

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2022/11 vom 28. Februar 2023

Sg Versicherungsgericht, 2023-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2022_11

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2022/11 du 28 février 2023

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2022/11 del 28 febbraio 2023

Regeste

Art. 6 UVG. Verneinung neuer unfallkausaler struktureller Gesundheitsschäden sowie einer richtungsgebenden Verschlimmerung an der linken Schulter, insbesondere in Bezug auf die Partialruptur der Supraspinatussehne links. Bejahung des überwiegend wahrscheinlichen Dahinfallens des natürlichen Kausalzusammenhangs per Leistungseinstellungsdatum (elf Wochen nach dem Unfallereignis) in Bezug auf die erlittene vorübergehende Verschlimmerung der degenerativen Vorzustände. Abweisung der Beschwerde. Zusprache einer Parteientschädigung an den unterliegenden Beschwerdeführer aufgrund der verletzten Abklärungspflicht der Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren und damit schuldhafter Verursachung des Beschwerdeverfahrens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Februar 2023, UV 2022/11).

Volltext

Entscheid vom 28. Februar 2023 Besetzung Versicherungsrichter Michael Rutz (Vorsitz), Versicherungsrichtern Karin Huber-Studerus und Christiane Gallati Schneider; Gerichtsschreiberin Anita Hüsler Geschäftsnr. UV 2022/11 Parteien A. ____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Andrea Cantieni, Bahnhofstrasse 8, 7000 Chur, gegen Vaudoise Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft AG, Place de Milan, Case postale 120, 1001 Lausanne, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A. ____, (nachfolgend: Versicherter), war seit 1992 bei der Gemeindeverwaltung B. ____, als C. ____, in einem Vollzeitpensum tätig und dadurch bei der Vaudoise Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Vaudoise) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 8. Oktober 2020 meldete die Arbeitgeberin der Vaudoise einen Nichtberufsunfall des Versicherten vom 30. August 2020. Der Versicherte sei beim Wasserskifahren gestürzt und habe sich dabei die Sehne an der linken Schulter angerissen (UV-act. 20). Am 21. September 2020 hatte der Versicherte seinen Hausarzt, Dr. med. D. ____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, konsultiert. Dieser hielt in seinem ärztlichen Erstbericht vom 20. Oktober 2020 betreffend die vorerwähnte Erstbehandlung folgende Befunde fest: Druckdolenz über dem Sulcus intertubercularis an der Schulter links, positives Impingement-Zeichen und schmerzhaft eingeschränkter Nacken- und Schürzengriff (UV-act. 18 S. 1 f.). Am 28. September 2020 war in der Radiologie E. ____, eine MRI-Untersuchung der linken Schulter durchgeführt worden. Diese hatte eine mässige AC-Gelenksarthrose sowie eine durchgreifende Partialruptur der Supraspinatussehne unmittelbar an der Sehneninsertion betreffend ca. die anteriore Hälfte des Sehnenquerschnittes gezeigt. Zudem war ein benachbartes Knochenmarködem im anterioren Aspekt des Tuberculum majus ohne Nachweis einer Makrofraktur festgestellt worden und hatte sich eine moderate insertionsnahe

Tendinopathie der Infraspinatussehne mit ebenso geringer Knochenmarködemenzone im posterioren Randbereich der humeralen Gelenkfläche (differentialdiagnostisch: posttraumatisch bedingt) gezeigt. Die übrige Rotatorenmanschette hatte sich intakt dargestellt. Es hatten sich keine Auffälligkeiten am Labrum bei nebenbefundlicher Variante im Sinne des Buford-Komplexes und auch keine Muskelatrophien gezeigt (UV-act. 18 S. 3). Dr. D.____ hielt im vorerwähnten ärztlichen Erstbericht entsprechend die Diagnose einer traumatischen Partialruptur der Supraspinatussehne links nach Sturz beim Wasserskifahren fest (UV-act. 18 S. 1 f.). In seiner am 2. Oktober 2020 ausgestellten Physiotherapieverordnung hatte er die Diagnose "Periarthropathia humeroscapularis tendinopathica links mit traumatischer Teilruptur Supraspinatus" festgehalten (UV-act. 17 S. 3). Ebenfalls am 2. Oktober 2020 war eine subakromiale Steroidinfiltration beim Versicherten erfolgt (UV-act. 18 S. 1). Eine erneute Untersuchung bei Dr. D.____ fand am 29. März 2021 statt. In der Krankengeschichte des Beschwerdeführers hielt Dr. D.____ zu diesem Untersuchungsfall fest, der Versicherte habe subjektiv angegeben, dass sich nach der subacromialen Infiltration der linken Schulter vom 21. (richtig: 2.) Oktober 2020 bis im Januar 2021 eine anhaltende Besserung der Schmerzen gezeigt, danach aber wieder eine kontinuierliche Verschlechterung stattgefunden habe. Er habe Schmerzen bei Überkopfbewegung und nachts beim Liegen auf der linken Seite. Ein neues Trauma hätte nicht stattgefunden. Objektiv habe die Schulter ein unauffälliges Schulterrelief gezeigt, Schürzen- und Nackengriff seien möglich, Hawkins-Zeichen und painful arc seien positiv. Diese Befunde beurteilte Dr. D.____ als Impingement-Symptomatik bei traumatischer Supraspinatusläsion links (UV-act. 15 S. 2). Auf Zuweisung von Dr. D.____ erfolgte am 5. Mai 2021 eine Konsultation bei Dr. med. E.____, Chefarzt Orthopädische Chirurgie der Klinik F.____. Dieser hielt im Bericht zu seiner Untersuchung fest, dass sich im Rahmen der klinischen Untersuchung ein unauffälliger Lokalbefund gezeigt habe, insbesondere stellte er keine positiven Impingementzeichen fest. Auch die Röntgenuntersuchung vom Untersuchungstag habe einen altersentsprechenden ossären Normalbefund bei guter glenohumeraler Zentrierung ergeben (UV-act. 14). Am 16. Juli 2021 beurteilte der beratende Arzt der Vaudoise, Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, Schwerpunkt Allgemein Chirurgie und Traumatologie, Zertifizierter Gutachter SIM, die medizinische Situation. Er hielt als Diagnose eine Schulterdistorsion links im Sinne einer "acute on chronic" Schulterverletzung sowie eine Impingementproblematik der Schulter links bei AC-Gelenksarthrose, Akromion Typ II, Partialruptur der Supraspinatussehne ansatznah, Tendinopathie der Infraspinatussehne, Verdacht auf Zystenbildungen tuberculum majus Ansatz Supraspinatus- und Infraspinatussehne fest. Bei der zweiten Diagnose handle es sich um einen unfallfremden Faktor, welcher entscheidend für die anhaltenden Beschwerden sei. Die Beschwerden hätten nur initial in einem Zusammenhang zum Ereignis vom 30. August 2020 gestanden und der Status quo ante/sine sei nach einer Distorsion nach acht bis zwölf Wochen erreicht gewesen (UV-act. 10). Mit Verfügung vom 9. August 2021 stellte die Vaudoise – gestützt auf die vorerwähnte Beurteilung von Dr. G.____ – die Versicherungsleistungen per 16. November 2020 (Datum der letzten bezahlten Physiotherapierechnung) ein, da an der linken Schulter bereits degenerative Veränderungen bestanden hätten und es zu keiner richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen sei. Der Status quo sine vel ante sei spätestens nach 12 Wochen erreicht gewesen (UV-act. 9). Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 24. August 2021 Einsprache und beantragte die weitere Ausrichtung der Versicherungsleistungen (UV-act. 8). Die Einsprache wies die Vaudoise mit Einspracheentscheid vom 25. Januar 2022 ab. Zur

Begründung führte sie insbesondere aus, da keine unfallkausalen Befunde vorliegen würden, wäre es eine medizinische Frage, ob die Schmerzen nach dem 16. November 2020 noch unfallkausal seien. In diesem Zusammenhang könnten sie nur auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes, Dr. G.____, sowie auf den MRI-Bericht, welcher degenerative Veränderungen zeige, verweisen. Medizinische Argumente, welche geeignet wären, die Stellungnahme von Dr. G.____ zu widerlegen oder zu entkräften, würden nicht geltend gemacht. Es bestehe somit kein Grund, von diesen begründeten und nachvollziehbaren Feststellungen abzuweichen (UV-act. 7). Mit Beschwerde vom 21. Februar 2022 beantragte der nunmehr anwaltlich vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) – unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Vaudoise (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) – die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 25. Januar 2022 und die weitere Gewährung der gesetzlichen Versicherungsleistungen auch nach dem 16. November 2020. Eventualiter beantragte er, die Sache sei für weitere medizinische Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (act. G 1). Mit der Beschwerdeantwort vom 18. März 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde sowie die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 25. Januar 2022. Kosten seien keine zu vergüten (act. G 3). Mit ihren Akten reichte sie eine Stellungnahme von Dr. G.____ vom 11. März 2022 ein, worin dieser zu den beschwerdeweise vorgebrachten Argumenten Stellung genommen und weiterhin daran festgehalten hatte, dass die Läsion der Rotatorenmanschette nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt sei und auch nicht teilweise auf das Unfallereignis vom 30. August 2020 zurückgeführt werden könne (UV-act. 2). Mit Schreiben vom 9. Mai 2022 verzichtete der Beschwerdeführer auf die Einreichung einer Replik. Gleichzeitig machte er jedoch geltend, dass die Beschwerdegegnerin – unabhängig vom Prozessausgang – die Kosten des vorliegenden Verfahrens zu tragen habe. Die Einholung einer weiteren Stellungnahme des beratenden Arztes zeige, dass die Abklärungen bis zum Erlass des Einspracheentscheids ungenügend gewesen seien und eine Beschwerde provoziert hätten. Die Beschwerdeführerin (korrekt: Beschwerdegegnerin) habe dem Eventualantrag in der Beschwerde vom 21. Februar 2022 entsprochen und bei Dr. G.____ weitere medizinische Abklärungen veranlasst (act. G 5). Erwägungen Vorliegend strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen zu Recht per 16. November 2020 eingestellt hat. Damit zusammenhängend ist insbesondere zu klären, ob die im MRI vom 28. September 2020 festgestellte Partialruptur der Supraspinatussehne (UV-act. 18 S. 3) unfallkausal ist. Der Unfallversicherer hat bei Vorliegen eines Unfalls gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (vgl. Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich, d. h. zumindest teilkausal ist, der Unfall mit anderen Worten nicht

weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 117 V 376 E. 3a; SVR 2007 UV Nr. 28 S. 96 f., E. 4.1 mit Hinweisen; Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 53). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (André Nabold, N 53 und 59 zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 65 f. und N 74 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 54 und 58). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinne von nachweisbaren strukturellen Veränderungen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (vgl. BGE 134 V 111 E. 2.1 und 127 V 103 E. 5b/bb je mit Hinweisen; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45; BSK UVG-Hofer, N 80 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 58 f.). Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen bzw. hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht für einen Gesundheitsschaden einmal anerkannt, so entfällt seine Leistungspflicht erst dann, wenn der Unfall nicht (mehr) die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften 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 Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2022, 8C_734/2021, E. 2.2.2 mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b mit Hinweisen; vgl. auch Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 54). Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Dieser Grundsatz gilt aber nur für Verletzungen, welche Gegenstand der Anerkennung bildeten (Urteil des Bundesgerichts vom 14. März 2019, 8C_855/2018, E. 3.1 mit Hinweis). Auch hat der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen, sondern nur darzutun, dass die unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2021, 8C_80/2021, E. 2.2 mit Hinweisen). Der Beweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung kann durchaus unter Bezugnahme auf statistische Grundlagen und medizinische Erfahrungswerte geführt werden, sofern sie der herrschenden Lehrmeinung entsprechen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 126 V 189 E. 4c). Dies hat insbesondere für den Nachweis des Status quo sine zu gelten, bei dem es

sich um einen hypothetischen Zustand handelt, der sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d. h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, können beweistauglich sein. An die Beweiswürdigung der Beurteilungen dieser Ärzte und Ärztinnen sind indes strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 469 f. E. 4.4. mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3). Die Rechtsprechung erachtet sodann reine Aktengutachten als beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C_780/2016, E. 6.1). Die Beschwerdegegnerin hat unbestrittenermassen anerkannt, dass der Beschwerdeführer am 30. August 2020 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG mit einer schädigenden Einwirkung auf den Körper erlitten hat. Ebenso hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht – für einen gewissen Zeitraum nach dem Unfallereignis – anerkannt und dem Beschwerdeführer dementsprechend zumindest vorläufig Versicherungsleistungen ausgerichtet. Mit Einspracheentscheid vom 25. Januar 2022 (UV-act. 7) bzw. mit der diesem zugrundeliegenden Verfügung vom 9. August 2021 (UV-act. 9) hat die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen per 16. November 2020 eingestellt. Laut Eintrag in der Krankengeschichte von Dr. D.____ zur Untersuchung vom 29. März 2021 (UV-act. 15 S. 2) und dem Bericht der Klinik F.____ zur Untersuchung vom 5. Mai 2021 (UV-act. 14) litt der Beschwerdeführer jedoch im Frühjahr/Sommer 2021 noch an Schmerzen im Schulterbereich und wurde diesbezüglich behandelt. Nachfolgend ist entsprechend zu prüfen, ob diese über das Leistungseinstellungsdatum hinaus bestehende Schulterproblematik unfallkausal ist. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine unfallkausale strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der untersuchenden Person und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit – wissenschaftlich anerkannten – apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie

Röntgen, MRI, CT, Arthroskopie) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2 mit Hinweisen). Ein massgebender Ausgangspunkt für die Beurteilung traumatischer Folgeschäden bzw. der Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bildet der gesundheitliche Zustand einer versicherten Person vor dem Unfall. Ist es durch letzteren zu keinen neuen strukturellen Schäden gekommen, trifft er aber auf einen vorgeschädigten Körper, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustandes in Betracht. Eine richtungsgebende Verschlimmerung liegt nach der Rechtsprechung vor, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können (KOSS UVG-Nabold, N 54 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 71 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 54 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2015, 8C_484/2014, E. 2.1). Von einer vorübergehenden unfallbedingten Verschlimmerung eines Vorzustandes wird dann gesprochen, wenn Unfallfolgen bzw. deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie konkret beschrieben bzw. radiologisch als strukturelle Verletzung der Gelenke oder Knochen sichtbar gemacht werden können. In solchen Fällen wird bei einem geeigneten bzw. adäquaten Ereignis in einer ersten Phase davon ausgegangen, dass dieses eine schädigende Wirkung auf den Körper habe. Die aufgetretenen bzw. ausgelösten Beeinträchtigungen werden, obwohl sie möglicherweise weiterbestehen, nach einer gewissen Zeit gestützt auf medizinische Erfahrung aber nicht mehr dem Unfall angelastet. Die Unfallversicherung übernimmt in diesen Fällen nur Leistungen für den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, d. h. sie hat bis zum Erreichen des Status quo sine oder ante Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Als Beispiel dafür gelten insbesondere Kontusions- und Distorsionsfolgen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3, und 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 und 4; vgl. auch KOSS UVG-Nabold, N 57 zu Art. 6, und BSK UVG-Hofer, N 72 zu Art. 6). Bei Kontusionen und Distorsionen handelt es sich um Weichteilverletzungen, die namentlich anhand klinischer Befunde – wie Hämatome, Schwellungen, Schürfungen, Prellmarken, Druckdolenzen, Bewegungseinschränkungen, Muskelverhärtungen – objektiviert werden (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2002, S. 412; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. 2003, S. 357; vgl. auch Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 420). Die Unfallversicherung übernimmt die Leistungen bis zur Heilung der spezifischen Verletzungsfolgen und/oder – wie oben erwähnt – für den durch ein Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub. Im Rahmen der MRT-Untersuchung vom 28. September 2020 wurden an der linken Schulter des Beschwerdeführers eine AC-Gelenksarthrose, eine Partialruptur der Supraspinatussehne links mit benachbartem Knochenmarködem ohne Nachweis einer Makrofraktur und eine Tendinopathie der Infrapinatussehne mit Knochenmarködemzone festgestellt (UV-act. 18 S. 3). Angesichts der bildgebenden Untersuchung knapp vier Wochen nach dem Unfallereignis, sind diese Befunde noch als unfallnah anzusehen. Im konkreten Fall liegen jedoch keine vor dem Unfall erstellten radiologischen Aufnahmen vor, welche einen Vergleich zwischen dem Gesundheitszustand vor und nach dem Unfallereignis zulassen würden. Eine Arthrose stellt grundsätzlich eine degenerative Erkrankung dar, welche im Rahmen eines normalen Alterungsprozesses oder durch Überbeanspruchung entsteht. Nur im Einzelfall kann sie sich sekundär, d. h. als (Spät-)Folge einer primären Unfallverletzung, beispielsweise nach einer

Fraktur oder Ruptur, entwickeln (Debrunner, a. a. O., S. 579 ff., 700 f. und 735; Roche Lexikon, a. a. O., S. 134; Pschyrembel, a. a. O., S. 152 f.). Eine solche primäre Unfallverletzung konnte vorliegend jedoch nicht nachgewiesen werden. Ein traumatischer Ursprung der Arthrose würde auch in zeitlicher Hinsicht – angesichts deren bildgebenden Darstellung innerhalb bloss eines Monats nach dem Unfallereignis – nicht plausibel erscheinen. Bei einer Tendinopathie handelt es sich um eine Entzündung der Sehne in Ansatznähe und damit grundsätzlich um eine degenerative Erkrankung, die in Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur (vgl. dazu Debrunner, a. a. O., S. 412, 627 f.; Roche Lexikon, a. a. O., S. 1808; Pschyrembel, a. a. O., S. 1782) nirgends als Unfallverletzung beurteilt oder diskutiert wird. Nach Gesagtem ist hinsichtlich der Arthrose und der Tendinopathie – in Übereinstimmung mit Dr. G.____ (UV-act. 2) – von unfallfremden, degenerativen Gesundheitsschäden auszugehen. Gegenteiliges wird im Übrigen auch nicht vom Beschwerdeführer oder den behandelnden Ärzten geltend gemacht. Als möglicher unfallkausaler struktureller Gesundheitsschaden kommt somit vorliegend einzig die Partialruptur der Supraspinatussehne in Frage. Die Rotatorenmanschette, insbesondere die Supraspinatussehne, neigen erfahrungsgemäss zur Degeneration. Allerdings können sie auch als Folge eines Traumas ein- oder abreißen (Debrunner, a. a. O., S. 725; Roche Lexikon, a. a. O., S. 1681; Pschyrembel, a. a. O., S. 1576 und 1646). Somit ist vorliegend nicht ausgeschlossen, dass sich der Beschwerdeführer die Ruptur der Supraspinatussehne (direkt) beim Unfall vom 30. August 2020 zugezogen hat. Nachfolgend ist demnach zu prüfen, ob es sich bei dieser um eine unfallkausale Verletzung oder einen degenerativen (Vor-)Zustand handelt. Allgemein ist in diesem Zusammenhang vorweg zu nehmen, dass die Ausdrücke "Ruptur" und "Läsion" nicht automatisch auf ein erlittenes Trauma hindeuten (vgl. zum Ganzen auch: Debrunner, a. a. O., S. 628, 724 f. und 728 ff.). Wie der Beschwerdeführer zu Recht vorbringt, befinden sich bei den Akten der Beschwerdegegnerin nur wenige medizinische Berichte (insbesondere der behandelnden Ärzte). Hingegen macht der Beschwerdeführer nicht geltend, dass konkrete relevante medizinische Berichte bzw. Akten nicht berücksichtigt worden seien. Vielmehr hat er zusammen mit seiner Beschwerde offenbar diejenigen medizinischen Unterlagen eingereicht, welche aus seiner Sicht von Relevanz sind (act. G 1.3 bis G 1.6). Dabei handelt es sich allesamt um Berichte bzw. Beurteilungen, die sich bereits bei den Akten der Beschwerdegegnerin befanden und auch dem beratenden Arzt bei seinen Beurteilungen vorgelegen haben. In der Beschwerde vom 21. Februar 2022 macht der Beschwerdeführer geltend, Dr. G.____ begründe (in seiner Kurzbeurteilung vom 16. Juli 2021 [UV-act. 10]) nicht, weshalb es sich bei der festgestellten Partialruptur um eine degenerative Entwicklung handle. Er stelle lediglich eine andere Diagnose und berücksichtige den Unfallhergang nicht. Die persönliche Untersuchung in der Klinik F.____ habe ergeben, dass die Partialruptur der Supraspinatussehne unfallkausal sei. Aufgrund der völlig anderen Diagnose sei die Beurteilung von Dr. G.____ auch nicht schlüssig (act. G 1 S. 5 Ziff. 21 f. und S. 6 Ziff. 26). In diesem Zusammenhang ist korrekt, dass an der Zuordnung der Partialruptur der Supraspinatussehne zur Impingementproblematik durch Dr. G.____ in seiner Kurzbeurteilung vom 16. Juli 2021 ("Impingementproblematik Schulter links bei [...] Partialruptur SSP Sehne ansatznah [...]"; UV-act. 10) zumindest gewisse Zweifel bestehen, zumal dem Bericht des behandelnden Arztes der Klinik F.____ zu entnehmen ist, dass anlässlich der Untersuchung vom 5. Mai 2021 keine positiven Impingement Zeichen mehr vorgelegen haben (UV-act. 14). Angesichts des Umstandes, dass auch Dr. D.____, als behandelnder Hausarzt, aufgrund seiner Untersuchung vom 29. März 2021 die

Supraspinatussehnenläsion in einen Zusammenhang mit der Impingement-Symptomatik gesetzt hatte – wenn auch in umgekehrtem Zusammenhang ("Impingement-Symptomatik bei traumatischer Supraspinatus-Läsion", UV-act. 15 S. 2) – erscheint seine Einschätzung aber auch nicht per se als unhaltbar. Letztlich hat sich Dr. G. ___ in seiner späteren Beurteilung vom 11. März 2022 (UV-act. 2) aber detaillierter mit der Frage der Unfallkausalität der Supraspinatussehnenläsion auseinandergesetzt, worauf noch einzugehen ist (vgl. unten E. 5.4). Der Hausarzt, Dr. D. ___, stellte in seinem Bericht vom 13. Oktober 2020 (betreffend die Erstbehandlung vom 21. September 2020) die Diagnose einer "traumatischen Partialruptur der Supraspinatussehne links nach Sturz beim Wasserkis" (UV-act. 18) und hielt in seiner Verordnung zur Physiotherapie vom 2. Oktober 2020 die Diagnose einer "Periarthropathia humeroscapularis tendinopathica links mit traumatischer Teilruptur Supraspinatus" fest (UV-act. 17 S. 3). Diese pauschalen Erwähnungen einer traumatischen Genese in der Diagnosestellung vermögen jedoch nicht zu überzeugen. Vielmehr ist zu vermuten, dass der von Dr. D. ___ verwendete Zusatz "traumatisch" auf den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers beruht. Zwar führt Dr. D. ___ im Eintrag in der Krankengeschichte zur Untersuchung vom 29. März 2021 im Rahmen der Beurteilung eine "Impingement-Symptomatik bei traumatischer Supraspinatus-Läsion links" auf (UV-act. 15 S. 2). Auch diese Aussage bzw. Beurteilung begründet er jedoch nicht weiter. Mithin vermögen die pauschalen Einschätzungen von Dr. D. ___ eine Unfallkausalität der Partialruptur der Supraspinatussehne nicht überwiegend wahrscheinlich nachzuweisen. Im Bericht der Klinik F. ___ zur Untersuchung vom 5. Mai 2021 (UV-act. 14) äussert sich der behandelnde Arzt in seiner Beurteilung nicht zur Ursache der Partialruptur der Supraspinatussehne. Einzig in der Anamnese hält er fest, dass sich der Beschwerdeführer die Partialruptur der Supraspinatussehne links im Rahmen eines Wasserski-Sturzes zugezogen habe. Bei der Anamnese handelt es sich jedoch um subjektive Angaben des Patienten zu früheren Krankheiten bzw. der Krankheitsgeschichte (Roche Lexikon, a. a. O., S. 75). Demnach kommt dieser Angabe lediglich der Beweiswert einer blossen Parteibeauptung des Beschwerdeführers zu. Soweit der Beschwerdeführer mit seiner Argumentation implizit geltend machen will, die Beschwerdegegnerin hätte selbst weitere medizinische Abklärungen bzw. einen persönlichen Untersuchung durch den behandelnden Arzt anordnen müssen, bestand bzw. besteht aufgrund der medizinischen Aktenlage keine Notwendigkeit für ein solches Vorgehen. Vorliegend stellen sich aus medizinischer Sicht im Wesentlichen Fragen in Bezug auf die Einordnung der erhobenen (bildgebenden) Befunde, welche an sich unbestritten sind. Mithin rückt eine persönliche Untersuchung in den Hintergrund (vgl. zur Zulässigkeit solcher Aktengutachten E. 2.3 vorstehend). Die fehlende persönliche Untersuchung durch Dr. G. ___ mindert den Beweiswert der entsprechenden Aktenbeurteilungen nach Gesagtem nicht. Der Beschwerdeführer bzw. dessen Rechtsvertreter verweisen zur Begründung der ihrerseits geltend gemachten Unfallkausalität der Partialruptur der Supraspinatussehne wiederholt auf eine Publikation im Swiss Medical Forum 2019 (act. G 1). Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Publikation von Alexandre Lädermann et al. (Revidierte Unterscheidungskriterien, Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette, in: Schweizerisches Medizin-Forum 2019 [1516], S. 260 ff.; act. G 1.8) nicht um eine Publikation der Schweizerischen Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie von Swiss Orthopaedics (nachfolgend: Expertengruppe) handelt, sondern sich unter den Autoren dieses Beitrages lediglich Mitglieder derselben befinden (jedoch nicht ausschliesslich bzw. vollständig). Innerhalb des Beitrages wird sodann jeweils auch

die Meinung der Expertengruppe – explizit als solche gekennzeichnet – aufgeführt. In Bezug auf den Unfallhergang macht der Beschwerdeführer unter Verweis auf die Publikation von Lädermann et al. (a. a. O.) geltend, er sei mit ausgestreckten Armen hinter dem Motorboot hergezogen worden, weshalb davon auszugehen sei, dass er auf den ausgestreckten Arm gestürzt sei. Hinzu komme das plötzliche Hochreissen des Armes, als das Zugseil sich wieder gestreckt und ihn mitgezogen habe. Der Unfallhergang spreche somit eindeutig für eine traumatische Verletzung. Da zudem direkte Prellungstraumata ebenfalls geeignet sein könnten, traumatische Läsionen zu verursachen, beständen auch unter diesem Blickwinkel keine Zweifel am Kausalzusammenhang zwischen der Partialruptur der Supraspinatussehne und dem Unfallereignis vom 30. August 2020 (act. G 1). Ein Sturz auf den ausgestreckten Arm ist gemäss Lädermann et al. sowie auch der darin festgehaltenen Meinung der Expertengruppe geeignet, eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion hervorzurufen (a. a. O., S. 263). Vorliegend ist jedoch fraglich, inwiefern der erfolgte Sturz auf dem Wasser physikalisch bzw. medizinisch vergleichbar mit einem solchen auf festem Boden ist. Ein ausgestreckter Arm dürfte aufgrund der geringen Aufschlagsfläche die Wasseroberfläche (trotz der Fortbewegungsgeschwindigkeit beim Wasserskifahren, welche erfahrungsgemäss grundsätzlich zu einem "härteren" Aufprall auf der Wasseroberfläche führt) relativ einfach durchdringen. Mithin ist auch fraglich, ob im vorliegenden Fall ein Sturz auf dem Wasser (trotz ausgestrecktem Arm) überhaupt geeignet war, eine Läsion der Rotatorenmanschette hervorzurufen. Das zusätzlich geltend gemachte plötzliche Hochreissen des Armes nach dem Sturz, als das Zugseil sich wieder gestreckt und den Beschwerdeführer mitgezogen habe (act. G 1 S. 4 Ziff. 17), ist gemäss Lädermann et al. sowie auch der darin festgehaltenen Meinung der Expertengruppe als Traumahergang zwar ebenfalls geeignet, eine Läsion der Rotatorenmanschette hervorzurufen (a. a. O., S. 263). Hingegen ist fraglich, ob diese – erst im Rahmen der Beschwerde geäusserte – Parteibehauptung zum Unfallhergang glaubhaft ist und auf diese abgestellt werden kann, zumal bei Annahme eines erheblichen Sturzes auf den ausgestreckten Arm (wie ihn der Beschwerdeführer geltend macht) nach der allgemeinen Lebenserfahrung anzunehmen wäre, dass der Beschwerdeführer dabei das Zugseil losgelassen hätte. Angesichts des Umstandes, dass nie eine nähere Schilderung des Unfallhergangs beim Beschwerdeführer eingeholt wurde, erscheint seine (erst) in der Beschwerdeschrift vorgenommene detaillierte Schilderung des Unfallhergangs aber auch nicht per se als unglaubwürdig. Soweit der Beschwerdeführer schliesslich geltend macht, gemäss der Expertengruppe sei auch eine blosser Prellung geeignet, Risse der Rotatorenmanschette zu bewirken (act. G 1 S. 4 f. Ziff. 18) und Dr. G. ___ in seiner Beurteilung vom 11. März 2022 in diesem Zusammenhang das Gegenteil vorbringt (UV-act. 2 S. 4), ist festzuhalten, dass es sich dabei um eine in der medizinischen Literatur umstrittene und bisher nicht abschliessend geklärte Frage handelt (vgl. auch: Urteil des Bundesgerichts vom 15. April 2021, 8C_672/2020, E. 4.1.3). Dem Unfallhergang kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung jedoch ohnehin keine übergeordnete Bedeutung zukommen, da dieser oftmals nicht mehr rekonstruiert werden kann. Vielmehr sind gemäss Bundesgericht die einzelnen für oder gegen eine traumatische Genese sprechenden Aspekte aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und ist der Sachverhalt zu ermitteln, welcher zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen. Dabei gilt es etwa, die bildgebenden Befunde, die Vorgeschichte, den Unfallhergang, den Primärbefund und den Verlauf zu berücksichtigen (Urteile des Bundesgerichts vom 14. April 2020, 8C_59/2020, E. 5.3 f., vom 7. April 2021,

8C_740/2020, E. 4.2, und 15. April 2021, 8C_672/2020, E. 4.1.3). Nach Gesagtem kann vorliegend der überwiegend wahrscheinliche Nachweis einer Unfallkausalität allein aufgrund des Unfallmechanismus ohnehin nicht als erbracht bzw. misslungen betrachtet werden. Diese Ansicht vertritt auch Dr. G.____ in seiner Beurteilung vom 11. März 2022 (UV-act. 2). Nachfolgend sind demnach – wie vom Bundesgericht gefordert – gestützt auf die medizinischen Beurteilungen bzw. Vorbringen der Parteien die im konkreten Fall bedeutsamen Kriterien, welche für bzw. gegen eine traumatische Genese der Partialruptur der Supraspinatussehne sprechen, im Einzelnen zu prüfen und gegeneinander abzuwägen. Mithin kann vorliegend auf weitere Abklärungen zum Unfallhergang verzichtet werden. Der Beschwerdeführer bringt – unter Verweis auf Lädemann et al. – vor, es bestehe bei ihm die statistische Vermutung eines traumatischen Ursprungs der Partialruptur der Supraspinatussehne (act. G 1 S. 4 Ziff. 15 f.). Aus den in der Publikation von Lädemann et al. erwähnten Studien geht zwar hervor, dass die überwiegende Mehrheit der festgestellten transmuralen Rotatorenmanschettenläsionen in der Altersgruppe des Beschwerdeführers traumatischer Natur sind (a. a. O., S. 262 f.), jedoch ist im Umkehrschluss erwiesen, dass – wenn auch in einer Minderheit der Fälle – degenerative Läsionen in der Altersgruppe des Beschwerdeführers ebenfalls vorkamen. Mit dem Verweis auf die statistische Wahrscheinlichkeit kann mithin der Nachweis der überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität auch im Falle des Beschwerdeführers nicht erbracht werden. In Bezug auf die klinischen Befunde halten Lädemann et al. fest, dass nach einem Trauma, welches zur Rotatorenmanschettenläsion führt, initial ein sehr heftiger Schmerz bestehe, der nach drei Tagen für den Betroffenen tolerabel werde. Deshalb würden die Patienten oftmals initial keinen Arzt konsultieren. Dies entspreche auch der Meinung der Expertengruppe (a. a. O., S. 263 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer macht geltend, dies sei bei ihm der Fall gewesen. Erst als keine Besserung eingetreten sei, habe er seinen Hausarzt aufgesucht und das MRI habe die Diagnose einer Sehnenpartialruptur bestätigt (act. G 1 S. 5 Ziff. 20). Neben den Schmerzen stellen jedoch auch Funktionseinschränkungen, z. B. bei Elevation und Aussenrotation oder die Entwicklung einer Pseudoparalyse (bei welcher der Arm nicht mehr aktiv über die Horizontale gehoben werden kann), typische Symptome nach einer traumatischen Verletzung der Rotatorenmanschette dar, wobei auch bloss partielle Sehnenrupturen zu solchen Einschränkungen führen (Lädemann et al., S. 263; Debrunner, a. a. O., S. 728 f.; Psyhyrembel, a. a. O., S. 1576). In den medizinischen Akten, insbesondere im ärztlichen Erstbericht von Dr. D.____ betreffend die Erstbehandlung vom 21. September 2020 (UV-act. 18 S. 1 f.), wurden keine entsprechenden Funktionseinschränkungen, sondern lediglich ein schmerzhaft eingeschränkter Nacken- und Schürzengriff festgehalten. Auf diese Umstände weist auch Dr. G.____ in seiner Beurteilung vom 11. März 2022 hin. Ebenso hält er fest, dass jede akute (auch nur teilweise) Ruptur einer Sehne zu einem sofortigen Funktionsverlust führe. Neben den Schmerzen würde diese Einschränkung die betroffene Person dazu veranlassen, einen Arzt aufzusuchen, da sie nicht wissen könne, wie ausgedehnt eine Verletzung des betroffenen Körperteils sei (UV-act. 2). Dr. G.____ legt mithin schlüssig und nachvollziehbar dar, dass das Fehlen einer typischen Funktionseinschränkung in klinischer Hinsicht für einen degenerativen Zustand bzw. gegen einen traumatischen Ursprung der Partialruptur der Supraspinatussehne spricht. Auf seine Einschätzung kann abgestellt werden, zumal diese in medizinischer Hinsicht auch unbestritten blieb. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers lassen die klinischen Befunde im vorliegenden Fall demnach auf eine unfallfremde Genese der Partialruptur der Supraspinatussehne schliessen. Der Beschwerdeführer macht sodann

geltend, der Umstand, dass im MRI vom 28. September 2020 weder eine fettige Degeneration der Rotatorenmanschette noch eine Atrophie festgestellt worden seien (UV-act. 18 S. 3), spreche für die Unfallkausalität der Partialruptur der Supraspinatussehne (act. G 1 S. 5 Ziff. 19). Gemäss Lädermann et al. kann das Vorliegen einer Atrophie und/oder fettigen Infiltration der Rotatorenmanschettenmuskulatur einen Hinweis auf den Ursprung einer Läsion der Rotatorenmanschette liefern (a. a. O., S. 264). Dr. G. ___ hält in seiner Beurteilung vom 11. März 2022 in diesem Zusammenhang fest, dass die Entwicklung einer fettigen Degeneration Jahre benötige und zudem nur bei ausgeprägten Rotatorenmanschettenrupturen zu finden sei. Ein Muskel, der aufgrund einer Sehneninkontinuität nicht mehr aktiv an einer Bewegung teilnehmen könne, verkümmere und wandle sich in Fettgewebe um. Das Vorhandensein einer fettigen Degeneration der Muskulatur bei einem zeitlich erst kurz zurückliegenden Ereignis spreche deshalb gegen eine traumatisch bedingte Läsion. Der Umkehrschluss des Beschwerdeführers sei jedoch nicht zulässig. Man könne nicht von einer traumatischen Ruptur ausgehen, wenn die fettige Degeneration der Muskulatur fehle. Im vorliegenden Fall handle es sich um eine Partialruptur. In diesem Fall sei die Muskulatur noch in Gebrauch. Der Zustand der Muskulatur lasse in diesem Fall keine Aussage zur Ursache der Partialruptur der Sehne zu (UV-act. 2). Angesichts des durch Dr. G. ___ schlüssig und nachvollziehbar dargelegten Entstehungsmechanismus einer fettigen Degeneration des Muskelgewebes – dessen Ausführungen in medizinischer Hinsicht im Übrigen auch unbestritten blieben – ist ihm demnach insofern zuzustimmen, als aus dem Fehlen einer fettigen Degeneration des Muskelgewebes nicht auf eine traumatische Ursache der Partialruptur der Supraspinatussehne geschlossen werden kann. Dies zumal der Beschwerdeführer vorliegend auch nicht unter einer Funktionseinschränkung litt (vgl. oben E. 6.4). Gleiches hat für eine Atrophie, welche namentlich durch Inaktivität entstehen kann (Roche Lexikon, a. a. O., S. 155), zu gelten. Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass auch das im MRI vom 28. September 2020 festgestellte benachbarte Knochenmarködem im anterioren Aspekt des Tuberculum majus keinen Rückschluss auf den Ursprung der erlittenen Partialruptur der Supraspinatussehne zulässt. Wie sich der Publikation von Lädermann et al. entnehmen lässt, wurde ein Zusammenhang zwischen einem solchen und einer Rotatorenmanschettenläsion in neueren Studien nämlich nicht bestätigt (a. a. O., S. 265). Dies, zumal vorliegend auch ein Knochenmarködem im Zusammenhang mit der Tendinopathie der Infraspinatussehne (welche degenerativ bedingt ist, vgl. dazu oben E. 4.3) bzw. im posterioren Randbereich der humeralen Gelenkfläche festgestellt wurde und demnach – wenn überhaupt – eher auf einen ebenfalls degenerativen Ursprung des Knochenmarködems im Bereich der Supraspinatussehne schliessen liesse. Entgegen der beschwerdeführerischen Argumentation, wonach aus dem MRI vom 28. September 2020 hervorgehe, dass die übrige Rotatorenmanschette intakt sei und keine Auffälligkeiten aufweise (act. G1 S. 4 Ziff. 16) wurden darin weitere Gesundheitsschäden an der Schulter bzw. Rotatorenmanschette festgestellt (UV-act. 18 S. 3). Im Bericht zu dieser bildgebenden Untersuchung wurden – neben der Partialruptur der Supraspinatussehne – eine Tendinopathie der Infraspinatussehne sowie eine AC-Gelenksarthrose festgehalten (UV-act. 18 S. 3). Bei beiden handelt es sich definitionsgemäss um degenerative Krankheiten (vgl. dazu oben E. 4.2 f.). Zwar steht eine AC-Gelenksarthrose nicht in kausalem Zusammenhang mit einer Rotatorenmanschettenläsion (Lädermann et al., a. a. O., S. 263). Bei Vorliegen mehrerer umfassender degenerativer Gesundheitsschäden stellt die Herauslösung eines einzigen Gesundheitsschadens und dessen Betrachtung als

unabhängigen, traumatisch bedingten Gesundheitsschaden ohne konkreten Grund aber kein nachvollziehbares Ergebnis dar. Zumindest ist es nicht wahrscheinlicher als eine durch Degeneration begünstigte Entwicklung. Von daher liegt die Feststellung nahe, dass sich auch die Partialruptur der Supraspinatussehne in die degenerative Problematik (Tendinopathie und Arthrose) einfügt. Dies umso mehr, als – wie Dr. G.____ nachvollziehbar ausführt – die Tendinopathie, als degenerativer Gesundheitsschaden, die Infraspinatussehne betrifft, welche räumlich unmittelbar neben der Supraspinatussehne liegt (UV-act. 2) und letztere ohnehin besonders anfällig auf Degenerationen ist (Lädermann et al., a. a. O., S. 262). Überzeugend weist Dr. G.____ in seiner Beurteilung vom 11. März 2022 schliesslich auf das Fehlen von bei einem frischen Schultertrauma zu erwartenden Begleitverletzungen an der Schulter bzw. Rotatorenmanschette hin. Vorliegend handle es sich um eine lokalisierte Partialruptur der Supraspinatussehne, was gegen einen traumatischen Ursprung spreche (UV-act. 2). Es erscheint nach der allgemeinen Lebenserfahrung durchaus möglich und nachvollziehbar, dass bei Annahme einer traumatischen Genese – angesichts der für eine traumatische Sehnenruptur erforderlichen Krafteinwirkung und insbesondere auch aufgrund der degenerativen Vorbelastung – Begleitverletzungen an der Schulter bzw. der Rotatorenmanschette zu erwarten gewesen wären. Zwar wird im Bericht zum MRI vom 28. September 2020 differentialdiagnostisch eine posttraumatische Ursache der im Zusammenhang mit der Tendinopathie der Infraspinatussehne festgestellten Knochenmarködemzone im posterioren Randbereich der humeralen Gelenkfläche in Erwägung gezogen (UV-act. 18 S. 3). Wie oben (E. 6.6) bereits festgehalten, lässt der Umstand, dass auch im Bereich der degenerativ vorbelasteten Infraspinatussehne ein Knochenmarködem festgestellt wurde, eher auf einen umfassenden, degenerativen Gesundheitsschaden schliessen. Mit seiner Parteibehauptung, wonach die angeblich fehlenden Pathologien an der übrigen Rotatorenmanschette (vgl. zum Vorliegen solcher oben E. 6.7.1) für einen traumatischen Ursprung der Partialruptur der Supraspinatussehne sprechen würden (act. G 1 S. 4 Ziff. 16), vermag der Beschwerdeführer somit keine Zweifel an der Einschätzung von Dr. G.____ zu erwecken. Auch das Fehlen von Begleitverletzungen fügt sich mithin in das degenerative Bild ein. Das Gesamtbild des Zustandes der linken Schulter des Beschwerdeführers (Vorliegen degenerativer Vorzustände und Fehlen von Begleitverletzungen) spricht demnach vorliegend ebenfalls für eine degenerativ – und nicht traumatisch – bedingte Ursache der Partialruptur der Supraspinatussehne. Dr. G.____ bringt in seiner Beurteilung vom 11. März 2022 vor, dass ein Impingement in der Literatur als Risikofaktor für die Entwicklung von degenerativen Rotatorenmanschettenläsionen gelte und anlässlich der Erstbehandlung vom 21. September 2020 Zeichen für ein solches vorgelegen hätten. Behandelt worden sei dieses Impingementsyndrom mittels Infiltration, was zu einer mehrmonatigen Besserung geführt habe. Danach seien wieder Beschwerden aufgetreten. Eine Infiltration sei bei einer frischen Rissbildung einer Sehne kontraindiziert, was auch der behandelnde Hausarzt Dr. D.____ wisse (vgl. zum Ganzen: UV-act. 2). Tatsächlich stellt eine Infiltration eine wirksame Schmerzbehandlung bei Entzündungen, insbesondere bei einem Impingement, dar (vgl. Debrunner, a. a. O., S. 728; Roche Lexikon, a. a. O., S. 534 f.; Pschyrembel, a. a. O., S. 506 f., 862). Vorliegend lagen anlässlich der Erstbehandlung vom 21. September 2020 Zeichen eines Impingements vor und ist im Oktober 2020 eine Infiltration erfolgt (UV-act. 18 S. 1), welche zu einer mehrmonatigen Besserung führte, danach setzten jedoch wieder Beschwerden ein (UV-act. 15 S. 2). Zwar begründet Dr. G.____ seine Aussage, wonach eine Infiltration bei einer frischen Rissbildung kontraindiziert sei, nicht weiter und kann auf

diese demnach nicht ohne Weiteres abgestellt werden. Doch fügt sich zumindest die Wirksamkeit der Infiltration vorliegend ebenfalls in das Gesamtbild einer umfassenden, degenerativen Situation der Schulter ein und kann somit als weiteres Indiz gegen einen traumatischen Ursprung der Partialruptur der Supraspinatussehne gewertet werden. Zusammengefasst sprechen vorliegend die klinischen sowie radiologischen Kriterien allesamt für eine unfallfremde Genese der Partialruptur der Supraspinatussehne. Daran ändert auch die statistische Wahrscheinlichkeit für eine unfallkausale Ursache derselben nichts. Hinweise auf allenfalls erfüllte, jedoch nicht genügend abgeklärte entscheidungsrelevante Kriterien liegen keine vor. Als Zwischenfazit ist somit festzuhalten, dass es sich bei der Partialruptur der Supraspinatussehne nicht überwiegend wahrscheinlich um eine neue unfallkausale Verletzung handelt, sondern um einen (degenerativen) Vorzustand. Den medizinischen Akten sind keine Hinweise auf eine richtungsgebende Verschlimmerung (vgl. dazu oben E. 3.3) der degenerativen Vorzustände (Tendinopathie, Arthrose, Partialruptur der Supraspinatussehne) zu entnehmen. Insbesondere ist eine Vergrößerung der Ruptur der Supraspinatussehne bildgebend nicht nachgewiesen. Eine richtungsgebende Verschlimmerung der degenerativen Vorzustände ist nach Gesagtem nicht überwiegend wahrscheinlich erwiesen. Mithin ist lediglich von einem vorübergehend verschlimmerten Gesundheitszustand im Bereich der Schulter nach erlittener Weichteilverletzung auszugehen (vgl. dazu oben E. 3.3). Einen solchen anerkannte auch die Beschwerdegegnerin, insbesondere gestützt auf die Beurteilung von Dr. G. ___ vom 16. Juli 2021 (UV-act. 10), und erbrachte dementsprechend vorübergehend die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass Weichteilverletzungen wie Kontusionen und Distorsionen in der Regel innert kurzer Zeit abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (vgl. Debrunner, a. a. O., S. 412). Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. Dr. G. ___ geht in seinen Beurteilungen vom 16. Juli 2021 und 11. März 2022 (UV-act. 2 und 10) von einem nach acht bis zwölf Wochen erreichten Status quo sine/ante aus. Angesichts des Umstands, dass der Beschwerdeführer initial keinen Arzt aufgesucht hatte, was bei einer schweren Kontusion/Distorsion anzunehmen gewesen wäre, ist nicht von einer aussergewöhnlich schweren Verletzung auszugehen. Wie in E. 6.7.3 dargelegt, konnten radiologisch auch keine – mit einer erheblichen Gewalteinwirkung häufig vergesellschafteten – Begleitverletzungen festgestellt werden. Mithin erscheint die vom beratenden Arzt angenommene Heilungsdauer von acht bis zwölf Wochen plausibel und kann auf diese abgestellt werden. Die Beschwerdegegnerin ist letztlich von einer Heilungsdauer von rund elf Wochen ausgegangen, indem sie die Versicherungsleistungen per 16. November 2020 eingestellt hat. Damit liegt die Heilungsdauer innerhalb der Annahme des beratenden Arztes und ist entsprechend nicht zu beanstanden, zumal sich aus der vorliegenden Aktenlage auch keine Hinweise darauf ergeben, dass diese im vorliegenden Fall nicht ausreichend wäre. Demnach ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Folgen der Weichteilverletzung infolge des Unfallereignisses vom 30. August 2020 spätestens am 16. November 2020 verheilt gewesen waren. Mithin hat das Unfallereignis zu diesem Zeitpunkt seine kausale Bedeutung für die Schulterproblematik links des Beschwerdeführers verloren. Eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht demzufolge nicht. Der Vollständigkeit halber ist in Bezug auf eine allfällige Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG (unfallähnliche Körperschädigung) festzuhalten, dass sich bei fehlendem natürlichem

Kausalzusammenhang zwischen einem Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG und einer Listenverletzung eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG erübrigt, jedenfalls solange kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt (BGE 146 V 71 E. 9.2). Vorliegend fehlt es an einem solchen anderweitigen initialen Ereignis, womit auch eine Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG auszuschliessen ist. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 25. Januar 2022 im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde vom 21. Februar 2022 abzuweisen. Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im UVG keine zu erheben (vgl. Art. 61 lit. f bis ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Ein Anspruch auf Parteientschädigung besteht ausnahmsweise auch dann, wenn sie nicht obsiegt. Namentlich dann, wenn der Versicherungsträger durch sein Verhalten die Entstehung unnötiger Kosten verursacht bzw. zu verschulden hat (BGE 125 V 375 E. 2b; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2020, N 226 zu Art. 61). Auch das anwendbare kantonale Verfahrensrecht (siehe Art. 61 Ingress ATSG) kennt als allgemeinen Grundsatz bei der Kostenauflegung das Verursacherprinzip (Art. 94 und 98 ter des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1] in Verbindung mit Art. 108 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272]). In Streitigkeiten hat jener Beteiligte die Kosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden (Art. 95 Abs. 1 VRP). Kosten, die ein Beteiligter, sein Rechtsbeistand oder sein Vertreter durch Trölerie oder anderes ungehöriges Verhalten oder durch Verletzung wesentlicher Verfahrensvorschriften veranlasst, gehen zu seinen Lasten. Ferner hat jeder Beteiligte, sein Rechtsbeistand oder sein Vertreter die Kosten zu übernehmen, die durch nachträgliches Vorbringen von Begehren, Tatsachen oder Beweismitteln entstehen, deren rechtzeitige Geltendmachung ihm möglich und zumutbar gewesen wäre (Art. 95 Abs. 2 VRP). In der hier zu beurteilenden Sache hat die Beschwerdegegnerin die Leistungseinstellung im angefochtenen Einspracheentscheid auf die Kurzbeurteilung von Dr. G.____ vom 16. Juli 2021 (UV-act. 10) gestützt. Diese pauschale Einschätzung vermochte den Nachweis des Erreichens des Status quo sine/ante jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erbringen, da Dr. G.____ sich in dieser Beurteilung mit der Frage der traumatischen Genese der Partialruptur der Supraspinatussehne nicht nachvollziehbar auseinandergesetzt hat. Mithin hat die Beschwerdegegnerin ihre Abklärungspflicht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG) verletzt, indem sie nicht bereits während des Einspracheverfahrens eine ergänzende/erläuternde Beurteilung von Dr. G.____ veranlasst hat bzw. diese erst eingeholt hat, als das Beschwerdeverfahren nach Einreichung der Beschwerdeschrift bereits anhängig war. Nach neuerer bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist dies bei den Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten des Versicherungsträgers auch bei vollständigem Unterliegen der versicherten Person zu beachten, wenn – wie vorliegend – im kantonalen Recht das Verursacherprinzip gilt (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Januar 2019, 9C_605/2018, E. 7.2). Nach Gesagtem ist dem Beschwerdeführer – trotz seines vollständigen Unterliegens – eine Parteientschädigung zuzusprechen. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf die eingeschränkte Streitfrage und den notwendigen Aufwand für die Beschwerdeführung bei weit unterdurchschnittlichem Aktenumfang eine pauschale

Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- zu bezahlen (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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