

SO_GERICHTE VSBES.2021.188 vom 26. April 2022

SO Obergericht, 2022-04-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.188_d20220426

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.188 du 26 avril 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.188 del 26 aprile 2022

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Der Einsprache-Entscheid vom 05.10.2021 sei aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen auszurichten.

E. 2

Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten anzuordnen.

E. 3

Eventualiter sei die Causa an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks Durchführung eines Gutachtens und zwecks Erhebung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhaltes.

E. 4

Eventualiter sei die Causa an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks Einholung von echtzeitlichen Verlaufsberichten der behandelnden Ärzte.

E. 5

Es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen.

E. 6

Der Einsprache-Entscheid sei wegen formeller Nichtigkeit aufzuheben.

E. 7

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. 3. Die Beschwerdegegnerin schliesst in ihrer Beschwerdeantwort vom 17. November 2021 (A.S. 24 ff.) auf Abweisung der Beschwerde. 4. Mit Replik vom 15. Dezember 2021 (A.S. 34 ff.) hält der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. 5. In ihrer Duplik vom 21. Dezember 2021 (A.S. 40) schliesst die Beschwerdegegnerin weiterhin auf Abweisung der Beschwerde. 6. Am 10. Januar 2022 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers die Stellungnahme zur Duplik der Beschwerdegegnerin sowie seine Kostennote zu den Akten (A.S. 43 ff.). 7. Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) vom 25. September 2015

werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung am 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Da hier Leistungen für ein Unfallereignis von 2020 strittig sind, ist das neue Recht anwendbar. 3.

3.1 Der Beschwerdeführer bringt vor, der Einspracheentscheid vom 5. Oktober 2021 sei nicht rechtsgenügend unterzeichnet worden, weshalb dessen Rechtsgültigkeit bestritten werde. In materieller Hinsicht stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, die Verfügung vom 23. Juni 2021 wie auch der Einspracheentscheid basierten auf einem «rechtsungenügendlichen Sachverhalt», insbesondere aus medizinischer Hinsicht. Trotz offensichtlichen Widersprüchen zwischen den Einschätzungen der behandelnden Ärzte und den Verwaltungsärzten habe die Beschwerdegegnerin auf eine versicherungsexterne Beurteilung im Sinne einer Begutachtung verzichtet. Gerade wenn der Versicherungsträger nur auf rein interne medizinische Auskünfte abstelle, seien erhöhte Anforderungen an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit zu stellen. Des Weiteren behandle der

Einspracheentscheid auch nicht die Vorbringen gemäss Einsprache vom 23. August 2021, wonach es sich bei den kreisärztlichen Einschätzungen um reine Parteimeinungen handle. Der Einspracheentscheid beschäftige sich ebenfalls nicht mit den Vorbringen, wonach ein natürlicher und kausaler Kausalzusammenhang vorliege und ärztlich Brückensymptome attestiert worden seien. Bezüglich des Beweiswertes wirke sich erschwerend aus, dass die Beschwerdegegnerin bzw. der ärztliche Dienst kein klares Anforderungsprofil erhoben, keine persönliche Untersuchung vorgenommen und keine aktuellen Erfahrungsberichte eingeholt hätten. 3.2 Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, auf die Berichte der beiden Kreisärzte Dr. med. D. ___ und Dr. med. E. ___ könne voll und ganz abgestellt werden, sie seien für die streitigen Belange umfassend, hätten die beklagten Beschwerden berücksichtigt und seien in Kenntnis der Akten erfolgt. Sie seien für die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtend und die Versicherungsmediziner hätten ihre Schlussfolgerungen detailliert, nachvollziehbar und schlüssig begründet. Gestützt auf diese Beurteilungen sei davon auszugehen, dass der Unfall vom 11. September 2020 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Zustandes geführt habe und nach einem Zeitraum von maximal 12 Wochen der Umstand erreicht gewesen sei, wie er sich auch ohne Unfall eingestellt hätte. 4.

Es wird in formeller Hinsicht geltend gemacht, der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. Oktober 2021 sei mangelhaft, weil er nicht rechtsgültig unterzeichnet worden sei. 4.1 Verfügungen eines Sozialversicherungsträgers sind schriftlich zu erlassen (Art. 49 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]), was auch für Einspracheentscheide gilt. Eine handschriftliche Unterzeichnung stellt indes kein Gültigkeitserfordernis dar, wird sie doch weder im Gesetz ausdrücklich verlangt noch gehört sie zwingend zur Schriftlichkeit (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 49 N 57; Valérie Défago Gaudin in: Anne-Sylvie Dupont / Margit Moser-Szeless [Hrsg.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire, Basel 2018, Art. 49 N 17; Urteil des Bundesgerichts 8C_434/2017 vom 3. Januar 2018 E. 5.2; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG] U 68/02 vom 14. April 2003 E. 1.1). Eine fehlerhafte Verfügung ist nur ausnahmsweise nichtig, wenn der Mangel besonders schwer und offensichtlich oder zumindest leicht erkennbar ist, und wenn zudem die Rechtssicherheit durch die Annahme der Nichtigkeit nicht ernsthaft gefährdet wird (Urteil des Bundesgerichts 9C_95/2015 vom 27. Mai 2015 E. 5.2.1). 4.2 Der angefochtene Einspracheentscheid ist nicht eigenhändig unterschrieben worden (siehe A.S. 11). Eine fehlende Unterschrift stellt für sich allein keinen besonders

schweren Mangel dar, zumal wenn wie hier immerhin der Urheber des Entscheids ersichtlich ist. Dem Beschwerdeführer ist durch die Eröffnung des nicht unterschriebenen Einspracheentscheids kein Nachteil entstanden (siehe dazu Art. 49 Abs. 3 ATSG), war er doch in der Lage, den Entscheid sachgerecht beim Versicherungsgericht anzufechten (siehe Urteil des Bundesgerichts 9C_532/2018 vom 18. Oktober 2015 E. 3.2.3). Der Einwand, der angefochtene Einspracheentscheid sei nichtig, erweist sich damit als unzutreffend. 5. In materieller Hinsicht ist streitig und zu prüfen, ob der Beschwerdeführer auch nach dem 20. Juni 2021 Anspruch auf Leistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 11. September 2020 hat. 5.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2017 vom 10. Oktober 2017 E. 3). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Der Beweis der Gesundheitsschädigung und des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt, d.h. mit den Berichten der behandelnden Ärzte und allenfalls einem Gutachten (Irene Hofer in: Ghislaine Frésard-Fellay / Susanne Leuzinger / Kurt Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar zum UVG, Basel 2019, Art. 6 N 6). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt nicht, um einen Leistungsanspruch zu begründen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.). 5.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach 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 177 E. 3.2 S. 181). 5.3 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status

quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine) erreicht ist (RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2, SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12, 8C_901/2009 E. 3.2 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2020 vom 4. März 2021 E. 3, SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009 E. 4.3 mit Hinweisen). Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen ungekürzt zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Demnach hat die versicherte Person bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante auch Anspruch auf eine zweckgemässe Behandlung, welche operative Eingriffe umfassen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_423/2012 vom 26. Februar 2013 E. 3.2 mit Hinweisen). Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (a.a.O. E. 5.3 mit Hinweisen).

6. 6.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1 mit Hinweis).

6.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen, 130 III 321 E. 3.2 und

3.3 S. 324 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_852/2016 vom 12. September 2017 E. 3). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 156 E. 2d S. 161). Seit Einführung des Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheids – vorliegend bis 5. Oktober 2021 – mitzubeherrschenden, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., 2020, Art. 52 ATSG N 74 mit weiteren Hinweisen).

6.3 Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

7. Zum medizinischen Sachverhalt enthalten die Akten insbesondere die folgenden Angaben:

7.1 Im Bericht der Klinik F.____ vom

E. 8

Dezember 2006 (Suva-Nr. 41) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe heute um 08:00 Uhr bei der Arbeit als Elektroinstallateur von der Leiter aus ca. 1 m Höhe einen Sturz auf die linke Schulter erlitten und sei anschliessend zehn Stufentritte hinuntergefallen. In der Befunderhebung zur linken Schulter wurde festgehalten, es bestehe eine abgeflachte Kontur des M. deltoideus, ein hervorstehendes Akromion, keine Druckdolenz, Bewegungsprüfung schmerzbedingt nicht möglich, kein Ruheschmerz. Es sei eine Reposition unter Analgesie und unter BV-Kontrolle erfolgt. Die anschliessende Röntgenkontrolle habe regelrechte Stellungsverhältnisse gezeigt.

7.2 Dem Bericht der Klinik F.____ vom 23. April 2007 (Suva-Nr. 42) lässt sich entnehmen, dass am 19. April 2007 eine erneute Luxation der linken Schulter stattgefunden habe. Am 20. April 2007 wurde eine Arthro-MRT der linken Schulter durchgeführt. In der entsprechenden Beurteilung wurde festgehalten, es bestehe eine instabile Situation bei Status nach Schulterluxation am 8. Dezember 2006 mit erneuter Luxation am 19. April 2007, bei Riss einerseits der Kapsel ventralseitig, andererseits der glenohumeralen Ligamente, des Weiteren aber auch der cranialen Abschnitte des Muskels und der Sehne des M. subscapularis, sowie auch Abriss der distalen Abschnitte des Coracoids mit Dislokation nach ventralseitig. Tendinopathie mit Signalerhöhung und Verdickung der langen

Bizepssehne intraartikulär, welche zwar intakt sei, von hier aus finde sich aber eine ausgeprägte SLAP-lesion cranial, cranioventralseitig bis caudalseitig im Sinne einer knorpeligen Bankartläsion. Keine knöcherne Bankartläsion. Daneben bestehe eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose mit Begleitbursitis und Impingement und Begleittendinopathie der Infra- und Supraspinatussehne mit kleinen Partilläsionen. Grosse Hill-Sachs-Läsion. Die knöchernen Läsionen bzw. Frakturen dürften aufgrund des fehlenden Knochenmarködems bereits am 8. Dezember 2006 entstanden sein.

7.3 Gemäss Bericht der Klinik F.____ vom 24. April 2007 (Suva-Nr. 44) sei dem Beschwerdeführer dringend zu einer operativen Sanierung bzw. Stabilisierung der linken Schulter geraten worden. Der Beschwerdeführer sehe jedoch aktuell keine Operationsindikation.

7.4 Dem Bericht von Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Orthopädie, vom 27. Januar 2009 (Suva-Nr. 45) lässt sich die Diagnose eines Subacromialen Impingement rechts bei Rotatorenmanschettenläsion und ausgeprägter hypertropher AC-Gelenksarthrose rechts entnehmen. Der Beschwerdeführer sei vor etwa drei Monaten auf die rechte Schulter gestürzt. Seither habe er Beschwerden, hauptsächlich in Ruhe, aber auch bei Tätigkeiten des angehobenen Armes, und das Gefühl einer verminderten Kraft. Die Röntgenuntersuchung vom 19. Januar 2009 beim Röntgeninstitut Rodiag habe kleine Verkalkungen im Subacromialraum gezeigt. Etwas vermehrte Sklerosierung cranial im Bereiche des Tuberculum majus. Sonst keine ossäre oder artikulare Auffälligkeit. Die MRI-Untersuchung vom 22. Januar 2009 bei demselben Röntgeninstitut habe eine vollständige Ruptur der Supraspinatussehne gezeigt. Partialruptur der Infraspinatus- und der Subscapularissehne sowie auch der langen Bizepssehne. Es bestehe eine bereits leicht fettige Degeneration des Musculus supraspinatus. Daneben deutliche Einengung des Subacromialraumes durch eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose. Dr. med. G.____ habe dem Beschwerdeführer einen operativen Eingriff empfohlen.

7.5 Am 2. Oktober 2020 fand im Röntgeninstitut Rodiag eine MRT Arthrographie des linken Schultergelenks statt. Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Radiologie, hielt in seiner Beurteilung fest, es bestehe eine ausgedehnte Ruptur im mittleren, eine kalzifizierende Tendinose im oberen Anteil der Subscapularissehne, begleitet von fortgeschrittener fettiger Degeneration und Atrophie der betroffenen Muskelregionen. Tiefreichende und ausgedehnte gelenkseitig betonte Partialruptur der Sub-scapularissehne (PASTA-Läsion) und zusätzlich bursaseitig kommunizierende umschriebene Footprint-Läsion im mittleren Anteil. Ruptur der langen Bizepssehne im intraartikulären Verlauf. Fortgeschrittene Omarthrose (Suva-Nr. 63).

7.6 Am 16. Oktober 2020 fand in der Klinik C.____ eine Röntgenuntersuchung der linken Schulter statt. Dr. med. I.____, Spezialarzt für Radiologie, berichtete von einer erheblichen Omarthrose mit exzentrischer Verschmälerung vorwiegend des kaudalen glenohumeralen Gelenksspalts, von subchondralen Sklerosen und marginalen osteophytären Anbauten mehr subkapitär als infraglenoidal bei nach kaudal dezentriertem Humeruskopf. Ca. 2 cm grosses Corpus liberum/Synovialosteochondrom am ventralen kaudalen glenohumeralen Gelenkspalt. Der kraniale glenohumerale Gelenkspalt und der radiologische Subacromialraum seien erweitert (Suva-Nr. 10).

7.7 Dem Verlaufseintrag von Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik C.____, vom 16. Oktober 2020 (Suva-Nr.

38, S. 3 f.) lässt sich entnehmen, es lägen zwei Probleme an der linken Schulter vor. Ursächlich sei die zunehmende symptomatische posttraumatische Omarthrose, begleitet durch Rupturen der Rotatorenmanschette. Es seien mit dem Beschwerdeführer die verschiedenen therapeutischen Optionen besprochen worden. Eine Rekonstruktion mache, bei fettiger Degeneration der Rotatorenmanschette sowie schwerer tendinopathischer Veränderung, keinen Sinn. Als definitive Lösung bleibe lediglich die Implantation einer inversen Schultertotalendoprothese. Es werde zunächst eine konservative Behandlung mit Physiotherapie gestartet.

7.8 Am 23. Oktober 2020 wurde in der Klinik C.____ eine Arthrographie sowie eine MRT des rechten Schultergelenks durchgeführt. Dr. med. K.____, Spezialarzt für Radiologie, führte in seiner Beurteilung aus, es bestünden transmurale komplette Rupturen der Infraspinatus- und Supraspinatussehne und eine weitestgehende Partialruptur der Subscapularissehne sowie eine rupturierte Bizepssehne mit entsprechend "empty-sulcus-sign". Es bestehe eine ausgeprägte Omarthrose mit Knorpelschäden glenohumeral und voluminösem hemizirkumferenziellem Osteophytenkranz mit ausgewaltem/"abgeplattetem" Glenoid und entsprechendem Verlust des zentralen Knochenstocks, synoviale Chondromatose mit teilweise voluminösen Synovialchondromen. AC-Gelenkkapseldefekt mit konsekutivem KM-Übertritt in das aufgeweitete, hypertroph degenerierte AC-Gelenk. Fettig involutierter M. infraspinatus (Goutallier IV), fettig involutierter M. supraspinatus (Goutallier III) und Zeichen der Verfettung für den M. subscapularis (mindestens Goutallier II) (Suva-Nr. 59).

7.9 Dr. med. J.____ hielt in seinem Verlaufseintrag vom 30. Oktober 2020 (Suva-Nr. 38, S. 2) fest, auch auf der rechten Seite bestehe keine Möglichkeit einer Rekonstruktion der Manschette. Ebenfalls bleibe als definitive Lösung lediglich die Implantation einer inversen Schultertotalendoprothese. Aus Sicht des Orthopäden sei eine weitere Tätigkeit auf dem Bau mit vorwiegender Arbeit über Kopf nicht mehr möglich.

7.10 Dem Arztzeugnis UVG vom 11. November 2020, ausgefüllt durch den Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. L.____ (Suva-Nr. 15), lässt sich entnehmen, vor etwa 15 Jahren habe der Beschwerdeführer eine traumatische Schulterluxation erlitten. Damals sei eine Reposition erfolgt und keine weitere Therapie. In den nächsten Jahren habe es im Grunde einen problemlosen Verlauf gegeben. In der Zeit habe er einige erneute Stürze erlitten, vor allem auf diversen Baustellen. Seit nun vier Monaten zunehmende Schmerzen an der linken Schulter. Es habe sich um eine dauerhafte Symptomatik mit Zunahme bei Belastung, jedoch auch Nachtschmerzen gehandelt. Täglich nehme er drei bis fünf Tabletten Inflammac ein. Am 11. September 2020 dann der Sturz von einer Leiter bei der er sich mit der linken Hand festgehalten habe. Dies habe zu einer weiteren Exazerbation der Symptomatik geführt. Seither sei er arbeitsunfähig. Der Bewegungsumfang habe sich nicht wesentlich reduziert. Der Kraftverlust sei schon seit längerem bekannt. Es gebe keine besonderen Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen könnten. Zum objektiven Befund zur linken Schulter wird Folgendes ausgeführt: Painful arc ab 90°, Anteversion bis 160°, Abduktion bis 120°, Jobe-Test und Aussenrotation schmerzhaft, Schürzengriff nicht möglich.

7.11 Dr. med. L.____ führte in seinem Bericht vom 21. Januar 2021 (Suva-Nr. 32) aus, seit seinem Sturz von der Leiter am 11. September 2020 bestünden dauerhafte Schmerzen in der linken Schulter mit Zunahme bei Belastung, jedoch aber auch nachts Schmerzen. Täglich nehme er bis zu drei Tabletten Inflammac ein. Gemäss Dr. med. J.____ lägen zwei Probleme

an der Schulter vor. Ursächlich sei die zunehmende symptomatische posttraumatische Omarthrose begleitet durch Rupturen der Rotatorenmanschette. Verschiedene therapeutische Optionen seien besprochen worden. Eine Rekonstruktion mache bei fettiger Degeneration der Rotatorenmanschette sowie schwerer tendinopathischer Veränderung keinen Sinn. Als definitive Lösung bleibe lediglich die Implantation einer inversen Schultertotalendoprothese. Aus Sicht des Spezialisten sei eine weitere Tätigkeit auf dem Bau mit vorwiegender Arbeit über Kopf für den Beschwerdeführer nicht mehr möglich. Der Beschwerdeführer wünsche im Moment noch Bedenkzeit, was die vorgeschlagene Operation anbelange. Zwischenzeitlich besuche er regelmässig die Physiotherapie. Hinsichtlich Beschwerdebild seien leider keine wesentlichen Fortschritte zu verzeichnen.

7.12 Kreisärztin Dr. med. D.____, Fachärztin Allgemein Chirurgie und Traumatologie, hielt in ihrem Bericht vom 9. Juni 2021 (Suva-Nr. 64) fest, die Gesundheit des Beschwerdeführers bei der vom aktuellen Unfallereignis betroffenen Körperregion (Schulter links) sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen. Es bestehe ein ausgeprägter Vorzustand bei mindestens zweimaliger Schulterluxation und verbleibender Instabilität. Schon im MRI von 2007 sei eine Sehnenläsion nachgewiesen worden. Der Unfall habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar seien, geführt. Es seien keine frischen Läsionen nachweisbar. Die Unfallfolgen hätten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer vorübergehenden Verschlimmerung über einen Zeitraum von maximal drei Monaten geführt. Die Beschwerden an der linken Schulter seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 27. März 2017 zurückzuführen. Die Schulter sei damals bereits stark degenerativ verändert gewesen. Die fortgeschrittene fettige Degeneration sei ein klarer Hinweis, dass die Rotatorenmanschette schon früh gerissen gewesen sei, wie auch schon in den Bildern von 2007 dokumentiert. Schon damals sei eine instabile Situation dokumentiert gewesen und es sei dem Beschwerdeführer eine Operation vorgeschlagen worden. Die geplante Prothese sei auch ganz klar als Folge zu diesen Ereignissen 2006 / 2007 zu sehen.

7.13 Die Beschwerdegegnerin veranlasste bei der Kreisärztin Dr. med. D.____ eine weitere ärztliche Beurteilung. Die Kreisärztin führte in ihrem Bericht vom 16. Juni 2021 (Suva-Nr. 77) aus, zusammengefasst seien die Befunde beim Versicherten, die wahrscheinlich zur Prothesenimplantation führen würden, weder auf das Ereignis vom September 2020 noch auf das Ereignis aus dem Jahre 2017 zurückzuführen. Beim Versicherten liege eine schwere Omarthrose sowie auch eine ältere chronische Rotatorenmanschettenläsion mit schon fettiger Degeneration und Re-traktion vor. Auf der vorliegenden Bilddokumentation aus dem Jahre 2006 / 2007 seien schon damals Läsionen im Bereich der Rotatorenmanschette und eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose mit deutlichem Impingement nachzuweisen. Im Verlauf der Jahre, entsprechend der natürlichen Entwicklung, habe die Degeneration im Bereich der linken Schulter zugenommen. Frische strukturelle Läsionen, die auf das Ereignis vom September 2020 zurückzuführen wären, hätten sich in der Bildgebung keine dargestellt. Durch das Ereignis könne es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung im Sinne einer Schmerzauslösung respektive Schmerzverstärkung der schon vor dem Sturz bekannten linksseitigen Schulterschmerzen gekommen sein. Nach maximal drei Monaten seien die persistierenden Beschwerden mit der ausgeprägten vorbestehenden Omarthrose mehr als erklärt. Weitere Therapien sowie eine allfällige geplante Schulterprothesenimplantation seien nicht mehr kausal zum Ereignis von 2020. Nach

erlittener Schulterluxation im Jahre 2006 mit Reluxation im Jahre 2017 (recte: 2007) seien diese Beschwerden respektive die weiteren Therapien als Rückfall zu diesen beiden Ereignissen zu sehen und von der damaligen zuständigen Versicherung zu übernehmen.

7.14 Dem Bericht von Dr. med. J. ___ vom 15. Juli 2021 (Suva-Nr. 87, S. 2) lässt sich entnehmen, es sei eine vereinbarungsgemässe Kontrolle der linken Schulter erfolgt. Es seien weiterhin dauerhafte Schmerzen vorhanden. Täglich nehme er ein bis zwei Voltaren 75 mg retard ein. Er könne den Arm kaum einsetzen, da die Kraft nicht vorhanden sei und die Schmerzen sehr stark seien. Regelmässig Physiotherapie. Hierunter könne die Situation stabil gehalten werden.

7.15 Mit Schreiben vom 31. Juli 2021 (Suva-Nr. 89) nahm Dr. med. L. ___ Stellung zur ärztlichen Beurteilung der Kreisärztin Dr. med. D. ___ vom 16. Juni 2021. Er führte aus, mit dieser Beurteilung sei er insofern nicht einverstanden, als er der Meinung sei, dass der Unfall vom 11. September 2020 eine richtungsweisende Verschlimmerung bzw. eine *Conditio sine qua non* für den heutigen Status darstelle und der Endzustand noch nicht erreicht sei. Nach dem Sturz vom 11. September 2020 sei es zu einer deutlichen und dauerhaften Verschlechterung des Beschwerdebildes gekommen, das eindeutig dem erneuten Unfallereignis zuzuschreiben sei und nur bedingt mit den vorbestehenden Verletzungen an der betroffenen Schulter in Zusammenhang stehe. Der Beschwerdeführer könne noch heute den Arm kaum einsetzen, da die Kraft nicht vorhanden sei und die Schmerzen sehr stark seien. Er benötige weitere medizinische Betreuung und Therapien, deren Kosten von der Suva zu übernehmen seien.

7.16 Nach der Einsprache des Beschwerdeführers gegen die Verfügung vom 23. Juni 2021 veranlasste die Beschwerdegegnerin beim Kreisarzt Dr. med. E. ___, Arzt für Allgemeinmedizin, eine ärztliche Beurteilung. Dr. med. E. ___ nahm am 27. August 2021 zu den Einwänden des Beschwerdeführers Stellung (Suva-Nr. 95). Der Kreisarzt führte aus, eine richtunggebende Verschlimmerung setze voraus, dass es anlässlich des geltend gemachten Ereignisses zu nachweislich frischen Verletzungsfolgen zu den bereits vorbestehenden und seit 2007 bekannten Verletzungsfolgen aus früheren Unfällen mit schwerwiegenden degenerativen Veränderungen gekommen sei. Vorliegend sei dies nicht der Fall. Im vorliegenden MRI zeige sich auch bei eigener Durchsicht der Bilddokumentation kein Hinweis auf frische Unfallfolgen. Sämtliche Befunde entsprächen vorbestehenden degenerativen Befunden, welche sich im zeitlichen Verlauf von 2007 bis zum jetzigen MRI verstärkt hätten. Die rupturierte Rotatorenmanschettenmuskulatur weise eine ausgeprägte Hypotrophie mit massiver Verfettung auf. Weiter liege eine ausgeprägte Omarthrose mit Osteophytenbildung vor. Es fänden sich keine Befunde, welche zusätzlich anlässlich des geltend gemachten Ereignisses entstanden sein könnten. Insbesondere widerspreche auch die von Dr. med. L. ___ selbst festgehaltene Anamnese anlässlich der Erstkonsultation am 16. September 2020 einer frischen und auch richtunggebenden Veränderung. So werde von Dr. med. L. ___ festgehalten, dass seit vier Monaten zunehmende Schmerzen an der linken Schulter bestünden. Durch den Sturz am 11. September 2020 sei es zu einer Exacerbation der Symptomatik gekommen. Der Bewegungsumfang habe sich nicht wesentlich reduziert, der Kraftverlust sei schon seit längerem bekannt gewesen. Diese Dokumentation beweiße eine vorübergehende Schmerzauslösung ohne weitere Funktionsdefizite und widerspreche insbesondere der nunmehrigen Behauptung von Dr. med. L. ___, dass es anlässlich des geltend gemachten Ereignisses zu einer deutlichen und dauerhaften richtunggebenden Verschlimmerung des

Beschwerdebildes gekommen sei. An der Beurteilung von Dr. med. D.____ vom 16. Juni 2021, dass aufgrund der vorliegenden Dokumentation von einer vorübergehenden Verschlimmerung bis maximal drei Monate auszugehen sei, könne vollumfänglich festgehalten werden. Dies insbesondere, als Dr. med. L.____ mit Schreiben vom 31. Juli 2021 seinen eigenen nahzeitlichen Ausführungen zum Ereignis widerspreche.

7.17 Mit der Beschwerdeschrift wurde eine E-Mail von Dr. med. J.____ vom 18. Oktober 2021 (Beschwerdebeilage [BB] 3) eingereicht. Namens des behandelnden Orthopäden hielt dessen Praxisassistentin darin fest, bei ihm sei eine Konsultation drei Monate nach dem Unfall mit einer frischen Läsion der Rotatorenmanschette erfolgt. Es würden insbesondere keine knöchernen Auffälligkeiten beschrieben. Somit liege eine unfallbedingte Verletzung der Rotatorenmanschette mit im Verlauf sich entwickelnder Arthrose der Schulter vor.

8. Die Beschwerdegegnerin hält dafür, dass dem Beschwerdeführer per 20. Juni 2021 keine Leistungen mehr zustehen. Zur Begründung führt sie aus, der Unfall vom 11. September 2020 habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Zustandes geführt und nach einem Zeitraum von maximal 12 Wochen sei der Zustand erreicht gewesen, wie er sich auch ohne Unfall eingestellt hätte. Dabei stützt sie sich auf die Aktenbeurteilungen ihrer Kreisärzte Dr. med. D.____ und Dr. med. E.____ vom 16. Juni 2021 und 27. August 2021. Es ist zunächst zu prüfen, ob auf diese abgestellt werden kann.

8.1 Der Umstand, wonach die beiden Kreisärzte ihre Beurteilungen ausschliesslich aufgrund der vorliegenden Akten und ohne eigene Untersuchung abgegeben haben, steht dem Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung nicht entgegen, sofern die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit die Experten imstande sind, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteile des Bundesgerichts 8C_792/2009 vom 1. Februar 2010 E. 5 mit Hinweisen und 8C_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1). So verhält es sich hier, denn die Situation der linken Schulter sowie der Verlauf sind durch Berichte über bildgebende und klinische Untersuchungen umfassend dokumentiert. Somit war die vom Beschwerdeführer gerügte fehlende persönliche Untersuchung nicht notwendig. Auch der Umstand, dass Dr. med. E.____ nicht über einen orthopädischen Facharztstitel verfügt, vermag für sich alleine noch nicht dazu zu führen, dass seinen Beurteilungen zum vornherein der Beweiswert abzuerkennen wäre, auch wenn der vorliegende Sachverhalt im orthopädischen Fachgebiet anzusiedeln ist. Die Ärzte der Beschwerdegegnerin sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie ■ unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharztstitel ■ über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen (Urteil des Bundesgerichts 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.2).

8.2 Der Beurteilung von Dr. med. D.____ vom 16. Juni 2021 (Suva-Nr. 77; A.S. II. 7.13 hiervor) ist grundsätzlich voller Beweiswert zuzusprechen, denn sie ist für die streitigen Belange umfassend, ist in Kenntnis der vorhandenen Vorakten abgegeben worden und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet ebenfalls ein (vgl. E. II. 6.4 hiervor): Dr. med. D.____ setzte sich in ihrer Beurteilung zunächst mit den Akten betreffend früherer Verletzungen der linken Schulter auseinander und stellte fest, dass beim Beschwerdeführer ein Vorzustand aus dem Jahre 2006 bestehe, als dieser erstmalig eine traumatische

Schulterluxation erlitten habe. In der Folge habe er im Jahr 2007 eine erneute Schulterluxation ohne Trauma erlitten. Es sei damals eine MRI-Abklärung erfolgt, welche auch der Kreisärztin vorgelegen habe. Damals sei eine grosse Hill-Sachs-Läsion beschrieben worden und eine knorpelige Bankart-Läsion sowie auch Läsionen der Rotatorenmanschette und eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose. Der Beschwerdeführer sei damals durch Dr. med. M.____ beurteilt worden. Bei instabiler Situation sei dem Versicherten eine Stabilisierungsoperation nahegelegt worden, welche er damals aber nicht gewollt habe. Im aktuellen MRI vom 2. Oktober 2020 habe sich nun eine ausgedehnte Ruptur der Subscapularissehne im mittleren Anteil sowie eine kalzifizierende Tendinose im oberen Anteil der Subscapularissehne, begleitet von einer fortgeschrittenen fettigen Degeneration und einer Atrophie der betroffenen Muskelregionen, dargestellt. Zusätzlich finde sich eine tiefreichende und ausgedehnte gelenkseitig betonte Partialruptur der Supraspinatussehne (PASTA-Läsion) und zusätzlich bursaseitig eine umschriebene kommunizierende Footprint-Läsion im mittleren Anteil. Weiter werde eine Ruptur der langen Bizepssehne im intraartikulären Verlauf beschrieben sowie eine fortgeschrittene Omarthrose und eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose, die zum Zeitpunkt der MRI-Untersuchung auch aktiviert sei. Die Schlussfolgerung der Kreisärztin, wonach diese Läsionen insgesamt allseits degenerativer Genese respektive älterer Genese seien, wird nachvollziehbar begründet: So stellten sich in der Bildgebung keine frischen strukturellen Läsionen dar, die auf das Ereignis vom 11. September 2020 zurückzuführen wären. Mit Hinweis auf die medizinische Lehre führte die Kreisärztin weiter aus, dass das Ausmass der Sehnenretraktion einen Hinweis auf das Alter des Defektes einer Rotatorenmanschette gebe. Bei transmuraler Ruptur könne es im Verlauf zur Retraktion des proximalen Sehnenabschnittes kommen. Eine Studie von Braune zeige, dass innerhalb von 12 Wochen nach einer traumatischen Sehnenruptur der proximale Sehnenstumpf sich nicht bis zum Glenoid oder darüber hinaus retrahiere. Daraus lässt sich nach Auffassung der Kreisärztin schliessen, dass ein Retraktionsgrad, wie beim Versicherten beschrieben, eine akute Ruptur ausschliesse. Weiter seien eine Hypotrophie bzw. Muskelverschmälerung sowie vor allem eine fettige Infiltration des Muskels ein Zeichen, dass das Erfolgsorgan des Muskels, die Sehne, geschädigt sei. Hypotrophie und Verfettung sagten jedoch nichts aus über die Ursache der Sehenschädigung. Die Art der Hypotrophie und die fettige Infiltration des Muskels könnten jedoch einen weiteren Hinweis auf das Alter der Ruptur geben. Bei Menschen sei die fettige Infiltration in der Bildgebung erst erkennbar, wenn die Symptome länger als sechs Monate andauerten. Nach einer Studie von Melis betrage das Intervall zwischen einer Rotatorenmanschettenläsion und einer Grad II-Degeneration des dazugehörigen Rotatorenmanschettenmuskels für die Supraspinatussehne drei Jahre und für die Infraspinatussehne zweieinhalb Jahre. Mit sorgfältiger und überzeugender Begründung gelangte die Kreisärztin zum Schluss, dass die Befunde beim Beschwerdeführer weder auf das Ereignis vom September 2020 noch auf das Ereignis aus dem Jahre 2017 zurückzuführen sind. So seien schon auf der Bilddokumentation aus dem Jahre 2006 / 2007 Läsionen im Bereich der Rotatorenmanschette und eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose mit deutlichem Impingement nachzuweisen gewesen. Im Verlauf der Jahre, entsprechend der natürlichen Entwicklung, habe die Degeneration im Bereich der linken Schulter zugenommen.

Dagegen ist die ärztliche Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. E.____ vom 27. August 2021 (Suva-Nr. 95; E. II 7.16 hiervor) nur bedingt beweiskräftig. Dr. med. E.____ gelangte in seiner Beurteilung zwar zum selben Ergebnis wie Dr. med. D.____, indem er feststellte, dass

sämtliche Befunde den vorbestehenden degenerativen Befunden entsprechen, welche sich im zeitlichen Verlauf von 2007 bis zum jetzigen MRI verstärkt hätten. Der Kreisarzt verglich aber die Bilder der MRI-Untersuchung der linken Schulter vom 23. April 2007 (Suva-Nr. 42; E. II. 7.2 hiervor) mit denjenigen der MRI-Untersuchung der rechten Schulter vom 23. Oktober 2020 (Suva-Nr. 59; E. II. 7.8 hiervor) statt mit den Bildern der linken Schulter vom 2. Oktober 2020 (siehe Suva-Nr. 63; E. II. 7.5 hiervor), weshalb auf seine Schlussfolgerungen nicht abgestellt werden kann. Dagegen ist die Feststellung des Kreisarztes, wonach die Ausführungen im Bericht des Hausarztes Dr. med. L.____ vom 31. Juli 2021 (Suva-Nr. 89; E. II. 7.15 hiervor) der vom Hausarzt selbst festgehaltenen Anamnese anlässlich der Erstkonsultation am 16. September 2020 widersprechen, zutreffend. So wurde von Dr. med. L.____ am 16. September 2020 festgehalten, dass seit vier Monaten zunehmende Schmerzen an der linken Schulter bestünden. Durch den Sturz am 11. September 2020 sei es zu einer Exacerbation der Symptomatik gekommen. Der Bewegungsumfang habe sich nicht wesentlich reduziert, der Kraftverlust sei schon seit längerem bekannt gewesen. Diese Dokumentation beweise eine vorübergehende Schmerzauslösung ohne weitere Funktionsdefizite und widerspreche insbesondere der nunmehrigen Behauptung von Dr. med. L.____, dass es anlässlich des geltend gemachten Ereignisses zu einer deutlichen und dauerhaften richtunggebenden Verschlimmerung des Beschwerdebildes gekommen sei.

E. 9

9.1 Nach dem Gesagten sind die Schlussfolgerungen von Dr. med. E.____ vom 27. August 2021 nur bedingt beweiskräftig, wohingegen die Beurteilung von Dr. med. D.____ vom 16. Juni 2021 vollumfänglich beweiswertig ist (siehe E. II. 8.2 hiervor). Da es sich bei den Beurteilungen der beiden Kreisärzte um versicherungsinterne Stellungnahmen handelt, sind ergänzende Abklärungen bereits dann notwendig, wenn die übrige Aktenlage, insbesondere die Stellungnahmen der behandelnden Ärzte, auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Feststellungen zu wecken vermögen (vgl. E. II. 6.4 hiervor). Nachfolgend ist zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Akten an den Einschätzungen von Dr. med. D.____ und Dr. med. E.____ zumindest geringe Zweifel zu erwecken vermögen.

9.2. Dabei ist im Wesentlichen auf die Einschätzungen von Dr. med. J.____ und Dr. med. L.____ einzugehen.

Die Gegenüberstellung der Ausführungen von Dr. med. D.____ einerseits sowie von Dr. med. J.____ und Dr. med. L.____ andererseits zeigt, dass Dr. med. D.____ die Kausalität anhand der Beurteilung der bildgebenden Dokumentation und des darin ersichtlichen Verlaufs des Verletzungsbildes verneinte. Sie legte nachvollziehbar dar, dass schon auf der Bilddokumentation aus dem Jahre 2006 / 2007 Läsionen im Bereich der Rotatorenmanschette und eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose mit deutlichem Impingement nachgewiesen worden seien, in der aktuellen Bildgebung hingegen keine frischen strukturellen Läsionen sichtbar seien und hielt mit Hinweis auf die medizinische Lehre fest, dass im Verlauf der Jahre, entsprechend der natürlichen Entwicklung, die Degeneration im Bereich der linken Schulter zugenommen habe. Demgegenüber befasste sich der behandelnde Orthopäde Dr. med. J.____ in seinen Berichten (E. II. 7.7, Suva-Nr.38, S. 2, E. II. 7.9, Suva-Nr. 3 f., E. II. 7.14, Suva-Nr.87) nicht mit der Unfallkausalität. Erst in der mit Beschwerdeschrift eingereichten E-Mail vom 18. Oktober 2021 (BB 3) liess er von einer Konsultation drei Monate nach dem Unfall mit einer frischen Läsion der

Rotatorenmanschette berichten. Die E-Mail und die sich in den Akten befindlichen Berichte des Orthopäden sind aber nicht geeignet, auch nur geringen Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung hervorzurufen. Dr. med. J. ___ beschränkte sich pauschal auf die Aussage, die Verletzung sei unfallbedingt, ohne dafür eine eingehende, differenzierte und nachvollziehbare Begründung zu liefern. Zudem setzte er sich weder mit den bildgebenden Berichten noch mit den anderslautenden Beurteilungen der Kreisärzte auseinander. Auch die Einschätzung des Hausarztes Dr. med. L. ___, wonach durch das geltend gemachte Ereignis vom 11. September 2020 zu einer deutlichen und dauerhaften richtunggebenden Verschlimmerung des Beschwerdebildes gekommen sei (siehe Bericht vom 31. Juli 2021, Suva-Nr. 89), vermag am Beweiswert der Beurteilung von Dr. med. D. ___ nichts zu ändern. Wie vom Kreisarzt Dr. med. E. ___ zutreffend festgehalten (E. II. 8.2 hiervor), widerspricht Dr. med. L. ___ mit Schreiben vom 31. Juli 2021 seinen eigenen nahezeitlichen Ausführungen zum Ereignis (Bericht vom 11. November 2020, Suva-Nr. 15), weshalb nicht darauf abgestellt werden kann. Ergänzend ist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von Dr. med. J. ___ und Dr. med. L. ___ auch deswegen weniger Beweiswert zuzumessen ist.

10. Soweit der Beschwerdeführer verlangt, es seien weitere Abklärungen zu tätigen, ist dieser Antrag abzuweisen, da von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen keine neuen wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. E. II. 6.1 hiervor).

11. Es ist somit zusammenfassend davon auszugehen, dass der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers, wie er sich vor dem Ereignis vom 11. September 2020 präsentierte, spätestens nach

E. 11

November 2020, Suva-Nr. 15), weshalb nicht darauf abgestellt werden kann. Ergänzend ist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von Dr. med. J. ___ und Dr. med. L. ___ auch deswegen weniger Beweiswert zuzumessen ist. 10. Soweit der Beschwerdeführer verlangt, es seien weitere Abklärungen zu tätigen, ist dieser Antrag abzuweisen, da von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen keine neuen wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. E. II. 6.1 hiervor). 11. Es ist somit zusammenfassend davon auszugehen, dass der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers, wie er sich vor dem Ereignis vom 11. September 2020 präsentierte, spätestens nach

E. 12

12.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

12.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Lazar

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_355/2022 vom 2. November 2022 bestätigt.

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