

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2022/26 vom 24. April 2023

Sg Versicherungsgericht, 2023-04-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2022_26

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2022/26 du 24 avril 2023

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2022/26 del 24 aprile 2023

Regeste

Art. 6 UVG. Art. 10 UVG. Würdigung ärztlicher Berichte und Stellungnahmen. Durch das Ereignis vom 30. November 2020 kam es höchstens zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes an der rechten Schulter des Beigeladenen und der Status quo sine war spätestens per 30. April 2021 erreicht. Die Leistungseinstellung per dieses Datum ist damit nicht zu beanstanden. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. April 2023, UV 2022/26).

Volltext

Entscheid vom 24. April 2023 Besetzung Präsidentin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichterin Mirjam Angehrn und Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiberin Katja Blättler Geschäftsnr. UV 2022/26 Parteien ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Bahnhofstrasse 13, Postfach 15, 7302 Landquart, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Martin Schmid, Hartbertstrasse 11, Postfach 611, 7001 Chur, gegen Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, Dufourstrasse 40, 9001 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Helvetia Versicherungen, Rechtsdienst Personenversicherung, Postfach 99, 8010 Zürich, am Verfahren beteiligt A.____, Beigeladener, Gegenstand Versicherungsleistungen (i.S. A.____) Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) war bei der B.____ AG als Business Analyst tätig und dadurch bei der Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Helvetia) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Die Arbeitgeberin teilte der Helvetia am 4. Dezember 2020 mit, dem Versicherten sei am 30. November 2020 in einem Fitnesscenter "beim Heben von Gewichten plötzlich die Hantel aus den Händen gerutscht" und er habe sich dabei eine Zerrung der Schulter rechts zugezogen. Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 1). Der am 4. Dezember 2020 erstbehandelnde Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, hielt als objektive Befunde einen lokalisierten Druckschmerz am ventralen Schultergelenk und eine schmerzhafte Aussenrotation fest (vgl. UV-act. 11). Am 3. Februar 2021 wurde im Röntgeninstitut D.____ aufgrund der persistierenden Schulterschmerzen eine MRT Arthrographie des rechten Schultergelenks durchgeführt. Der zuständige Dr. med. E.____, Facharzt für Radiologie und diagnostische Neuroradiologie, beurteilte gleichentags, es liege eine hochgradige, fast transmurale längs verlaufende Partialruptur der distalen Supraspinatussehne sowie eine geringe Begleitbursitis subakromialis vor. Es bestehe eine SLAP II Läsion (UV-act. 9). Am 3. März 2021 wurde der Versicherte durch Dr. med. F.____, Orthopädie G.____, untersucht, der in seinem Bericht vom 12. März 2021 als Diagnose eine symptomatische SLAP-Läsion mit transmuralem Riss im Übergang der Supra- auf die Infraspinatussehne der Schulter rechts auflistete. Er

beurteilte, der Versicherte zeige einen symptomatischen Bizepsansatzzeiriss. Derzeit sei der Rotatorenschaden nicht aktiv. Aufgrund dieser mechanischen Problematik mit meist frustrierten Ergebnissen bei konservativer Therapie habe er mit dem Versicherten die Durchführung einer diagnostischen Arthroskopie, einer arthroskopischen Bizepssehnenotomie und einer subpectoralen Tenodese besprochen (UV-act. 6). Dr. med. H.____, Leitender Arzt an der Klinik I.____, untersuchte den Versicherten am 23. März 2021. Tags darauf berichtete er über einen Verdacht auf eine SLAP-Läsion sowie eine Partiaalläsion der Supraspinatussehne. Der Versicherte habe berichtet, dass es beim Fitnesstraining im Rahmen einer Butterfly-Übung zu einschliessenden Schmerzen im Bereich der rechten Schulter gekommen sei. Klinisch imponiere eine Bizepssehnenproblematik. Die im MRT vom 3. Februar 2021 (vgl. UV-act. 9) sichtbare Supraspinatussehnenläsion lasse sich klinisch nicht oder nur begrenzt nachvollziehen. Auffällig sei jedoch die bereits mehrmonatige Leidenszeit des jungen Versicherten. Sie hätten daher entschieden, eine intraartikuläre Infiltration mittels Steroid durchführen zu lassen (UV-act. 7). Auf einem Fragebogen der Helvetia gab der Versicherte am 19. April 2021 an, am 30. November 2020 sei ihm während des Ausführens einer Übung auf dem Butterfly-Gerät plötzlich der Griff in seiner rechten Hand ausgerutscht, worauf seine Schulter nach hinten gedrückt worden sei. Er habe sofort einen Schmerz in der rechten Schulterpartie verspürt (UV-act. 10). Dr. med. J.____, Spezialarzt für Chirurgie, Traumatologie und Rekonstruktive Chirurgie, Vertrauensarzt der Helvetia, beurteilte am 2. Mai 2021, der Status quo sine sei am 1. März 2021 erreicht gewesen. Eine allfällige Operation stünde nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Kausalzusammenhang mit dem Ereignis. Der Versicherte leide an einer chronischen, durch Überbelastung bedingten Supraspinatus-Ruptur, welche nach dem Ereignis vom 30. November 2020 symptomatisch geworden sei (UV-act. 12). Dr. H.____ berichtete am 4. Mai 2021 bezüglich der gleichentags erfolgten Untersuchung, dass der sechs Wochen zuvor durchgeführte Ausschalttest im Sinne einer intraartikulären Steroid-Infiltration eine sehr hohe Wirksamkeit gezeigt habe. Es sei daher sicher davon auszugehen, dass die intraartikulären Schmerzen auf die Bizepssehne und/oder die Supraspinatussehnen-Teilruptur zurückzuführen seien. Derzeit profitiere der Versicherte noch eindeutig von der durchgeführten Infiltration. Der Versicherte könne sich jederzeit bei ihm melden, falls die Beschwerden zunehmen oder er mit dem Restleidensdruck nicht klarkomme. In diesem Fall wäre klar die operative Vorgehensweise im Sinne einer Schulterarthroskopie mit Rotatorenmanschettenrekonstruktion zu empfehlen. Der Versicherte habe zwei Wochen vor dem Untersuch wieder mit Krafttraining begonnen, sei hierbei jedoch noch nicht gänzlich beschwerdefrei (UV-act. 15). Mit Schreiben vom 5. Mai 2021 teilte die Helvetia dem Versicherten mit, der Status quo sine sei spätestens am 1. März 2021 erreicht worden. Aus Kulanz habe sie die Behandlungskosten bis 23. März 2021 übernommen. Für die danach erfolgten Behandlungen müsse er sich an seine Krankenkasse wenden (UV-act. 13). Nachdem der Versicherte eine einsprachefähige Verfügung verlangt hatte (UV-act. 16), holte die Helvetia eine Beurteilung von Dr. J.____ ein. Dieser befand am 2. Juni 2021, der Versicherte leide an einer chronischen Supraspinatussehnenruptur, bedingt durch ein intensives Krafttraining mit Heben von Gewichten. Anlässlich des Ereignisses vom 30. November 2020 sei es zu einer akuten Symptomatisierung dieser vorgeschädigten Supraspinatussehne gekommen. Versicherungsmedizinisch sei der Status quo sine spätestens am 1. Mai 2021 erreicht gewesen (UV-act. 20). Mit Verfügung vom 10. Juni 2021 stellte die Helvetia ihre Leistungen per 1. Mai 2021 ein, da die Beschwerden in der

rechten Schulter überwiegend wahrscheinlich nicht mehr in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 30. November 2020 stünden (UV-act. 22). Dagegen erhob die ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG (nachfolgend: ÖKK), Krankenversicherung des Versicherten, mit E-Mail vom 17. Juni 2021 vorsorglich Einsprache (UV-act. 25). Nachdem die Helvetia die ÖKK darauf aufmerksam gemacht hatte, dass eine Einsprache per E-Mail den formellen Voraussetzungen nicht genüge (vgl. UV-act. 26), reichte die ÖKK fristgerecht am 20. Juli 2021 eine handschriftlich unterzeichnete Einsprache ein (UV-act. 34) und legte dieser eine Stellungnahme von Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Vertrauensarzt der ÖKK, vom 2. Juli 2021 bei (vgl. act. G1.4). Der Versicherte, vertreten durch die Protekta Rechtsschutz-Versicherung AG (nachfolgend: Protekta), hatte am 29. Juni 2021 ebenfalls Einsprache gegen die Verfügung vom 10. Juni 2021 erhoben (UV-act. 28). Auf Nachfrage der Protekta führte Dr. H.____ am 6. August 2021 aus, es bestünden immer noch unfallbedingte Beschwerden (UV-act. 35). Dr. med. L.____, Vertrauensarzt der Helvetia, beurteilte am 7. Oktober 2021, es liege keine traumatische Rotatorenmanschettenruptur vor. Der Status quo sine sei Ende April 2021 erreicht gewesen (UV-act. 37). Mit Entscheid vom 23. März 2022 wies die Helvetia die Einsprachen der ÖKK und des Versicherten ab (UV-act. 39). Dagegen erhob die ÖKK (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. M. Schmid, Chur, am 3. Mai 2022 Beschwerde und beantragte, die Verfügung der Helvetia (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 10. Juni 2021 und der Einspracheentscheid vom 23. März 2022 in Sachen des Versicherten seien aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Versicherten für das Ereignis vom 30. November 2020 weiterhin die gesetzlichen Leistungen aus der Unfallversicherung zu erbringen. Eventuell sei der Fall zu ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Sie reichte unter anderem eine Beurteilung von Dr. K.____ vom 29. März 2022 ein (act. G1.7). Mit Schreiben vom 6. Mai 2022 wurde dem Versicherten (nachfolgend: Beigeladener) mitgeteilt, dass er zu gegebener Zeit Gelegenheit erhalten werde, Stellung zu nehmen und im anhängig gemachten Verfahren Parteirechte wahrzunehmen (act. G2). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 23. Juni 2022, die Beschwerde sei vollumfänglich abzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G6). Sie legte unter anderem eine Aktenbeurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. med. M.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 5. Juni 2022 ins Recht (act. G6.3). Mit Replik vom 29. August 2022 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Beschwerdeanträgen fest und reichte eine Stellungnahme von Dr. K.____ vom 17. August 2022 ein (act. G8 f.). In ihrer Duplik vom 29. November 2022 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Anträgen fest und reichte eine Aktenbeurteilung von Dr. M.____ vom 23. November 2022 ein (act. G14 f.). Mit Schreiben vom 7. Dezember 2022 eröffnete die Verfahrensleitung dem Beigeladenen eine Frist zur Einreichung einer Stellungnahme (act. G15). Der Beigeladene liess sich nicht vernehmen (act. G16). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch des Beigeladenen gegenüber der Beschwerdegegnerin auf vorübergehende Versicherungsleistungen (insbesondere Heilbehandlung) über den 30. April 2021 hinaus. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Die versicherte Person hat zudem Anspruch auf

die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; André Nabold, N 48 ff. 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 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; 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.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben medizinischer Sachverständiger 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 (KOSS UVG-Nabold, N 53 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 55, 58). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (vgl. BGE 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; BGE 118 V 291 f. E. 3a). Das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden können bzw. nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 N. 58 f.; Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 4). Eine durch einen Unfall verursachte Gesundheitsschädigung oder eine auftretende Beschwerdesymptomatik kann einen zuvor intakten oder einen bereits vorgeschädigten Körperteil betreffen. Ist letzteres der Fall kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustandes in Betracht. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen Vorzustand entfällt erst, 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 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 früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Eine richtunggebende Verschlimmerung liegt vor, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo sine noch der Status quo ante je wieder erreicht werden können (vgl. KOSS UVG-Nabold, N 54 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 71 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). 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. Um den Gesundheitszustand beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht, wie bereits erwähnt, auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (BGE 125 V 261 E. 4). 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 medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen oder von beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, kann rechtsprechungsgemäss ebenfalls Beweiswert beigemessen werden (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.7; RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 f. E. 1a). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass auch reine Beurteilungen aufgrund der Akten beweiskräftig sein können, 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 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1). Der Beigeladene erlitt am 30. November 2020 einen von der Beschwerdegegnerin anerkannten Unfall. Bezüglich des genauen Hergang desselben lassen sich den Akten jedoch unterschiedliche Varianten entnehmen. Präsentiert eine versicherte Person während des Verwaltungsverfahrens widersprüchliche oder inhaltlich wechselnde Sachverhaltsdarstellungen, ist der Grundsatz zu berücksichtigen, dass die spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 47 E. 2a; RKUV 2004 2004 Nr. U 524 S. 546). Hierbei handelt es sich nicht um eine förmliche Beweisregel, sondern lediglich um eine im Rahmen der freien Beweiswürdigung zu berücksichtigende Entscheidungshilfe. Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass die auf der Unfallmeldung angegebene Sachverhaltsvariante, wonach dem Beigeladenen am 30. November 2020 in einem Fitnesscenter beim Heben von Gewichten plötzlich eine Hantel aus den Händen gerutscht sei, von der Arbeitgeberin stammt (UV-act. 1). Die von den behandelnden Ärzten wiedergegebenen Sachverhaltsschilderungen des Beigeladenen sind sodann wenig detailreich (vgl. UV-act. 6 f., 11). Der vom Beigeladenen ausgefüllte Fragebogen zum Unfallhergang stammt zwar erst vom 19. April 2021 und kann damit nicht als Aussage erster Stunde gelten (vgl. UV-act. 10). Seine damaligen Angaben sind aber insofern beachtlich, als keine frühere ausführliche Schilderung des Sachverhalts durch den Beigeladenen aktenkundig ist und die detaillierte Erhebung der tatsächlichen Verhältnisse durch den Unfallversicherer gerade oft erst mittels Frageblätter mit entsprechenden Fragen betreffend die für die Leistungspflicht des Unfallversicherers massgeblichen Voraussetzungen des Unfallgeschehens erfolgt (vgl. dazu BGE 125 V 195, E. 2, und BGE 122 V 158, E. 1a). Der Beigeladene hatte im Fragebogen angegeben, ihm sei beim Ausführen einer Übung auf dem Butterfly-Gerät plötzlich der Griff aus der rechten Hand

gerutscht, worauf seine Schulter nach hinten gedrückt worden sei. Er habe sofort einen Schmerz in der rechten Schulterpartie verspürt. Die Frage, ob sich etwas Besonderes ereignet habe, beantwortete er mit "meine Hand rutschte vom Griff ab" (UV-act. 10). Diese Schilderung entspricht im Wesentlichen den Notizen des erstbehandelnden Dr. C.____ ("beim Fitness mit einem Gewicht vom Griff weggerutscht und plötzliche Bewegung gemacht"; UV-act. 11) und widerspricht auch den weiteren in den Akten festgehaltenen Sachverhaltsvarianten grundsätzlich nicht (vgl. UV-act. 1, 6 f.). Sie enthält jedoch - im Vergleich zu den Schilderungen, wonach dem Beigeladenen ein Griff bzw. eine Hantel aus der Hand gerutscht sei - ein zusätzliches Element in Form der Bewegung bzw. des Drückens der rechten Schulter nach hinten. Welche der erwähnten Sachverhaltsvarianten zutrifft, kann – wie sich nachfolgend ergibt – jedoch offenbleiben. Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Leistungseinstellung per 1. Mai 2021 in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilungen ihrer Vertrauensärzte Dr. L.____, Dr. J.____ und Dr. M.____ (UV-act. 20, 37, act. G6.3, G14.1). Die Beschwerdeführerin spricht diesen die Beweiskraft ab und hält ihnen insbesondere die Einschätzungen von Dr. K.____ entgegen (vgl. act. G1, G1.4, G1.7, G8 f.). Die ausführlichsten Beurteilungen stammen vorliegend von Dr. M.____ und Dr. K.____ (act. G1.4, G1.7, G6.3, G8.1, G14.1). Diese stützen sich massgeblich auf die Indikatoren des von den Ärzten N.____, O.____, P.____ und Q.____ entwickelten Schultertrauma-Checks. Dieser gibt gemäss den Autoren eine Hilfestellung für die (versicherungs-)medizinische Beurteilung eines akut entstandenen Schulterschmerzes zwecks Abgrenzung von traumatischen Veränderungen zu solchen bei Abnützung und Erkrankung. Der versicherungsmedizinische Konsens auf der Basis der aktualisierten Literatur geht laut den Autoren davon aus, dass eine Rotatorenmanschettenläsion in der Regel auf Grund von intrinsischen und extrinsischen Faktoren degenerativer oder krankhafter Natur entsteht und nur in Ausnahmen ein Trauma massgeblich richtungsweisend beteiligt ist. Die tabellarische Übersicht mit der Auflistung der wichtigsten Indizien soll dazu beitragen, die einzelnen Kriterien hinsichtlich ihrer Bedeutung für die abschliessende Entscheidung systematisch zu überprüfen, um so zu beurteilen, ob und inwieweit vorwiegend Zeichen einer Abnützung bzw. Erkrankung oder solche einer frischen Traumatisierung vorliegen. In der Tabelle sind mit näherer Umschreibung die Indikatoren Patientenmerkmale (Gewichtung: moderat bzw. gering), Expositionen (Gewichtung: moderat), Vorschädigungen (Gewichtung: moderat), Schadensmechanismus (Gewichtung: stark), morphologisches Schadensbild (Gewichtung: gering), funktionelles Schadensbild und Schmerzverlauf (Gewichtung: moderat), Bildgebung (Gewichtung: stark) und OP-Situs (Gewichtung: gering) aufgelistet (vgl. act. G14.1.1). In seiner Aktenbeurteilung vom 5. Juni 2022 hielt Dr. M.____ bezüglich des gemäss Schultertrauma-Check stark zu gewichtenden Indikators Schadensmechanismus entsprechend dessen näherer Umschreibung fest, es würde für ein Trauma sprechen, wenn eine Schulterverrenkung oder eine massive, plötzliche, reissende exzentrische Belastung des Armes bei muskulärer Fixierung der Rotatorenmanschette und gleichzeitiger passiver Rotation (z.B. Sturz beim Fensterputzen aus der Höhe nach vorn und Festhalten mit der Hand, Treppensturz mit der Hand am Geländer oder stehender Fahrgast, welcher sich mit nach oben gestreckter Hand festhalte und eine abrupte Abbremsung oder Beschleunigung des Fahrzeugs aufzufangen versuche) geschehen wäre. Der vorliegende Sachverhalt entspreche jedoch nicht einem solchen Schadensmechanismus. Dies unabhängig davon, welche Sachverhaltsvariante ("beim Fitness mit Gewichten vom Griff weggerutscht" oder "während einer Übung auf dem Butterfly-Gerät rutschte der Griff in der rechten Hand aus und drückte die Schulter nach hinten") zutrefte. So oder so sei eindeutig kein Impact auf die

Schulter des Beigeladenen erfolgt, welcher gemäss Schultertrauma-Check für eine traumatische Verursachung der Läsion sprechen würde. Eine Rotatorenmanschettenschädigung setze voraus, dass das Schultergelenk unter Einsatz der Rotatorenmanschette unmittelbar vor der Einwirkung muskulär fixiert gewesen sein und eine plötzliche passive Bewegung hinzugekommen sein müsse, die überfallartig eine Zugbelastung der Sehnen der Rotatorenmanschette bewirke. Beim vorliegend geschehenen Wegrutschen nach dem aktiven bewussten Festhalten sei der Impact des "Fixiertseins" mit plötzlicher passiver Bewegung nicht erfüllt gewesen. Dies spiegle sich im Übrigen auch in den eindeutig nach dem Ereignis fehlenden klinischen Befunden einer Rotatorenmanschettenruptur wieder (act. G6.3). Im Widerspruch zur Beurteilung von Dr. M.____ ging Dr. K.____ in seiner Stellungnahme vom 2. Juli 2021 von einer möglichen Schultergelenksverrenkung rechts am 30. November 2020 aus. Er hielt fest, der unvorhergesehene Unfallmechanismus mit Distorsion der rechten Schulter lasse im Gegensatz zu einer Kontusion die Wahrscheinlichkeit einer unfallkausalen Rotatorenmanschettenverletzung als möglich erscheinen (act. G1.4). Am 29. März 2022 führte Dr. K.____ erneut aus, eine eingetretene Schulterverrenkung/-distorsion sei trotz der zum Teil differierenden Angaben zum Unfallmechanismus als durchaus möglich zu erachten. Das Merkmal der plötzlichen und auch reissenden exzentrischen Belastung des Armes/Schultergelenkes sei beim Abrutschen von einem Hantelgriff beim Gewichtstraining (Butterfly) als gegeben anzusehen (act. G1.7). Wie jedoch Dr. M.____ am 5. Juni 2022 überzeugend und nachvollziehbar vorbrachte (vgl. act. G6.3), sind keine Hinweise für eine Schulterluxation dokumentiert. Keine der beiden dargestellten Sachverhaltsversionen ("beim Fitness mit Gewichten vom Griff weggerutscht" oder "während einer Übung auf dem Butterfly-Gerät rutschte der Griff in der rechten Hand aus und drückte die Schulter nach hinten") stellt gemäss Dr. M.____ eine Luxation oder Subluxation der rechten Schulter dar. Hierfür fehlten sowohl echtzeitlich dokumentierte Befunde und Symptome als auch Hinweise in der Diagnostik mittels MRT vom 3. Februar 2021. Auch sei von den behandelnden Ärzten nie eine Luxation in Erwägung gezogen worden (act. G6.3). Zudem ist – mit Dr. M.____ (act. G6.3) – darauf hinzuweisen, dass Dr. K.____ lediglich die Möglichkeit einer solchen Verletzung und damit einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion erwähnt, sich jedoch nicht abschliessend dazu geäussert hat. Am 17. August 2022 hielt Dr. K.____ ergänzend fest, das vom Beigeladenen beschriebene Ereignis ("plötzliches Abrutschen des Gewichts bei einer Fitness-Butterfly-Übung") sei nach biomechanischem Verständnis (abrupte bzw. unkontrollierte Hochrotation des Schultergelenks, welches im Butterfly-Gerät in 90°-Abduktionsstellung fixiert gewesen sei) geeignet, eine traumatische Läsion der Rotatorenmanschette zu begründen (act. G8.1). Wie Dr. M.____ am 23. November 2022 (act. G14.1) jedoch überzeugend ausführte, sei die Schulter beim Wegrutschen weder fixiert noch einem passiven Zug ausgesetzt gewesen. Der gemäss Schultertrauma-Check für eine traumatische Verursachung geforderte Schadensmechanismus lasse sich vorliegend nicht nachvollziehen (act. G14.1). Insgesamt spricht der Indikator des Schadensmechanismus damit für eine degenerative Verursachung der Rotatorenmanschettenläsion. Der ebenfalls stark zu gewichtende Indikator Bildgebung spricht laut Beurteilung von Dr. M.____ vom 5. Juni 2022 ebenfalls gegen eine traumatische Verursachung der Schulterverletzung. Dr. M.____ führte aus, zeitnah (ca. eine Woche nach dem Ereignis) seien keine Zeichen einer Schulterluxation oder eine Begleitverletzung wie ein Bone Bruise oder eine Kapsel-Bandverletzung, eine Sehndehiszenz intratendinös (über 2 cm vom Tuberculum entfernt), ein welliger Verlauf der Sehnenfasern (Elongation)

oder ein Ödem am tendomuskulären Übergang erhoben worden. Die erst am 3. Februar 2021, mithin zwei Monate nach dem Ereignis vom 30. November 2020, durchgeführte MRT habe eine deutliche subacromiale Enge mit distaler Supraspinatussehnenruptur ergeben (vgl. UV-act. 9). Dieser Teil der Supraspinatussehne komme bei Hantelbewegungen und vermehrter Aussenrotation/Elevation beim Trainieren anatomisch genau in die subacromiale Engezone zu liegen, was die degenerative Teilläsion erklären könne. Bekannt sei eine degenerative SLAP II Läsion auch bei Wurfsporarten oder über Kopf stattfindenden Trainingsbewegungen – wie sie bei einem Butterfly-Gerät vorkämen (act. G6.3). Dr. K. ___ hielt am 17. August 2022 dagegen, es liege lediglich der Bericht einer MRT vom 3. Februar 2021 (vgl. UV-act. 9), also neun Wochen nach dem Trauma, vor. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei die zu diesem Zeitpunkt erstellte bildgebende MR-Objektivierung nicht mehr tauglich, um sie mit der geforderten Sicherheit zur Beantwortung der Frage, ob eine frische oder degenerative Alteration der Rotatorenmanschette vorliege, miteinzubeziehen. In einem Zeitraum von neun Wochen mit reklamierten Beschwerden sei es als durchaus wahrscheinlich zu erachten, dass sich sekundär posttraumatische bildgebende Befunde (z.B. eine Fehlposition des Humeruskopfes mit andernorts beschriebener verminderter humero-acromialer Distanz) entwickelt haben könnten. Die im Bericht über die MRT vom 3. Februar 2021 festgehaltene Befunddifferenzierung "reizloses AC-Gelenk, gelenkseitige tiefe Partialruptur der distalen Supraspinatussehne, keine muskuläre Atrophie" (UV-act. 9) spreche mit anzunehmender Wahrscheinlichkeit für eine eher posttraumatisch als degenerative Pathologie der Schultergelenksalteration (act. G8.1, vgl. auch die Beurteilung von Dr. K. ___ vom 29. März 2022; act. G1.7). Dr. M. ___ hielt jedoch am 23. November 2022 fest, er verstehe die Ausführungen von Dr. K. ___ aus fachorthopädischer Optik nicht. Sie seien subjektiv sowie spekulativ und liessen den Rückschluss zu, dass Dr. K. ___ davon ausgehe, dass sich der Humeruskopf zwischen dem Ereignis und der MR-Untersuchung nach oben bewegt haben "könnte", um eine subacromiale Enge zu erzeugen, und dass ein reizloses AC-Gelenk mit gelenkseitiger Ruptur ohne muskuläre Atrophie ein Traumakriterium sei. Bekannt sei gemäss der MRT vom 3. Februar 2021 eine deutliche subacromiale Enge Bigliani Typ II. Es sei kein Grund ersichtlich, wie sich dieser Befund durch ein nach oben gewanderter Humeruskopf erklären liesse. Die MRT-Befunde seien bei subacromialer Enge von einer Bursitis subacromialis und einer degenerativen Labrumläsion begleitet gewesen, welche – ohne klinische Hinweise eines Humeruskopfhochstandes – auf überwiegend wahrscheinlich degenerativ veränderte Gewebeveränderungen zurückzuführen seien. Dafür spreche auch die Partialruptur der Supraspinatussehne ohne Akutsymptomatik bei freier Beweglichkeit, wie sie gemäss Bericht von Dr. H. ___ vom 23. März 2021 bestanden habe. Dr. H. ___ habe auch eine regelrechte glenohumerale Zentrierung festgehalten (vgl. UV-act. 7). Damit sei ein von Dr. K. ___ am 17. August 2022 erstmals vermutetes "Höhertreten des Humeruskopfes" sicher nicht vorliegend gewesen. Die im Schultertrauma-Check bezüglich des Indikators Bildgebung für ein Trauma sprechenden Kriterien seien vorliegend alle nicht erfüllt (act. G14.1). Aufgrund der überzeugenden Beurteilung von Dr. M. ___ ist mithin davon auszugehen, dass der stark zu gewichtende Indikator Bildgebung für eine degenerative Verursachung der Rotatorenmanschettenruptur spricht. Bezüglich der weiteren Indikatoren ist festzuhalten, dass der Beigeladene im Zeitpunkt des Ereignisses vom 30. November 2020 weniger als 40 Jahre alt war. Dies ist gemäss Schultertrauma-Check moderat zu gewichten (vgl. act. G14.1.1, Indikator Patientenmerkmale). Zum Indikator Exposition (moderate Gewichtung, vgl. act. G14.1.1) hielt Dr. K. ___ am 17. Oktober 2022

fest, sportliche oder berufliche Overhead-Belastungen seien nicht aktenkundig ausgewiesen. Zudem gebe es keine anamnestischen Hinweise auf ein chronisches Krafttraining (act. G8.1; vgl. auch act. G1.7). Dies ist zwar korrekt, reicht für sich alleine jedoch nicht zur Begründung einer traumatischen Verursachung der Rotatorenmanschettenruptur bzw. zur Begründung auch nur geringer Zweifel an der Einschätzung von Dr. M.____ aus. Bezüglich des moderat zu gewichtenden Indikators Vorschädigung befand Dr. K.____, es seien keine namhaften Vorschädigungen dokumentiert. Der Beigeladene sei vor dem schädigenden Ereignis symptomfrei und gut belastbar gewesen. Dies spreche zugunsten einer traumatischen Verursachung (act. G8.1, vgl. act. G1.7). Gegen diese Aussage sprechen jedoch – wie erwähnt – die im MRT vom 3. Februar 2021 erhobenen Läsionen (geringe Begleitbursitis subakromialis, SLAP II Läsion; vgl. UV-act. 9) für bestehende Vorschädigungen (vgl. E. 3.1.2). Bezüglich des moderat zu gewichtenden Indikators funktionelles Schadensbild und Schmerzverlauf hielt Dr. K.____ fest, in den Akten sei ein sofortiger Schmerz mit anzunehmender, aber nicht ausreichender Rückläufigkeit beschrieben, so dass vier Tage nach dem Trauma der erste Arztbesuch erfolgt sei. Die Arbeitsfähigkeit als Business Analyst sei verständlicherweise nicht namhaft beeinträchtigt gewesen. Ein Crescendo-Charakter der Symptomatik, wie sie bei einer Abnutzung oder Erkrankung zu erwarten sei, sei nicht aktenkundig (act. G8.1, vgl. act. G1.7). Aus den Akten ergibt sich anamnestisch zwar, dass es beim Ereignis vom 30. November 2020 zu einschliessenden Schmerzen gekommen ist (vgl. UV-act. 7, 10). Den medizinischen Akten lässt sich danach jedoch weder ein eindeutiger Crescendo-, noch ein Decrescendo-Verlauf entnehmen, so dass keine eindeutige Beurteilung des Indikators "funktionelles Schadensbild und Schmerzverlauf" möglich erscheint. Dr. M.____ folgte in seiner Stellungnahme vom 5. Juni 2022 nachvollziehbar, wenn man die starken Gewichtungen der degenerativen Tabellenkriterien in Relation zu den vorliegenden Befunden und zur Anamnese stelle, so festige sich die überwiegende Wahrscheinlichkeit einer erkrankungsbedingten, degenerativen distalen Supraspinatusteilsehnenläsion mit einer degenerativ bedingten SLAP II Läsion am Bicepssehnenanker bei subacromialer Enge. Aufgrund der erfolgreichen Kortisoninjektion seitens Dr. H.____ (vgl. UV-act. 15) müsse von einer wahrscheinlich starken entzündungshemmenden Wirkung ausgegangen werden, welche eine entzündliche Reizbursitis mit reaktiven Sehnenreaktionen bei subacromialer Enge als erfolgreich behandelte Problematik sehr gut erkläre. Eine richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustandes habe überwiegend wahrscheinlich nicht stattgefunden. Dies begründe sich zunächst mit den wochenlang nach dem Ereignis fehlenden klinischen Zeichen einer Rotatorenmanschettenruptur und durch fehlende Befunde, welche eine strukturelle Verschlimmerung der Vorbefunde erklärten. Gehe man somit von einer rein aktiv gewordenen Schmerzsymptomatik an der rechten Schulter nach dem Ereignis vom 30. November 2020 aus, so sei ein Status quo ante vel sine spätestens zwei Monate danach wieder erreicht gewesen (act. G6.3). Dr. M.____ hielt am 23. November 2022 an seiner Beurteilung fest (act. G14.1). Dr. K.____ schlussfolgerte dagegen in seiner Stellungnahme vom 17. August 2022, es seien bildgebend radiologisch keine namhaften degenerativen Begleitpathologien beschrieben. Das noch relativ junge Alter des Beigeladenen mache eine überwiegend kausal verantwortliche degenerative Vorschädigung unwahrscheinlich (act. G8.1). Dies ist jedoch insofern nicht nachvollziehbar, als – wie bereits ausgeführt (E. 3.1.2) – eine massgebliche Vorschädigung überwiegend wahrscheinlich ist. Angesichts der Aussagen von Dr. K.____ zur Erhärtung seiner Argumentation ("eine überwiegend kausal verantwortliche degenerative Vorschädigung ist unwahrscheinlich" bzw. "es ist mit nicht

unerheblicher, möglicherweise sogar überwiegender Wahrscheinlichkeit durchaus eine traumatische Ätiologie zu formulieren"; vgl. act. G1.7, G8.1), stellt sich die Frage, welchen Beweiswert er selbst seinen Beurteilungen beimisst. Die Stellungnahmen von Dr. K.____ sind damit insgesamt nicht geeignet, die überzeugenden Beurteilungen von Dr. M.____ in Zweifel zu ziehen. Die Einschätzungen von Dr. M.____ stehen auch weitestgehend im Einklang mit den während des Verwaltungsverfahrens von der Beschwerdegegnerin eingeholten Stellungnahmen ihrer weiteren Vertrauensärzte. Dr. J.____ hatte am 2. Juni 2021 erwogen, der Beigeladene leide an einer chronischen Supraspinatussehnenruptur, bedingt durch ein intensives Krafttraining mit Heben von Gewichten. Anlässlich des Ereignisses vom 30. November 2020 sei es zu einer akuten Symptomatisierung dieser vorgeschädigten Supraspinatussehne gekommen. Versicherungsmedizinisch sei der Status quo sine spätestens am 1. Mai 2021 erreicht gewesen (UV-act. 20; vgl. auch die Beurteilung von Dr. J.____ vom 2. Mai 2021 in UV-act. 12). Dr. L.____ hatte sodann am 7. Oktober 2021 beurteilt, sämtliche Befunde im MRT vom 3. Februar 2021 (vgl. UV-act. 9) seien degenerativ (SLAP-Läsion, Supraspinatussehnenruptur und Bursitis). Es fehlten die (gemeint wohl: für eine traumatische Genese) geforderten Ödeme, ein Bone bruise oder ein blutiger Gelenkserguss. Zudem bestehe ein Längsriss der Sehne und solche seien gemäss medizinischer Literatur rein degenerativ. Damit überhaupt ein traumatischer Sehnenriss geprüft werden könne, bedürfe es zwingend eines Querrisses. Beide Ereignisbeschriebe seien mit Verweis auf medizinische Literatur nicht geeignet (gemeint wohl: um eine traumatische Ruptur zu verursachen). Der Status quo sine sei Ende April 2021 erreicht. Man könnte streng genommen bereits nach drei Monaten den Status quo sine festsetzen, denn es sei lediglich ein erheblicher Vorzustand degenerativ symptomatisch geworden. Distorsionen heilten innert sechs bis acht Wochen folgenlos ab. Der protrahierte Heilverlauf sei nicht durch eine Distorsion, sondern durch den Vorschaden bedingt. Mit Wiederaufnahme des Krafttrainings sei der Status quo sine unfallkausal am 1. Mai 2021 erreicht (UV-act. 37). Abweichend davon hatte Dr. H.____ auf Anfrage der Protekta am 6. August 2021 beurteilt, es bestünden immer noch unfallbedingte Beschwerden. Es lägen ihm keine anderweitigen Dokumente vor, welche Zweifel an einem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 30. November 2020 schüren würden. Der Beigeladene habe, soweit aktenkundig, seit dem Unfallereignis durchgehend Beschwerden angegeben und es bestünden keine anderweitigen Ursachen, welche diese erklären würden. Ziel einer Operation wäre eine genaue Inspektion und Beurteilung sowohl der Supraspinatussehne als auch der langen Bizepssehne bzw. deren Ansatz im Gelenk (SLAP-Region). Die Prävalenz asymptomatischer transmuraler Rotatorenmanschettenläsionen werde in der Literatur für Patienten im Alter von 40 bis 50 Jahren mit 0 % angegeben. Wesentliche Risikofaktoren, die einen möglichen frühzeitigen Verschleiss erklären würden, zeigten sich nicht. Insbesondere liege keine Omarthrose, keine höhergradige AC-Gelenksarthrose und keine Sehnedegeneration vor. Zuletzt erscheine auch das Unfallereignis einer plötzlichen exzentrischen unerwarteten Krafteinwirkung auf das Gelenk geeignet, einen entsprechenden Schaden zu verursachen (UV-act. 35). Der Stellungnahme von Dr. H.____ lässt sich nicht entnehmen, ob er vollständige Aktenkenntnis hatte. Aufgrund des Erstellungsdatums (6. August 2021) waren ihm die später erstellten Stellungnahmen von Dr. M.____ (act. G6.3, G14.1) und diejenige von Dr. K.____ des Jahres 2022 (act. G1.7, G8.1) offensichtlich nicht bekannt. Seine Beurteilung setzt sich im Gegensatz zu den Stellungnahmen der Vertrauensärzte Dr. M.____ und Dr. K.____ nicht detailliert mit den Indikatoren des Schultertrauma-Checks auseinander und ist nur wenig begründet. Sie ist

insgesamt damit nicht geeignet, die überzeugende Beurteilung von Dr. M.____ in Zweifel zu ziehen. Zusammengefasst ist es durch das Ereignis vom 30. November 2020 höchstens zu einer vorübergehenden Verschlimmerung bzw. Aktivierung des Vorzustandes an der rechten Schulter des Beigeladenen gekommen und der Status quo sine war spätestens am 30. April 2021 erreicht. Die Leistungseinstellung per dieses Datum ist damit nicht zu beanstanden. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 23. März 2022 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. Im vorliegenden Verfahren sind keine Gerichtskosten zu erheben (Art. 61 lit. f bis ATSG). Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ebenfalls keinen Anspruch auf die beantragte Parteientschädigung (act. G6). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Für dieses Verfahren wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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