, am 14. Oktober 2022 durchgeführten [vgl. dazu Bf-act. 7 und 8 S. 1 sowie Bg-act. 25 S. 1 und 26]) Schulteroperation bestehe. Das Ereignis vom 22. August 2022 habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der unfallfremden Faktoren geführt (vgl. Bg-act. 19 S. 3 f.). An dieser Einschätzung hielt Dr. med. J._____ in seinen weiteren Beurteilungen fest (vgl. insb. Bg-act. 38 S. 4; siehe auch Bg-act. 40 S. 2). Unter den Verfahrensbeteiligten ist unbestritten, dass die Fachkompetenz von Dr. med. J._____ als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats gegeben ist.

E. 5.2

Der Beschwerdeführer widerspricht den Einschätzungen von Dr. med. J._____ und beruft sich dabei einerseits auf die von ihm eingeholten Beurteilungen von Dr. med. K._____, Fachärztin für Chirurgie, vom 6. Dezember 2022 (vgl. Bf-act. 9 und Bg-act. 36 S. 3 ff.) und 4. Mai 2023 (vgl. Bf-act. 10), welche zum Schluss kommt, dass der Unfall vom 22.

August 2022 nicht zu einer simplen Prellung der linken Schulter geführt habe, sondern (mit überwiegender Wahrscheinlichkeit) zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung eines Vorzustands (vgl. Bf-act. 9 S. 4 und 10 S. 3 sowie Bg-act. 36 S. 6). Andererseits beruft sich der Beschwerdeführer zur Untermauerung seines Standpunkts auf die Beurteilung des Radiologen Dr. med. M._____ vom 8. Mai 2023 (vgl. Bf-act. 11). Nachfolgend gilt es somit zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die vertrauensärztlichen Beurteilungen von Dr. med. J._____ abgestellt hat oder ob die Stellungnahmen der Dres med. K._____ und M._____ vom 6. Dezember 2022, 4. Mai 2023 und 8. Mai 2023 zumindest geringe - 19 - Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit dieser Aktenbeurteilungen zu wecken vermögen (vgl. vorstehend E.4.2.2). 6. Die Akten enthalten zum relevanten Sachverhalt aus medizinischer Sicht im Wesentlichen die folgenden Angaben:

E. 6

In der Folge hielt sich A._____ vom 14. Oktober 2022 bis zum 18. Oktober 2022 im I._____ auf, wo am Eintrittstag eine Implantation einer inversen Schultergelenkstotalendoprothese links sowie ein Transfer des Latissimus dorsi nach L'Episcopo durch Dr. med. H._____ erfolgten.

E. 6.1

Der Vorzustand der linken Schulter ergibt sich aus der MRT-Untersuchung vom 28. April 2021, welche Zeichen einer leichten AC-Gelenksarthrose, eine Tendinose der Subscapularis-, Infraspinatus- und Supraspinatussehne sowie eine ansatznahe schmale Teilruptur der Supraspinatussehne ergab (vgl. Bf-act. 5 und Bg-act. 30).

E. 6.2

Die am 23. September 2022 im D._____ durchgeführte MRT-Untersuchung der linken Schulter ergab im Bildvergleich mit jener vom 28. April 2021 eine zugenommene aktivierte AC-Arthrose mit Aspekt eines subakromialen Impingements und ein proximales Ligamentum glenohumerale am Übergang zum Labrum glenoidale, insbesondere weiter ventral aspektmässig partial rupturiert. Der Radiologe Dr. med. G._____ führte im entsprechenden Bericht vom 26. September 2022 zudem aus, im Glenohumeralgelenk sehe man einen signifikanten Hämarthros respektive ein deutliches subdeltoideales Hämatom. In der Rotatorenmanschette, weiter ventral, zeige sich ein Aspekt einer longitudinalen intratendinösen Ruptur der langen Bizepssehne, die weiter proximal auf dem Weg zum Glenoid wieder einigermassen abgrenzbar sei. Die davor gelegene Subscapularissehne lateralseitig sei deutlich partial rupturiert. Weiter dorsal zeige sich eine zugenommene und inzwischen subtotale Ruptur der Supraspinatus-/Infraspinatussehnen, etwas weiter entfernt von ihrem Ansatzbereich mit auch einer moderaten Retraktion sowie einem moderat verminderten Volumen bzw. einer zunehmenden Fettkomponente des Muskelbauchs vom Supraspinatus, entsprechend einer Goutallier-Klassifikation Grad 2 (vgl. Bf-act. 6 und Bg-act. 18).

- 20 -

E. 6.3

Dr. med. H._____, Leitender Arzt Orthopädie, I._____, hielt in seinem Bericht vom 3. Oktober 2022 in befundlicher Hinsicht insbesondere fest, das vorliegende MRI des Schultergelenks vom 23. September 2022 zeige ein relativ desolates Bild bezüglich der Rotatorenmanschette. Sowohl der Supra- als auch der Infraspinatus seien komplett

abgerissen und retrahiert. Zudem sei der Humeruskopf nach kranial dezentriert und stütze am Acromion ab. Es bestünden ausgeprägte Knorpelschäden sowohl humeral als auch glenoidal. Der Subscapularis sei ebenfalls partiell abgerissen und die lange Bizepssehne aus dem Sulcus bicipitalis luxiert. Der besagte Arzt beurteilte schliesslich, beim Beschwerdeführer bestehe eine Defektarthropathie mit Läsion der Rotatorenmanschette und fortgeschrittenem Knorpelschaden (vgl. Bf-act. 4 und Bg-act. 15).

E. 6.4

In seiner Beurteilung vom 9. Oktober 2022 kam der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. J._____, unter Berücksichtigung der bildgebenden Abklärungen (Röntgenuntersuchung vom 25. August 2022 und MRT-Untersuchungen vom 28. April 2021 und 23. September 2022) zum Schluss, dass der Status quo sine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sechs Wochen nach den durch das Ereignis vom 22. August 2022 aufgetretenen Prellungen eingetreten sei, womit kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen der bevorstehenden Schulteroperation und dem besagten Ereignis bestehe. Das Ereignis vom 22. August 2022 habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der unfallfremden Faktoren geführt. Dr. med. J._____ begründete dies damit, dass eine Defektarthropathie bei bereits vorbestehenden Rotatorenmanschettenschäden laut MRI 2021 und bereits eingetretener Verfettung der Muskulatur bestehe. Im Rahmen der MRI-Untersuchung der Schulter vom September 2022 habe sich eine zugenommene und inzwischen subtotale Ruptur der Supraspinatus-/Infraspinatussehnen gezeigt. Feststellbar sei auch eine Zunahme der Fettkomponente des Muskelbaus vom Supraspinatus gewesen. Ausserdem habe

- 21 - die Röntgenuntersuchung der linken Schulter in zwei Ebenen vom 25. August 2022 einen relativen Humeruskopfhochstand im linken Schultergelenk als Hinweis auf eine vorbestehende, ältere Rotatorenmanschettenläsion ergeben (vgl. Bg-act. 19 S. 3 f.).

E. 6.5

Dieser Einschätzung widersprach Dr. med. K._____ in ihrer chirurgischen Beurteilung vom 6. Dezember 2022. Darin kam Letztere zum Schluss, dass der Unfall vom 22. August 2022 nicht zu einer simplen Prellung der linken Schulter geführt habe, sondern zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung eines Vorzustands an dieser Schulter. Dr. med. K._____ begründete dies damit, dass zum Zeitpunkt des Sturzes am 22. August 2022 ein Vorzustand an der linken Schulter im Sinne eines Sehnenver-schleisses (Tendinosen) vorgelegen habe. Es sei nicht mit dem notwendigen Beweismass ausgewiesen, dass im Unfallzeitpunkt am 22. August 2022 Sehnenläsionen an der Infraspinatus-, Subscapularis- und Supraspinatussehne im Sinne von Zusammenhangstrennungen bestanden hätten (Hinweis auf die MRT-Untersuchung der linken Schulter vom 28. April 2021). Aktenkundig sei im Vorzustand einzig eine kleine Läsion im Bereich des Footprints der Supraspinatussehne, welche nicht massgebend sei. Der Unfall vom 22. August 2022 habe zu einer Verschlimmerung dieses Vorzustands geführt. Einerseits sei diese Verschlimmerung durch eine sich nicht erholende Pseudoparalyse der linken oberen Extremität mit aufgehobener Aussenrotation ausgewiesen, welche ihrerseits auf massgebende, unfallkausal verursachte Strukturläsionen hinweise, und andererseits durch die Bildgebung vom 23. September 2022. Diese MRT-Untersuchung der linken Schulter weise Komplettläsionen der Supra- und Infraspinatussehne sowie auch eine höhergradige Läsion der Subscapularissehne mit intra- und intermuskulären Hämatomen, inklusive

subdeltoideal, sowie einen signifikanten Hämarthros aus. Die hier ausgewiesenen Muskelhämatome in der den Rotatorenmanschettensehnen zugehörigen Mus-

- 22 - kulatur, die Mitbeteiligung subdeltoideal, der Hämarthros, die ausgefransten Sehnenränder und die zusätzliche Läsion der Subscapularissehne seien beweisend für eine unfallkausal verursachte richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustands (vgl. Bf-act. 9 S. 3 f. und Bg-act. 36 S. 5 f.).

E. 6.6

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. J._____, wiederum widersprach mit Stellungnahme vom 29. Dezember 2022 den Ausführungen von Dr. med. K._____. Er hielt fest, dass deren Einschätzungen und insbesondere die Schlüsse aus der Beurteilung der MRI-Untersuchung der linken Schulter vom 28. April 2021 aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nicht nachvollzogen werden könnten. Dies begründete Dr. med. J._____ damit, dass sich bereits im Rahmen der MRI-Untersuchung vom April 2021 eine Rotatorenmanschettenteilruptur, eine erhebliche Sehnen degeneration und eine Engpasssymptomatik gezeigt hätten. Im MRI vom 23. September 2022 habe sich eine Defektarthropathie gezeigt, welche auf eine langfristig bestehende Schädigung der Rotatorenmanschette hinweise. Letztere sei durch die im MRI vom 23. September 2022 festgestellte zunehmende Fettkomponente des Muskelbauchs vom Supraspinatus, entsprechend einer Goutallier-Klassifikation Grad 2, bewiesen. Im MRI vom April 2021 habe eine Goutallier-Klassifikation Grad 1 bestanden. Somit sei es im Verlauf aufgrund der bestehenden Rotatorenmanschettenteilruptur bereits zu einer fettigen Rückbildung der Muskulatur über einen langen Verlauf gekommen, der nicht traumatisch verursacht worden sei. Im MRI vom September 2022 hätten keine signifikanten traumatischen Begleitverletzungen wie ein Bone-Bruise, eine Fraktur oder Luxation nachgewiesen werden können, was ebenfalls gegen eine traumatische Genese spreche. Dass posttraumatische Hämatome vorhanden und im MRI sichtbar gewesen seien, sei bei Prellungen zu erwarten. Die vorhandene Flüssigkeitsansammlung allein sei nicht beweisend für eine traumatische Genese. Laut MRI 2022 mit Befund "ein signifikanter Hämarthros respektive

- 23 - eine deutliche subdeltoideale Hämatom- bzw. Serom-Ansammlung" sei auch eine seröse Flüssigkeitsansammlung möglich. Dr. med. J._____ erachtete die Einschätzung von Dr. med. K._____ vom 6. Dezember 2022, wonach die hier ausgewiesenen Muskelhämatome in der den Rotatorenmanschettensehnen zugehörigen Muskulatur, die Mitbeteiligung subdeltoideal, der Hämarthros, die ausgefransten Sehnenränder und die zusätzliche Läsion der Subscapularissehne beweisend für eine unfallkausal verursachte richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustands seien, als wissenschaftlich nicht belegbar und als Widerspruch zu jeglicher klinischen und operativen Erfahrung, da ausgefranste Sehnenränder keine Zeichen für eine Unfallkausalität seien und Muskelhämatome unfallkausal sein könnten für Schmerzen, die durch ebendiese Hämatome verursacht würden, aber per se keine Kausalität begründeten für Schultergelenkschäden oder Schäden der Rotatorenmanschette. Er kam zum Schluss, insgesamt sei bei den bestehenden Vorschäden wie Impingement, Sehnen degeneration und Rotatorenmanschettenteilruptur sowie bei der inzwischen nachgewiesenen Verfettung der Muskulatur laut aktuellem MRI mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer degenerativen Rotatorenmanschettenteilruptur auszugehen. Die Läsion hätte auch ohne das ange-schuldigte Ereignis im natürlichen Krankheitsverlauf auftreten können. Signifikante posttraumatische Schäden wie Frakturen, Bone bruise oder Luxation seien im MRI vom

September 2022 nicht nachgewiesen worden. Seine bisherige Einschätzung betreffend Kausalität bleibe deshalb unverändert bestehen (vgl. Bg-act. 38 S. 3 ff.).

E. 6.7

In ihrer chirurgischen Stellungnahme vom 4. Mai 2023 bekräftigte Dr. med. K._____, dass es sich hier nicht um eine simple Schulterkontusion handle, sondern um einen Treppensturz auf Kopfsteinpflaster. Es seien zeitnah zum Sturz vom 22. August 2022 die entsprechenden Weichteilveränderungen (Schwellung, Hämatome) dokumentiert worden. Vorbekannt sei

- 24 - eine Tendinose der Supra-, Infraspinatus- und Subscapularissehne links mit kleiner ansatznaher Teilläsion der Supraspinatussehne am Footprint und eine AC-Arthrose (Schultereckgelenk), die mit MR-Untersuchung der linken Schulter vom 28. April 2021 ausgewiesen sei. Die Sehnenstrukturen seien zum damaligen Zeitpunkt intakt gewesen, respektive weitgehend intakt für die Supraspinatussehne. Es sei weder überwiegend wahrscheinlich noch wahrscheinlich, dass sich der Sehnenverschleiss innerhalb von

E. 6.8

Sodann beurteilte der Radiologe Dr. med. M._____ die bildgebenden Dokumente betreffend die MRT-Untersuchungen der linken Schulter vom 28. April 2021 und 23. September 2022. In der entsprechenden Stellungnahme vom 8. Mai 2023 hielt er unter dem Titel "Diagnosen" was folgt fest (vgl. Bf-act. 11 S. 3): • Am 23. September 2022 liege eine Cuff-Arthropathie vor. Es finde sich eine ausgedehnte Ruptur der Supraspinatussehne mit Retraction des proximalen Sehnenstumpfes unter das Akromion. Die Ruptur sei weit ausgedehnter als 2021. Zum einen bezüglich der Sehnenretraktion, zum anderen auch in der ap-Ausdehnung. Das posteriore Drittel der Sehne sei mitbetroffen.

- 26 - • Neu im Vergleich zur MRI-Untersuchung von 2021 sei eine weitgehend transmurale und zum Teil partielle Ruptur der Infraspinatussehne vorhanden. Wiederum bemerkenswert sei ein Muskelödem des Musculus infraspinatus am myotendinösen Übergang, sodass ein sicheres Kriterium für eine frische Ruptur der Infraspinatussehne vorliege. Des Weiteren zeige die Sehne keinen wesentlichen Kaliberverlust im proximalen Sehnenstumpf, der irregulär konturiert sei. Sie zeige nur eine moderate Retraction und es finde sich ein ausgefranster distaler Sehnenrest am Tuberculum majus, sodass weitere Kriterien für eine frische Ruptur vorhanden seien (Hinweis auf Abbildung 1). •

Vollständige Ruptur der langen Bicepssehne am 23. September 2022 (2021 noch intakt). • Es finde sich eine Zunahme des Kaliberverlusts und auch der Fettgewebseinlagerungen in den Musculi supraspinatus et infraspinatus im Verlauf zwischen dem 28. April 2021 und dem 23. September 2022. Am 23. September 2022 habe eine Muskeldystrophie Grad II nach Goutallier vorgelegen, am 28. April 2021 Grad I. • Es liege ein Hämarthros vor, der sich auch in die Bursa subdeltoidea erstreckt (aufgrund der ausgedehnten Rotatorenmanschettenruptur), hinweisend auf ein akutes Geschehen mit stattgehabtem Trauma. Residuelles Weichteilödem im vorderen Drittel des Musculus deltoideus als Hinweis auf ein residuelles Kontusionsödem nach Sturz. Zudem führte Dr. med. M._____ aus, als Hinweise für eine traumatische Einwirkung seien das residuelle Weichteilödem im vorderen Drittel des Musculus deltoideus und der Hämarthros zu werten. Des Weiteren zeige sich ein Weichteilödem betreffend den Musculus infraspinatus im myotendinösen Übergang, direkt proximal zu der relativ ausgedehnten, zum Teil

- 27 - transmuralen bzw. partiellen Sehnenruptur an der knöchernen Insertion. Die Ruptur der Infraspinatussehne sei aufgrund des vorliegenden Muskelödems mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit als traumatisch einzustufen. Die Differenzierung des Voranschreitens des Supraspinatussehnendefekts zwischen 2021 und 2022 hinsichtlich der natürlichen Entwicklung einer degenerativen Problematik versus traumabedingt könne fachradiologisch nicht zuverlässig festgelegt werden. Es liege vorgängig eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne vor, die sich im Rahmen eines 15-monatigen Verlaufs stark aggravierte. Das Ausmass sei bemerkenswert und suggeriere eine traumatische Beteiligung. Allerdings könne eine solche Verschlechterung auch durch eine chronische Belastung der Schulter verursacht werden. Die markante Schädigung der vorher völlig intakten Infraspinatussehne durch chronische Belastung im Rahmen des 15-monatigen Zeitintervalls sei hingegen sehr unwahrscheinlich. Des Weiteren lägen richtungsweisende Bildkriterien vor (siehe oben), die eine unfallassoziierte Schädigung der Infraspinatussehne belegten. Die Entwicklung der muskulären Atrophie bzw. Dystrophie des Musculus supraspinatus von Grad I zu Grad II nach Goutallier sei durch den Vorschaden der Supraspinatussehne erklärbar. Wahrscheinlich habe durch diesen Vorschaden eine generell verminderte Aktivität der linken Schulter vorgelegen, so dass damit auch die Zunahme des Atrophiegrades des Musculus infraspinatus von Grad I zu II erklärt werden könne (vgl. Bf-act. 11 S. 3 f.).

E. 7

Mit Schreiben vom 19. Oktober 2022 informierte die B._____ A._____ darüber, dass sie gestützt auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes für das Ereignis vom 22. August 2022 ab dem 4. Oktober 2022 keine weiteren Leistungen gemäss UVG mehr erbringen könne.

- 5 -

E. 7.1

In Würdigung der gesamten Aktenlage ist festzuhalten, dass die vorliegenden medizinischen Beurteilungen kontrovers sind. Während der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. J._____, davon ausgeht, dass der Status quo sine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sechs Wochen nach den durch das Unfallereignis vom 22. August 2022 aufgetretenen Prellungen eingetreten sei, womit kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen der (durchgeführten) Schulteroperation und dem besagten Er-

- 28 - eignis bestehe bzw. der Unfall vom 22. August 2022 lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der unfallfremden Faktoren geführt habe, vertritt Dr. med. K._____ die Auffassung, dass das erwähnte Unfallereignis nicht zu einer simplen Prellung der linken Schulter, sondern überwiegend wahrscheinlich zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung eines Vorzustands an der linken Schulter geführt habe. Insbesondere stellt sich Dr. med. K._____ entgegen der Auffassung von Dr. med. J._____ auf den Standpunkt, dass die ausgewiesenen Muskelhämatome in der den Rotatorenmanschettensehnen zugehörigen Muskulatur, die Mitbeteiligung subdeltoidal, der Hämarthros, die ausgefransten Sehnenränder und die zusätzliche Subscapularissehnenläsion für eine unfallkausal verursachte richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustands beweisend seien. Sodann ist Dr. med. J._____ der Ansicht, dass bei den bestehenden Vorschäden wie Impingement, Sehnedegeneration und Rotatorenmanschettenteilruptur und bei nachgewiesener Verfettung der Muskulatur laut aktuellem MRI von einer degenerativen Rotatorenmanschettensehnenläsion auszugehen sei und dass die Läsion auch ohne das Ereignis vom 22. August 2022 im natürlichen Krankheitsverlauf hätte auftreten können. Demgegenüber stellt sich Dr. med. K._____ auf den Standpunkt, dass die Seh-

nenstrukturen vor dem Unfall vom 22. August 2022 (weitgehend) intakt gewesen seien und es nicht (überwiegend) wahrscheinlich sei, dass sich der Sehnenverschleiss innerhalb von 17 Monaten (Zeitraum zwischen den beiden MRI-Untersuchungen vom 28. April 2021 und 23. September 2022) durch natürliches Voranschreiten derart verschlechtert habe. Zudem stelle ein Impingement der Schulter in der Vorgeschichte kein Indiz für eine Vorschädigung der Rotatorenmanschette dar. Auch sei eine Zunahme der Fettkomponente mit Blick auf die beiden MRI-Untersuchungen nicht nachvollziehbar; ausserdem würde eine zunehmende Fettkomponente nur den Supraspinatus betreffen, nicht aber die übrige Rotatorenmanschette. Ferner erachtet Dr. med. K. _____ – im Gegensatz zu Dr.

- 29 - med. J. _____ – signifikante traumatische Begleitverletzungen als gegeben. Zudem stellt sich Dr. med. M. _____ in seiner radiologischen Beurteilung auf den Standpunkt, dass die Ruptur der Infraspinatussehne aufgrund des vorliegenden Muskelödems überwiegend wahrscheinlich als traumatisch bedingt einzustufen sei. Als weiteres Kriterium für eine unfallassoziierte Schädigung der Infraspinatussehne wertet er einerseits den Umstand, dass die Sehne keinen wesentlichen Kaliberverlust im proximalen Sehnenstumpf zeige, der irregulär konturiert sei, sondern nur eine moderate Retraktion, und andererseits den ausgefransten distalen Sehnenrest am Tuberculum majus. Ausserdem erachtet Dr. med. M. _____ das residuelle Weichteilödem im vorderen Drittel des Musculus deltoideus und der sich auch in die Bursa subdeltoidea erstreckende Hämarthros als Hinweis für eine traumatische Einwirkung. Wie bereits erwähnt, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen bzw. beratenden ärztlichen Feststellungen bestehen (vgl. vorstehend E.4.2.2). Solche geringen Zweifel sind im konkreten Fall mit Blick auf die diametral voneinander abweichenden medizinischen Beurteilungen (insbesondere hinsichtlich der Frage der Unfallkausalität der am 14. Oktober 2022 operierten linken Schulter [vgl. Bf-act. 7 S. 1 und 8 S. 1 sowie Bg-act. 25 S. 1 und 26 S. 1]) zu bejahen, womit zur abschliessenden Klärung der Frage der Unfallkausalität ergänzende medizinische Abklärungen in orthopädisch-traumatologischer und evtl. radiologischer Hinsicht erforderlich sind. Die Beschwerdegegnerin wird solche zu veranlassen haben. Die Angelegenheit ist deshalb zur Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens nach Art. 44 ATSG und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 7.2

Damit erübrigt es sich, auf das Begehren des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, für die Folgen des Unfalls vom

- 30 -

E. 8

Am 21. Oktober 2022 teilte A. _____ der B. _____ telefonisch mit, dass er die Ablehnung nicht nachvollziehen könne. Am 14. Oktober 2022 sei die durch den Unfall vom 22. August 2022 beschädigte Supraspinatussehne operiert worden. Die vorbestehenden Rotatorenmanschettenschäden stammten von einem Ereignis vor von ca. fünf bis sechs Jahren, welches er der B. _____ gar nicht gemeldet habe. Damals sei er in ein Loch getreten und habe sich an einem Tannenast aufgefangen. Danach habe er starke Schulterschmerzen verspürt. Erst im Jahr 2021 habe er deswegen seinen Hausarzt aufgesucht, woraufhin dieser eine MRI-Untersuchung im D. _____ veranlasst habe.

E. 9

Am 7. Dezember 2022 reichte A._____ der B._____ die Beurteilung von Dr. med. K._____ (L._____ AG), Fachärztin für Chirurgie, vom 6. Dezember 2022 ein. Darin kam Letztere zum Schluss, dass der Unfall vom 22. August 2022 nicht zu einer simplen Prellung der linken Schulter geführt habe, sondern zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung eines Vorzustands an der linken Schulter. Der operative Eingriff an der linken Schulter am 14. Oktober 2022 sei überwiegend wahrscheinlich teilkausal im Rahmen einer richtungsgebenden Verschlimmerung auf den Unfall vom 22. August 2022 zurückzuführen. Für den Fall, dass sich die B._____ dieser Beurteilung nicht anschliessen sollte, verlangte A._____ den Erlass einer anfechtbaren Verfügung.

E. 9.1

Gemäss Art. 61 lit. f bis ATSG sind Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht 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 Kostenaufnahme infolge – in casu nicht vorliegenden – mutwilligen oder leichtsinnigen Verhaltens (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f bis in fine ATSG). Für das vorliegende Beschwerdeverfahren sind daher keine Kosten zu erheben.

- 31 - 9.2.1. Die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zu erneuter Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt praxisgemäss als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob sie beantragt und ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wurde (vgl. dazu BGE 141 V 281 E.11.1, 137 V 210 E.7.1 und 132 V 215 E.6.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_214/2022 vom 16. Februar 2023 E.5 m.w.H.). Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer somit Anspruch auf einen angemessenen Parteikostensatz, 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). Im Übrigen bestimmt sich die Bemessung der Parteientschädigung gemäss Art. 61 Ingress ATSG nach dem kantonalen Recht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_5/2022 vom 3. August 2022 E.5.1.1 und 8C_672/2020 vom 15. April 2021 E.5.2). Gemäss Art. 78 VRG i.V.m. Art. 2 der Verordnung über die Bemessung des Honorars der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (Honorarverordnung, HV; BR 310.250) wird die Parteientschädigung nach Ermessen des Gerichts festgesetzt, wobei es grundsätzlich von dem in der Honorarnote geltend gemachten (und als angemessen zu betrachtenden) Aufwand sowie (üblichen) Stundenansatz ausgeht. Ausgangspunkt ist die durch den Rechtsvertreter eingereichte Honorarnote. Als üblich gilt gemäss Art. 3 Abs. 1 HV ein Stundenansatz von CHF 210.-- bis CHF 270.--. Die Praxis des Verwaltungsgerichts (Praxisänderung vom 6. September 2017, vgl. dazu VGU 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.-- nicht überschreitet.

- 32 - 9.2.2. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte dem Gericht am

E. 10

Der beratende Arzt der B._____, Dr. med. J._____, hielt in seiner Stellungnahme vom 29. Dezember 2022 an seiner bisherigen Einschätzung betreffend Kausalität fest und führte aus, dass die Einschätzungen von Dr. med. K._____ und insbesondere die Schlüsse aus der Beurteilung des MRIs der linken Schulter vom 28. April 2021 aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nicht nachvollzogen werden könnten.

- 6 -

E. 11

Am 14. Februar 2023 führte Dr. med. J._____ zur Frage der Kausalität zwischen dem Unfall vom 1. August 2017 und den im September 2022 aufgetretenen Beschwerden aus, das Ereignis aus dem Jahr 2017 sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Bagatelltrauma gewesen, welches folgenlos ausgeheilt sei. Da keine Dokumentation vorliege, könne für dieses Ereignis keine Diagnose gestellt werden, womit auch die aktuellen Beschwerden nicht darauf zurückgeführt werden könnten.

E. 12

Am 24. Februar 2023 verfügte die B._____ die Einstellung der Versicherungsleistungen per 3. Oktober 2022.

E. 13

Die dagegen am 7. März 2023 erhobene Einsprache wies die B._____ mit Einspracheentscheid vom 13. April 2023 ab und bestätigte die verfügte Leistungseinstellung per 3. Oktober 2022. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, Dr. med. J._____ komme in seiner Stellungnahme vom 9. Oktober 2022 zum Schluss, dass der Status quo sine sechs Wochen nach den durch das Ereignis aufgetretenen Prellungen erreicht worden sei. Er begründe dies damit, dass eine Defektarthropathie bei bereits vorbestehenden Rotatorenmanschettenschäden laut MRI-Untersuchung im Jahr 2021 und bereits eingetretener Verfettung der Muskulatur bestehe. Im Vergleich zur MRI-Untersuchung des Jahres 2021 zeige sich eine zugenommene und inzwischen subtotale Ruptur der Supraspinatus- und Infraspinatussehnen. Auch sei eine Zunahme der Fettkomponente des Muskelbauchs vom Supraspinatus feststellbar. Weiter offenbare sich ein Humeruskopfhochstand im linken Schultergelenk als möglicher Hinweis auf eine vorbestehende ältere Rotatorenmanschettläsion. Eine frische Fraktur sei nicht nachweisbar gewesen. Auch andere Begleitverletzungen wie Bone-Bruise oder Luxation hätten gemäss der Stellungnahme von Dr. med. J._____ vom 29. Dezember 2022 anlässlich der MRI-Untersuchung vom September 2022 nicht nachgewiesen werden können. Sodann sei die Einschätzung von Dr. med. J._____, wonach der Status quo sine nach

- 7 - sechs Wochen erreicht worden sei, auch aufgrund der Bundesgerichtspraxis nicht zu beanstanden. Die Begründung des Standpunkts des beratenden Facharztes sei nachvollziehbar sowie schlüssig. Somit könne der Einschätzung von Dr. med. J._____ gefolgt werden, wonach zwischen dem Unfallereignis vom 22. August 2022 und den im September 2022 zu Tage getretenen Schulterbeschwerden kein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe. Schliesslich vermöge der Unfall vom 1. August 2017 an der Verneinung der Leistungspflicht seitens der B._____ nichts zu ändern. Sowohl Dr. med. J._____ als auch Dr. med. K._____ hätten sinngemäss übereinstimmend und zutreffend festgestellt, dass diesbezüglich keine ärztlichen Befunde vorlägen und deswegen keine Diagnose für dieses Ereignis gestellt werden könne. Es könne daher heute nicht gesagt

werden, worin die Folgen des damaligen Unfallgeschehens genau bestanden hätten. Somit könnten die hier fraglichen Schulterbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf jenes Ereignis zurückgeführt werden.

E. 14

Dagegen erhob A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 9. Mai 2023 – insbesondere unter Einreichung der Stellungnahmen von Dr. med. K._____ vom 4. Mai 2023 und Dr. med. M._____, Radiologie FMH, N._____, vom 8. Mai 2023 – Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden und beantragte, es sei der Einspracheentscheid vom 13. April 2023 aufzuheben und die B._____ zu verpflichten, für die Folgen des Unfalls vom 22. August 2022 auch nach dem 3. Oktober 2022 die versicherten Leistungen gemäss UVG zu erbringen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der B._____. Zur Begründung brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, der B._____ gelinge es nicht, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, dass der Status quo sine am 3. Oktober 2022 eingetreten sei. Aufgrund der notwendigen operativen Versorgung mit einer Prothese sei erstellt, dass der Status quo ante nicht mehr erreicht werden könne, was somit für eine richtungswei-

- 8 - sende Verschlimmerung spreche. Bezüglich des Status quo sine gehe die B._____ gestützt auf die Beurteilung von Dr. med. J._____ davon aus, dass sich der Beschwerdeführer nur eine Schulterkontusion zugezogen habe und diese nach sechs Wochen verheilt gewesen sei. Diese Auffassung von Dr. med. J._____ sei nicht korrekt. Dr. med. K._____ habe in ihren Stellungnahmen die gesundheitlichen Folgen des Unfalls vom 22. August 2022 aufgelistet und begründet. Die Diagnose von Dr. med. J._____ sei somit von vornherein falsch. Die massgebenden MRT-Bilder der linken Schulter vom 28. April 2021 und 23. September 2022 seien vom Radiologen Dr. med. M._____ begutachtet und verglichen worden. Laut Letzterem sei die Ruptur der Infraspinatussehne aufgrund des vorliegenden Muskelödems mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als traumatisch einzustufen. Es sei sehr unwahrscheinlich, dass die am 23. September 2022 festgestellte markante Schädigung an der vorher völlig intakten Infraspinatussehne durch chronische Belastungen entstanden sei. Hinsichtlich der natürlichen Entwicklung des Supraspinatusdefekts könne sich Dr. med. M._____ nicht festlegen und erachte sowohl eine traumatische Schädigung als auch eine chronische Überlastung als möglich. Da die B._____ die Beweislast trage, sei diese Beurteilung zugunsten des Beschwerdeführers auszulegen. Die Entwicklung der muskulären Atrophie bzw. Dystrophie des Musculus supraspinatus von Grad I zu Grad II nach Goutallier werde gemäss Dr. med. M._____ durch den Vorschaden der Supraspinatussehne erklärt. Durch diesen habe eine generell verminderte Aktivität der linken Schulter vorgelegen. Damit könne auch die Zunahme des Atrophiegrades des Musculus infraspinatus von Grad I zu Grad II erklärt werden. Gemäss Art. 36 UVG genüge bereits eine Teilursache, um die Leistungspflicht des Unfallversicherers zu begründen. Aufgrund der Feststellungen von Dr. med. M._____ sei die B._____ somit verpflichtet, auch nach dem 3. Oktober 2022 für die Folgen des Unfalls vom 22. August 2022 aufzukommen. Nichts anderes ergebe sich auch unter Berücksichtigung des Umstands, dass es sich bei den Verletzungen der Rotatorenmanschette um eine Verletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG handle. Die radiologischen Abklärungen zeigten, dass insbesondere die Ruptur der Infraspinatussehne und auch die neu festgestellte vollständige Ruptur der langen Bicepssehne auf das Unfallereignis vom 22. August 2022 zurückzuführen seien und eben nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung. Auch

aus diesem Grund habe die B._____ ihre Leistungen weiterhin zu erbringen. Schliesslich habe Letztere die Kosten für die Begutachtungen durch die L._____ AG und Dr. med. M._____ zu übernehmen, da sie notwendig gewesen seien, um aufzuzeigen, dass die Beurteilung von Dr. med. J._____ nicht korrekt erfolgt sei.

E. 15

In ihrer Beschwerdeantwort beantragte die B._____ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde; unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, die Einschätzung von Dr. med. J._____, wonach der Status quo sine nach sechs Wochen erreicht worden sei, sei aufgrund der Bundesgerichtspraxis nicht zu beanstanden. Es liege demnach keine richtungsgebende Verschlimmerung im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vor und die Kausalität sei sechs Wochen nach dem Unfallereignis entfallen. Die Begründung des Standpunktes des beratenden Facharztes sei nachvollziehbar und schlüssig und korreliere mit den medizinischen Akten einerseits und mit der Rechtsprechung zu Schulterverletzungen andererseits. Dies im Gegensatz zu den durch den Beschwerdeführer ins Recht gelegten Privatgutachten, denen nach der Praxis des Bundesgerichts ohnehin ein geringer Beweiswert zukomme. Es könne daher der Einschätzung von Dr. med. J._____ gefolgt werden, wonach zwischen dem Unfallereignis vom 22. August 2022 und den im September 2022 zu Tage getretenen Schulterbeschwerden, welche die Operation vom 14. Oktober 2022 notwendig gemacht hätten, kein natürlicher Kausalzusammen-

- 10 - hang bestehe. Der Unfall vom 1. August 2017 vermöge an der Verneinung der Leistungspflicht seitens der B._____ nichts zu ändern. Die vom Beschwerdeführer eingeholten Privatgutachten seien für die Entscheidungsfindung nicht erforderlich gewesen, habe doch bereits die durch die Beschwerdegegnerin eingeholte Expertise eine ausreichende Entscheidungsgrundlage dargestellt. Letztere sei ihrer Abklärungspflicht in genügendem Ausmass nachgekommen. Von einer Überbindung der durch die beiden Privatgutachten entstandenen Kosten auf die Beschwerdegegnerin sei damit in jedem Fall abzusehen.

E. 16

Am 23. Juni 2023 verzichtete der Beschwerdeführer auf die Einreichung einer Replik. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften, den angefochtenen Einspracheentscheid sowie die übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. II. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 13. April 2023 (vgl. beschwerdegegnerische Akten [Bg-act.] 46). Gemäss 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 Versicherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in welchem die versicherte Person im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Der Beschwerdeführer ist in Klosters wohnhaft, womit das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde örtlich zuständig ist. Dessen sachliche Zuständigkeit er-

- 11 - gibt 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 formeller und materieller Adressat

des angefochtenen Einspracheentscheids ist der Beschwerdeführer davon überdies berührt und weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Überprüfung auf (vgl. Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist damit einzutreten (vgl. Art. 60 und 61 ATSG).

E. 17

Monaten (Zeitraum zwischen den beiden MRI-Bildgebungen) durch natürliches Voranschreiten derart verschlechtert habe. Zudem würde sich die seit dem Sturz bestehende Bewegungseinschränkung, insbesondere die vollständig aufgehobene Aussenrotation (Infraspinatus), nicht erklären lassen. Eine fehlende Aussenrotation wäre definitiv aufgefallen und hätte den Beschwerdeführer bereits im Alltag behindert. Dr. med. K. _____ widersprach zudem den Ausführungen von Dr. med. J. _____, wonach bereits im April 2021 eine Rotatorenmanschettenruptur, eine erhebliche Sehnendegeneration sowie eine Engpasssymptomatik bestanden hätten, nicht. Dies impliziere aber nicht, so die besagte Ärztin weiter, dass keine Unfallkausalität bestehe. Das Vorhandensein eines Impingements der Schulter in der Vorgeschichte sei kein Indiz für eine Vorschädigung der Rotatorenmanschette (Hinweis auf Literatur). Ausserdem argumentiere Dr. med. J. _____ mit einer bildgebend zunehmenden Fettkomponente des Muskelbauchs des Musculus supraspinatus. Eine zunehmende Fettkomponente könne im Vergleich der beiden MRIs nicht nachvollzogen werden. Hierfür sei offensichtlich eine fachradiologische Stellungnahme erforderlich. Eine zunehmende Fettkomponente würde nur den Supraspinatus betreffen, nicht aber die übrige Rotatorenmanschette. Eine richtunggebende Verschlimmerung könne über diese Argumentation nicht wegdiskutiert werden. Entgegen der Auffassung von Dr. med. J. _____ lägen sodann signifikante traumatische Begleitverletzungen vor. Unter Hinweis auf die Literatur führte Dr. med. K. _____ aus, dass bei einer Verletzungsbe-

- 25 - dingten Schädigung der Supraspinatussehne auch Verletzungen am Musculus deltoideus zu erwarten seien, die häufig nicht nachweisbar seien. Vorliegend sei eine deutliche subdeltoideale Hämatomansammlung ausgewiesen. Zudem seien vorliegend weitere bedeutsame Kriterien für eine traumatische Genese ausgewiesen, nämlich Muskelödeme/-hämatome, die auf eine traumabedingte Sehnenläsion hinwiesen (Hinweis auf Literatur), Prellmarken, Schwellungen und Blutergüsse (Hinweis auf Literatur), ein Hämarthros sowie ausgefranste Sehnenränder (Hinweis auf Literatur). Diese relevanten Trauma-Kriterien seien fachradiologisch ausgewiesen. Dr. med. J. _____ stelle selbst die fachradiologische Beurteilung in Frage. Schliesslich kam Dr. med. K. _____ zum Schluss, dass der Unfall vom

E. 22

August 2022 auch nach dem 3. Oktober 2022 die versicherten Leistungen gemäss UVG zu erbringen, weiter einzugehen. Eine direkte Leistungszusprache gestützt auf die vom Beschwerdeführer eingeholten Beurteilungen der Dres. med. K. _____ und M. _____, welche Parteigutachten darstellen, denen nicht der Beweiswert eines Administrativgutachtens im Sinne von Art. 44 ATSG zukommt (vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden [VGU] S 22 103 vom 13. Februar 2024 E.4.9), käme wohl kaum in Frage. Zwar handelt es sich bei den besagten Ärzten nicht um behandelnde Ärzte des Beschwerdeführers. Allerdings liegt bei ihnen eine ähnliche Stellung vor, weshalb die Rechtsprechung, wonach im Streitfall eine direkte Leistungszusprache

einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte bzw. Medizinalpersonen kaum je in Frage kommt (vgl. vorstehend E.4.2.4), auch im vorliegenden Fall Anwendung findet. 8. Im Ergebnis ist die Beschwerde gutzuheissen und der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 13. April 2023 aufzuheben. Die Angelegenheit ist zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 23

Juni 2023 seine Honorarnote über CHF 2'638.40 (= 9.91 Stunden à CHF 240.-- [CHF 2'378.40] zzgl. 3 % Kleinspesenpauschale [CHF 71.35] und 7.7 % MWST [CHF 188.65]) ein. Der zeitliche Aufwand von 9.91 Stunden erscheint angemessen, ebenso die geltend gemachte Kleinspesenpauschale von 3 % auf das Honorar. Damit hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer einen Parteikostenersatz von CHF 2'638.40 zu leisten. 9.3.1. Schliesslich beantragt der Beschwerdeführer, dass die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Stellungnahmen der Dres. med. K._____ und M._____ vom 6. Dezember 2022, 4. Mai 2023 sowie 8. Mai 2023 in der Höhe von insgesamt CHF 2'353.95 zu übernehmen habe. 9.3.2. Gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat (Satz 1). Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Satz 2). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind unter dem Titel Parteientschädigung auch die notwendigen Kosten privat eingeholter Berichte bzw. Gutachten zu vergüten, soweit diese für die Entscheidungsfindung unerlässlich waren (vgl. BGE 115 V 62 E.5c; Urteile des Bundesgerichts 8C_529/2022 vom 6. Februar 2023 E.7 und 8C_295/2022 vom 21. Dezember 2022 E.11). Vorliegend erweisen sich die vom Beschwerdeführer eingeholten Parteigutachten der Dres. med. K._____ und M._____ als für die Entscheidungsfindung unerlässlich, da diese dazu beigetragen haben, zumindest geringe Zweifel an den Beurteilungen des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin, Dr. med. J._____, zu begründen. Insofern rechtfertigt es sich, die Kosten für die Beurteilungen der Dres. med. K._____ und M._____ vom 6. Dezember 2022, 4. Mai - 33 - 2023 sowie 8. Mai 2023 der Beschwerdegegnerin zu überbinden. Diese hat dem Beschwerdeführer folglich den gemäss Rechnungen vom 8. Mai 2023, 9. Mai 2023 und 22. Juni 2023 ausgewiesenen Betrag in der Höhe von insgesamt CHF 2'353.95 zu ersetzen (vgl. Beilagen zur Honorarnote vom 21. Juni 2023). III. Demnach erkennt das Gericht:

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