

# SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/53 vom 9. August 2024

Sg Versicherungsgericht, 2024-08-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2023\\_53](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2023_53)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/53 du 9 août 2024

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/53 del 9 agosto 2024

## Regeste

Art. 6 UVG; Unfallkausalität. Überwiegend wahrscheinlich kam es durch das Unfallereignis nicht zu (neuen) strukturellen Gesundheitsschäden an der linken Schulter des Beschwerdeführers sondern nur zu einer vorübergehenden Verschlimmerung. Eintritt des Status quo sine/ante drei Monate nach dem Unfallereignis ist nachgewiesen; auf die versicherungsmedizinische Beurteilung in dieser Hinsicht kann abgestellt werden. Die erfolgte Leistungseinstellung ist rechtmässig. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. August 2024, UV 2023/53).

## Volltext

Entscheid vom 9. August 2024 Besetzung Präsidentin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichterin Mirjam Angehrn und Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiberin Anita Burkhart Geschäftsnr. UV 2023/53 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Nadeshna Ley, Blumenbergplatz 1, Postfach 1126, 9001 St. Gallen, gegen AXA Versicherungen AG, General-Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war aufgrund seiner Tätigkeit für die B.\_\_\_\_ GmbH bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 25. September 2017 beim Entfernen der Vorhänge von seinem Marktstand von einer Leiter fiel. Gemäss Schadenmeldung vom 2. Oktober 2017 erlitt er dabei eine Quetschung der oberen Extremitäten, namentlich eine Verletzung der linken Schulter (UV-act. A1). Am 8. Januar 2018 konsultierte der Versicherte – auf Zuweisung seines Hausarztes Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, – Dr. med. D.\_\_\_\_, Orthopädie E.\_\_\_\_. Dr. D.\_\_\_\_ erhob hinsichtlich der linken Schulter folgende Untersuchungsbefunde: Schulterpartie hängend beidseits; langsam durchgeführt volle Beweglichkeit vorhanden, in den oberen Bewegungsgraden jedoch dolent links; auch Schürzengriff mit Schmerzangabe; Lift-Off-Test wohl negativ, jedoch schmerzhaft; Belly-Press-Test/Napoleon-Zeichen schmerzhaft jedoch negativ; Palm-Up-Test/Speed-Test nur diskret positiv; Jobe-Test negativ, jedoch Supraspinatusanspannungsschmerz; Infraspinatusfunktion gut; Apprehension diskret positiv klinisch; Cross-Body-Test ebenfalls mit Schmerzangabe; AC-Gelenk jedoch indolent; Schmerzen eher im mittleren medialen claviculären Anteil; auch leichter Thoraxkompressionsschmerz; zurzeit periphere Sensomotorik intakt; Schmerzangabe diffus auch paravertebral, cervical bzw. auch im Bereich der Fossa supraspinata. Dr. D.\_\_\_\_ hielt im Wesentlichen folgende Diagnosen fest: Nach Kontusions- / Distorsionstrauma Schulter links mit Schmerzangabe jetzt ventral (Differentialdiagnose: partielle Subscapularispathologie, Bizepspathologie); anamnestisch

bekannte Spondylarthrose C2/C3 links mit möglicher Irritation C6 links; anamnestisch degenerative lumbale Veränderung. Er ordnete eine MRT-Abklärung der linken Schulter an, damit ein Entscheid über eine allfällige Infiltration gefällt werden könne (vgl. zum Ganzen den Bericht vom 15. Januar 2018 [UV-act. M1]). Am 9. Januar 2018 wurde im Zuge einer ohnehin geplanten MRT-Untersuchung der Halswirbelsäule (HWS) des Versicherten (UV-act. M1-2; zur MRT-Untersuchung der HWS vgl. UV-act. M4-2) im Röntgeninstitut F. \_\_\_ auch eine MRT-Untersuchung der linken Schulter durchgeführt. Diese zeigte einen diskreten Erguss des AC-Gelenks, ein Typ II-Akromion, eine gering akzentuierte Flüssigkeit (Reizung) der Bursa subdeltoidea und eine leicht signalalterierte Supraspinatussehne mit diskreten bursaseitigen Unregelmässigkeiten (leichtgradige Tendopathie). Die restlichen Anteile der Rotatorenmanschette, die Rotatorenmuskulatur und die proximal lange Bizepssehne stellten sich normal dar. Überdies zeigte sich ein prominenter Rezessus des superioren Labrums und ein glatt berandeter glenohumeraler Knorpel (UV-act. M4-1). In seinem Bericht vom 5. Februar 2018 hielt Dr. D. \_\_\_ zur Untersuchung vom 23. Januar 2018 fest, die Symptomatik an der linken Schulter sei nach wie vor wechselnd. Zum Teil beständen Schmerzen entlang des Pectoralis, zum Teil auch dorsal. Zum Teil liege eher eine subacromiale Symptomatik vor. Er nahm eine subacromiale Infiltration vor, um zu sehen, ob die Beschwerden verschwinden würden (UV-act. M2). Am 13. Februar 2018 konsultierte der Versicherte Dr. D. \_\_\_ erneut. Im Bericht vom 21. Februar 2018 hielt Dr. D. \_\_\_ als Diagnose eine unklare Schultersymptomatik links bei Status nach einem Distorsionstrauma im September 2017 bei bekannten zervikalen degenerativen Veränderungen fest. Zum Verlauf führte er aus, die Infiltration habe keine Besserung gebracht, die Symptomatik sei identisch, jetzt eher konzentriert auf das AC-Gelenk, jedoch diffus auch in den Pectoralis ausstrahlend. Er merke den Versicherten für eine Infiltration des AC-Gelenks unter Röntgenbildverstärker (BV) vor, um zu sehen, ob und wie viele der Beschwerden verschwinden würden (UV-act. M3). Auf Anfrage der AXA reichte Hausarzt Dr. C. \_\_\_ am 12. März 2018 einen Arztbericht zum Schadenfall des Versicherten ein. In diesem Bericht hielt er folgende Befunde fest: Minime Druckdolenz Fibula lateral oberhalb oberes Sprunggelenk (OSG); Schulter links: Inspektion normal; keine Klopfdolenz (KD) der Wirbelsäule; keine KD der Scapula; kein Schmerz Humerus; keine Druckdolenz sonst im Schulterbereich; periphere Durchblutung, Motorik, Sensibilität (pDMS) gut; Jobe-Test gut; Palm-Up-Test tut stark weh; Aussenrotation gut; Innenrotation tut wenig weh; Lift-Off-Test tut deutlich weh. Er habe den Versicherten letztmals am 5. Februar 2018 gesehen. Hinsichtlich der Diagnosestellung verwies er auf die Berichte von Dr. D. \_\_\_. Zusätzlich hielt er aktivierte HWS-Beschwerden bei einer möglichen Irritation der Wurzel C6 links und eine mögliche chronifizierende Schmerzstörung fest. Bisher habe durch die ärztliche Behandlung bloss eine geringe Verbesserung erzielt werden können. Es laufe eine Physiotherapie. Eine Infiltration der Nervenwurzel C6 links sei dem Versicherten angeboten und auch eine Psychopharmaka-Therapie sei angesprochen, bisher aber nicht begonnen worden (UV-act. M5). Am 22. März 2018 beurteilte Dr. med. G. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, im Auftrag der AXA den Fall des Versicherten. Er kam im Wesentlichen zu dem Schluss, die geltend gemachten Beschwerden seien nur noch möglicherweise auf den Unfall vom 21. März 2018 (richtig: 25. September 2017) zurückzuführen. In der Regel sei der Status quo sine/ante nach drei Monaten erreicht, wenn keine unfallkausalen strukturellen Schädigungen beständen. Im MRT-Untersuch vom 9. Januar 2018 seien solche ausgeschlossen worden (UV-act. M8).

Mit formloser Mitteilung vom 23. März 2018 stellte die AXA die Versicherungsleistungen per 1. Januar 2018 ein (UV-act. A5). Mit Schreiben vom 13. April 2018 informierte Rechtsanwältin Nadeshna Ley, St. Gallen, die AXA über ihre Mandatierung durch den Versicherten und teilte mit, sie würden die Mitteilung vom 23. März 2018 als Aufforderung zur Wahrung des rechtlichen Gehörs entgegennehmen. Sie ersuchte um Akteneinsicht und stellte in Aussicht, anschliessend eine Stellungnahme zur angekündigten Leistungseinstellung einzureichen (UV-act. A7). Mit Schreiben vom 9. Januar 2019 meldete sich Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, speziell Wirbelsäulenchirurgie, Klinik I.\_\_\_\_, bei Rechtsanwältin Ley und nahm Bezug auf deren Anfrage vom 18. Dezember 2017. Er führte aus, der Kausalzusammenhang zwischen den Schulterschmerzen links und dem Unfall sei seiner Meinung nach unbestritten. Vorgängig habe der Versicherte keine entsprechenden Schulterprobleme gehabt. Unmittelbar nach dem Unfall habe die Problematik begonnen mit einer entsprechenden Läsion der linken Schulter. Die degenerativen Veränderungen der HWS würden die Schulterschmerzen und -probleme nicht erklären (UV-act. M10). Nachdem die AXA auf die am 28. November 2019 (UV-act. A9) und 7. Januar 2020 (bzw. 9. Mai 2018 und 24. Januar 2019; vgl. zum Ganzen UV-act. A12) erhobenen Einwände des Versicherten bzw. seiner Rechtsvertreterin gegen die Leistungseinstellung (vgl. zu dieser UV-act. A5) nicht eingetreten war (vgl. die Verfügung vom 14. Juli 2020 [UV-act. A20] bzw. den Einspracheentscheid vom 19. Februar 2021 [UV-act. A23]), hob das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 8. Dezember 2021 (UV 2021/22) den Einspracheentscheid vom 19. Februar 2021 auf und wies die AXA an, ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 25. September 2017 ab dem 1. Januar 2018 zu prüfen (UV-act. A24). Am 25. Januar 2022 informierte Rechtsanwältin Ley die AXA über den medizinischen Verlauf hinsichtlich der linken Schulter des Versicherten und reichte in diesem Zusammenhang insbesondere den Auszug aus dessen Patientenakte bei Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik I.\_\_\_\_, Zürich, für den Zeitraum vom 19. Dezember 2018 bis 18. September 2019 ein (UV-act. A26; zum Auszug aus der Krankengeschichte des Versicherten bei Dr. J.\_\_\_\_ vgl. auch UV-act. M11 [welcher den Zeitraum vom 19. Dezember 2018 bis 14. November 2019 umfasst]). Am 14. März 2022 berichtete Dr. C.\_\_\_\_ der AXA aufforderungsgemäss über den gesundheitlichen Verlauf beim Versicherten. Er hielt im Wesentlichen fest, die Beschwerden in der Schulter und dem linken Arm würden anhalten und seien nie wirklich weggegangen. Zurzeit bestehe keine volle Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Ob dieser zwischen der letzten Konsultation im November 2018 und dem Zeitpunkt der Berichterstattung voll arbeitsfähig gewesen sei, wisse er nicht und sei nicht beurteilt worden (UV-act. M13). Zusammen mit seinem Bericht reichte Dr. C.\_\_\_\_ der AXA einen Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 19. November 2018 zur Konsultation des Versicherten vom 15. November 2018 ein. Darin hielt Dr. H.\_\_\_\_, der den Versicherten ursprünglich wegen dessen Beschwerden im Zusammenhang mit der Wirbelsäule behandelt hatte, als Diagnose unter anderem eine "traumatische Schulterläsion links nach Sturz am 25. September 2017" fest. Zur Schulterproblematik führte er aus, die konservativen Massnahmen hätten höchstens kurzzeitig geholfen. Langfristig bestände nach wie vor eine belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzsymptomatik linksseitig. Die Schulter sei in der Rotation deutlich eingeschränkt. Insgesamt zeige sich ein deutlich protrahierter Verlauf der Schulterproblematik. Die Verlaufsbildgebung der HWS vom Januar (2018) zeige keine Ursache der linksseitigen Schulterschmerzen. Die Symptomatik sei mit grosser Wahrscheinlichkeit traumatisch bedingt (UV-act. M12). Am 31. Mai 2022

verfasste Dr. G.\_\_\_\_ eine detaillierte Aktenbeurteilung des Falls des Versicherten. Darin gelangte er zu dem Schluss, dass auch unter Berücksichtigung der ergänzten Dokumentation/Aktenlage seine Kurzbeurteilung vom 22. März 2018 mit Feststellung eines Status quo sine drei Monate nach dem Ereignis korrekt sei. Die Beurteilungen von Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ würden diese Einschätzung eher noch bestätigen. Die HWS sei durch das Unfallereignis höchstens kurzzeitig schmerzhaft geworden. Die MRT-Untersuchung vom 9. Januar 2018 habe keine Veränderung gegenüber der Voruntersuchung gezeigt und Dr. H.\_\_\_\_ habe die fehlende Unfallkausalität bezüglich der HWS bestätigt. Die Beurteilung einer Unfallkausalität der Schulterbeschwerden von Dr. J.\_\_\_\_ könne nicht nachvollzogen werden, da sie den MRT-Befund und die initiale Klinik, erhoben durch Dr. D.\_\_\_\_ (und auch Dr. C.\_\_\_\_), nicht berücksichtige und einzig dem Prinzip "post hoc ergo propter hoc" folge. Das gelte auch für die Angabe von Dr. H.\_\_\_\_ vom 9. Januar 2019. Eine AC-Verletzung sei gemäss den initial wechselnden Befunden (die für eine ventrale Pathologie gesprochen hätten) nicht dokumentiert und erst im Verlauf als möglich erachtet worden. Im MRT fänden sich aber keine genügenden Hinweise auf eine kürzliche AC-Verletzung unfallkausal. Der diskrete Erguss im Gelenk und die nur leichte subacromiale Bursitis seien überwiegend wahrscheinlich degenerativer Natur und häufige Befunde bei MRT-Untersuchungen im Alter des Versicherten. Wie der MRT-Befund würde auch die initiale Klinik mit einer degenerativen Ursache, nicht aber mit einer beim Ereignis erlittenen strukturellen Schulterpathologie korrespondieren. Die von Dr. H.\_\_\_\_ als protrahierte Schmerzhaftigkeit beurteilte Schultersymptomatik entspreche sodann der schon von Dr. C.\_\_\_\_ als möglich erachteten chronifizierenden Schmerzstörung (UV-act. M15). Mit Verfügung vom 7. Juni 2022 stellte die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2017 ein, wobei sie auf die Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen verzichtete (UV-act. A29). Dagegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin Ley, am 11. Juli 2022 Einsprache (UV-act. A32). Am 8. August 2022 forderte die AXA bei Dr. C.\_\_\_\_ die Einträge aus der Krankengeschichte des Versicherten für den Zeitraum vom 2. Oktober 2017 bis 14. März 2022 an (UV-act. A34). Die Krankengeschichte für den Zeitraum vom 2. Oktober 2017 bis 31. Mai 2018 reichte Dr. C.\_\_\_\_ der AXA am 10. August 2022 mit dem Vermerk ein, dass am 14. März 2022 (bzw. nach dem 31. Mai 2018) kein Eintrag bestehe (UV-act. M16). Mit Einspracheentscheid vom 14. Juli 2023 wies die AXA die Einsprache des Versicherten ab (UV-act. A41). Am 12. September 2023 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin Ley, Beschwerde gegen den vorerwähnten Einspracheentscheid und beantragte, dieser sei aufzuheben und es sei die AXA (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu verurteilen, ihm die gesetzlichen Versicherungsleistungen, namentlich Heilungskosten und Taggeld, evtl. Rente, über den 31. Dezember 2017 hinaus auszurichten (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 9. November 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Mit Replik vom 25. April 2024 (act. G 15) bzw. Duplik vom 21. Mai 2024 (act. G 17) hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest. Auf den detaillierten Inhalt der Rechtsschriften sowie der übrigen Akten wird – soweit entscheidrelevant – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Vorliegend strittig und zu prüfen ist die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2017 im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 25. September 2017 bzw. der Anspruch des Beschwerdeführers auf Versicherungsleistungen über das Leistungseinstellungsdatum hinaus. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte der

Beschwerdeführer den Beizug der Akten des Verfahrens UV 2021/22 (act. G 1-3 Ziff. 3; vgl. zu diesem Verfahren bereits vorstehend Sachverhalt A.j). Das Versicherungsgericht hat die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Verfahren zur Einreichung der vollständigen Vorakten aufgefordert (act. G 2). Zwar geht aus dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 8. Dezember 2021 hervor, dass bei den (damaligen) Akten der Beschwerdegegnerin offenbar auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorhanden waren (vgl. UV-act. A24-8 E. 2.4 mit Hinweis auf die Aktenstücke "K1" und "K2"). Abgesehen davon liegen jedoch keine Hinweise darauf vor, dass die im vorliegenden Verfahren eingereichten Fallakten lückenhaft wären bzw. relevante Berichte der behandelnden Ärzte fehlen würden (insbesondere gestützt auf die bei den Akten liegenden Auszüge aus der Krankengeschichte des Beschwerdeführers bei Dr. J.\_\_\_\_ [UV-act. M11] und Dr. C.\_\_\_\_ [UV-act. M16] sowie dessen Verlaufsberichte [UV-act. M5 und M13] entsteht der Eindruck, dass die relevanten medizinischen Erkenntnisse aktenkundig sind). Der Beschwerdeführer hat nach Einsicht in die von der Beschwerdegegnerin im vorliegenden Verfahren eingereichten Fallakten (zur erfolgten Einsichtnahme vgl. act. G 8 und G 15) auch nicht geltend gemacht, es würden relevante Fallunterlagen fehlen bzw. solche eingereicht. Dementsprechend kann auf den Beizug der Akten aus dem Verfahren UV 2021/22 sowie der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen verzichtet werden, da davon keine entscheidewesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. 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]; 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 63 ff. zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; André Nabold, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], in: Hans-Ulrich Stauffer/Basile Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 5. Aufl. 2024, S. 56). 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 entfielen. Ein adäquater Kausalzusammenhang liegt vor, wenn ein Ereignis nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.1 f. und BGE 117 V 376 ff. E. 3a und 4a; SVR 2007 UV Nr. 28 S. 96 f., U 413/05, E. 4.1 mit Hinweisen; Nabold, a. a. O., S. 57 und 60). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten 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 und 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 65 f. und N 74 zu Art. 6; Nabold, a. a. O., S. 58 und 61). 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 BGE 127 V 103 E. 5b/bb, je mit Hinweisen; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45; BSK UVG-Hofer, N 80 zu Art. 6; Nabold, a. a. O., S. 61). 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. Die Leistungspflicht entfällt also erst dann, wenn der Gesundheitsschaden 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 leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls 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 Nabold, a. a. O., S. 57 f.). Die Beweislast für das Dahinfallen der Unfallkausalität 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 der Expertin oder des Experten 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; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juni 2018, 8C\_281/2018, E. 3.2.2 mit Hinweisen). 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). Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2 und BGE 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast (vgl. zu dieser Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 2020, N 68 ff. zu Art. 43) im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift jedoch erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b m. w. H.; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 N 56 f.; Nabold, a. a. O., S. 4 und 58, je mit Hinweisen). Mit Einspracheentscheid vom 14. Juli 2023 (UV-act. A1) bzw. mit der diesem zugrundeliegenden Verfügung vom 7. Juni 2022 (UV-act. A29) hat die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2017, d. h. rund drei Monate nach dem Unfallereignis, eingestellt. Der Beschwerdeführer macht jedoch darüber hinaus weiterhin unfallkausale Beschwerden und Funktionseinschränkungen an der linken Schulter geltend (vgl. insbesondere act. G 1 S. 10). Aus den Einträgen von Dr. J.\_\_\_\_ in der Krankengeschichte des Beschwerdeführers ergibt sich dementsprechend auch, dass über das Leistungseinstellungsdatum hinaus Behandlungen der linken Schulter, insbesondere Cortison-Infiltrationen, stattgefunden haben (UV-act. M11) und gemäss dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 14. März 2022 bestand im Zeitpunkt der Berichterstattung keine volle Arbeitsfähigkeit, d. h. es kam auch nach dem Leistungseinstellungszeitpunkt (zumindest vorübergehend wieder) zu einer Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers (UV-act. M13 Ziff. 3 und 4). Nachfolgend ist entsprechend zu prüfen, ob die über das Leistungseinstellungsdatum hinaus bestehende Schulterproblematik links unfallkausal ist. Wie es sich im vorliegenden Fall mit der – zwischen den Parteien umstrittenen (vgl. dazu insbesondere E. 4.2.4 des angefochtenen Einspracheentscheids vom 14. Juli 2023 [UV-act. A41] sowie die Ausführungen des Beschwerdeführers im vorliegenden Verfahren [act. G 1-6 f. Ziff. 8 ff. und G 15-3 Ziff. 2 f.]) – Beweislastverteilung bzw. dem Umfang der

seitens der Beschwerdegegnerin erfolgten Anerkennung eines unfallkausalen Gesundheitsschadens verhält, kann im Hinblick auf die nachfolgenden Erwägungen offenbleiben. Wie bereits erwähnt, stellt sich die Frage, wer die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit zu tragen hat, nämlich erst, wenn es sich als tatsächlich unmöglich erweist, einen überwiegend wahrscheinlichen Sachverhalt zu ermitteln (vgl. vorstehende E. 2.4). Wie nachfolgend zu zeigen ist, trifft dies vorliegend nicht zu. 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; Nabold, a. a. O., S. 57; 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 (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). Als Beispiel dafür gelten insbesondere auch Kontusions- und Distorsionsfolgen. Bei Kontusionen und Distorsionen handelt es sich um Weichteilverletzungen, die namentlich anhand klinischer Befunde – wie Hämatome, Schwellungen, Schürfwunden, 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, 441; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 269. Aufl. 2023, S. 403). Die Unfallversicherung übernimmt die Leistungen bis zur Heilung der spezifischen

Verletzungsfolgen und/oder – wie oben erwähnt – für den durch ein Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub. Dr. G. \_\_\_ hielt in seiner Beurteilung vom 22. März 2018 fest, mit dem MRT-Untersuch vom 9. Januar 2018 der linken Schulter des Beschwerdeführers seien unfallkausale strukturelle Gesundheitsschäden ausgeschlossen worden (UV-act. M8-2 Ziff. 3). Anlässlich der vorerwähnten MRT-Untersuchung vom 9. Januar 2018 zeigte sich ein diskreter Erguss des AC-Gelenks, ein Typ II-Akromion, eine gering akzentuierte Flüssigkeit (Reizung) der Bursa subdeltoidea und eine leicht signalalterierte Supraspinatussehne mit diskreten bursaseitigen Unregelmässigkeiten (leichtgradige Tendopathie). Die restlichen Anteile der Rotatorenmanschette, die Rotatorenmuskulatur und die proximal lange Bizepssehne stellten sich normal dar. Überdies zeigte sich ein prominenter Rezessus des superioren Labrums und ein glatt berandeter glenohumeraler Knorpel (UV-act. M4-1). Mithin konnten die von den behandelnden Ärzten zunächst vermuteten Sehnenrupturen (vgl. dazu die Verdachtsdiagnose von Dr. C. \_\_\_ im Eintrag vom 2. Oktober 2017 in der Krankengeschichte [UV-act. M16-1] sowie die von Dr. D. \_\_\_ am 8. Januar 2018 gestellte Differentialdiagnose einer partiellen Subscapularis-/Bizepssehnenpathologie [UV-act. M1-1]) durch die MRT-Untersuchung vom 9. Januar 2018 ausgeschlossen werden. In der MRT-Bildgebung kam lediglich eine leichtgradige Tendopathie der Supraspinatussehne zur Darstellung, welche mit Blick auf die Natur eines solchen Gesundheitsschadens (vgl. zur Tendopathie Pschyrembel, a. a. O., S. 1731, Roche Lexikon, a. a. O., S. 1808) jedoch zu Recht von keiner der Parteien bzw. von keinem der involvierten Mediziner als unfallkausal diskutiert wurde. Hinweise auf bereits verheilte strukturelle Läsionen (z. B. Narbengewebe o. Ä.) gehen aus dem Bericht keine hervor (vgl. zum Ganzen UV-act. M4-1). Auch keiner der behandelnden Ärzte macht konkret eine unfallkausale strukturelle Läsion geltend. Vielmehr hielt Dr. D. \_\_\_ in seinen Berichten ein "Kontusions-/Distorsionstrauma" (vgl. insbesondere den Bericht vom 15. Januar 2018 [UV-act. M1]) bzw. eine "unklare Schultersymptomatik" (vgl. den Bericht vom 21. Februar 2018 [UV-act. M3]) fest. Auch den Einträgen von Dr. J. \_\_\_ in der Krankengeschichte des Beschwerdeführers (UV-act. M6) kann keine strukturelle traumatische Diagnose entnommen werden. Bei der von ihm festgehaltenen Diagnose einer AC-Arthropathie handelt es sich definitionsgemäss um eine Gelenkerkrankung mit heterogenen entzündlichen und nichtentzündlichen Komponenten (Pschyrembel, a. a. O., S. 140; Roche Lexikon, a. a. O., S. 134). Jedoch erwähnt Dr. J. \_\_\_ nie einen konkreten Befund im Zusammenhang mit der von ihm diagnostizierten Arthropathie. Vielmehr hielt er im Eintrag vom 19. Dezember 2018 (UV-act. M6-2) einen blanden Röntgenbefund der linken Schulter fest und hatte sich auch der Knorpel im MRT-Untersuch vom 9. Januar 2018 glatt dargestellt (UV-act. M4-1). Somit gehen auch aus den übrigen medizinischen Akten keine Hinweise auf strukturelle Schädigungen hervor. Dafür, dass es sich bei der AC-Arthropathie um einen sekundär unfallkausalen Gesundheitsschaden bzw. eine Spätfolge handeln könnte, welche sich erst nach dem MRT-Untersuch vom 9. Januar 2018 entwickelt hat, liegen keine Hinweise vor. Entsprechendes wird auch vom Beschwerdeführer bzw. den behandelnden Ärzten nicht geltend gemacht und ist mithin ebenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen. Ohnehin würde eine solche sekundäre Gesundheitsschädigung angesichts des Fehlens eines strukturellen Primärschadens (vgl. nochmals E. 4.3 ff.) wenig plausibel erscheinen. An der fehlenden Unfallkausalität der von Dr. J. \_\_\_ diagnostizierten AC-Arthropathie vermag auch der von ihm in diesem Zusammenhang verwendete Begriff "posttraumatisch" (UV-act. M6) nichts zu ändern. Dieser wird im medizinischen Sprachgebrauch zwar häufig gleichbedeutend mit

"unfallkausal" verwendet. Nach üblichem, allgemein geläufigem Sprachverständnis wird der Ausdruck "post" oft aber auch mit der zeitlichen Abfolge – unter Ausschluss des Verhältnisses von Ursache und Wirkung – in Verbindung gebracht. Vor diesem Hintergrund ist in jedem Einzelfall zu prüfen, welche Bedeutung dem Begriff "posttraumatisch" beizumessen ist (Urteile des Bundesgerichts vom 2. Mai 2018, 8C\_856/2017, E. 5.3 und 20. August 2014, 8C\_525/2014, E. 4.3.3 mit Hinweisen). Vorliegend scheint es zwar möglich, dass Dr. J.\_\_\_\_ den Begriff "posttraumatisch" im Sinne einer traumatischen Verursachung und nicht einer zeitlichen Abfolge verwendete. Wie Dr. G.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 31. Mai 2022 (UV-act. M15-4) richtigerweise bemerkte, fehlen jedoch weitere Ausführungen von Dr. J.\_\_\_\_ zur Unfallkausalität, insbesondere auch unter Berücksichtigung der im MRT-Untersuch vom 9. Januar 2018 erhobenen Befunde. Schliesslich ist an dieser Stelle zu wiederholen, dass es angesichts des Fehlens konkreter struktureller Befunde nicht nachvollziehbar ist, inwieweit die AC-Arthropathie traumatisch bedingt sein soll. Zusammengefasst ist mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass es durch das Unfallereignis vom 25. September 2017 zu keinen strukturellen Läsionen der linken Schulter des Beschwerdeführers gekommen ist. Hinweise auf eine richtungsgebende Verschlimmerung eines Vorzustands ergeben sich aus der vorliegenden Aktenlage keine, zumal eine solche mangels Nachweis struktureller Läsionen (vgl. vorstehende E. 4) im vorliegenden Fall ohnehin nicht plausibel erscheinen würde. Somit ist lediglich von einem vorübergehend verschlimmerten Gesundheitszustand im Bereich der linken Schulter nach erlittener Weichteilverletzung auszugehen (vgl. dazu oben E. 3.4). Ein solcher wurde von der Beschwerdegegnerin – durch die Leistungserbringung – auch faktisch anerkannt. Mit Blick auf die unbestrittene medizinische 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), überzeugt die Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_, wonach hinsichtlich der linken Schulter des Beschwerdeführers die erlittenen Unfallfolgen innert drei Monaten abgeheilt seien bzw. der Status quo sine/ante erreicht worden sei (vgl. dazu die Kurzbeurteilung vom 22. März 2018 [UV-act. M8-2 Ziff. 3] sowie die Bestätigung dieser Einschätzung in der detaillierten Beurteilung vom 31. Mai 2022 [UV-act. M15]). Abweichende medizinische Einschätzungen der behandelnden Ärzte zur Heilungsdauer liegen nicht vor. Dr. H.\_\_\_\_ macht lediglich pauschal aufgrund der zeitlich nach dem Unfallereignis aufgetretenen Beschwerden eine Unfallkausalität derselben geltend (UV-act. M10; vgl. zur beweisrechtlich untauglichen Formel "post hoc ergo propter hoc": Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. 1989, S. 460 N 1205 sowie BGE 119 V 340). Auch sonst ergeben sich aus den Akten keine Hinweise darauf, dass vorliegend von einer aussergewöhnlich langen Heilungsdauer ausgegangen werden müsste (z. B. wegen aufgetretenen Komplikationen oder Komorbiditäten [vgl. zum fehlenden Zusammenhang zwischen der Schulterproblematik und den degenerativen Veränderungen an der HWS des Beschwerdeführers die Stellungnahmen von Dr. H.\_\_\_\_ vom 9. Januar 2019, UV-act. M10, und 19. November 2018, UV-act. M12]). Der Umstand allein, dass der Beschwerdeführer weiterhin Beschwerden hatte, lässt keinen Rückschluss auf die Unfallkausalität derselben zu, da die Heilung eines traumatisch bedingt symptomatisch gewordenen Vorzustands fliessenden Charakter hat. Die soeben noch traumatisch bedingten Beschwerden lassen sich nicht von den fortan unfallfremd bedingten Beschwerden unterscheiden. Zwar stellten sich im MRT-Untersuch vom 9. Januar 2018, mithin rund eine Woche nach dem

Leistungseinstellungszeitpunkt, noch ein diskreter Erguss des AC-Gelenks sowie eine gering akzentuierte Flüssigkeit der Bursa subdeltoidea dar (UV-act. M4-1). Mit Blick auf das geringe Ausmass der entsprechenden Befunde (" diskreter Erguss", " gering akzentuierte Flüssigkeit" [vgl. UV-act. M4-1]) erscheint jedoch fraglich, ob diese überhaupt (noch) Beschwerden verursacht haben und/oder behandlungsbedürftig waren. Der Erguss im AC-Gelenk wurde vom untersuchenden Radiologen in der Beurteilung der erhobenen Befunde bezeichnenderweise nicht einmal aufgeführt (UV-act. M4-1), woraus geschlossen werden kann, dass der untersuchende Radiologe den Befund – mit Blick auf die geklagten Schulterbeschwerden – nicht für relevant hielt. In Übereinstimmung damit hielt auch Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 15. Januar 2018 zur Untersuchung vom 8. Januar 2018 (d. h. einen Tag vor dem MRT-Untersuch) fest, das AC-Gelenk sei indolent (UV-act. M1-1). Unabhängig davon hat Dr. G.\_\_\_\_ diese Befunde, welche bei Personen im Alter des Beschwerdeführers häufig vorkommen würden, in seiner Beurteilung vom 31. Mai 2022 (UV-act. M15) als degenerativen Ursprungs eingeschätzt. Die Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ überzeugt mit Blick auf das Gesamtbild der linken Schulter des Versicherten (die gering akzentuierte Flüssigkeit der Bursa subdeltoidea fügt sich – zusammen mit den bursaseitigen Unregelmässigkeiten der Supraspinatussehne – ohne Weiteres in ein entsprechendes degeneratives Gesamtbild ein). Widersprechende Einschätzungen der behandelnden Ärzte liegen auch in dieser Hinsicht wiederum keine vor, womit auf die Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ abgestellt werden kann. Soweit der Beschwerdeführer bemängelt, Dr. G.\_\_\_\_ habe ihn nie persönlich untersucht (act. G 15 S. 4 Ziff. 6), 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 vorstehende E. 2.3) und die fehlende persönliche Untersuchung durch Dr. G.\_\_\_\_ mindert den Beweiswert seiner Aktenbeurteilungen (UV-act. M8 und M15) somit nicht. Der Vollständigkeit halber kann zudem festgehalten werden, dass auch der Umstand, dass Dr. G.\_\_\_\_ im Zeitpunkt seiner Aktenbeurteilung nicht über die komplette Krankengeschichte des Beschwerdeführers bei Dr. C.\_\_\_\_ verfügte (pro memoria: diese wurde auf Aufforderung der AXA hin erst am 10. August 2022 eingereicht [vgl. vorstehend Sachverhalt B.b]), den Beweiswert der versicherungsmedizinischen Beurteilung nicht mindert, da sich aus den Einträgen in der Krankengeschichte – im Vergleich zu den Verlaufsberichten von Dr. C.\_\_\_\_ (UV-act. M5 und M13; über welche Dr. G.\_\_\_\_ bei seiner Beurteilung verfügte) – keine wesentlichen neuen Informationen ergeben. Gestützt auf die (beweiskräftigen) versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dr. G.\_\_\_\_ gelingt der Beschwerdegegnerin mithin der überwiegend wahrscheinliche Nachweis des Dahinfallens sämtlicher unfallkausaler Beschwerden bzw. des Eintritts des Status quo sine/ante per 31. Dezember 2017 und erfolgte die Leistungseinstellung auf dieses Datum hin somit zu Recht. Soweit in den medizinischen Akten eine mögliche Schmerzstörung des Beschwerdeführers erwähnt wird (vgl. zu einer solchen insbesondere den Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 12. März 2018 [UV-act. M5 Ziff. 4]), ist der Vollständigkeit halber festzuhalten, dass eine Unfallkausalität bzw. Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit einem solchen psychischen Leiden – sofern ein entsprechender Gesundheitsschaden denn überhaupt vorliegt (eine fachärztliche, gesicherte Diagnosestellung ergibt sich aus der vorliegenden Aktenlage nicht) – von den Parteien zu Recht nicht diskutiert wird. Mit Blick auf den erlittenen Unfall wäre nämlich lediglich von einem leichten Ereignis auszugehen und ein

adäquater Kausalzusammenhang somit ohne Weiteres zu verneinen (vgl. dazu Nabold, a. a. O., S. 65), zumal selbst bei Annahme eines mittelschweren Ereignisses keines der Adäquanzkriterien gemäss BGE 115 V 139 ff. (sogenannte Psycho-Praxis) erfüllt wäre. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 12. September 2023 gegen den Einspracheentscheid vom 14. Juli 2023 abzuweisen. Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im UVG keine zu erheben (vgl. dazu Art. 61 lit. f bis ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Beschwerdegegnerin hat unabhängig vom Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

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