

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/88 vom 19. Februar 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-02-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2017_88

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/88 du 19 février 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/88 del 19 febbraio 2019

Regeste

Art. 9 Abs. 2 UVG: Bejahung einer Listendiagnose. Verneinung der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Die Beschwerdegegnerin hat den Nachweis erbracht, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Februar 2019, UV 2017/88).

Erwägungen

E. 1

Einig sind sich die Verfahrensparteien darin, dass die Beschwerdeführerin am 9. Februar 2017 keinen Unfall nach Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1; in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 und 3 sowie Art. 7 und 8 UVG) erlitten hat, weil es nicht zur schädigenden Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den Körper gekommen ist und es damit an einer für die Erfüllung des Unfallbegriffs unabdingbaren Voraussetzung mangelt.

E. 2

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei den folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: a. Knochenbrüche; b. Verrenkungen von Gelenken; c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse; e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen; h. Trommelfellverletzungen. 2.2 Mit Art. 6 Abs. 2 lit. a bis h UVG wird die Vermutung statuiert, dass der Unfallversicherer bei erfüllter Listendiagnose leistungspflichtig ist. Dieser kann sich aber von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er den Nachweis erbringt, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Botschaft vom 30. Mai 2008, BBl 2008 S. 5411, und Zusatzbotschaft vom 19. September 2014, BBl 2014 S. 7922; SZS 2017 S. 33). Auf das Kriterium des äusseren Faktors wird explizit verzichtet (BBl 2014 S. 7922). 2.3 Ob eine Schädigung vorwiegend durch Abnützung oder Krankheit verursacht ist, muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit einer abnutzungsbedingten oder krankhaften Verursachung der Schädigung genügt den Beweisanforderungen nicht (BGE 133 III 88 f. E. 4.2.2, 132 III 720 E. 3.1, 130 III 325 E. 3.2 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 9. Juli 2010, 4A_48/2010, E. 7.1; SZS 2018 S. 355, SZS 2017 S. 34; vgl. THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f.). Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und

vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 122 V 158 E. 1a, BGE 121 V 210 E. 6c). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen aber eine Beweislast insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Wird also auf dem Wege der Beweiserhebung nicht wenigstens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass eine Schädigung vorwiegend durch Abnützung oder Erkrankung verursacht wurde, so hat dies als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten des Unfallversicherers auswirkt.

E. 2.4

2.4.1 Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse, konkret zur Beurteilung der Tatfrage, ob eine Schädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist, ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 122 V 157 E. 1b mit zahlreichen Hinweisen; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf, S. 55; SZS 2018 S. 357 f.). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG; vgl. dazu auch UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 43 N 52 ff., Art. 61 N 120; LOCHER/GÄCHTER, § 76 N. 25 ff.) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 351, E. 3a mit Hinweis 122 V 157). Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrer Leistungsablehnung für die bei der Beschwerdeführerin bestehende Schulterproblematik links insbesondere auf die von J. ____ am 4. September 2017 protokollierte versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. K. ____ vom 30. August 2017 aus einer Fallbesprechung (act. G3.2/M8). Allgemein ist dazu festzuhalten, dass rechtsprechungsgemäss auch Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, Beweiswert beigemessen werden kann. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann jedoch nicht abgestellt werden, wenn

auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen. In diesem Fall sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4, 4.6 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C_385/2014, E. 4.2.2; SVR 2018 IV, Nr. 4, S. 12, E. 3.2). Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. K.____ vorgenommen wurde (act. G3.2/M8), ist sodann nicht an sich unzuverlässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte oder die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (PVG 1996, 265 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371).

2.4.2 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin stellt in der Beschwerde vom 25. Oktober 2017 (act. G1) den Beweiswert der von J.____ protokollierten versicherungsmedizinischen Beurteilung von Dr. K.____ vom 30. August 2017 in Frage. Sie unterscheidet sich der Natur nach nicht von der von einer Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin erstellten Aktennotiz vom 13. April 2017 über die Fallbesprechung mit Dr. I.____ (act. G3.1-V25-2), welche auch nach Auffassung der Beschwerdegegnerin den höchstrichterlichen Qualitätsanforderungen nicht Stand halte (vgl. act. G3.11/V30). Die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. K.____ wurde zwar nicht - wie zu erwarten wäre - von ihm selbst verfasst und unterzeichnet. Das fragliche Dokument unterscheidet sich jedoch wesentlich von der vorgenannten Aktennotiz, weshalb es als Beweis akzeptiert werden kann. Der Inhalt der von J.____ protokollierten versicherungsmedizinischen Beurteilung von Dr. K.____ vom 30. August 2017 orientiert sich genau an einem dem Medical Support der Zürich Versicherung von der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 7. August 2017 vorgelegten Fragenkatalog, mit welchem Dr. K.____ aufgefordert wurde, die Fragen anhand der vorgelegten medizinischen Akten und des bildgebenden Materials zu beurteilen. Zudem erscheinen die protokollierten Aussagen von Dr. K.____ detailgetreu und im Beweisergebnis homogen (act. G3.1/V29). Ob letztlich auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. K.____ abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiellrechtlichen Beurteilung bzw. Beweiswürdigung zu prüfen.

E. 3

3.1 In casu wurde von keiner Seite in Frage gestellt, dass im konkreten Fall von einer Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG auszugehen ist. Sowohl die MRI-Untersuchung der linken Schulter vom 17. März 2017 (act. G3.2/M3) als auch die Arthroskopie der linken Schulter vom 2. Mai 2017 (act. G3.2/M6) haben bei der Beschwerdeführerin eine Partialruptur bzw. eine subtotale Ruptur der Supraspinatussehne links zur Darstellung gebracht (vgl. Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG). Es ist somit an der Beschwerdegegnerin, den Nachweis zu erbringen, dass die Partialruptur der Supraspinatussehne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Dazu müssen die für die Beurteilung der versicherungsmedizinischen Pathogenese bedeutsamen Umstände bzw. Indizien erhoben und im Rahmen der Beweiswürdigung gegeneinander abgewogen werden (SZS 2018, S. 351 ff.).

3.2 Sowohl am 10. April 2017 in der Schadenmeldung UVG (act. G3.1/V1) als auch am 23. April 2017 im "Fragebogen Unfallhergang" (act. G3.1/V3) schilderte die Beschwerdeführerin, sie habe am 9. Februar 2017 zwei Pakete von mehr als 25 kg Gewicht abladen und mit vollem Körpereinsatz auf eine über ihrer Körpergrösse von 1.56m liegenden Laderampe von ca. 1.65m befördern müssen. Dabei sei ihr eine Sehne in der linken Schulter gerissen bzw. sie habe gespürt, dass etwas in ihrer Schulter passiert sei. Den

Akten liegt zwar kein Arztzeugnis über die Untersuchungsergebnisse (insbesondere Befunde, Diagnosen) der Erstbehandlung durch Dr. C.____ wegen Schulterbeschwerden links bei. Dennoch kann anhand der vorliegenden Akten angenommen werden, dass diese am 14. März 2017 stattgefunden hat und von Dr. C.____ ein Zeugnis für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 14. März 2017 ausgestellt worden ist (act. G3.2/M0). Am 17. März 2017 wurde in der Radiologie D.____ bei der Indikation "Seit 6 Wochen Schmerzen linkes Schultergelenk, ausstrahlend bis in die Hand/Taubheit. Kraftdefizit. Läsion der Rotatorenmanschette?" eine MRI-Untersuchung der linken Schulter durch Dr. F.____ durchgeführt. In der Beurteilung des gleichentags erstellten Berichts zur MRI-Untersuchung wurden eine mittelgradige hypertrophe AC-Gelenksarthrose, ein leicht eingegengter Subacromialraum auf unter 6mm prädisponierend für ein subacromiales Impingement mit aktuell mässiggradiger Tendinopathie und geringgradiger interstitieller Partialruptur der Supraspinatussehne ansatznahe in der ventralen und mittleren Portion akzentuiert sowie eine leichtgradige Bursitis subacromialis und subdeltoidea festgehalten (act. G3.2/M3). Unter Angabe der Diagnosen ACG-Arthrose, Subacromiales Impingement, Partialruptur der linken Supraspinatussehne und einer komplexen Schulterschädigung links überwies Dr. C.____ die Beschwerdeführerin am 30. März 2017 an Dr. G.____ (act. G3.2-M4). Dieser führte am 2. Mai 2017 eine Schulterarthroskopie links mit intraartikulärem Débridement, subacromialer Dekompression mit Bursectomie und Acromio-Plastik sowie Abtragen von claviculären Osteophyten und Rekonstruktion der Supraspinatussehne durch (act. G3.2-M6, vgl. auch act. G3.2-M7). Die von Dr. F.____ im MRI erhobene AC-Gelenksarthrose wird zwar von Dr. G.____ im Operationsbericht vom 2. Mai 2017 nicht explizit genannt (act. G3.2-M9). Deshalb kann aber nicht - wie vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vertreten (act. G1) - vom Nichtbestehen einer Arthrose ausgegangen werden. Die "Diagnose" im Operationsbericht, welche sich auf die Nennung der subtotalen Ruptur der Supraspinatussehne Schulter links beschränkt (act. G3.2-M9), ist damit zu begründen, dass dort lediglich die zentrale Schädigung genannt wurde, die zur Operation geführt hatte. Im Aufklärungsbogen zur Operation wurden als Schädigungen ein Riss an der Gelenkkapsel bzw. den Muskelansätzen, eine frische/alte Sehnenverletzung, Verletzung der Sehnenplatte (Rotatorenmanschette) und eine Enge im Schultergelenk mit Sehnedegeneration (Impingement-Syndrom) angekreuzt (act. G3.2-M1). Das als degenerativ bedingt bezeichnete subacromiale Impingement-Syndrom (ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 727; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 862; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. München 2003, S. 915), welches im Übrigen im Operationsbericht ebenfalls nicht explizit erwähnt, jedoch unstrittig operativ angegangen worden ist (vgl. act. G3.2-M6), sowie die arthroskopisch bestätigten claviculären Osteophyten, welche sich reaktiv im Rahmen einer Arthrose bilden (DEBRUNNER, a.a.O., S. 579 ff.; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 153, 1324; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 134, 1382), deuten ohne Weiteres auf die im MRI objektivierte AC-Arthrose hin. 3.3 Basierend auf der in Erwägung 3.2 dargelegten Aktenlage antwortete Dr. K.____ auf die Frage, ob die Verletzung der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei (act. G3.1-V29), dass die schmerzursächlichen Veränderungen in der linken Schulter der Beschwerdeführerin überwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen seien. Hinweise auf frische Läsionen im linken Schultergelenk bzw. Verletzungen der schulternahen Strukturen würden fehlen (act. G3.2-M8). 3.4 Denn fehlende frische

Läsionen der schulternahen Strukturen bzw. Begleitverletzungen sind bei der Beurteilung der versicherungsmedizinischen Pathogenese ein Indiz, welches eher gegen eine traumatische Genese im medizinischen Sinn hindeutet (vgl. dazu ANDRÉ NABOLD in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, Art. 6 N 45, Fn 80; SZS 2018, S. 352). Die Supraspinatussehne liegt sodann in einer anatomisch engen Beziehung zum Acromion (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 725; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1576), insofern es als naheliegend erscheint, bei der Beurteilung der vorliegenden Frage den Gesundheitszustand des ganzen Schultergelenks zu betrachten. Mit den von Dr. K.____ angeführten schmerzursächlichen Veränderungen - konkret der AC-Gelenksarthrose, dem subacromialen Impingement mit aktuell mässiger Tendinopathie sowie der leichten Bursitis subacromialis und subdeltoidea - präsentierte sich bei der Beschwerdeführerin in der linken Schulter das Bild einer umfassenden degenerativen bzw. krankheitsbedingten Situation (DEBRUNNER, a.a.O., S. 586, 726 f.; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 39, 152, 297 f., 862, 1782; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 134, 280, 915, 1808). Der Befund einer Partialruptur der Supraspinatussehne fügt sich ohne weiteres darin ein und eine davon unabhängige, überlastungstraumatische Sehnenruptur würde wesensfremd erscheinen. Ausserdem beschrieb Dr. G.____ das Acromion der Beschwerdeführerin im Operationsbericht vom 2. Mai 2017 als ventral abfallend (act. G3.2-M6). Sowohl durch die obgenannten degenerativen bzw. krankheitsbedingten Befunde als auch die erwähnte Acromionform kommt es zu einer Sehnenrisse und Entzündungen der Bursa begünstigenden Einengung des unter dem Schultergelenk liegenden Raums (DEBRUNNER, a.a.O., S. 724 ff.; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1576; <<https://www.schult-hess-klinik.ch/de/schulterchirurgie-und-ellbogenchirurgie/behandlung/impingement-syndrom>>, abgerufen am 15. Februar 2019). Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass die Gesamtsituation der linken Schulter der Beschwerdeführerin massgebend für eine abnützungs- bzw. krankheitsbedingte Verursachung der Partialruptur der Supraspinatussehne spricht.

3.5 Ein weiteres Indiz im Zusammenhang mit der Frage, ob die Partialruptur der Supraspinatussehne links der Beschwerdeführerin vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist, bildet der zeitliche Ablauf. Zwar kommt dem Kriterium des äusseren Faktors bei der Beurteilung der Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG keine rechtliche Bedeutung mehr zu. Grundsätzlich weist jedoch das zeitliche Zusammentreffen einer Körperschädigung mit einer geeigneten Überlastungssituation eher auf eine traumatische Genese hin (vgl. SZS 2018, S. 352). Insofern ist dem Grundsatz Rechnung zu tragen, dass die Anforderungen an den Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit strenger sind, je grösser der zeitliche Abstand zwischen einem berichteten Ereignis und der Objektivierung einer Schädigung ist (Urteil des Bundesgerichts vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 2.2; RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c). Dieser Grundsatz ist insbesondere in denjenigen Fällen zu beachten, in welchen nach einer längeren Latenzzeit radiologisch nur Befunde erhoben werden konnten, welche - wie im vorliegenden Fall - verschiedene Ursachen (traumatische, degenerative oder krankhafte) haben können. Laut Erklärung der Beschwerdeführerin ist der Sehnenriss am 9. Februar 2017 beim Hantieren mit zwei mehr als 25 kg schweren Paketen passiert (act. G3.1-V1, G3.1-V3). Eine Erstbehandlung sowie eine Arbeitsunfähigkeit sind erst am 14. März 2017, also mehr als einen Monat nach dem geltend gemachten Ereignis aktenkundig. Angesichts dieses zeitlichen Ablaufs kann nicht von einer ereignisnah nachgewiesenen

Körperschädigung im Bereich der Schulter gesprochen werden. Zwar schilderte die Beschwerdeführerin am 23. April 2017 im "Fragebogen Unfallhergang", sie habe die Schulterschmerzen zunächst mit Schmerzmitteln, Salbe und kühlenden Umschlägen behandelt und sei erst zum Arzt gegangen, als sie kein Gefühl mehr im linken Arm verspürt habe (act. G3.1-V3). Angesichts des körperlich belastenden Berufs (vgl. act. G3.1-V3, Frage 4.) ist jedoch zumindest überraschend, dass die Beschwerdeführerin trotz Schulterbeschwerden länger als einen Monat keinen Arzt aufsuchte und keine Arbeitsunfähigkeit auswies. Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass auch der zeitliche Ablauf ein Indiz für eine überwiegend wahrscheinlich durch Abnutzung oder Erkrankung verursachte Teilruptur der Supraspinatussehne liefert. 3.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass nach dem oben Gesagten keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten und als massgeblich erachteten versicherungsmedizinischen Beurteilung von Dr. K.____ vom 30. August 2017 (act. G3.2-M8) bestehen. Bei diesem Beweisergebnis kann mithin auf die Beurteilung abgestellt werden. Die Beschwerdegegnerin vermochte darzutun, dass die erstmals mit MRI vom 17. März 2017 diagnostizierte (act. G3.2-M3) und von Dr. G.____ am 2. Mai 2017 operativ sanierte Teilruptur der Supraspinatussehne (act. G3.2-M6) vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Die Beschwerdegegnerin hat damit ihre Leistungspflicht gestützt auf eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG zu Recht verneint.

E. 3.7

3.7.1 Der Arztbericht von Dr. C.____ vom 27. April 2017 (act. G 3.2-M5) vermag an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Die Schlussfolgerung widerspricht der Würdigung der Indizien in der Erwägung 3.4 ff. Dr. C.____ geht offensichtlich von einem degenerativen Vorzustand aus. Degenerative Erkrankungen zeichnen sich naturgemäss durch einen progredienten Verlauf (beispielsweise durch eine Vergrösserung einer einzelnen Schädigung oder durch Hinzutreten von Begleiterscheinungen) aus, was auch erklärt, dass ihre typische Symptomatik nicht von Beginn weg umfassend, mit ganzer Schwere auftreten muss, sondern bei wachsender Ausprägung zunächst schleichend beginnt und sich irgendwann deutlich manifestiert. Ein zu Beginn symptomloser oder höchstens geringe Beschwerden bereiter degenerativer Zustand wird also in einem bestimmten Zeitpunkt - in der Regel dann, wenn dessen Umfang ein gewisses Ausmass überschreitet - symptomatisch (vgl. dazu DEBRUNNER, S. 586, 728 ff.). Insofern sprechen die Feststellungen von Dr. C.____ nicht gegen eine vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführende Körperschädigung. 3.7.2 Auch Dr. K.____ geht in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 30. August 2017 (act. G3.2-M8) offensichtlich von einem degenerativen Vorzustand in der linken Schulter aus, der durch die Hebebewegungen am 9. Februar 2017 schmerzhaft geworden sei. Der Umstand, dass er während maximal zwei Wochen von einer Kausalität zwischen den beiden Komponenten im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung ausging, kann indessen nicht als abschliessende Befürwortung einer traumatischen Genese ausgelegt werden. Liegt bereits ein Vorzustand vor, besteht bei einer vorübergehenden Verschlimmerung desselben der traumatisch kausale Anteil (nur) in der Aktivierung der Listendiagnose in Form von Schmerzen oder einer funktionellen Bewegungseinschränkung. Der Raum für eine traumatische Ursächlichkeit im medizinische Sinne ist dabei - wenn überhaupt existierend - unwesentlich klein. Die Aussage von Dr. K.____ liefert damit keinen bedeutsamen Nachweis gegen einen abnutzungs- oder krankhaft verursachten Teilsehnenrisses. Vor diesem Hintergrund kann im Übrigen auch der Dauer der vorübergehenden Verschlimmerung einer

vorbestehenden Schulterproblematik keine Bedeutung beigemessen werden. 3.8 Im Sinn der Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 21. September 2017 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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