

SO_GERICHTE VSBES.2021.37 vom 19. August 2021

SO Obergericht, 2021-08-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.37_d20210819

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.37 du 19 août 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.37 del 19 agosto 2021

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Dem Beschwerdeführer sei Frist zur ergänzenden Begründung der Beschwerde von 30 Tagen nach Erhalt der Verfahrensakten zu setzen Rechtsbegehren

E. 1.2

Die revidierte Fassung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Diese ist im vorliegenden Fall beim zu beurteilenden Ereignis vom 20. Oktober 2009 nicht anwendbar. Massgebend sind die Bestimmungen, welche bis Ende 2016 in Kraft standen (vgl. Matthias Kradofer, Basler Kommentar UVG, 2019, Art. 118 N 14). 1.3 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides vom 1. Februar 2021 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 109). 2. Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die – wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt – nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des unfallbedingt beeinträchtigten Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit) erwartet werden kann. Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114 + E. 4.3 S. 115). 2.1 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 entfiere (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181).

E. 2

Der Einspracheentscheid vom 1. Februar 2021 sowie [die] diesem zugrundeliegende Verfügung vom 16. Dezember 2020 seien aufzuheben.

E. 2.2

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 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). 2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen).

E. 2.4

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte 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. 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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen). 3. 3.1 Nach der Rechtsprechung trifft die Beweislast in Bezug auf das Unfallereignis als solches wie auch hinsichtlich der (natürlichen) Unfallkausalität des Gesundheitsschadens in dem Sinne die versicherte Person, als der Entscheid bei Beweislosigkeit zu ihren Ungunsten ausfallen muss (Urteil des Bundesgerichts 8C_856/2017 vom 2. Mai 2018 E. 5.4 mit Hinweisen). Demgegenüber bleibt der Versicherer leistungspflichtig, wenn der Kausalzusammenhang einmal gegeben und anerkannt ist, sofern sich nicht hinreichend nachweisen lässt, dass er zu einem späteren Zeitpunkt dahingefallen ist (RKUV 2000

Nr. U 363 S. 45, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Die Anerkennung muss sich auf das Unfallereignis und die dabei erlittenen Verletzungen wie auch auf den Umstand beziehen, dass ein bestimmter Symptomkreis die Folge dieses Vorfalls darstellt. Stehen dagegen später Beschwerden und Verletzungen zur Diskussion, welche ursprünglich gegenüber dem Unfallversicherer nicht thematisiert worden waren, liegt die Beweislast für das Bestehen der Unfallkausalität bei der versicherten Person (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 6/05 vom 27. April 2005 E. 3.2, publ. in: AJP 2006 S. 1290).

3.2 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). 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 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 der 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_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis).

3.3 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Bestehen jedoch auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind weitere Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f., 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.).

3.4 Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191, U 93/96 E. 1c in fine).

Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328, U 180/93 E. 3b). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.2 mit Hinweisen). 4. Es ist zunächst auf die Rechtsschriften der Parteien einzugehen: 4.1 Die Beschwerdegegnerin hält in ihrem Einspracheentscheid vom 1. Februar 2021 (A.S. 1 ff.) fest, es hätten im vorliegenden Fall zwischen 2013 und 2020 keine ärztlichen Behandlungen stattgefunden, so dass eindeutige Brückensymptome nicht vorlägen. Im Weiteren gehe es hier um eine Kausalitätsfrage und somit um eine medizinische Frage. In diesem Zusammenhang könne auf die Beurteilung des beratenden Arztes sowie auf die Arztberichte, welche degenerative Veränderungen (Tendinopathie der Supraspinatussehne und Progredienz der Ruptur sowie ein hypertrophes AC-Gelenk mit angeborener Akromion Dysplasie) zeigten, verwiesen werden. Medizinische Argumente, welche geeignet wären, die Stellungnahme von Dr. med. D.____ zu widerlegen oder zu entkräften, würden nicht geltend gemacht. Es bestehe somit kein Grund, von diesen begründeten und nachvollziehbaren Feststellungen abzuweichen. Die drei MRI vom 7. Dezember 2009, 17. Januar 2013 und 3. November 2020 zeigten keine Läsionen, die überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 20. Oktober 2009 zurückzuführen wären. Zudem habe schon Dr. F.____ im September 2011 am Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den Beschwerden gezweifelt, dies aufgrund des hakenförmigem Akromions. Zwischen Mai 2011 und Januar 2013 sowie zwischen Februar 2013 und November 2020 hätten keine ärztlichen Konsultationen stattgefunden, so dass auch von einem Fallabschluss im Mai 2011 ausgegangen werden könne. Angesichts der gesamten Umstände, bzw. der behandlungsfreien Latenzzeit von sieben bis zehn Jahren, dem Vorliegen von degenerativen Läsionen und Absenz von objektiven strukturellen Veränderungen, könnten die heutigen Schulterbeschwerden nur möglicherweise, jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden. 4.2 Dem lässt der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift vom 2. März 2021 bzw. in der ergänzenden Beschwerdebegründung vom 17. März 2021 (A.S. 9 ff., 18 ff.) entgegenhalten, die Abklärungen der Beschwerdegegnerin hätten sich darauf beschränkt, das Dossier ihrem versicherungsinternen Arzt Dr. med. D.____ vorzulegen. Gestützt auf dessen Beurteilung verneine die Beschwerdegegnerin die Unfallkausalität. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Abklärungen seien jedoch in keiner Weise hinreichend. Auf die Beurteilung des versicherungsinternen Arztes könne nicht abgestellt werden. Denn die Beurteilung von Dr. med. D.____ sei sowohl in formell- als auch in materiellrechtlicher Hinsicht nicht beweistauglich. So sei die Beurteilung von Dr. med. D.____ schon mit Blick auf die bundesgerichtlich aufgestellten Beweisregeln kaum beweiskräftig und vermöge keine taugliche Grundlage zur Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers zu bilden. Dr. med. D.____ habe den Beschwerdeführer noch nicht einmal persönlich untersucht. Auch inhaltlich vermöge die Beurteilung von Dr. med. D.____ nicht zu überzeugen. Er behaupte, dass sämtliche vorhandenen Diagnosen, insbesondere auch jene der partiellen Ruptur der Supraspinatussehne unfallfremd seien. Diesbezüglich führe er aus, dass in drei MRIs im Abstand von 11 Jahren keine strukturellen Veränderungen beschrieben worden seien, die über den Zeitraum von 11 Jahren auf das Unfallereignis von 2009 zurückzuführen und somit für die Beschwerden verantwortlich gemacht werden könnten. Diese Begründung überzeuge in keiner Weise. Bereits die am 4. Dezember 2009

durchgeführte MRI habe eine gelenksseitige partielle Sehnenruptur gezeigt. In den MRI vom 17. Januar 2013 und 3. November 2020 sei dieser Befund bestätigt worden. Entgegen der Behauptung von Dr. med. D.____ sei demnach sämtlichen MRIs eine strukturelle Läsion zu entnehmen. Wieso diese nicht auf das Unfallereignis vom 20. Oktober 2009 zurückzuführen sein soll, sei nicht nachvollziehbar und werde von Dr. med. D.____ auch nicht begründet. Es ist denn auch nicht klar, ob Dr. med. D.____ die MRI vom 4. Dezember 2009 überhaupt vorgelegen habe. In seiner Beurteilung vom 25. November 2020 werde diese auf jeden Fall nicht erwähnt. Dr. med. D.____ führe vielmehr aus, dass die MRI aus dem Jahr 2013 verspätet erfolgt sei. Demnach sei dessen Beurteilung auch unvollständig. Im Weiteren sei auch klarerweise davon auszugehen, dass das Unfallereignis geeignet gewesen sei, die beim Beschwerdeführer vorliegenden Verletzungen hervorzurufen. Auch allfällige, nun gemäss MRI aus dem Jahr 2020, vorhandene degenerative Veränderungen hätten sodann die Unfallkausalität klarerweise nicht ausgeschlossen. Denn das Unfallereignis liege bereits länger zurück und sei demnach geeignet, auch solche Veränderungen hervorzurufen. So habe bereits med. prakt. G.____ mit Bericht vom 11. Januar 2011 festgehalten, dass aufgrund des Unfallereignisses eine vorzeitige Sehnedegeneration zu erwarten sei. Sodann verhalte es sich so, dass der Beschwerdeführer erst seit dem Unfallereignis an den Schulterschmerzen gelitten habe. Zuvor sei der Beschwerdeführer völlig beschwerdefrei gewesen. Hinzu komme, dass es sich beim MRI-Befund um eine Listenerletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG handle. Entsprechend habe die Beschwerdegegnerin auch diesbezüglich den Beweis zu erbringen, dass die beim Beschwerdeführer vorliegende Verletzung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Hierzu äussere sich Dr. med. D.____ aber ebenfalls mit keiner Silbe. Im Sinne des Ausgeführten sei die Beurteilung von Dr. med. D.____ nicht überzeugend. Fakt sei, dass bereits in der MRI aus dem Jahr 2009 eine Partialruptur der Supraspinatussehne festgestellt worden sei. Es sei klarerweise davon auszugehen, dass diese durch das Unfallereignis verursacht worden sei. Seine gegenteilige Beurteilung begründe Dr. med. D.____ mit keiner Silbe, sondern behaupte pauschal, dass es sich um bloss degenerative Veränderungen handle. Dies sei aber eben nicht nachvollziehbar. Damit verbiete sich ein Abstellen auf die Beurteilung von Dr. med. D.____. Zusammenfassend könne nicht auf die Beurteilung von Dr. med. D.____ abgestellt werden. Entgegen dessen Ansicht sei klarerweise davon auszugehen, dass die MRI-Befunde und die damit einhergehenden Beschwerden des Beschwerdeführers auf das Unfallereignis vom 20. Oktober 2009 zurückzuführen seien. Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin sei demnach zu bejahen. Diese habe dem Beschwerdeführer sämtliche Leistungen nach UVG zu entrichten.

5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen in Form von Heilungskosten zu Recht per 17. Januar 2013 eingestellt hat.

6. Für die im vorliegenden Fall zu beantwortende Frage sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Akten relevant:

6.1 Die am 4. Dezember 2009 im Röntgeninstitut H.____, durchgeführte Hochfeld-3-Tesla-Arthro MRT des linken Schultergelenks (Vaudoise-Nr. 1 S. 34) wurde wie folgt beurteilt: Suboptimale Untersuchungsbedingungen wegen Durchführung der Untersuchungen in Innenrotation aus Schmerzgründen; Chronische Tendinose der Supraspinatussehne, möglicherweise mit kleinflächiger, gelenkseitiger, partieller Sehnenruptur zentral; Tiefer Recessus sublabralis als Normvariante der Anheftung des superioren Labrums; Hakenförmiges Akromion (Typ III) sowie low-lying-acromion (prädisponierend für Impingement). Leichte Begleitbursitis subacromialis und subdeltoidea.

6.2 Im ärztlichen Zwischenbericht vom 14. März 2010 stellte der Hausarzt, med. pract.

G.____, Allgemeine Medizin FMH, folgende Diagnosen (Vaudoise-Nr. 1 S. 28):
Schulterdistorsion links – Bursitis subacromialis links – Verdacht auf Partialruptur des Supraspinatus links Bisheriger Verlauf: Unter Physiotherapie langsamer Schmerzrückgang. Die linke Schulter sei normal beweglich. Das Impingement-Zeichen links sei positiv. Im Heilungsverlauf spielten unfallfremde Faktoren im Sinne einer angeborenen Dysplasie des Akromions (hakenförmiges Akromion) mit. Gegenwärtig werde mit Physiotherapie behandelt. Falls sich kein Erfolg einstelle, werde ein orthopädisches Konsil erfolgen. Die Beratungen fänden einmal alle zwei- bis drei Monate statt. Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Es sei ein bleibender Nachteil im Sinn eines chronischen Impingement-Syndroms zu erwarten. 6.3 Dr. med. E.____, Leitender Arzt, Spital I.____, Departement Orthopädie, hielt im Sprechstundenbericht vom 7. Mai 2010 folgende Diagnose fest (Vaudoise-Nr. 1 S. 21 f.): Schulterdistorsionstrauma vom 20. Oktober 2009 mit Verdacht auf Unterflächenläsion Supraspinatus / Subluxation Bicepssehne Anamnese: Der Beschwerdeführer arbeite bei der Kantonspolizei. Bei einem Kampfsporttraining sei sein linker adominanter Arm zum Trainieren des Anlegens der Handschellen nach hinten gedreht worden, dabei sei der Trainingspartner direkt auf den Beschwerdeführer gefallen und es sei zu einem übermässigen Verdrehen des Armes gekommen. Initial deutliche Beschwerden, dann Besserung der Symptomatik. Im Augenblick gehe es dem Beschwerdeführer adäquat. Eine Arbeitsunfähigkeit habe nie bestanden, lediglich ein Dispens für das aktive Zugreifen in einer Gefahrensituation (Ordnungsdienst). Hauptproblem sei im Augenblick ein zeitweises Blockieren im Bereich der anterioren Schulter mit Schmerzen, selbständige Besserung der Symptomatik. Beurteilung und Procedere: Im Augenblick weitestgehend blande Verhältnisse, hervorragende Kraft, gute Beweglichkeit, wenig symptomatisches Schultergelenk. Die vom Beschwerdeführer beschriebene Symptomatik, sowohl vonseiten des Traumas als auch von den Beschwerden, könnte durchaus mit einer Subluxation bzw. Instabilität der Bicepssehne in Zusammenhang stehen. Im Augenblick sei die Stärke der Beschwerden für den Beschwerdeführer aber so minim, dass ein aktives Vorgehen mit einer arthroskopischen Operation nicht indiziert sei. Vorschlag: Intensivierung des Kampfsporttrainings, ohne Rücksicht auf die betroffene Schulter, Austesten der möglichen Einschränkungen. Bis zu diesem Zeitpunkt noch Beibehalten der Dispens für den Ordnungsdienst. In dem Augenblick, wo sich der Beschwerdeführer sicher fühle, auch an aktiven Einsätzen teilzunehmen, könne dies wieder gestattet werden. Bei Beschwerdezunahme oder Problemen durch die Steigerung der Symptomatik, könne der Beschwerdeführer sofort wiedergesehen werden. Dann wäre der nächste Schritt eine Schulterarthroskopie, intraartikuläre Beurteilung und das Angehen der jeweiligen Pathologie. 6.4 Im ärztlichen Zwischenbericht vom 8. September 2010 (Vaudoise-Nr. 1 S. 20) hielt med. prakt. G.____ folgende Diagnose fest: Schulterdistorsion links – Verdacht auf Unterflächenläsion des Supraspinatus links – Subluxation der Bizepssehne links Die Schulterschmerzen links blieben unverändert fortbestehen. Ausser für den Ordnungsdienst sei der Beschwerdeführer als Polizeibeamter wieder voll im Einsatz. Klinisch bestünden eine gute Beweglichkeit der linken Schulter und ein positives Impingement-Zeichen links. Im Heilungsverlauf spielten keine unfallfremden Faktoren mit. Gegenwärtig werde mit Eigentaining behandelt. Je nach Verlauf sei ein weiteres orthopädisches Konsilium notwendig. Die Behandlung dauere voraussichtlich noch bis Ende Dezember 2010. Es seien bleibende Nachteile im Sinn von chronischen Schmerzen und einer vorzeitigen Schulterdegeneration zu erwarten. 6.5 Im Sprechstundenbericht vom 1. Februar 2011 hielt Dr. med. E.____ folgende Diagnose fest (Vaudoise-Nr. 1 S. 18):

Persistierende Schulterschmerzen links bei Verdacht auf Unterflächenläsion Supraspinatus / Subluxation der Bizepssehne links nach Schulterdistorsionstrauma vom 20. Oktober 2009
Anamnese: Wiederzuweisung bei persistierenden Beschwerden mit Schmerzzunahme in letzter Zeit vor allem nachts und bei Belastung im Sinne von Heben von schweren Sachen oder Liegestützen. Die Schmerzen seien lokal im Bereich über der Bizepssehne mit Ausstrahlung in den Oberarm. Bei unklarem Befund und noch erträglicher Symptomatik werde nach über einem Jahr eine erneute Arthro-MRT-Untersuchung der Schulter durchgeführt. Bis dahin erneuter Versuch einer physiotherapeutischen Therapie, vor allem mit zentrierten Übungen und Kräftigung der Schulter. Der Beschwerdeführer werde nach der MRT-Untersuchung in vier Wochen in der Sprechstunde zur Besprechung der Befunde und des weiteren Procederes wiedergesehen. Momentan sei die Indikation einer Arthroskopie noch nicht gegeben.

6.6 Im Sprechstundenbericht vom 2. März 2011 (Vaudoise-Nr. 1 S. 15 f.) bestätigte Dr. med. E.____ die bereits im Sprechstundenbericht vom 1. Februar 2011 ausgewiesenen Diagnosen (vgl. E. II. 6.5 hiervor). Anamnese: Der Beschwerdeführer habe bis jetzt fünf Sitzungen Physiotherapie mit Stosswellenbehandlung gemacht. Darunter subjektiv das Gefühl einer Besserung der Symptomatik. Endgültige Aussagen seien nach fünf Therapien sicherlich noch nicht möglich. Beurteilung und Procedere: Tendenziell leichte Besserung durch die konservative Therapie. Bei der augenblicklichen Situation werde ein weiteres Fortsetzen unterstützt. Der Beschwerdeführer melde sich in einem Zeitraum von zwei bis drei Monaten selbständig mit der Aussage, ob eine Besserung der Therapie stattgefunden habe – dann sei keine weitere Kontrolle erforderlich. Bei unveränderten Beschwerden im Bereich der Unterfläche der Supraspinatussehne / Bizepssehne wäre der nächste Schritt eine Arthro-MRI zur Quantifizierung der Läsion und dann operativen Sanierung.

6.7 Im Schreiben an Dr. med. E.____ und den Physiotherapeuten vom 14. September 2011 (Vaudoise-Nr. 1 S. 13 f.) hielt der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. F.____, Facharzt Chirurgische Orthopädie FMH, fest, nach der Schulterdistorsion links vom 20. Oktober 2009 seien bis zum 9. Mai 2011 fünfmal neun Physiotherapiesitzungen durchgeführt worden. Der Beschwerdegegnerin werde empfohlen, ab dem 10. Mai 2011 keine neue Physiotherapie mehr zu übernehmen. Im Bericht vom 2. März 2011 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) habe Dr. med. E.____ eine zweite Arthro-MRI vorgesehen. Gemäss Dr. med. F.____ sei dies ein sehr guter Vorschlag, umso mehr, dass die erste MRI vom 7. Dezember 2009 [recte: 4. Dezember 2009] nicht unter optimalen Bedingungen durchgeführt worden sei. Diese vorzunehmende bilddiagnostische Untersuchung werde den jetzigen Zustand am besten dokumentieren können, so dass man überprüfen könne, ob er immer noch im Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 20. Oktober 2009 sei: Das Impingement mit hakenförmigem Akromion links sei jedenfalls unfallfremd.

6.8 Am 17. Januar 2013 fand eine Arthro-MRI des Schultergelenks links statt (Vaudoise-Nr. 1 S. 1). Befund: Regelrechtes Signalverhalten des Knochenmarks, insbesondere kein Nachweis umschriebener ödematöser Veränderungen. Kein Kontrastmittelaustritt in den subakromialen oder subdeltoidealen Raum. Die Sehne des Musculus Supraspinatus weise ansatznah diskrete Signalinhomogenitäten, vereinbar mit einer Tendinopathie, auf. Ihre Kontinuität sei erhalten. Kontinuitätserhaltene Darstellung sowie regelrechtes Signalverhalten der Sehne des Infraspinatus und Subscapularis. Die lange Bizepssehne sei regelrecht im Sulcus intertubercularis gelagert und in ihrer Kontinuität bis zum Anker verfolgbar. Keine erkennbaren pathologischen Veränderungen des Labrums und des Glenoids. Die Muskulatur der Rotatorenmanschette sei ohne Atrophie / fettige Degeneration dargestellt. Beurteilung: Mässige, ansatznahe

Tendinopathie der Supraspinatussehne. 6.9 Im Arztzeugnis vom 20. Januar 2013 (Vaudoise-Nr. 1 S. 3) hielt med. prakt. G. ___ fest, die ärztliche Behandlung habe am 30. November 2012 begonnen. Angaben des Verletzten: Seit dem Unfall vom 20. Oktober 2009 anhaltende Schulterschmerzen. Damals Distorsion der linken Schulter bei einer Selbstverteidigungsübung der Polizei. Er könne wegen der Schulterschmerzen o.Ä. nicht an Polizeiübungen teilnehmen. Befund: Positives Impingement-Zeichen linke Schulter. Schultern beidseits: Abd. 100 °, Ad. 85 °, Druckdolenz des Sulcus intertubercularis links. Aktive Abduktion links M5 mit Schulterprovokation. Diagnose: «Subluxation der langen Bizepssehne links». Es gebe keine unfallfremden Krankheiten / Gebrechen oder früher erfolgte Unfälle. Es gebe keine Arbeitsunfähigkeit. Es sei mit einer langdauernden Behandlung durch den Schulterorthopäden (Dr. med. E. ___) zu rechnen (6 – 12 Monate). Eventuell sei eine schulterorthopädische Intervention notwendig. Die Behandlung finde ambulant statt. Als besonderer Vorschlag wurde ein orthopädisches Konsilium bei Dr. med. E. ___ genannt. 6.10 Am 3. November 2020 fand im Röntgeninstitut H. ___, eine MRT Arthrographie des linken Schultergelenks statt (Vaudoise-Nr. 3 S. 2). Vergleich mit dem schriftlichen Befund vom 4. Dezember 2009: Reizreaktion und Hypertrophie des AC-Gelenkes. Typ III Konfiguration des Akromions. Keine pathologische Flüssigkeitsansammlung in den das Schultergelenk umgebenden Bursae. Im Liegen minimal dorsal dezentriert positionierter Humeruskopf. Sublabraler Recessus an der anterosuperioren Zirkumferenz des Labrums. Proximale Bizepssehnen unauffällig. Allenfalls minimale gelenkseitig kommunizierende Partialruptur der Supraspinatussehne im mittleren bis posterioren Sehnenabschnitt, kein Abriss der Sehne und keine Pathologie des Muskels. Reguläre Darstellung der übrigen an der Rotatorenmanschette beteiligten Muskeln und Sehnen. Unauffälliger Weichteilmantel. Beurteilung: Vorbeschriebene, leichte Tendinose und allenfalls minimale gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne. Keine sonstige Pathologie der Rotatorenmanschette; Hypertrophe Degeneration des AC-Gelenkes und Typ III konfiguriertes Akromion; Sublabraler Recessus an der anterioren bis superioren Zirkumferenz. 6.11 Gemäss dem Sprechstundenbericht vom 11. November 2020 fand am 5. November 2020 eine Konsultation bei Dr. med. E. ___ statt (Vaudoise-Nr. 2 S. 2 f.). Es wurde folgende Hauptdiagnose gestellt: Schulterdistorsionstrauma links (adominant) Unfall vom 20. Oktober 2009 mit – anteriorer Unterflächenläsion der Supraspinatussehne links, vermutlich Bizepssehneninstabilität Befunde: Reizlose Schulter. Freie Beweglichkeit. Flexion / Abduktion 160°. Leichtgradiger AC-Druckschmerz. Schmerzen im Bereich der anterioren Schulter, hauptsächlich bei forciertes Innenrotation. Gute Kraft in allen Ebenen. Procedere / Vorschlag: Durchführung einer subacromialen Infiltration, auch für den andauernden Nachtschmerz des Beschwerdeführers. Zusätzlich auch noch Verordnung für die Physiotherapie. Falls diese Massnahmen für den Beschwerdeführer nicht zu einer adäquaten Besserung der Situation führten, müsste eine Arthroskopie überdacht werden mit der Frage nach einer Bizepsinstabilität / Pulley-Läsion / anterosuperiore Rotatorenmanschetten-Läsion. Der Beschwerdeführer sei im Augenblick voll arbeitsfähig. Ein fixer Verlaufsstermin werde nicht vereinbart. Falls mit den konservativen Massnahmen keine Verbesserung erreicht werden könne, melde er sich zur Planung der operativen Sanierung. 6.12 Der beratende Arzt der Vaudoise, Dr. med. D. ___, Facharzt Chirurgie FMH, Spez. Allgemeinchirurgie und Traumatologie, wies in der «Beantwortung Fragenkatalog und Kurzbeurteilung anhand der Akten» vom 25. November 2020 folgende Diagnosen aus (Vaudoise-Nr. 5): 1. Schulterdistorsion links 2. Tendinopathie der Supraspinatussehne links am Ansatz (MRI

2013) mit Progredienz einer allenfalls partiellen Ruptur gelenkseitig (MRI 2020) 3. Hypertrophes AC Gelenk, Akromion Typ III links Es lägen unfallfremde Faktoren vor (Diagnose 2 und 3). Diese seien entscheidend für die jetzigen Beschwerden. Die Beschwerden stünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang zum Ereignis vom 20. Oktober 2009. Sie entsprächen den Beschwerden eines Engpasssyndroms und einer zunehmenden Degeneration der Supraspinatussehnen. In drei MRIs im Abstand von 11 Jahren seien keine strukturellen Veränderungen beschrieben worden, die über den Zeitraum von 11 Jahren auf das Unfallereignis von 2009 zurückzuführen seien und somit für die Beschwerden verantwortlich gemacht werden könnten. Der Status quo sei spätestens mit dem Zeitpunkt der Durchführung des verspätet erfolgten MRI 2013 erreicht worden, wo keine strukturellen Läsionen beschrieben worden seien, die auf das Unfallereignis von 2009 zurückgeführt werden könnten. Die unfall- / UKS-bedingte medizinische Behandlung habe bis 2013 gedauert. Es sei keine unfall- / UKS-bedingte Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Die Prognose sei von unfallfremden Faktoren abhängig. Die geltenden gemachten Beschwerden seien nicht auf das Ereignis vom 20. Oktober 2009 zurückzuführen (Rückfall). Sofern die konservative Therapie nicht anschlage, wäre zuerst eine subakromiale Infiltration zur Diagnostik durchzuführen. Zudem würde eine Ultraschalluntersuchung zusätzliche Hinweise auf die Bizepssehnen-Stabilität geben. Es sei keine unfallbedingte strukturelle Läsion vorhanden, die auf das Ereignis zurückzuführen sei und einer weiteren Behandlung bedürfe. Es sei durch das Ereignis nicht zu einer richtungsweisenden Veränderung im linken Schultergelenk gekommen. 6.13 In der im Beschwerdeverfahren eingereichten «Beantwortung Fragenkatalog» vom 29. März 2021 (Beschwerdebeilage Nr. 5) bestätigte Dr. med. E.____ die bereits im Sprechstundenbericht vom 11. November 2020 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) gestellten Diagnosen. Befunde: Der Beschwerdeführer sei das erste Mal am 3. Mai 2010 gesehen worden. Die Befunde und der Traumamechanismus seien im entsprechenden Sprechstundenbericht gut dokumentiert (vgl. E. II. 6.3 hiervor). Eine MRT sei mitgebracht und durch Dr. med. E.____ befundet worden. Es sei der Verdacht auf eine Unterflächenläsion der Rotatorenmanschette im vorderen Anteil direkt hinter der Bizepssehne mit einer Pulley-Läsion, also einer Läsion des Halteapparates der Bizepssehne, gestellt worden. Diese sei aber nicht sicher beurteilbar. Es handle sich um eine Kombination aus der Anamnese, der Untersuchung und den Strukturen, welche in der Bildgebung gesehen worden seien. Zu dem Zeitpunkt seien keine weiteren Massnahmen erfolgt. Im Verlauf seien wieder Beschwerden mit dem Gedanken aufgetreten, dass ein Verlaufs-MRT durchgeführt werde. Mit einer konservativen Therapie habe eine Besserung erreicht werden können. 2013 seien weitere Kontrollen mit einer MRT erfolgt. Unverändert leichtgradige Unterflächenläsion mit Verdacht auf Bizepssehnenpathologie (vgl. E. II. 6.11 hiervor). Die Möglichkeiten der operativen Sanierung seien besprochen worden. Eine konservative Therapie sei erfolgreich durchgeführt worden. Die nächste Kontrolle sei am 26. Oktober 2020 erfolgt. Der Beschwerdeführer sei im Alltag lange einigermaßen beschwerdekompensiert gewesen. Eine klare Besserungstendenz habe sich aber nicht gezeigt. Die Beschwerden seien präsent gewesen und akzeptiert worden. Im Verlaufs-MRT zeige sich die schon im Vorfeld gesehene und von der Beschwerdegegnerin auch anerkannte Traumatisierung der Schulter mit einer Teilläsion des vorderen Anteils der Rotatorenmanschette. Es bestehe ein adäquates Trauma in der Bildgebung suspekt auf eine Pulley-Läsion / Vorderrandläsion der Supraspinatussehne mit Bizepspathologie. Das würde zum Distorsionstrauma passen. Die Diagnose / Verdachtsdiagnose sei seit 10 Jahren unverändert und in der aktuellen Bildgebung ganz klar bestätigt. Die Dokumentation im

Verlaufe der letzten Jahre sei umfangreich und habe die Pathologie nie in Frage gestellt. Der initiale Unfall sei von der Beschwerdegegnerin anerkannt worden. Prinzipiell sollte sie auch akzeptieren, dass eine nicht-operative Therapie bzw. ein Akzeptieren einer gewissen Einschränkung von einem im Alltag einigermaßen kompensierten Beschwerdeführer auch eine Möglichkeit sei, mit einer krankhaften Veränderung umzugehen. Aufgrund der Bildung, der Klinik und der umfangreichen Dokumentation seien die Beschwerden des Beschwerdeführers klar auf das initiale Unfallereignis vom 20. Oktober 2009 zurückzuführen. In Bezug auf die Listenverletzung nach UVG gebe es eine grosse Differenz im Verständnis dieser Pathologie von Seiten der Expertengruppe für Schulter- und Ellenbogen-Chirurgie, der Schweizer Gesellschaft für Orthopädie und dem Verständnis der Versicherungsträger. Der Beschwerdeführer sei zum Unfallzeitpunkt 35 Jahre alt gewesen. Mit medizinischem Verständnis sollte hier nicht von einer Degeneration / Erkrankung der Rotatorenmanschette ausgegangen werden. Es sei überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen. Stellungnahme zur Beurteilung von Dr. med. D.____ vom 25. November 2020 (vgl. E. II. 6.12 hiervor): Die Diagnose «Schulterdistorsion und Tendinopathie der Supraspinatussehne links im Ansatz mit Progredienz einer partiellen Ruptur gelenkseitig. Hypertrophes AC-Gelenk» sei korrekt. Bei der Frage, ob unfallfremde Faktoren vorlägen, stehe ein «JA», welches nicht begründet werde. Die Frage, ob die Beschwerden in Zusammenhang zum Ereignis vom 20. Oktober 2009 stünden, werde verneint. Ein Engpasssyndrom mit zunehmender Degeneration werde als Ursache der Beschwerden angegeben. Dies werde aber nicht begründet, entspreche auch nicht der Diagnoseliste. Auch die Begründung, dass keine strukturellen Veränderungen beschrieben seien, sei inkorrekt. Eine initiale kleine Ruptur im Pulley-System / im Bereich des Unterrandes der vorderen Supraspinatussehne habe sich im Verlauf von 11 Jahren vergrössert. Es gebe reichlich wissenschaftliche Daten dazu, dass kleine Rotatorenmanschettenläsionen über die Zeit grösser würden. Der Status quo sine werde klinisch und radiologisch nie erreicht. Die Dauer der unfallbedingten Behandlung betrage 11 Jahre, nicht bis 2013. Die Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit sei korrekt. Die Prognose, welche von unfallfremden Faktoren abhängig sei, entspreche nicht der Einschätzung von Dr. med. E.____. Sofern die konservative Therapie nicht anschlage, würde Dr. med. E.____ eine subacromiale Infiltration durchführen. Dies sei beim Beschwerdeführer im Rahmen der konservativen Therapie selbstverständlich durchgeführt worden. Die Formulierung, wonach eine 50%-Chance bestehe, dass die Operation erforderlich sei, würde von Dr. med. E.____ als korrekter angesehen, als die Formulierung von Dr. med. D.____, wonach eine 50%-Chance bestehe, dass die Operation gut komme. Prinzipiell mache es durchaus Sinn, in Situationen, die nicht zwingend eine operative Sanierung erforderten, eine konservative Therapie zu probieren. Weitere Bemerkungen: Die versicherungstechnische Beurteilung von Rotatorenmanschettenpathologien sei umstritten. Anerkannt würden aber unverändert traumatische Veränderungen im Bereich des Pulley-Systems der Bizepssehne in Verbindung mit einer Bizepssehnen-Instabilität und einer Teilläsion der Rotatorenmanschette, welches nachvollziehbar Unfallfolgen seien. Dies sei seit 11 Jahren die Problematik des Beschwerdeführers. Von Anfang an gut dokumentiert. Sowohl klinisch, als auch in der Bildung, der in der letzten MRT jetzt eindeutig gesehene Befund bestätige ganz klar die initiale Verdachtsdiagnose. Dem Beschwerdeführer sei zum Nachteil geworden, dass immer Beschwerden bestanden hätten, er aber im Alltag kompensiert gewesen sei, eine gute Funktion und damit nur einen moderaten Leidensdruck gehabt habe. Zuzüglich bestehe bei einer solchen Operation ein

Rehabilitationsaufwand von ca. sechs Monaten im Beruf des Beschwerdeführers. Dies sei bei guter Funktion sicherlich auch für den Beschwerdeführer ein Punkt gewesen, um mit dem Eingriff zuzuwarten. Eine Ablehnung der Unfallfolgen wäre ein Signal an die Orthopäden, dass eine nicht operative Therapie für einen Beschwerdeführer ein Nachteil wäre, und könnte zu einer Vielzahl unnötiger Operationen führen. 6.14 Im Rahmen des im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichts vom 19. April 2021 (Vaudoise-Nr. 17 S. 2 ff.) äusserte sich Dr. med. D. ___ zu zusätzlichen Fragen. Er führte aus, der MRI-Bericht vom 4. Dezember 2009 sei im Hauptdossier des Beschwerdeführers abgelegt und er habe diesen einsehen können. Die MRI vom 4. Dezember 2009 sei durch den Facharzt Dr. med. J. ___, FMH für Radiologie, erfolgt, der in seiner Beurteilung folgende Befunde aufgeführt habe: «Chronische Tendinose der Supraspinatussehne, möglicherweise mit kleinflächiger, gelenkseitiger, partialer Sehnenruptur zentral. Tiefer Recessus sublabralis als Normvariante der Anheftung des superioren Labrums. Hakenförmiges Akromion (Typ III) sowie low-lying-acromion (prädisponierend für Impingement). Leichte Begleitbursitis subacromialis und subdeltoidea.». Diese Befunde bedeuteten Folgendes: Es bestehe eine chronische Tendinose der Sehne des M. supraspinatus, d.h. es bestehe eine degenerativ bedingte Texturschwäche der Sehnenfasern. Es bestehe nur eine mögliche, gelenkseitige Zusammenhangstrennung der Sehnenfasern im Bereich der obigen degenerativen Veränderung und demzufolge keine überwiegend wahrscheinliche, unfallbedingte Sehnenruptur. Es bestehe mit dem hakenförmigen Akromion (Typ III) eine anlagebedingte Einengung durch das Schulterdach mit Schulterengpasssyndrom und demzufolge eine Reizung des Schleimbeutels, welcher unter anderem auf der Sehne des M. supraspinatus liege. In allen drei MRI-Berichten, die im Abstand von 11 Jahren angefertigt worden seien (MRI 4. Dezember 2009, 17. Januar 2013 und 3. November 2020), sei von drei Fachärzten für Radiologie FMH die gleiche Beurteilung abgegeben worden: Tendinose der Supraspinatussehne. Auch im rezenten MRI vom 3. November 2020 werde von einer «allenfalls minimalen gelenkseitigen Partialruptur der Supraspinatussehne» gesprochen. Daneben würden noch aufgeführt: Typ III Akromion; als Normvariante der sublabrale Rezessus. Anderweitige strukturelle Veränderungen würden nicht aufgeführt. Insbesondere zeigten sich keine Veränderungen der Aufhängung der langen Bizepssehne, die auf das Unfallereignis zurückzuführen wären. Eine unfallbedingte Instabilität der langen Bizepssehne müsste im Verlauf von 11 Jahren auch indirekt mit Folgeveränderungen sichtbar sein. Dies sei nicht der Fall. Als einzig mögliche, strukturelle Unfallfolge käme eine Partialruptur der Sehne des M. supraspinatus in Frage. Dazu müsse aber festgehalten werden, dass medizinisch der Begriff «Partialruptur» keine Rückschlüsse auf deren Entstehung zulasse, eine Ruptur könne sowohl degenerativ wie auch traumatisch sein; dass eine solche Partialruptur beim Beschwerdeführer nie mit vollständiger Sicherheit nachgewiesen worden sei; dass eine solche Läsion, die allenfalls nur minimal vorliege, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch die beklagten Beschwerden verursache; dass normalerweise eine minimale Partialruptur nach einem Trauma einer gesunden Sehne ausheile (Vernarbungsprozess), da die Restsehne ja intakt und vollständig belastbar sei, diese Ausheilung habe beim Beschwerdeführer über 11 Jahre nicht nachgewiesen werden können, dies spreche für einen persistierenden degenerativen Prozess im Sinne der dreimal im MRI nachgewiesenen Tendinose; dass Partialrupturen der Rotatorenmanschette in der Bevölkerung häufig ab dem 4. Lebensjahrzent als normaler Alterungsprozess nachweisbar seien. Begründung, warum die Beschwerden nicht auf das Unfallereignis vom 20. Oktober 2009 zurückzuführen seien: Beim Beschwerdeführer liege ein nachgewiesenes, nicht

unfallbedingtes, chronisches Engpassyndrom des linken Schultergelenkes vor. Dies führe je nach Reizzustand zu Schmerzen bei bestimmten Bewegungen und auch zu nächtlichen Schmerzen. Dieses Engpassyndrom sei von Dr. med. E.____ am 5. November 2020 deshalb therapeutisch mit der subakromialen Infiltration angegangen worden. 6.15 In der ebenfalls im Beschwerdeverfahren eingereichten «medizinischen Stellungnahme über die Kausalität» vom 2. Juni 2021 (A.S. 51) hielt Dr. med. D.____ fest, Dr. med. E.____ habe in seiner Beurteilung vom 7. Mai 2010 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) geschrieben, dass für die Schulter «weitestgehend blande Verhältnisse» und ein «minimales Impingement» bestünden. Bei einer richtungsweisenden, strukturellen Verletzung des Schultergelenkes nach einem Distorsionstrauma wäre dies nicht der Fall. Dies spreche eher für eine vorübergehende Schädigung anlässlich des Ereignisses vom 20. Oktober 2009. Die Verordnungen für die diversen Physiotherapieserien, die durch Dr. med. E.____ ausgefüllt worden seien, hätten als Diagnose «Status nach Schulterdistorsion» enthalten. Weder eine Pathologie der Bizepssehne noch die nachgewiesene Diagnose eines Impingementsyndroms seien aufgeführt worden. Bereits Dr. med. F.____ habe in seiner Beurteilung für die Beschwerdegegnerin im 2011 das Impingement als unfallfremd aufgeführt. Die Indikation für eine erneute Arthro MRI-Untersuchung sei 2011 gestellt worden. Sie sei vom Beschwerdeführer aber abgesagt worden und erst zwei Jahre später, 2013, erfolgt. Auch dies spreche eher für einen langsam ablaufenden, degenerativ bedingten Prozess, der intermittierend zu Beschwerden führe. Der Verdacht auf eine Bizepssehneninstabilität sei bis jetzt gemäss den vorliegenden Akten nie bestätigt worden; in allen MRI (2009, 2013 und 2020) werde von drei unabhängigen Fachradiologen keine Pathologie der Bizepssehne erkannt und aufgelistet. Somit könne Dr. med. D.____ der Beurteilung von Dr. med. E.____ in Punkt 6 seiner Stellungnahme [nicht] beipflichten, dass seine Verdachtsdiagnose eindeutig bestätigt worden sei. Eine ergänzende funktionelle Ultraschalluntersuchung, die eine Instabilität der Bizepssehne darstellen könnte, sei in den 11 Jahren der Behandlung bei Dr. med. E.____ nie durchgeführt worden. Es sei für Dr. med. D.____ nicht nachvollziehbar, wieso Dr. med. E.____ in seiner Stellungnahme vom 29. März 2021 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) in der Hauptdiagnose nur von einer «vermutlichen Bizepssehneninstabilität» spreche, wenn sie für ihn bewiesen sei, und wieso er das Impingement, welches er ja 2010 auch klinisch festgestellt habe, in seinen Beurteilungen nie mehr erwähne und in die Diagnoseliste aufnehme. 7. Aktenkundig und unbestritten ist, dass sich der Beschwerdeführer am 20. Oktober 2009 im Rahmen einer beruflichen Ausbildung zum Eigenschutz beim Zweikampf verletzte, als er bäuchlings am Boden lag und der «Gegner» seinen linken Arm nach aussen hielt (linke Schulter angehoben) und bis zum Anschlag dehnte. Dabei geriet der «Gegner» aus dem Gleichgewicht und stürze aus ca. 30 bis 40 cm Höhe mit dem Knie auf die linke Schulter des Beschwerdeführers (Vaudoise-Nr. 1 S. 36; vgl. auch E. II. 6.3 hiervor). Dieser erlitt dabei eine Schulterdistorsion, welche in der Folge konservativ behandelt wurde. Aktenkundig ist weiter, dass die letzte Rechnung für Behandlungsleistungen, welche der Beschwerdegegnerin nach diesem Unfall eingereicht wurde, vom 14. März 2013 datiert (Vaudoise-Nr. 1 S. 37). In der Folge stand bis November 2020 keine unfallbedingte Behandlung oder Arbeitsunfähigkeit zur Diskussion. Der Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Leistungen ist daher unter dem Aspekt eines Rückfalls zu prüfen. Die Beweislast liegt dementsprechend beim Beschwerdeführer (vgl. E. II. 3.4 hiervor). 8. Es stellt sich die Frage, ob die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid vom 1. Februar 2021 (A.S. 1) zu Recht auf die Kurzbeurteilung ihres beratenden Arztes Dr. med. D.____ vom 25. November 2020 (vgl. E. II. 6.12 hiervor)

abgestellt hat. 8.1 Ein medizinischer Aktenbericht ist beweistauglich, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 9C_557/2020 vom 22. April 2021 E. 3.3 mit Hinweis).

8.2 Die Kurzbeurteilung von Dr. med. D.____ vom 25. November 2020 wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.3, 8.1 hiervor) gerecht: So stimmen die von Dr. D.____ in seiner Kurzbeurteilung einbezogenen medizinischen Akten mit der sich vorliegend präsentierenden Aktenlage überein. Er hatte demnach Kenntnis der Vorakten (Anamnese). Diese sind ausserdem als vollständig zu bezeichnen und geben ein lückenloses Bild wieder, so dass Dr. med. D.____ in der Lage war, sich ein gesamthafte Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu verschaffen. Somit war die vom Beschwerdeführer vorgebrachte persönliche Untersuchung (A.S. 23 oben) nicht notwendig. Auch die Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet ein: So ist nachvollziehbar, dass der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin in Bezug auf das Unfallereignis 20. Oktober 2009 mit Sturz des Trainingsgegners auf die linke Schulter des Beschwerdeführers aus ca. 30 bis 40 cm Höhe, welche aufgrund der Stellung des Armes (Drehung nach Aussen und Dehnung bis zum Anschlag) angehoben war, von einer «Schulterdistorsion» ausging. So habe gemäss der Bagatell-Unfallmeldung UVG vom 24. November 2009 (Vaudoise-Nr. 1 S. 36) bei diesem Ereignis eine Überdehnung der Bänder in der linken Schulter stattgefunden. Auch der behandelnde Orthopäde Dr. med. E.____ hielt im Sprechstundenbericht vom 7. Mai 2010 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) fest, es sei am 20. Oktober 2009 zu einem übermässigen Verdrehen des Armes gekommen. Die Einschätzung des beratenden Arztes vermag auch aufgrund der medizinischen Fachliteratur einzuleuchten, wonach bei Zerrungen und Überdehnungen (= Distorsionen) meist eine indirekte Krafteinwirkung vorliegt, die zu unvollständiger Zerreissung des Kapselbandes führt (Alfred Schönberger / Gerhard Mehrrens / Helmut Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 410). Zudem sind sich die medizinischen Fachärzte darin einig, dass es sich bei der am 20. Oktober 2009 erlittenen Verletzung um eine Schulterdistorsion handelt (vgl. E. II. 6.2 ff., 6.7, 6.9, 6.11 hiervor). Dies wird durch den Beschwerdeführer korrekterweise auch nicht bestritten. Auch die weitere Einschätzung von Dr. med. D.____, wonach es aufgrund des Unfallereignisses vom 20. Oktober 2009 nicht zu einer strukturellen Verletzung des linken Schultergelenkes gekommen sei, überzeugt. So konnte aufgrund der durchgeführten Arthro-MRT vom 4. Dezember 2009 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) keine strukturelle Läsion objektiviert werden. Die als «kleinflächig, gelenkseitig, partial» beschriebene Sehnenruptur zentral wurde lediglich als «möglicherweise» und somit nicht – wie dies der Beschwerdeführer in seiner ergänzenden Beschwerdeschrift vorbringt (A.S. 23) – als «gesichert» qualifiziert. Es wurde zugleich darauf hingewiesen, dass die MRT aufgrund der Schmerzen des Beschwerdeführers nicht unter optimalen Untersuchungsbedingungen (in Innenrotation) habe durchgeführt werden können Dies führte in der Folge jedoch dazu, dass sowohl der Hausarzt des Beschwerdeführers, med. prakt. G.____, in seinen ärztlichen Zwischenberichten vom 14. März 2010 und 8. September 2010 (vgl. E. II. 6.2, 6.4 hiervor) als auch der behandelnde Orthopäde, Dr. med. E.____, in seinen Berichten vom 7. Mai 2010 und 1. Februar 2011 (vgl. E. II. 6.3, 6.5 hiervor) lediglich einen Verdacht auf eine Partialruptur des Supraspinatus bzw. einen Verdacht auf eine Unterflächenläsion Supraspinatus diagnostizierten. Diese reinen Verdachtsdiagnosen

konnten jedoch gestützt auf die am 17. Januar 2013 und 3. November 2020 weiter durchgeführten MRTs (vgl. E. II. 6.8, 6.10 hiervor) nicht bestätigt bzw. erhärtet werden. So wurde die am 17. Januar 2013 durchgeführte Arthro-MRT wie folgt beurteilt: «Mässige, ansatznahe Tendinopathie der Supraspinatussehne». Im MRT vom 3. November 2020 fand sich sodann u.a. eine «allenfalls» minimale gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne, jedoch keine sonstige Pathologie der Rotatorenmanschette. Im «Befund» wurde diesbezüglich zudem festgehalten, es bestehe weder ein Abriss der Sehne noch eine Pathologie des Muskels (Vaudoise-Nr. 3 S. 2). Folglich kann dem Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 23), wonach die bereits im MRI vom 4. Dezember 2009 gezeigte gelenksseitige partielle Sehnenruptur in den MRI vom 17. Januar 2013 und 3. November 2020 bestätigt worden sei, nicht gefolgt werden. Eine gesicherte Diagnosestellung einer Partialruptur der Supraspinatussehne liegt nicht vor. Gestützt auf diese Ausführungen ist die durch Dr. med. D.____ in seiner Kurzbeurteilung vom 25. November 2020 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) u.a. ausgewiesene «Tendinopathie der Supraspinatussehne links am Ansatz (MRI 2013) mit Progredienz einer allfälligen partiellen Ruptur gelenkseitig (MRI 2020)» nachvollziehbar. Auch seine weitere Einschätzung, wonach die Beschwerden des Beschwerdeführers auf ein Engpasssyndrom und eine zunehmende Degeneration der Supraspinatussehnen zurückzuführen seien, leuchtet ein. So wird das «Impingementsyndrom (Engpasssyndrom)» in der medizinischen Fachliteratur wie folgt beschrieben: «Einengung des Raumes durch knöcherne Anbauten am Acromion oder am Oberarmkopf im Bereich des Tuberculum majus und im Bereich des Schultergelenkes, sei es durch eine Verdickung der Sehnen infolge krankhafter Prozesse – Tendopathie – oder funktionell durch das Höherentreten des Oberarmkopfes infolge einer Insuffizienz der Rotatorenmanschette, meist infolge einer Rotatorenmanschettenruptur» (Alfred Schönberger et al., a.a.O., S. 557). Da bereits in der Arthro-MRT vom 4. Dezember 2009 eine chronische Tendinose der Supraspinatussehne und ein hakenförmiges Akromion (Typ III) sowie ein low-lying-acromion, das für ein Impingement prädisponierend sei, objektiviert werden konnten und med. prakt. G.____ im ärztlichen Zwischenbericht vom 14. März 2010 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) von einem bleibenden Nachteil im Sinne eines zu erwartenden «chronischen Impingement-Syndroms» sprach, erweist sich die oben genannte Einschätzung von Dr. med. D.____ betreffend das Engpasssyndrom und die zunehmende Degeneration der Supraspinatussehne als schlüssig. Es kommt hinzu, dass anlässlich der am 17. Januar 2013 durchgeführten MRT (vgl. E. II. 6.8 hiervor) eine mässige, ansatznahe Tendinopathie der Supraspinatussehne und bei der am 3. November 2020 erfolgten MRT (vgl. E. II. 6.11 hiervor) die vorbeschriebene, leichte Tendinose, eine hypertrophe Degeneration des AC-Gelenkes und das Typ III konfigurierte Akromion bestätigt werden konnten. In diesem Zusammenhang kann ergänzend darauf hingewiesen werden, dass das Impingementsyndrom gemäss der medizinischen Fachliteratur keine Diagnose ist, sondern «eine Einengung der Rotatorenmanschette unterhalb des coraco-acromialen Bogens» (Alfred Schönberger et al., S. 557 unten) bezeichnet. Folglich kann der Einschätzung von Dr. med. E.____ in seinem Bericht vom 29. März 2021, wonach das Engpasssyndrom mit zunehmender Degeneration nicht der Diagnoseliste von Dr. D.____ entspreche (vgl. E. II. 6.13 hiervor), nicht gefolgt werden. Es ist daher beim Beschwerdeführer sowohl von degenerativen als auch von krankhaften Prozessen in seiner linken Schulter auszugehen. Folglich überzeugt die Beurteilung von Dr. med. D.____, wonach es sich hierbei um «unfallfremde Faktoren» handle. Eine entsprechende Einschätzung ist zudem bereits den Schreiben des beratenden Arztes der Beschwerdeführerin, Dr. med. F.____, vom

14. September 2011 zu entnehmen (vgl. E. II. 6.7 hiervor). So qualifizierte dieser das Impingement mit hakenförmigem Akromion links bereits zu diesem Zeitpunkt als unfallfremd. Damit kann von grundsätzlich beweismässigen Beurteilungen von Dr. med. D. ___ ausgegangen werden.

8.3 Es ist nachfolgend auf die Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen:

8.3.1 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt (A.S. 21 ff.), der Beurteilung des versicherungsinternen Arztes komme schon in formellrechtlicher Hinsicht keine relevante Beweiskraft zu. Diesbezüglich lässt er auf verschiedene Urteile des Bundesgerichts hinweisen, ohne indes einen konkreten Bezug zum vorliegenden Fall herzustellen. Zudem wurde in E. II. 8.2 hiervor dargelegt, dass die Kurzbeurteilung von Dr. med. D. ___ den bundesrichterlichen Vorgaben durchaus entspricht.

8.3.2 Der Beschwerdeführer lässt weiter vorbringen, die Beurteilung von Dr. med. D. ___ sei unvollständig, da nicht ersichtlich sei, dass ihm die MRI vom 4. Dezember 2009 überhaupt vorgelegen habe (A.S. 23 f.). So habe dieser einzig festgehalten, dass die MRI 2013 verspätet erfolgt sei. Diesen Ausführungen kann insoweit beigelegt werden, als Dr. med. D. ___ in der Kurzbeurteilung vom 25. November 2020 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) den Bericht betreffend die am 4. Dezember 2009 erfolgte Arthro-MRT nicht explizit erwähnte. Ausserdem wies er darauf hin, dass die MRI aus dem Jahr 2013 verspätet erfolgt sei. Dies vermag indes den Beweiswert der Kurzbeurteilung nicht in Frage zu stellen. So führte Dr. med. D. ___ aus, dass den drei MRIs im Abstand von 11 Jahren keine strukturellen Veränderungen zu entnehmen seien. Dies impliziert, dass er über die Berichte von sämtlichen durchgeführten Arthro-MRTs Kenntnis hatte – folglich auch über jenen vom 4. Dezember 2009. Zudem präziserte Dr. med. D. ___ in seiner medizinischen Stellungnahme vom 2. Juni 2021 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) den Hinweis betreffend das verspätet stattgefundene MRI im Jahr 2013 dahingehend, dass die Indikation für eine erneute Arthro MRI-Untersuchung bereits 2011 gestellt worden sei. Diese sei jedoch vom Beschwerdeführer abgesagt worden und erst zwei Jahre später erfolgt, was eher für einen langsam ablaufenden, degenerativ bedingten Prozess spreche. Diesen Ausführungen kann gefolgt werden: So gab Dr. med. E. ___ in seinem Sprechstundenbericht vom 1. Februar 2011 an (vgl. E. II. 6.5 hiervor), es werde eine erneute MRT-Untersuchung der Schulter durchgeführt. Dies befürwortete sodann auch Dr. med. F. ___ in seinem Schreiben vom 14. September 2011 aufgrund der bei der ersten Untersuchung nicht optimalen Bedingungen (vgl. E. II. 6.7 hiervor). Tatsächlich fand die entsprechende Arthro-MRI jedoch erst am 17. Januar 2013 statt (vgl. E. II. 6.8 hiervor).

8.3.3 Das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach er erst seit dem Unfallereignis an den Schulterschmerzen gelitten habe und zuvor völlig beschwerdefrei gewesen sei (A.S. 24), basiert auf der unzulässigen Beweismaxime «post hoc ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.). Daraus vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten.

8.4 Der Bericht von Dr. med. D. ___ vom 25. November 2020 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) erweist sich somit in Bezug auf die medizinischen Ausführungen und Beurteilungen als beweismässig. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid vom 1. Februar 2021 aus medizinischer Sicht im Wesentlichen auf diesen abgestellt hat.

9. Nachfolgend ist zu prüfen, ob auch in Bezug auf die Beurteilung des Kausalzusammenhangs auf die Einschätzung von Dr. med. D. ___ abgestützt werden kann:

9.1 Dr. med. D. ___ ging davon aus, dass die Tendopathie der Supraspinatussehne links am Ansatz (MRI 2013) mit Progredienz einer allenfalls partiellen Ruptur gelenkseitig (MRI 2020) sowie das

hypertrophe AC-Gelenk, Akromion Typ III links, unfallfremde Faktoren und für die jetzigen Beschwerden entscheidend seien. Diese stünden indes nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang zum Ereignis vom 20. Oktober 2009. Sie entsprächen einem Engpassyndrom und einer zunehmenden Degeneration der Supraspinatussehne. Der Status quo sine sei spätestens mit dem Zeitpunkt der Durchführung des verspätet erfolgten MRI im Jahr 2013 erreicht worden, wo keine strukturellen Läsionen beschrieben worden seien, die auf das Unfallereignis von 2009 zurückgeführt werden könnten. Durch das Ereignis sei es auch nicht zu einer richtungsweisenden Veränderung im linken Schultergelenk gekommen.

9.2 Der Einschätzung von Dr. med. D.____ steht die Kausalitätsbeurteilung von Dr. med. E.____ entgegen: Dieser hielt im Sprechstundenbericht vom 7. Mai 2010 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) fest, die vom Beschwerdeführer beschriebene Symptomatik vonseiten des Traumas und der Beschwerden könnte durchaus mit einer Subluxation bzw. einer Instabilität der Bicepssehne in Zusammenhang stehen. Da Dr. med. E.____ jedoch im Rahmen der festgestellten Befunde u.a. festhielt, es bestehe bei der klinischen Untersuchung keine Bicepssehnenpathologie und es seien blande Verhältnisse, eine hervorragende Kraft sowie eine gute Beweglichkeit eines wenig symptomatischen Schultergelenkes gegeben, lässt seine Einschätzung einen fortbestehenden kausalen Zusammenhang nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheinen. In diesem Sinn äusserte sich auch Dr. D.____ in seiner Stellungnahme vom 2. Juni 2021 (vgl. E. II. 6.15 hiervor), indem er darlegte, dass bei einer richtungsgebenden, strukturellen Verletzung des Schultergelenks nach einem Distorsionstrauma weder «weitestgehend blande Verhältnisse» noch «ein minimales Impingement» festgestellt werden könnten. Diese sprächen eher für eine vorübergehende Schädigung anlässlich des Ereignisses vom 20. Oktober 2009. Es kommt hinzu, dass Dr. med. E.____ im Sprechstundenbericht vom 1. Februar 2011 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) selbst von einem «unklaren Befund» ausging. Zudem steht die durch ihn bereits im Bericht vom 7. Mai 2010 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) empfohlene Intensivierung des Kampfsporttrainings ohne Rücksicht auf die betroffene Schulter in einem gewissen Spannungsfeld zur möglicherweise vorliegenden Subluxation / Instabilität der Bicepssehne. Es kommt hinzu, dass Dr. med. E.____ im Sprechstundenbericht vom 11. November 2020 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) sodann festhielt, falls die Physiotherapie nicht zu einer adäquaten Besserung der Beschwerden führe, müsse die Durchführung einer Arthroskopie mit der Frage nach einer Bizepsinstabilität / Pully-Läsion / anterosuperioren Rotatorenmanschetten-Läsion in Betracht gezogen werden. Es ist daher davon auszugehen, dass die durch den behandelnden Orthopäden schon im Mai 2010 ins Feld geführte Instabilität der Bicepssehne nicht auf einem objektivierbaren Befund beruhe, sondern es sich hierbei vielmehr um eine reine Vermutung handelte. So gab Dr. med. E.____ bei der «Beantwortung des Fragenkatalogs» vom 29. März 2021 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) denn auch an, die festgestellte Läsion des Halteapparates der Bicepssehne sei «nicht sicher beurteilbar». Es handle sich dabei um eine Kombination aus Anamnese, Untersuchung und den Strukturen, welche in der Bildgebung gesehen worden seien. Folglich kann daher der Einschätzung von Dr. D.____ in seiner Stellungnahme vom 2. Juni 2021 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) gefolgt werden, wonach der Verdacht auf eine Bizepssehneninstabilität gemäss den vorliegenden Akten bis jetzt nie bestätigt worden sei und durch die drei Fachradiologen keine Pathologie der Bizepssehne erkannt und aufgelistet worden sei. Daran vermögen auch die Berichte des Hausarztes G.____ vom 8. September 2010 und 20. Januar 2013 (vgl. E. II. 6.4, 6.9 hiervor) nichts zu ändern. So ist in Bezug auf die darin ausgewiesene Diagnose einer «Subluxation der

Bizepssehne links» nicht ersichtlich, worauf sich diese stützt. Auch der weiteren Einschätzung von Dr. med. E.____ (vgl. E. II. 6.13 hiervor), wonach sich in der Verlaufs-MRT vom 3. November 2020 eine Teilläsion des vorderen Anteils der Rotatorenmanschette zeige, kann nicht gefolgt werden. So wurde im entsprechenden Bericht vom 3. November 2020 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) u.a. festgehalten, es sei «allenfalls» eine minimale gelenkseitig kommunizierte Partialruptur der Supraspinatussehne im mittleren bis posterioren Sehnenabschnitt gegeben, wobei kein Abriss der Sehne und keine Pathologie des Muskels vorhanden und die übrigen an der Rotatorenmanschette beteiligten Muskeln und Sehnen unauffällig seien. Es kann demzufolge nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Teilläsion des vorderen Anteils der Rotatorenmanschette ausgegangen werden. So hielt auch Dr. med. D.____ am 19. April 2021 fest (vgl. E. II. 6.14 hiervor), eine Ruptur habe beim Beschwerdeführer nie mit vollständiger Sicherheit nachgewiesen werden können. Er führte zudem aus, dass eine Läsion, die allenfalls nur minimal vorliege, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch die beklagten Beschwerden verursachen könne. Weiter wies er in nachvollziehbarer Weise darauf hin, dass normalerweise eine minimale Partialruptur nach einem Trauma einer gesunden Sehne ausheile (Vernarbungsprozess), da die Restsehne ja intakt und vollständig belastbar sei. Da eine solche Ausheilung beim Beschwerdeführer jedoch über 11 Jahre hinweg nicht habe nachgewiesen werden können, spreche dies für einen persistierenden degenerativen Prozess der in den MRI nachgewiesenen Tendinose. Diesen Ausführungen kann aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten gefolgt werden. Insgesamt sind die Stellungnahmen des behandelnden Orthopäden Dr. E.____ nicht geeignet, einen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 20. Oktober 2009 und den fortbestehenden Beschwerden als überwiegend wahrscheinlich erscheinen zu lassen. Es ist in diesem Zusammenhang auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Fachärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifelsfall mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 125 V 341 E. 3a/cc S. 353; Urteile des Bundesgerichts 8C_420/2018 vom 13. März 2019 E. 6.5 mit Hinweisen, 8C_143/2019 vom 21. August 2019 E. 4.4.1). Bei gesamthafter Betrachtung vermögen die Berichte von Dr. med. E.____ an den Ausführungen und Einschätzungen betreffend die Kausalität von Dr. med. D.____ keine auch nur geringen Zweifel hervorzurufen (vgl. E. II. 3.3 hiervor). 9.3 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die beim Beschwerdeführer objektivierete Tendinopathie der Supraspinatussehne links am Ansatz mit Progredienz einer allenfalls partiellen Ruptur gelenkseitig sowie das hypertrophe AC-Gelenk und das Akromion Typ III links nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 20. Oktober 2009 zurückgeführt werden können, sondern auf unfallfremden Faktoren beruhen. Es ist davon auszugehen, dass der Status quo sine spätestens im Zeitpunkt der am 17. Januar 2013 durchgeführten MRI erreicht war. Da den vorliegenden Akten nichts Gegenteiliges zu entnehmen ist, ist davon auszugehen, dass diese MRI – im Gegensatz zur MRT vom 4. Dezember 2009 – unter optimalen Bedingungen hat durchgeführt werden können. Ein Abstellen auf den Zeitpunkt der Arthro-MRT vom 4. Dezember 2009 wäre daher verfehlt. 10. Es ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass im vorliegenden Fall der durch den Beschwerdeführer vorgebrachte Art. 6 Abs. 2 UVG (A.S. 24) nicht greift. Gemäss der am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen neuen Regelung von Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei den in der Liste bezeichneten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Laut Botschaft des Bundesrates vom 30. Mai 2008 zur

Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der SUVA [BBl 2008, 5411]) wird auf das Kriterium des äusseren Faktors verzichtet. Bei den in der Liste bezeichneten Körperschädigungen wird davon ausgegangen, dass eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Dieser kann sich aber von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er den Nachweis erbringt, dass die Körperschädigung vorwiegend auf eine Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Da beim Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine degenerative sowie angeborene gesundheitliche Problematik in der linken Schulter vorliegt, besteht gestützt auf den neuen Art. 6 Abs. 2 UVG keine Leistungspflicht für die Beschwerdegegnerin. Wie oben dargelegt (vgl. E. II. 9.3 hiervor), sind die objektivierten gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers nicht auf das Ereignis 20. Oktober 2009 zurückzuführen. Damit entfällt ein Anspruch unter dem Titel der unfallähnlichen Körperschädigung auch dann, wenn man die bis Ende 2016 gültig gewesene Regelung heranzieht (vgl. E. II. 1.2 hiervor). 11. Da gemäss den vorliegenden medizinischen Akten in den Jahren 2013 bis 2020 keine ärztlichen Behandlungen bzw. Interventionen stattfanden bzw. keine solchen dokumentiert sind und damit eindeutige Brückensymptome fehlen, kann auch nicht von einem Rückfall / von Spätfolgen ausgegangen werden (vgl. E. II. 3.4 hiervor). 12. Die von der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 16. Dezember 2020 und mit Einspracheentscheid vom 1. Februar 2021 bestätigte Einstellung ihrer Leistungspflicht per 17. Januar 2013 infolge des Erreichens des Status quo sine erfolgte daher zu Recht, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist, soweit auf diese einzutreten ist. 13. 13.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 13.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

E. 3

Dem Versicherten seien sämtliche Leistungen nach UVG auszurichten.

E. 4

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. 3. Mit Verfügung vom 3. März 2021 (A.S. 15 f.) wird dem Beschwerdeführer Gelegenheit gegeben, bis am 17. März 2021 eine ergänzende Beschwerdebegründung einzureichen. 4. Mit ergänzender Beschwerdebegründung vom 17. März 2021 (A.S. 18 ff.) lässt der Beschwerdeführer vollumfänglich an den bereits gestellten Rechtsbegehren festhalten. 5. Mit Beschwerdeantwort vom 28. April 2021 (A.S. 30 f.) lässt die Beschwerdegegnerin die Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. med. D.____ vom 19. April 2021 einreichen (Vaudoise-Nr. 17) und sowohl die Abweisung der Beschwerde als auch die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 1. Februar 2021 beantragen. Weiter wird beantragt, es seien keine Kosten zu vergüten. 6. Die durch den Vertreter des Beschwerdeführers am 11. Mai 2021 beantragte Zustellung der Abklärungen nach Verfügungserlass (A.S. 35) werden diesem mit Verfügung vom 17. Mai 2021 (A.S. 36 f.) zugestellt. 7. Im Rahmen der Replik vom 20. Mai 2021 (A.S. 38 ff.) und der Duplik vom 3. Juni 2021 (A.S. 49 f.) halten die Parteien an ihren jeweiligen Standpunkten fest, wobei der Vertreter des Beschwerdeführers die Stellungnahme von Dr. med. E.____ vom 29. März 2021 (Beschwerdebeilage Nr. 5) und die Beschwerdegegnerin die vom 2. Juni 2021 datierende Stellungnahme von Dr. med. D.____ (A.S. 51) zu den Akten reichen. 8. Die mit Triplik vom 8. Juli 2021 (A.S. 57 ff.) eingereichte Kostennote des Vertreters des

Beschwerdeführers geht mit Verfügung vom 9. Juli 2021 (A.S. 65) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 9. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 13

13.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

Demnach wird erkannt:

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

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Küng

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