

SO_GERICHTE VSBES.2021.8 vom 20. Januar 2021

SO Obergericht, 2021-01-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.8

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.8 du 20 janvier 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.8 del 20 gennaio 2021

Erwägungen

E. 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 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.).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 20. Januar 2021 (A.S. 1 ff.) ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 8. Juli 2020 zu Recht per 30. November 2020 eingestellt hat. Zur Beurteilung sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen relevant:

4.1 Die MRI der Schulter mit indirekter Arthrographie rechts vom 4. April 2017 (VSBES.2018.54, E. II. 6.3) wurde im Spital G.____, Institut für Radiologie und Nuklearmedizin, wie folgt beurteilt: Bursaseitige Teilläsion der Supraspinatussehne, keine transtendinöse Ruptur. Sehnenruptur des M. subscapularis im Oberrand und auch angrenzender Schaden des Bicepspulley gestatteten eine mediale S(Sub-) Luxation der langen Bicepssehne; in deren horizontalem Anteil auch degenerative Tendinopathie. Irreguläres verdicktes inferiores Labrum und inferiore Gelenkkapsel ohne Lücke; Traumafolge oder im Rahmen einer frozen shoulder? Zeichen einer AC-Gelenksarthrose ohne akute Kapsulitis oder Erguss.

4.2 Im Austrittsbericht des Spitals G.____, Interdisziplinäre Notfallstation, vom 11. Juli 2020 (Suva-Nr. 6) wurde folgende Hauptdiagnose gestellt: «Schulterdistorsion rechts am 8. Juli 2020 DD Rotatorenmanschettenverletzung». Der Beschwerdeführer sei am 8. Juli 2020 auf einem Bauernhof zum Helfen gewesen, dort sei plötzlich ein Kalb weggelaufen. Der Beschwerdeführer habe mit einer schnellen Bewegung in der rechten Schulter an der

Kalbleine gezogen. Seither verspüre er Schmerzen im rechten Schultergelenk. Im selben Schultergelenk habe er im Jahr 2017 schon einmal eine Bänderläsion gehabt. Bisher habe er keine Schmerzmittel eingenommen. Beim Röntgen der Schulter rechts 2-Ebenen (vgl. Suva-Nr. 10): Kein Nachweis einer frisch dislozierten Fraktur. Zentrierte glenohumerale Artikulation. Alte Hill-Sachs-Delle am posterolateralen Humeruskopf miterfasst. Bei einer Schulterdistorsion werde zuerst eine konservative Therapie mittels Ruhigstellung in Mitellaschlinge und Analgesie initiiert.

4.3 Im Sprechstundenbericht vom 22. Juli 2020 (Suva-Nr. 14) hielt Dr. med. H.____, Oberärztin, Spital G.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie am Bewegungsapparat, folgende Hauptdiagnose fest: «Schulter rechts (dominant): Status nach Schulterdistorsion am 18. Juli 2020 [recte: 8. Juli 2020] mit Retraumatisierung bei instabiler langer Bizepssehne». Die Schmerzen würden als Retraumatisierung der Intervallläsion mit erneuter Destabilisierung der langen Bizepssehne interpretiert. Ein klinischer Hinweis auf eine transmurale Rotatorenmanschettenruptur bestehe nicht, es sei daher mit dem Beschwerdeführer als ersten Schritt die Physiotherapie zur funktionellen Mobilisation und Kapseldehnung zur Prophylaxe einer Capsulitis adhaesiva besprochen worden, im Verlauf Beginn mit Aufbau der glenohumeral zentrierten Muskulatur und Scapulasetting, beginnend in körpernaher Position. Muskeldetonisierung nach Bedarf. Instruktion eines täglichen Heimprogramms inkl. Theraband und Hanteln (PET-Flaschen). Orale Analgesie bedarfsadaptiert. Er sei bis zur nächsten klinischen Verlaufskontrolle zu 100 % arbeitsunfähig.

4.4 Aufgrund der Sprechstunde vom 7. September 2020 hielt PD Dr. med. I.____, Leitender Arzt Stv., Spital G.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie am Bewegungsapparat, im Bericht vom 16. September 2020 (Suva-Nr. 22) folgende Hauptdiagnose fest: «Schulter rechts (dominant): Aussenrotations-Extensionstrauma am 8. Juli 2020». Der Beschwerdeführer habe die Physiotherapie und die Heimübungen seit der letzten Kontrolle konsequent durchgeführt. Hierunter gehe es ihm besser. Er habe aber noch Schmerzen, vor allem bei schnellen Bewegungen. Sie hätten nochmals die alten Bilder von 2017 gemeinsam durchgeschaut. Dabei sei ein Zeichen der möglichen Luxation beschrieben worden. Dies könne im Bereich einer möglichen kleinen Hill-Sachs-Delle und eines posterioren Ödems sowie einer fraglichen anterioren Labrumläsion nachvollzogen werden. Auffallend sei eine kraniale Subscapularissehnenruptur mit Luxation der langen Bizepssehne. Beim Nachfragen schildere der Beschwerdeführer als initiales Trauma ein Rotationstrauma der Schulter beim Schraubenlösen eines Rasenmähers mit sofort einschliessenden Schmerzen. Beim aktuellen Trauma 2020 habe er ein Kalb am Halsband festhalten wollen. Dieses habe sich zu lösen versucht und die Schulter sei extendiert und aussenrotiert worden, wobei der Beschwerdeführer gegengespannt habe. Somit liege ein Aussenrotations-Extensionstrauma vor. Trotz Physiotherapie hätten die Beschwerden nicht vollständig beseitigt werden können. Bis zum nächsten Termin bleibe der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig.

4.5 Die am 9. September 2020 durchgeführte MRT Arthrographie der rechten Schulter im Spital G.____ (Suva-Nr. 18) wurde wie folgt beurteilt: Schwere Bizepstendopathie mit Erweichungen und Kaliberschwankungen, Sehne eingebettet in Granulationsgewebe am destruierten Bizepspulley; anhaltend mediale Subluxation der Sehne und Konflikt mit dem minimal eingerissenen Subscapularis-Oberrand. Supraspinatus mit interstitiellem Einriss am Footprint («CID») und Degeneration am Vorderrand, keine Trophikstörung der Muskulatur; geringe AC-Degeneration ohne akute Komponente.

4.6 Anlässlich der Sprechstunde vom 14. September 2020 (Suva-Nr. 25) wies PD Dr. med. I.____ im Bericht vom 24. September 2020 folgende Hauptdiagnose aus: «Subtotale Ruptur der

Subscapularissehne rechts mit Subluxation / Luxation der langen Bizepssehne». Es liege erfreulicherweise keine relevante Verfettung vor. Jedoch sei die Subscapularissehne gerissen und scheine nicht mehr vollständig am Footprint angemacht zu sein. Die lange Bizepssehne sei im Narbengewebe verbacken. Unter diesen Umständen sei dem Beschwerdeführer die arthroskopische Refixation der Subscapularissehne aus prognostischer Sicht und die Bizepssehnenodese aus analgetischer Sicht empfohlen worden. Er möchte sich dies gerne nochmals überlegen und führe daher die Physiotherapie fort. Bis zum Verlaufstermin in zwei Monaten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

4.7 Der Kreisarzt Dr. med. J. ____, Facharzt für Chirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 30. September 2020 (Suva-Nr. 26) fest, der Unfall habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt, die objektivierbar seien. Sämtliche Befunde in der MRI vom 9. September 2020 (Biceps-sehnentendopathie, Subluxation Bicepssehne, Läsion Pulley, Läsion Subscapularissehne und Supraspinatussehne) seien bereits in der MRI vom 4. April 2017 nachgewiesen worden. Demnach gebe es durch das Ereignis vom 8. Juli 2020 keine frischen strukturellen Läsionen. Der Schadenfall 2017 sei aber abgelehnt worden, ebenso die Einsprache des Beschwerdeführers, da die Läsionen als degenerativ und somit krankheitsbedingt beurteilt worden seien. Der Schaden, der operiert werden solle, sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen, da keine frischen strukturellen Läsionen bestünden. Am 8. Juli 2020 sei es erneut zu einer Schulterdistorsion gekommen, die ausgeheilt sei bzw. der Vorzustand sei nach zwei bis drei Monaten wieder erreicht worden.

4.8 In der kreisärztlichen Beurteilung vom 23. Oktober 2020 (Suva-Nr. 36) hielt Dr. med. J. ____ an seiner Einschätzung vom 30. September 2020 (vgl. E. II. 4.7 hiervor) fest, wonach es durch das Ereignis vom 8. Juli 2020 nicht überwiegend wahrscheinlich zu neuen strukturellen Läsionen gekommen sei. Dies begründete er im Wesentlichen durch den Vergleich der beiden MRI vom 9. September 2020 und 4. April 2014. Dadurch sei bewiesen, dass die aktuell nachgewiesenen Läsionen der Rotatorenmanschette bzw. der Bicepssehne und der Aufhängung (Pulley) bereits 2017 vorbestanden hätten. Durch das Ereignis vom 8. Juli 2020 sei es somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu neuen strukturellen Läsionen gekommen. Im früheren Schadenfall seien die damaligen Läsionen im Bereich der rechten Schulter nicht als unfallkausal und somit als nicht auf das damalige Ereignis vom 8. März 2018 zurückzuführen beurteilt worden. Daher könne der aktuell diagnostizierte Schaden an der rechten Schulter auch nicht als Rückfall beurteilt werden. Im aktuellen Schadenfall sei es am 8. Juli 2020 zu einer Schulterdistorsion rechts gekommen. Die Folgen einer solchen Schulterdistorsion seien nach zwei bis drei Monaten ausgeheilt. Die darüber hinaus anhaltenden Beschwerden bzw. auch die in der MRI vom 9. September 2020 nachgewiesenen strukturellen Läsionen seien – bewiesen durch ein MRI vom 4. April 2017 – vorbestehend und somit nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Ereignis vom 8. Juli 2020 erklärbar.

4.9 PD Dr. med. I. ____ hielt aufgrund der Sprechstunde vom 9. November 2020 folgende Hauptdiagnose fest (Suva-Nr. 47): «Kraniale Ruptur der Subscapularissehne rechts mit Subluxation / Luxation der langen Bicepssehne mit Längsrissen». Die Beschwerden rührten sicher von der subluxierenden Bicepssehne mit Längsläsion der Sehne her. Zudem sei der Lift-Off-Test nicht möglich, was für die Subscapularissehnenläsion spreche. Nach wie vor sei eine Operation indiziert, was der Beschwerdeführer nicht wünsche. Alternativ könnte infiltriert werden, um die Schmerzen zu lindern, was aber keine Heilung der Sehnen bewirken würde. Dies wünsche der Beschwerdeführer zum jetzigen Zeitpunkt jedoch auch nicht. Daher

werde nochmals eine Verlaufsphysiotherapie weitergeführt. Hinsichtlich der Ablehnung durch die Beschwerdegegnerin finde der Sprechstundenbericht vom 7. September 2020 in der Begründung des Kreisarztes keinerlei Diskussion. PD Dr. med. I. ___ habe die Bilder von 2017 und 2020 am 12. November 2020 gemeinsam mit dem Chefarzt Radiologie durchgesehen. 2017 seien sie von einer frischen Luxation der Bicepssehne mit frischer kranialer Subscapularissehnenruptur ausgegangen. In der frischen MRI sei die Bicepssehne im intraartikulären Verlauf schwer zu verfolgen. Möglicherweise liege inzwischen eine Paritalruptur vor. Der kraniale Subscapularissehnenrand schein vermehrt eingerissen als 2017. Ein Synovialschlauch schein noch zu stehen. Eine subtotale Ruptur liege wohl eher nicht vor. Insgesamt sei nicht nur anamnestisch und klinisch, sondern auch MR-tomographisch von einer traumatischen Ursache der Beschwerden, insbesondere 2017, auszugehen. Es liege eine klar traumatische Ursache 2017 mit Retraumatisierung 2020 vor, weshalb die Ablehnung der Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin nicht nachvollziehbar sei. Der Beschwerdeführer sei in einem körperlichen Beruf weiterhin 100 % arbeitsunfähig.

4.10 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. K. ___, Gynäkologie und Geburtshilfe FMH, hielt in seinem Schreiben vom 7. Januar 2021 (Suva-Nr. 59) fest, der Beschwerdeführer habe im Jahr 2017 einen Schulterunfall und im Jahr 2020 eine erneute Traumatisierung der gleichen Schulter erlitten. Gemäss dem Arztbericht des Spitals G. ___ vom 9. November 2020 (vgl. E. II. 4.9 hiavor) handle es sich eindeutig um einen Unfall und nicht um eine Krankheit. Die Beschwerdegegnerin werde gebeten, die Kosten zu übernehmen.

5. Es ist nachfolgend auf die Ereignisse vom 8., 13. und 18. März 2017 und somit auf das Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2018.54 vom 4. Februar 2019 einzugehen. In diesem wurde u.a. Folgendes festgehalten: «8.2 [...] Der Kreisarzt führt (...) aus, die MRI-Diagnostik der rechten Schulter vom 4. April 2017 (...) zeige keine strukturell objektivierbaren Läsionen infolge des Ereignisses vom 8. März 2017. Am 20. März 2017 habe in der Röntgendiagnostik festgestellt werden können, dass röntgenologisch keine strukturell objektivierbaren Läsionen infolge des Ereignisses vom 8. März 2017 vorlägen. Es sei am 8. März 2017 zu einer Distorsion des rechten Schultergelenks gekommen. Eine solche Distorsionsproblematik heile mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wenige Monate nach dem Ereignis folgenlos ab. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spielten Unfallfolgen ab dem Datum des Berichts (2. August 2017) im Bereich der rechten Schulter keine Rolle mehr. Auch diese Ausführungen sind schlüssig. [...] 8.3 Eingehend auf das Ereignis vom 13. März 2017 kann gestützt auf die nachvollziehbaren und schlüssigen Ausführungen des Kreisarztes (...) ebenfalls davon ausgegangen werden, dass der Unfallhergang nicht geeignet war, eine Verletzung der Rotatorenmanschette überwiegend wahrscheinlich herbeizuführen. Dieser kreisärztlichen Einschätzung kann gefolgt werden. So gab der Beschwerdeführer am 17. Mai 2017 an (...), er habe sich beim ruckartigen Lösen einer Mutter die Rohrzange an die rechte Schulter geschlagen. Diese Handlung – die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (wie durch Sturz, Prellung, Schlag) – wird in der Literatur bezüglich des Verletzungsmechanismus der Rotatorenmanschette als «ungeeigneter Hergang» bezeichnet, da die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und Delta-Muskel gut geschützt sei (...). Es ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das Ereignis vom 13. März 2017 nicht geeignet war, eine Schädigung an der Rotatorenmanschette der rechten Schulter des Beschwerdeführers herbeizuführen. [...]

8.4 Zu beurteilen bleibt der Vorfall vom 18. März 2017. 8.4.1 Zunächst ist zu prüfen, ob es sich um einen Unfall gemäss Art. 4 ATSG handelt (...) bzw. ob das durch den

Beschwerdeführer beschriebene Geschehen den Unfallbegriff erfüllt. [...] Da somit kein ungewöhnlicher äusserer Faktor zur Körperschädigung des Beschwerdeführers beigetragen hat, fällt vorliegend ein Leistungsanspruch gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG ausser Betracht. 8.4.2 Es bleibt zu prüfen, ob eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegt (...). [...] Zusammenfassend erscheint das Ereignis als solches nicht geeignet, eine Verletzung der Rotatorenmanschette zu bewirken. Zudem ist es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass eine Luxation stattgefunden hat, womit ungeprüft bleiben kann, inwiefern von einer solchen Luxation auf eine Unfallkausalität geschlossen werden könnte. Schliesslich wäre selbst bei Vorliegen eines auslösenden Ereignisses von einer vorwiegend degenerativ bedingten Verletzung auszugehen. Die Beschwerdegegnerin hat daher auch eine unfallähnliche Körperschädigung zu Recht verneint. Aus dem Ereignis vom 18. März 2017 ergibt sich demnach kein Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin. 8.5 Nach dem Gesagten ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, das Ereignis vom 8. März 2017 habe zu einer Distorsion der rechten Schulter geführt und den degenerativen Vorzustand vorübergehend verschlimmert, der status quo sine sei aber spätestens am 20. August 2017 erreicht worden. Die Vorfälle vom 13. und 18. März 2017 begründen keine zusätzlichen Ansprüche auf Leistungen der Unfallversicherung. Ob das Ereignis vom 8. März 2017 einen Unfall im Rechtssinne darstellt, ist vor diesem Hintergrund nicht näher zu prüfen.» 6. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid vom 20. Januar 2021 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf die ärztliche Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. J.____ vom 23. Oktober 2020 stützte (A.S. 8 f.), ist zunächst zu prüfen, ob auf diese abgestellt werden kann: 6.1 Die Beurteilung von Dr. med. J.____ vom 23. Oktober 2020 (vgl. E. II. 4.8 hiervor) basiert auf den vollständigen medizinischen Vorakten. Der Kreisarzt gelangt zu schlüssigen Ergebnissen, die er in nachvollziehbarer Weise herleitet. Seine Einschätzung ist daher grundsätzlich geeignet, eine hinreichende Grundlage für die Anspruchsbeurteilung zu bilden. Da es sich um eine versicherungsinterne Stellungnahme handelt, sind allerdings ergänzende Abklärungen bereits dann notwendig, wenn die übrige Aktenlage, insbesondere die Stellungnahmen der behandelnden Ärzte, auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Feststellungen zu wecken vermögen (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Zu prüfen bleibt daher, ob die Einschätzung von Dr. med. J.____ auch inhaltlich überzeugt. Der Kreisarzt geht in seiner Beurteilung 23. Oktober 2020 auf das hier in Frage stehende Ereignis vom 8. Juli 2020 ein und führt aus, es könne an seiner Beurteilung vom 30. September 2020 (vgl. E. II. 4.7 hiervor) festgehalten werden, wonach es durch das Ereignis vom 8. Juli 2020 nicht überwiegend wahrscheinlich zu einer neuen strukturellen Läsion gekommen sei. Diese kreisärztliche Einschätzung überzeugt aufgrund des nachfolgenden Vergleichs der bereits im Jahr 2017 durchgeführten MRI mit derjenigen von 2020. So sind die in der MRI vom 9. September 2020 festgestellten Befunde (Bizepstendopathie; destruiertes Bizepspulley; mediale Subluxation der Sehne und Konflikt mit dem minimal eingerissenen Subscapularis-Oberrand; Supraspinatus mit interstitiellem Einriss am Footprint [«CID»] und Degeneration am Vorderrand; geringe AC-Degeneration ohne akute Komponente, vgl. E. II. 4.5 hiervor) bereits in der MRI vom 4. April 2017 dokumentiert (bursaseitige Teilläsion der Supraspinatussehne; Sehnenruptur des M. subscapularis im Oberrand und auch angrenzender Schaden des Bicepspulley gestatteten eine mediale S[Sub-] Luxation der langen Bicepssehne; in dessen horizontalem Anteil auch degenerative Tendinopathie; Zeichen einer AC-Gelenksarthrose ohne akute Kapsulitis oder Erguss, vgl. E. II. 4.1 hiervor). Es leuchtet daher auch die weitere kreisärztliche

Einschätzung ein, wonach durch diesen Vergleich bewiesen sei, dass die aktuell nachgewiesene Läsion der Rotatorenmanschette bzw. der Bicepssehne und der Aufhängung (Pulley) bereits 2017 vorbestanden habe und es durch das Ereignis vom 8. Juli 2020 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu einer neuen strukturellen Läsion gekommen sei. In diesem Zusammenhang erscheint zudem schlüssig, dass es sich beim aktuell diagnostizierten Schaden an der rechten Schulter nicht um einen Rückfall handle. So seien gemäss dem Kreisarzt die früheren Läsionen im Bereich der rechten Schulter als nicht unfallkausal beurteilt worden. Diese Ausführungen erweisen sich als korrekt, da das Versicherungsgericht im Urteil VSBES.2018.54 vom 4. Februar 2019 (vgl. E. II. 5 hiervor), u.a. festhielt, das Ereignis vom 8. März 2017 habe zu einer Distorsion der rechten Schulter geführt und den degenerativen Vorzustand vorübergehend verschlimmert. Zudem hätten die Vorfälle vom 13. und 18. März 2017 keine Ansprüche auf Leistungen der Unfallversicherung begründet. Die weiteren Ausführungen des Kreisarztes, dass es im aktuellen Schadenfall am 8. Juli 2020 zu einer Schulterdistorsion rechts gekommen sei und die Folgen einer solchen Schulterdistorsion nach zwei bis drei Monaten ausheilten und die darüber hinaus andauernden Beschwerden bzw. auch die in der MRI vom 9. September 2020 nachgewiesenen strukturellen Läsionen vorbestehend und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht durch das Ereignis vom 8. Juli 2020 erklärbar seien, sind nachvollziehbar. So ist betreffend das Ereignis vom 8. Juli 2020 den zeitnahen medizinischen Akten zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer am 8. Juli 2020 eine Distorsion der rechten Schulter zugezogen hat (vgl. E. II. 4.2 f. hiervor). Es entspricht denn auch einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass Traumen mit fehlenden strukturellen Schädigungen der Gelenke, Muskeln, Sehnen, Bänder und Knochen, wie bspw. Prellungen, Verstauchungen oder Zerrungen, normalerweise innert relativ kurzer Zeit folgenlos abheilen und sich die damit verbundenen Schmerzen gänzlich zurückbilden. Aufgrund dessen ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sowohl die durch den Beschwerdeführer weiterhin beklagten Schmerzen als auch die bildgebend im September 2020 nachgewiesenen Läsionen nicht auf das Ereignis vom 8. Juli 2020 zurückzuführen sind und daher als vorbestehend zu gelten haben.

6.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Akten an der kreisärztlichen Einschätzung von Dr. med. J.____ zumindest geringe Zweifel zu erwecken vermögen (vgl. E. II. 3.2 hiervor):

6.2.1 Es ist im Wesentlichen auf die Einschätzung von PD Dr. med. I.____, Spital G.____, einzugehen. Dieser ging in seinem Sprechstundenbericht vom 7. September 2020 (vgl. E. II. 4.4 hiervor) zunächst auf die bildgebenden Abklärungen aus dem Jahr 2017 ein und führte aus, damals habe ein initiales Trauma (Rotationstrauma der Schulter) vorgelegen. Im Sprechstundenbericht vom 9. November 2020 (vgl. E. II. 4.9 hiervor) legte er sodann dar, es liege eine klar traumatische Ursache 2017 mit Retraumatisierung 2020 vor. Diesbezüglich ist auf das Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2018.54 vom 4. Februar 2019 (vgl. E. II. 5 hiervor) hinzuweisen. In diesem Urteil entschied das Versicherungsgericht über die sich am 8., 13. und 18. März 2017 zugetragenen Ereignisse rechtskräftig. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin wurde verneint. Auf diese Beurteilung kann im vorliegenden Verfahren nicht mehr zurückgekommen werden. Die Argumentation von Dr. med. I.____, welche sich im Wesentlichen auf die Ereignisse von 2017 bezieht, vermag daher die Beweiskraft der kreisärztlichen Einschätzung nicht zu erschüttern. Ähnlich verhält es sich auch in Bezug auf die Einschätzung von Dr. med. H.____ im Sprechstundenbericht vom 22. Juli 2020 (vgl. E. II. 4.3 hiervor), in welchem sie die Schmerzen des Beschwerdeführers als «Retraumatisierung der Intervalläsion»

bezeichnete. Es ist in diesem Zusammenhang somit korrekt, dass der Kreisarzt Dr. med. J.____ in seiner Beurteilung vom 30. September 2020 lediglich ausführte, dass der Schadenfall 2017 sowie die Einsprache des Beschwerdeführers abgelehnt worden seien (vgl. E. II. 4.6 hiervor). Somit vermögen die Einschätzungen von PD Dr. med. I.____ und Dr. med. H.____ den Beweiswert der kreisärztlichen Einschätzung nicht zu schmälern.

6.2.2 Da das Schreiben von Dr. med. K.____ vom 7. Januar 2021 (vgl. E. II. 4.10 hiervor) weder eine Diagnose noch eine Auseinandersetzung mit dem gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers betreffend das Ereignis vom 8. Juli 2020 enthält, vermag dieses am Beweiswert der kreisärztlichen Einschätzung von Dr. med. J.____ keinerlei Zweifel hervorzurufen. 6.2.3 Folglich vermögen die übrigen medizinischen Akten am Beweiswert der Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. J.____ keine auch nur geringen Zweifel hervorzurufen. Der Argumentation der behandelnden Ärzte steht die Rechtskraft des Urteils vom 4. Februar 2019 entgegen. 7. Es ist somit zusammenfassend davon auszugehen, dass der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers, wie er sich vor dem Ereignis vom 8. Juli 2020 präsentierte, spätestens nach drei Monaten – somit am 8. Oktober 2020 – wieder erreicht war. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen mit Einspracheentscheid vom 20. Januar 2021 (A.S. 1 f.) per 30. November 2020 eingestellt hat. 8. Damit ist der Einspracheentscheid vom 20. Januar 2021 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 9. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 10. Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

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