

UR_GERICHTE 2024_OG V 23 39_Leistungen nach UVG vom 19. April 2024

UR Obergericht, 2024-04-19, DE

Quelle:

https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ur_gerichte_2024_OG_V_23_39_Leistungen_nach_UVG

FR: UR_GERICHTE 2024_OG V 23 39_Leistungen nach UVG du 19 avril 2024

IT: UR_GERICHTE 2024_OG V 23 39_Leistungen nach UVG del 19 aprile 2024

Erwägungen

E. 1.1

Gegen Einspracheentscheide der Beschwerdegegnerin kann Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Dieses entscheidet als einzige kantonale Instanz (Art. 57 ATSG). Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Das Obergericht des Kantons Uri (Verwaltungsrechtliche Abteilung) ist damit sowohl funktionell als auch örtlich sowie sachlich (Art. 5 Verordnung über die Rechtspflege in der Unfallversicherung [RB 20.2221; nachfolgend Rechtspflegeverordnung] für die Behandlung der Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Zur Beschwerde berechtigt ist, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (Art. 59 ATSG). Der Beschwerdeführer ist als versicherte Person mit seinen Anträgen bei der Beschwerdegegnerin unterlegen und hat daher ein schutzwürdiges Interesse an der Aufhebung oder Änderung des entsprechenden Entscheids. Die 30-tägige Beschwerdefrist (Art. 60 Abs. 1 i.V.m. Art. 39 Abs. 1 ATSG) sowie die Formvorschriften (Art. 61 lit. b ATSG) wurden eingehalten. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

lit. a - h UVG genannte Körperschädigung vorliegt, zur Vermutung, es handle sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss, wobei dem Versicherer die Möglichkeit des Gegenbeweises offensteht. Der Unfallversicherer steht mit anderen Worten bei Vorliegen einer Listenverletzung grundsätzlich in der Pflicht, Leistungen zu erbringen, solange er nicht den Nachweis für eine vorwiegende Bedingtheit durch Abnutzung oder Erkrankung erbringt (vgl. BGE 146 V 51 E. 8.6). Bei fehlendem bzw. dahingefallenem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem Unfallereignis und einer Listenverletzung erübrigt sich jedoch eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, jedenfalls solange kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt. Denn mit dem Nachweis, dass das Unfallereignis keine auch nur geringe Teilursache der Listenverletzung ist, ist gleichzeitig auch erstellt, dass diese Listenverletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 Prozent, auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 9.2).

E. 2.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) werden bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten Versicherungsleistungen gewährt. Der Versicherte hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG). Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG).

E. 2.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhanges sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise

Seite 4 von 15

beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhanges 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 der Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 147 V 161 E. 3.2, 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 E. 1).

E. 2.3

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 117 V 376 f. E. 3a). Dabei ist die Formel «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Störung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig (BGE 119 V 340 ff. E. 2b/bb mit Hinweisen, U 290/06 vom 11.06.2007 E. 4.2.3). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 E. 1, 117 V 377 E. 3a). Das Gericht hat jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b). Gilt es zwischen zwei oder mehreren Möglichkeiten zu entscheiden, ist diejenige überwiegend wahrscheinlich, welche sich am ehesten zugetragen hat (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 43 Rz. 59).

E. 2.4

Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers, 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 (BGer 8C_423/2012 vom 26.02.2013 E. 3.2, U 180/93 E. 3b, 8C_377/2012 vom 08.01.2013 E. 4.2). Ebenso wie der leistungsbe- gründende natürliche Kausalzusammenhang, muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von un- fallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglich- keit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hier- bei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbe gründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten

Seite 5 von 15

Person, sondern beim Unfallversicherer (BGer 8C_901/2009 vom 14.06.2010 E. 3.2 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehen- den Beschwerden (BGer 8C_816/2009 vom 21.05.2010 E. 4.3 mit Hinweisen). Solange jedoch der Sta- tus quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu überneh- men, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Demnach hat die versicherte Person bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante auch Anspruch auf eine zweckgemässe Behand- lung, welche operative Eingriffe umfassen kann (BGer 8C_715/2016 vom 06.03.2017 E. 4.3, 8C_423/2012 vom 26.02.2013 E. 3.2, 8C_956/2011 vom 20.06.2012 E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 2.5

Die Leistungspflicht der Unfallversicherung kann sich auch aus einer unfallähnlichen Körperschä- digung gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. a - h UVG ergeben, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Der Zweck des Instituts der unfallähnlichen Körperschädigung besteht darin, die oft schwierige Abgrenzung zwischen Unfall und Krankheit zugunsten der Versicherten zu vermeiden (BGE 146 V 51 E. 8.4). Nach der Rechtsprechung führt die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs.

E. 3.1

Gemäss dem Untersuchungsgrundsatz haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsge- richte von sich aus und ohne Bindung an die Parteibegehren für die richtige und vollständige Feststel- lung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und 61 lit. c ATSG, BGE 122 V 158 E. 1a). Davon zu unterscheiden ist die Frage der Beweislast; das heisst die Frage, wer die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat, wenn sich nach dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kein rechtserheblicher Sachverhalt feststellen lässt. Die Annahme der Beweislosig- keit ist allerdings erst zulässig, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen der Abklärungspflicht

Seite 6 von 15

aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlich- keit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGer 9C_702/2023 vom 15.02.2024 E. 4.4, 8C_533/2023 vom 17.01.2024 E. 2.4, 9C_254/2017 vom 21.08.2017 E. 4.4).

E. 3.2

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vergleiche Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 143 V 124 E. 2.2.2, 125 V 351 E. 3a, BGer 8C_42/2008 vom 19.01.2009 E. 2.4 mit Hinweisen).

E. 3.3

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c). An die Beweiswürdigung versicherungsinterner Beurteilungen sind indessen strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die Berichte anderer Ärzte mitzubetrachten. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch nachvollziehbare Berichte eines anderen Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 122 V 157 E. 1.d, 125 V 352 E. 3.a, BGer 8C_373/2023 vom 09.01.2024 E. 3).

Seite 7 von 15

Dennoch darf und soll in Bezug auf Berichte von Hausärzten und behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 470 E. 4.5, 125 V 353 E. 3b/cc). Auch kann nicht aus dem blossen Vorliegen einer allfälligen entgegenstehenden (haus-)ärztlichen Einschätzung unbesehen ihres Inhalts auf geringe Zweifel an den Beurteilungen der versicherungsinternen Fachpersonen geschlossen werden (vgl. BGer 8C_68/2019 vom 22.07.2019 E. 4.2.1).

E. 4

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt (gemäss Aktendossier der Beschwerdegegnerin eingereicht mit der Beschwerdeantwort [nachfolgend: BG-act.]).

E. 4.1

Die ärztliche Erstbehandlung nach dem Ereignis vom 8. Juni 2022 fand am 2. Juli 2022 bei der Hausärztin Dr. med. C.____, statt. Im Bericht vom 18. Oktober 2022 zuhanden der Beschwerdegegnerin (BG-act. 40) führte Dr. med. C.____ aus, dass der Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben am 8. Juni 2022 auf nassem Boden ausgerutscht und auf die linke dorsale Schulter gefallen sei. Er habe starke Schmerzen, eher immer mehr. Initial sei Ponstan genommen worden. Schmerzbedingt habe sich eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit in allen Ebenen gezeigt.

E. 4.2

Aufgrund von persistierenden Schulterschmerzen wurde der Beschwerdeführer Dr. med. D.____ zugewiesen. Im Bericht vom 26. Juli 2022 zur Sprechstunde vom 25. Juli 2022 (BG-act. 6) diagnostizierte Dr. med. D.____ einen hochgradigen Verdacht auf Rotatorenmanschettenläsion (Supraspinatus und Subscapularis) Schulter links bei Status nach Sturz am 8. Juni 2022. Dies bei Status nach offener Refixation einer ossären Bankartläsion vor ca. 29 Jahren (Spital Bern) und Schultertrauma links mit AC-Gelenksverletzung Typ Tossy nach Sturz/Unfall (1998?). Zur Anamnese führte Dr. med. D.____ aus, seit dem Unfall würden Schmerzen bestehen sowohl bei Bewegung als auch in Ruhe (nachts). In der Beurteilung kam Dr. med. D.____ u.a. gestützt auf ein CT Schulter links vom 5. Juli 2022 zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer der Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenläsion bestehe. Ausserdem zeigten sich radiologisch beginnende Arthrosezeichen bei Status nach oben genannter Operation. Bis zum neuen Unfall sei der Beschwerdeführer beschwerdefrei gewesen. Es wurde die Durchführung einer MRT der linken Schulter vereinbart.

E. 4.3

Das MRI vom 9. August 2022 zeigte eine hochgradige Teilruptur der Subscapularissehne im oberen und mittleren Drittel, ca. 2.5 proximal des Sehnenansatzes mit fortgeschrittener Muskelbauch-Atrophie. Keine Pulley-Läsion. Eine Tendinose der Supraspinatus-, Infraspinatus- und der langen Bicepssehne (LBS). Eine leicht ausgeprägte Omarthrose. Eine hypertrophe AC-Gelenks-Arthrose mit Subluxationsstellung im AC-Gelenk nach alter Tossy-Verletzung mit Hinweisen auf stattgehabter Ruptur des LCC und der AC-Gelenks-Kapsel (Radiologiebericht von Dr. med. E.____ vom 09.08.2022, BG-act-

Seite 8 von 15

17). Dr. med. D.____ führte dazu in seinem Bericht vom 13. September 2022 zur Sprechstunde vom 12. September 2022 aus (BG-act. 18), dass sich die Subscapularisläsion, wie klinisch vermutet, bestätigt habe. Es zeige sich bereits eine beginnende Muskelatrophie. Bei der heutigen Untersuchung habe sich auch der Spurling-Test als hoch pathologisch gezeigt, sodass vermutungsweise zusätzlich eine Bandscheibenproblematik vorliegen könne. Es sei vereinbart worden eine weitere MRT der HWS durchführen, um nichts zu verpassen. Bezüglich der Subscapularisläsion sei klar eine Schulterarthroskopie mit Refixation vorzuschlagen.

E. 4.4

Am 3. Oktober 2022 erfolgte im Spital durch Dr. med. D.____ die von ihm vorgeschlagene Operation an der linken Schulter. Es erfolgte gemäss Operationsbericht (BG-act. 30) bei diagnostizierter Subscapularispartialruptur, beginnender Omarthrose sowie Tendinopathie der langen Bizepssehne Schulter links eine Schulterarthroskopie links mit Refixation Subscapularis, Tenotomie der langen Bizepssehne sowie Dekompression subacromial und subcoracoidal. Am 5. Oktober 2022 konnte der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand aus dem Spital entlassen werden (vgl. BG-act. 31).

E. 4.5

In der Verlaufskontrolle bei Dr. med. D.____ am 9. November 2022 (vgl. BG-act. 54) berichtete der Beschwerdeführer, dass es ihm erfreulicherweise gut gehe. Die Beweglichkeit sei schon wieder recht ordentlich. Beschwerden würden aktuell vor allem in der rechten Schulter bzw. im Nacken bestehen. Schmerzmittel würden nicht mehr eingenommen. In der Beurteilung kam Dr. med. D.____ zum Schluss, dass sich ein regelrechter Heilungsverlauf 6 Wochen postoperativ ergebe. Ab sofort könne nach Massage der Beschwerden aufbelastet werden. Die heute geschilderten Schmerzen in der rechten Schulter/Nackengebiet seien seines Erachtens in erster Linie der Diskushernie geschuldet, welche mittels MRT habe verifiziert werden können.

E. 4.6

In einer weiteren Verlaufskontrolle bei Dr. med. D.____ vom 11. Januar 2023 (BG-act. 60) ergab sich, dass beim Beschwerdeführer 3 Monate postoperativ nach Subscapularisrefixation noch Schmerzen in der linken Schulter bestanden. Ursächlich sei gemäss Dr. med. D.____ zum Einen ein noch gereiztes Arthroskopieportal und eine postoperative Bursitis. Eine lokale Infiltration habe der Beschwerdeführer momentan nicht gewollt. Zum Anderen würden bekannte Schmerzen im Bereich des Schulterblattes bestehen, welche nach wie vor bis zum Beweis des Gegenteils den neuroforaminalen Einengungen an der HWS geschuldet seien. Auch diesbezüglich habe der Beschwerdeführer momentan keine Infiltration gewollt. Bezüglich der rechten Schulter zeige sich klinisch als auch bildgebend verifiziert im MRT eine Zunahme der bekannten Supraspinatussehnenruptur. Das letzte MRT von 2017 zeige eine Partialruptur, mittlerweile ergebe sich hier eine transmurale Ruptur der Sehne sowie fortschreitende Degenerationen. Hier sei die Indikation zur Operation klar gegeben bei deutlicher Kräfteinschränkung, Schmerzen und Einschränkung im Beruf. Der Beschwerdeführer wäre mit einer Operation einverstanden, möchte aber zuvor die Kostengutsprache seitens der Beschwerdegegnerin schriftlich

Seite 9 von 15

erwirken, da der Fall offenbar seitens der Versicherung mittlerweile abgeschlossen worden sei (vgl. separates Dossier OG V 23 40 zur rechten Schulter).

E. 4.7

Die Beschwerdegegnerin legte das Dossier in der Folge ihrem versicherungsmedizinischen Dienst vor. Im Bericht vom 3. Februar 2023 (BG-act. 67) führte Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Facharzt für Chirurgie FMH aus, dass es in der Literatur unbestritten und mit einer 2019 veröffentlichten Arbeit von Lädemann und Mitarbeitern bestätigt worden sei, dass die meisten Läsionen der

Rotatorenmanschette auf der Grundlage degenerativer Veränderungen entstehen würden, und dass diese ebenso bei beschwerdefreien Personen festzustellen seien, resp. in vielen Fällen über längere Zeit asymptomatisch bleiben würden. Bezüglich einer versicherungsmedizinisch relevanten Kausalitätsprüfung würden u.a. Hempfling et al. dem Verhalten des Verletzten nach dem Ereignis, dem Zeitpunkt des ersten Arztbesuchs und dem dokumentierten Erst- gesundheitsschaden eine massgebliche Bedeutung zumessen. Eine traumatisch nach akuter Gewalt- einwirkung verursachte Zerreissung der Rotatorenmanschette führe unmittelbar zu Schmerzen, Kraft- und Funktionsverlust mit einem charakteristischen zeitlichen Verlauf. In der akuten Phase (etwa bis drei Tage nach dem Unfallereignis) würden heftige Schmerzen bestehen. Da bei einer Zerreissung die Kraftübertragung vom Muskel auf die Sehne und von ihr auf den Knochen und das Gelenk unterbro- chen sei, sei die aktive Beweglichkeit der Schulter in typischer Weise so massiv eingeschränkt, dass man von einer Pseudoparalyse, also einer scheinbaren Lähmung des Arms spreche. Diese Pseudopa- ralyse werde von den Betroffenen typischerweise und nachvollziehbar als beunruhigend und bedroh- lich empfunden und führe kurzfristig zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe. Im konkreten Fall seien zwischen dem Ereignis vom 8. Juni 2022 und dem ersten Arztbesuch am 2. Juli 2022 ca. 3 Wochen vergangen. Der Beschwerdeführer habe der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, dass er «nicht gleich we- gen allem zum Arzt» renne. Wie ausgeführt, sei die akute traumatische Zerreissung der Rotatorenman- schette für Betroffene jedoch ein besorgniserregendes Ereignis, so dass kurzfristig (und nicht nach 3 Wochen) ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werde. Das unmittelbare Verhalten des Beschwerde- führers spreche gegen eine traumatische Zerreissung der Rotatorenmanschette. In der Erstbehandlung am 2. Juli 2022 seien sodann eingeschränkte Bewegungsumfänge dokumentiert worden, jedoch keine Pseudoparalyse. Dr. med. D. ___ habe in seinem Sprechstundenbericht vom 13. September 2022 be- züglich des MRI festgehalten, dass «sich bereits eine beginnende Muskelatrophie» zeige. Der befun- dende Radiologe habe ebenfalls in seinem Bericht über das MRI vom 9. August 2022 eine «fortgeschrit- tene Muskelbauch-Atrophie» des Subscapularis festgehalten. Von einer Läsion der Rotatorenman- schette betroffene Muskeln würden nicht mehr ihrer physiologischen Funktion mit Kraftentwicklung durch Kontraktion entsprechen können, würden in der Folge im Sinne einer Hypo- oder Atrophie ver- kümmern und eine fettige Infiltration entwickeln. Dieses Phänomen lasse sich bildgebend belegen. Innerhalb eines Intervalls von ca. zwei Jahren nach einer Zusammenhangstrennung der Sehnen seien

Seite 10 von 15

in aller Regel noch gar keine Veränderungen zu erwarten. Im vorliegenden Fall seien zwischen dem Ereignis am 8. Juni 2022 und dem MRI am 9. August 2022 gerade mal 2 Monate vergangen. Im Bericht über das MRI vom 9. August 2022 würden weitere degenerative Veränderungen (u.a. «Tendinosen», «leicht ausgeprägte Omarthrose», «ACG-Arthrose») beschrieben, welche intraoperativ hätten bestä- tigt werden können (u.a. «beginnende omarthrotische Veränderungen», «degenerative Auffaserun- gen», «tendinopathisch veränderten langen Bizepssehne»). Als Fazit ergebe sich, dass aufgrund des unmittelbaren Verhaltens des Beschwerdeführers und einer fortgeschrittenen Muskelatrophie die im MRI vom 9. August 2022 zur Darstellung gekommenen Veränderungen nicht mit überwiegender Wahr- scheinlichkeit auf das Ereignis vom 8. Juni 2022 zurückgeführt werden könnten. Nach allgemein trau- matologischer Erfahrung sei eine Schulterkontusion/-distorsion nach 4-6 Wochen abgeheilt.

E. 4.8

Im Sprechstundenbericht vom 27. Februar 2023 (BG-act. 82) führte Dr. med. D.____ aus, beim Be- schwerdeführer bestünden diverse muskuloskelettale und mittlerweile auch internistische Probleme. Die im Rahmen der kürzlich erfolgten Hospitalisation auf der Medizin aufgefallenen Hyposensibilitäten am rechten Arm und rechten Bein würden einer beginnenden Polyneuropathie zugeschrieben bei bis- her unbehandeltem Diabetes. Nicht ganz ausgeschlossen sei aber auch eine Radikulärsymptomatik zu- mindest im Bereich der HWS bei bekannter Diskushernie C5/C6. Auch die nach wie vor bestehenden starken Schmerzen im Schulter-/Nackebereich seien, wie bereits im letzten Bericht beschrieben, eher eine Folge dieser Bandscheibenhernie. Eine diagnostische Infiltration mit Kortison möchte der Be- schwerdeführer aber nach wie vor nicht durchführen lassen. Bezüglich der operierten Schulter ergebe sich soweit eigentlich ein anständiger Verlauf, die Sehne scheinbar stabil mit guter Kraft bei den entspre- chenden Tests. Die noch vorhandenen diffusen Schulterschmerzen seien im Rahmen der Gesamtprob- lematik zu werten.

E. 4.9

Im Einspracheverfahren reichte der Beschwerdeführer den Bericht von Dr. med. D.____ vom 10. März 2023 ein (BG-act. 90), in welcher dieser zur ärztlichen Beurteilung von Dr. med. F.____ Stellung nahm (vgl. E. 4.7 hievor). Dr. med. D.____ führte aus, dass Betroffene nach einem Trauma, welches zur Rotatorenmanschettenläsion geführt habe, initial oftmals keinen Arzt konsultieren würden. Es sei zwar richtig, dass bei einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur häufig eine sofortige Beeinträchti- gung in Form einer Pseudoparalyse der Schulter vorliege. Häufig bedeute aber nicht immer und könne daher nicht als entscheidendes Kriterium angeführt werden. In keinsten Weise könne argumentiert werden, dass allein eine Pseudoparalyse ein ausreichendes Kriterium für eine Rotatorenmanschetten- ruptur sei. Typisches Kriterium sei eine sofortige Beeinträchtigung der Schulterfunktion, die sich zeit- weise auch in einer Pseudoparalyse manifestieren könne. Die Pseudoparalyse sei eine mögliche Form der klinischen Manifestation, jedoch nicht die alleinige. Insbesondere bei traumatischen Läsionen des Subscapularis sei weiter hinlänglich bekannt, dass hier die Atrophie und Verfettung deutlich schneller

Seite 11 von 15

voranschreite als bei Läsionen des Supraspinatus. Die Behauptung, dass innerhalb eines Intervalls von ca. 2 Jahren nach einer Zusammenhangstrennung der Sehnen in aller Regel noch gar keine Verände- rungen zu erwarten seien, sei schlichtweg falsch. Es treffe zu, dass zum Zeitpunkt der MRT-Untersu- chung degenerative Veränderungen wie zum Beispiel eine leicht beginnende Omarthrose und AC-Ge- lenksarthrose bestanden hätten. Zusammenfassend komme aber eher eine traumatische Genese als Ursache der Beschwerden in Frage.

E. 4.10

Im ambulanten Konsultationsbericht vom 24. April 2023 (BG-act. 92) führte Dr. med. D.____ aus, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der anhaltenden Schulter-/Nackenschmerzen erneut geraten worden sei, den Termin im Hause wahrzunehmen mit der Frage nach einer foraminalen Infiltration, da der Verdacht bestehe, dass die Beschwerden in erster Linie zumindest im Bereich der oberen Extremi- täten vor allem der HWS geschuldet seien (bekannte Bandscheibenprotrusionen mit auch ossären Komponenten auf C3/4 und C5/6). Der Beschwerdeführer sei nun bereit, dies anzunehmen,

ein entsprechender Termin würde daher vereinbart. Ebenso sei der Beschwerdeführer beim zuständigen Facharzt im Haus zu untersuchen aufgrund der geschilderten Koordinationsstörungen. Bekannt sei ja mittlerweile nun auch ein Diabetes mit möglicher Polyneuropathie. Schliesslich sei aufgrund der geschilderten Probleme beim Laufen (rezidivierendes Stolpern) auch ein MRT der LWS durchzuführen.

E. 4.11

Im ambulanten Konsultationsbericht vom 6. Juni 2023 (BG-act. 98) führte Dr. med. D.____ aus, dass nach wie vor Schulterbeschwerden beidseits bestünden. Gemäss Dr. G.____ sei hier keine radikuläre Komponente vorhanden. Dennoch würden Schulterschmerzen links bestehen, differentialdiagnostisch müsse auch eine symptomatische, beginnende Omarthrose diskutiert werden. Bezüglich der rechten Schulter sei die Stellungnahme der Beschwerdegegnerin noch ausstehend. Bevor diese nicht vorliege, möchte der Beschwerdeführer hier keine therapeutischen Massnahmen. Aus forensischen Gründen werde noch einmal ein MRT der linken Schulter durchgeführt zum Ausschluss einer Re-Ruptur der Subscapularissehne. Gegebenenfalls lasse sich die Ursache der noch vorhandenen Beschwerden hiermit abgrenzen. Im Zweifelsfall sei der Berichtende nach wie vor der Meinung, dass hier auch eine zervikogene Komponente vorliege, die mittels entsprechender lokaler Infiltration zumindest diagnostisch einmal getestet werden könnte.

E. 4.12

Die Beschwerdegegnerin legte die Stellungnahme von Dr. med. D.____ vom 10. März 2023 im Einspracheverfahren ihrem beratenden Arzt Dr. med. F.____ vor. In seiner Beurteilung vom 19. Juni 2023 (BG-act. 99) hielt dieser im Wesentlichen an seiner Beurteilung vom 3. Februar 2023 fest. In der darin zitierten Studie Läderrmann werde ausgeführt, dass die Entwicklungsdauer nach Symptombeginn für eine fettige Infiltration Grad 2 [...] in allen Fällen (traumabedingt oder nicht) zwischen 3, 2,5 und 2,5 Jahren für die Musculi supraspinatus, infraspinatus, respektive subscapularis» liege. Bei einer fettigen Infiltration Grad 3 und 4 liege diese zwischen 5, 4 und 3 Jahren. Nochmals sei darauf hingewiesen, dass

Seite 12 von 15

zwischen dem Ereignis am 8. Juni 2022 und dem MRI am 9. August 2022 lediglich knapp 2 Monate vergangen seien.

E. 4.13

Im ambulanten Konsultationsbericht vom 30. Juni 2023 (BG-act. 101) führte Dr. med. D.____ aus, dass sich im MRI und der Arthrographie Schulter links vom 22. Juni 2023 eine partielle Reruptur des refixierten Subscapularis gezeigt habe. Beim Beschwerdeführer würden diffuse Schulter- und Nackenschmerzen links bestehen. Klinisch sei die Kraft für den Subscapularis sehr schön, sodass die aktuellen Beschwerden durch die partielle Reruptur nicht hinlänglich erklärt seien. Vielmehr dürfte der Gelenkstatus an sich mit bekannter Omarthrose hier erklärend sein. Nach wie vor werde seitens des Berichtenden auch vermutet, dass die HWS mit den bekannten Bandscheibenprotrusionen die Hauptursache spiele.

E. 4.14

Im gerichtlichen Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer mit der Replik die Stellungnahme von Dr. med. D.____ vom 1. November 2023 ein (vgl. Bst. D. hievor).

Darin führte Dr. med. D.____ aus, dass es nicht sein daily business sei, Gutachten zu schreiben. Eine erneute Durchsicht der Studie Lädemann ergebe aber, dass sich die fettige Infiltration bei einer traumabedingten Ausgangssituation und bei massiven Läsionen schneller manifestieren würde. Aus einer MRT bei einem anderen Patienten ergebe sich nach nur einem Jahr nach der Sehnenruptur eine Verfettung. So viel zur Statistik wie schnell Verfettungen voranschreiten würden. Er bleibe bei seiner Einschätzung vom 10. März 2023.

E. 4.15

In seiner Stellungnahme vom 14. November 2023 zur Beurteilung von Dr. med. D.____ vom 1. November 2023 (vgl. Bst. D hievor) führte Dr. med. F.____ aus, dass er an seinen bisherigen Beurteilungen festhalte. Insbesondere sei im MRI vom 9. August 2022 seitens des M. subscapularis (welcher am 03.10.2023 operativ fixiert worden sei) ein Verfettungsgrad von 2-3 dokumentiert worden. Die Studie Lädemann halte bezüglich einer Grad 3-4 Verfettung des M. subscapularis fest, dass die Entwicklungsdauer sogar 3 Jahre betrage. Nochmals sei darauf hinzuweisen, dass im vorliegenden Fall zwischen dem Ereignis am 8. Juni 2022 und dem MRI am 9. August 2022 nicht ein Jahr, sondern lediglich 2 Monate vergangen seien.

E. 5.1

Vorauszuschicken ist, dass die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall ihre gesetzliche Leistungspflicht nach dem Ereignis vom 8. Juni 2022 bezüglich der Schulter links anerkannt und die gesetzlichen Leistungen aus der Unfallversicherung (Heilbehandlungskosten und Taggeld) erbracht hat. Sie hat auch die Kosten der Operation an der linken Schulter vom 3. Oktober 2022 und der Nachbetreuung übernommen. Ihre Leistungspflicht hat die Beschwerdegegnerin erst per 12. Februar 2023 eingestellt und eine Rückforderung von davor allenfalls zu viel erbrachten Leistungen ist nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheids. Strittiger Verfahrensgegenstand kann somit nur sein, ob die ab dem

Seite 13 von 15

12. Februar 2023 weiterhin geklagten Schulterbeschwerden links kausal auf das Ereignis vom 8. Juni 2022 zurückzuführen sind.

E. 5.2

Die echtzeitlich, d.h. die im hier massgeblichen Zeitraum ab Februar 2023 festgestellten Befunde des behandelnden Arztes zeigen, dass der Beschwerdeführer an einer Reihe von unfallfremden und vorbestehenden Krankheiten und Degenerationen leidet. Beim Beschwerdeführer würden diverse muskuloskelettale und internistische Probleme bestehen (u.a. Schulterarthrose, Bandscheibenhernie, bisher unbehandelte Diabetes mit beginnender Polyneuropathie, vgl. E. 4.8 hievor). Der behandelnde Arzt selber hält fest, dass die im Februar 2023 nach wie vor bestehenden starken Schmerzen im Schulter-/Nackebereich eher die Folge einer festgestellten Bandscheibenhernie seien, während sich bezüglich der operierten Schulter eigentlich ein anständiger Verlauf ergebe und die Sehne stabil scheine mit guter Kraft. Die noch vorhandenen diffusen Schulterschmerzen sieht der behandelnde Arzt im Rahmen der «Gesamtproblematik». Auch die in der Folge festgestellte partielle Ruptur der operativ refixierten Sehne in der linken Schulter erachtete der behandelnde Arzt als die Schulterbeschwerden nicht hinreichend erklärend. Vielmehr führte der

behandelnde Arzt am 30. Juni 2023 ausdrücklich aus, dass bei klinisch sehr schöner Kraft für den Subscapularis vielmehr der Gelenkstatus an sich mit bekannter Omarthrose erklärend sei (vgl. E. 4.13 hievor). Die Omarthrose ist – genauso wie die Bandscheibenhernie – klar als unfallfremd zu bezeichnen, weshalb der behandelnde Arzt hier mit seinen Schilderungen im Februar 2023 und am 30. Juni 2023 letztlich ein unfallfremdes Leiden in der linken Schulter beschrieb. Schon gestützt auf die (echtzeitlichen) Beurteilungen des behandelnden Arztes ergibt sich somit, dass ab Februar 2023 überwiegend wahrscheinlich keine unfallbedingten Beschwerden in der linken Schulter mehr auszumachen waren.

E. 5.3

Im Weiteren legt der versicherungsintern beigezogene Facharzt Dr. med. F.____ nachvollziehbar dar, dass die festgestellten Muskelverfettungen in der linken Schulter Zeichen einer vorbestehenden degenerativen Entwicklung seien. Schlüssig ist die Erklärung, dass ein Schultermuskel, dessen Sehne rupturiert, nicht sogleich bzw. innert kurzer Frist verfettet, sondern dies eine Entwicklung über einen mehr oder weniger längeren Zeitraum ist. Ungeachtet, ob dieser Zeitraum bis zu zwei Jahre (Dr. med. F.____, E. 4.7 hievor) oder auch nur ein Jahr (Dr. med. D.____, E. 4.14) dauern kann, ist für den vorliegenden Fall jedenfalls erstellt, dass zwischen dem Ereignis am 8. Juni 2022 und dem MRI am 9. August 2022 lediglich 2 Monate vergangen sind und damit eine zu kurze Zeitspanne verstrichen ist, um die Verfettung des Muskels überwiegend wahrscheinlich mit einer unfallbedingten Ruptur in Verbindung zu bringen. Auch die weiteren, gegen eine Unfallkausalität sprechenden Indizien, welche der versicherungsintern beigezogene Facharzt aufzeigt, erscheinen nachvollziehbar und schlüssig begründet. Die fehlende bzw. nicht festgestellte Pseudoparalyse etwa spricht gegen die Unfallkausalität der noch vorhandenen Schulterbeschwerden, was auch der behandelnde Arzt im Grunde einräumen musste (vgl.

Seite 14 von 15

E. 4.9 hievor). Entgegen der Auffassung des behandelnden Arztes hat der versicherungsintern beigezogene Arzt diesen Umstand jedoch nicht als allein entscheidend erachtet, sondern im Rahmen einer Gesamtbetrachtung aller Umstände und Indizien in seine Beurteilung miteinbezogen, was nicht zu beanstanden ist.

E. 5.4

Damit liegen im Ergebnis für die hier Streitgegenstand bildenden, ab dem 12. Februar 2023 weiterhin geklagten Schulterbeschwerden links übereinstimmende medizinische Beurteilungen des behandelnden und versicherungsinternen Arztes vor. Aus diesen ergibt sich, dass die noch geklagten Schulterbeschwerden links auf unfallfremden Ursachen beruhen, was die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den 12. Februar 2023 ausschliesst.

E. 6

Abschliessend kann nach dem Ausgeführten – ohne dass auch nur geringe Zweifel geweckt worden wären – vollumfänglich auf die ausführlichen und überzeugenden Beurteilungen von Dr. med. F.____ vom 3. Februar 2023 (vgl. E. 4.7 hievor), 19. Juni 2023 (vgl. E. 4.12 hievor) sowie 14. November 2023 (vgl. E. 4.15 hievor) abgestellt werden. Darin (und nicht zuletzt auch in den echtzeitlichen Berichten des behandelnden Arztes) wird die Unfallkausalität der Beschwerden in der linken Schulter über den 12. Februar 2023 hinaus

(Datum Leistungseinstellung) schlüssig und nachvollziehbar verneint. Auf die Einholung eines Gutachtens kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 136 I 236 E. 5.3, 134 I 148 E. 5.3, 124 V 94 E. 4b). Da somit der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den geltend gemachten Beschwerden in der linken Schulter und dem Ereignis vom 8. Juni 2022 nach Durchführung der erforderlichen Abklärungen nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit über den 12. Februar 2023 hinaus nicht erstellt resp. dahingefallen ist, kann die Beschwerdegegnerin nicht zu weiteren Unfallversicherungsleistungen verpflichtet werden. Der entsprechend lautende Einspracheentscheid vom 15. September 2023 ist nicht zu beanstanden. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist abzuweisen.

E. 7

Da im UVG keine Kostenpflicht vorgesehen ist, ist das Verfahren für die Parteien kostenlos (vgl. Art. 61 lit. fbis ATSG). Eine Parteientschädigung ist dem Beschwerdeführer aufgrund des Unterliegens nicht zuzusprechen. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 Rz. 218).

Seite 15 von 15

Das Obergericht erkennt: 1. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen. 4. Eröffnung:

- Beschwerdeführer

- Beschwerdegegnerin

- Bundesamt für Gesundheit Altdorf, 19. April 2024 OBERGERICHT DES KANTONS URI Verwaltungsrechtliche Abteilung Die Präsidentin Der Gerichtsschreiber

Rechtsmittelbelehrung Gegen diesen Entscheid kann Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Beschwerde ist innert 30 Tagen nach der Eröffnung der vollständigen Ausfertigung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in der in Art. 42 Bundesgesetz über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz [BGG, SR 173.110]) vorgeschriebenen Weise schriftlich einzureichen. Die Beschwerdelegitimation und die zulässigen Beschwerdegründe richten sich nach den massgeblichen Bestimmungen des BGG. Versand:

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