

200 23 537 UV
JAP/BRO/JJC/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 24. Oktober 2023

Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
Geschäftsbereich Schaden, Scanning GIC, 8085 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 7. Juli 2023 (...)



Sachverhalt:

A.

Der 1955 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war durch seine Arbeitgeberin, die B. _____ AG, bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (Zürich bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs-, Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als er gemäss Schadenmeldung vom 26. Dezember 2022 (Akten der Zürich, Antwortbeilage [AB] 3) am 6. September 2021 mit seinem Fahrrad in eine Tramschiene geriet, zu Boden stürzte und sich eine Prellung ("bruise") an der linken Hand zuzog. Die Zürich zog daraufhin die Berichte der behandelnden Ärzte bei und legte die Unterlagen ihrem beratenden Arzt zur Beurteilung vor (AB 15). Gestützt auf dessen versicherungsmedizinische Beurteilung vom 31. März 2023 (AB 14) verneinte die Zürich mit formlosem Schreiben vom 18. April 2023 (AB 15) ihre Leistungspflicht. Zur Begründung hielt sie fest, dass die geltend gemachten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 9. September 2021 zurückzuführen seien. Hiermit erklärte sich der Versicherte nicht einverstanden und verlangte eine anfechtbare Verfügung (AB 18). Diesem Ersuchen kam die Zürich mit Verfügung vom 5. Mai 2023 nach (AB 22). Eine dagegen erhobene Einsprache (AB 23) wies die Zürich mit Einspracheentscheid vom 7. Juli 2023 ab (AB 34).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 13. Juli 2023 Beschwerde. Er beantragt die Aufhebung des Einspracheentscheides vom 7. Juli 2023, die Ausrichtung der obligatorischen Unfallversicherungsleistungen für die Folgen des Sturzes vom 6. September 2021 und die Ausrichtung einer "administrativen Bearbeitungsgebühr" von Fr. 1'000.--.

Mit Beschwerdeantwort vom 25. August 2023 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 7. Juli 2023 (AB 34). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf gesetzliche Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 6. September 2021 und diesbezüglich die Frage, ob zu Recht ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen diesem Vorfall und den geltend gemachten gesundheitlichen Beschwerden verneint wurde. Daneben ist im Sinne der Rechtsanwendung von Amtes wegen (vgl. BGE 124 V 338 E. 1b S. 340; SVR 2001 IV Nr. 18 S. 53 E. 1; UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, [nachfolgend: Verwaltungsverfahren], S. 111 N. 234) ebenfalls zu evaluieren, ob unabhängig des Ereignisses vom 6. September 2021 eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin anhand einer Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 lit. f des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) besteht. Ausserhalb des Anfechtungs- und Streitgegenstandes (RKUV 1998 U 308 S. 455 E. 2c) liegt demgegenüber der Ski-Sturz vom 17. Dezember 2022 (AB 11).

1.3

1.3.1 Die Konstituierung des Spruchkörpers bestimmt sich unter anderem anhand des Streitwertes, welcher durch das Rechtsbegehren bestimmt wird (Art. 57 Abs. 1 GSOG i.V.m. Art. 91 Abs. 1 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 [ZPO; SR 272]; RUTH HERZOG, in: HERZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern, 2. Aufl. 2020, Art. 119 N. 32). Parteieingaben müssen nach ihrem erkennbaren wirklichen Willen ausgelegt werden (MICHEL DAUM, in: HERZOG/DAUM [Hrsg.], a.a.O., Art. 32 N. 12). Vorliegend beantragt der Beschwerdeführer, dass die Beschwerdegegnerin sämtliche Kosten vollumfänglich zu übernehmen habe, welche durch das Ereignis vom 6. September 2021 entstanden sind (Beschwerde S. 2). Da gemäss den Akten keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, kommen weder ein Taggeld im Sinne von Art. 16 f. UVG noch ein Rentenanspruch nach Art. 18 ff. UVG in Frage. Der Antrag auf Übernahme von sämtlichen Kosten, die durch das Ereignis vom 9. September 2021 verursacht wurden, ist folglich dahingehend zu interpretieren, dass der Beschwerdeführer allein um Heilbehandlung (anhand des Naturalleistungsprinzips) ersucht.

1.3.2 In Bezug auf die Heilbehandlung wurden zwei Konsultationen bei Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (am 26. April 2022 sowie am 12. Mai 2022; AB 13), durchgeführt, eine bildgebende Untersuchung durch Dr. med. D._____, Facharzt für Radiologie (am 3. Mai 2022; AB 31), vorgenommen und eine (konservative) entzündungshemmende Therapie mittels Salbe sowie Gel-Pflaster bzw. bei stärkeren Belastungen das Tragen einer Handgelenkschiene verschrieben (AB 13/2). Die Trägerin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des Beschwerdeführers war bis Ende 2022 die F._____, wobei diese Rolle ab Anfang 2023 von der G._____ wahrgenommen wird (AB 20/1). Beide Krankenkassen ergriffen gegen die ihnen eröffnete (vgl. Art. 49 Abs. 4, Art. 64 Abs. 2 lit. b und d ATSG; AB 21, 24) Verfügung vom 5. Mai 2023 (AB 22), mit welcher die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht verneinte, kein Rechtsmittel. Dadurch akzeptierten die Krankenkassen gleichsam ihre Leistungspflicht bezüglich der jeweiligen Versicherungsdeckung (vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 4. Aufl. 2020, Art. 49 N. 117). Somit würde

für den Beschwerdeführer, im Falle einer reformatorischen Gutheissung der Beschwerde, höchstens die Kostenbeteiligung nach Art. 64 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) von maximal Fr. 3'200.-- pro Kalenderjahr (maximale Franchise von Fr. 2'500.-- [Art. 93 Abs. 1 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung {KVV; SR 832.102}] sowie maximaler Selbstbehalt von Fr. 700.-- [Art. 103 Abs. 2 KVV]) im Zweig der obligatorischen Krankenversicherung entfallen. Der Streitwert liegt daher auch dann unter Fr. 20'000.--, sofern im Jahr 2023 weitere medizinische Behandlungen im Zusammenhang mit den Beschwerden bezüglich der linken Hand erfolgt sein sollten, wofür in den Akten kein Hinweis besteht. Folglich fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 148 V 356 E. 3 S. 368, 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

2.2.1 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.2.2 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2).

2.3

2.3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g), Trommelfellverletzungen (lit. h).

2.3.2 Nach Meldung einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG hat der Unfallversicherer die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheits-

schaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 9.1 S. 70).

2.3.3 Für die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG ist kein äusserer Faktor und damit kein unfallähnliches sinnfälliges Ereignis oder eine allgemein gesteigerte Gefahrenlage im Sinne der Rechtsprechung zu aArt. 9 Abs. 2 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202; in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung) mehr vorausgesetzt. Insoweit führt grundsätzlich bereits die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 lit. a - h UVG genannte Körperschädigung vorliegt, nunmehr zur Vermutung, es handle sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Indessen ergibt sich aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises weiterhin die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnützungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen erkennbaren und benennbaren Ereignis – nicht zuletzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes – auch nach der UVG-Revision relevant. Lässt sich nach Eingang der Meldung im Rahmen der Abklärungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter resp. harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten. Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnützung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf

beweiskräftige ärztliche Einschätzungen – mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit – nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnützung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (BGE 146 V 51 E. 8.6 S. 69).

2.4 Der Versicherungsträger prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Er bestimmt die Art und den Umfang der notwendigen Abklärungen (Art. 43 Abs. 1^{bis} ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hiezu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283).

3.

3.1 Der Beschwerdeführer war zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 6. September 2021 (AB 3) anerkanntermassen (AB 34 lit. A Ziff. 1) nicht nur ..., sondern auch ... der B. _____ AG mit dem erforderlichen Mindestpensum nach Art. 13 Abs. 1 UVV (AB 3 Ziff. 3; SHAB Nr. 84 vom 1. Mai 2020), wodurch er obligatorisch für Nichtberufsunfälle versichert war (vgl. Art. 1a Abs. 1 lit. a UVG i.V.m. Art. 1 und 13 Abs. 1 UVV; Art. 2 Abs. 1 lit. f UVV e contrario). Ebenso erstellt und unbestritten ist, dass das Ereignis vom 6. September 2021 einen Unfall im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 hier vor) darstellt. Was die Beschwerdegegnerin vorliegend bestreitet, ist das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfal-

lereignis vom 6. September 2021 und den ab der Arztkonsultation vom 26. April 2022 (AB 13) vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden an der linken Hand (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 4 und S. 3 Ziff. 5.b; AB 34 lit. B E. 2.b).

3.2 Hierzu ergibt sich aus den medizinischen Akten im Wesentlichen was folgt:

3.2.1 Der Beschwerdeführer versuchte seine Beschwerden gemäss eigenen Angaben (AB 18/1) zuerst selbst zu therapieren und begab sich erst nach über sieben Monaten bei seinem Hausarzt in die Behandlung, demnach liegen keine echtzeitlichen medizinischen Befunde vor. Im Rahmen der Erstkonsultation vom 26. April 2022 (AB 13) ergab die klinische Untersuchung von Dr. med. C._____ eine leichte Schwellung des linken Handgelenks volar-radial verbunden mit einer Druckdolenz über den Os scaphoideum (AB 13/1). Die Sonographie der Weichteile der linken Hand blieb dabei unauffällig (AB 13/1). Dr. med. C._____ diagnostizierte eine Kontusion der Hand links DD Fissur/Fraktur Os scaphoideum und verordnete zur weiteren Abklärung eine MRT der fraglichen Hand (AB 13/1).

3.2.2 Zur MRT vom 3. Mai 2022 (AB 31) hielt Dr. med. D._____ eine Partialruptur der Flexor carpi radialis Sehne sowie eine deutliche Synovitis und einen Gelenkserguss fest (AB 31). Weiter dokumentierte Dr. med. D._____, dass keine Fraktur vorlag und die Ligamente intakt waren (AB 31). Daneben wurde eine STT-Arthrose (Scapho-trapezio-trapezoidales Gelenk) und eine Rhizarthrose festgestellt (AB 31).

3.2.3 Anhand einer weiteren klinischen Untersuchung vom 12. Mai 2022 (AB 13) stellte Dr. med. C._____ eine Druckdolenz exquisit über M. flexor carpi radialis im Verlauf sowie Schmerzen bei Volarflexion radiallyseitig fest. Mit Schreiben vom 27. Februar 2023 (AB 13) führte Dr. med. C._____ unter anderem aus, anlässlich der Konsultation vom 12. Mai 2022 eine Kontusion der linken Hand mit Überlastung des M. flexor carpi radialis und Synovitis des Handgelenkes sowie die in der MRT festgestellte Partialruptur der Flexor carpi radialis Sehne diagnostiziert zu haben (AB 13/2).

3.2.4 Im Rahmen seiner versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilung vom 31. März 2023 (AB 14) gab Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, die Diagnose von Dr. med. C. _____ anlässlich der Konsultation vom 12. Mai 2022 wieder (AB 13; vgl. E. 3.2.3 hiervor). Dazu führte er aus, dass nach einer Kontusion davon auszugehen sei, dass die unfallbedingten Folgen drei Monate nach dem Ereignis abgeheilt sind (AB 14). Folglich stünden die über ein halbes Jahr später geltend gemachten Beschwerden und Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht im Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 6. September 2021 (AB 14).

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3.2 Beratende Ärzte eines Versicherungsträgers sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie

als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

3.3.3 Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.4

3.4.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. Juli 2023 (AB 34 lit. B E. 2.b) im Wesentlichen auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. med. E. _____ vom 31. März 2023 (AB 14), wonach bei einer Kontusion davon auszugehen sei,

"dass die unfallbedingten Folgen 3 Monate nach Ereignis abgeheilt sind" (AB 14).

3.4.2 Neben diesen im Sinne eines allgemeinen Erfahrungssatzes erfolgten Ausführungen bezüglich des zu erwartenden Abheilens einer Kontusion, enthält die versicherungsmedizinische Beurteilung vom 31. März 2023 (AB 14) keine weiteren Überlegungen zum umstrittenen Kausalverhältnis zwischen dem Ereignis vom 6. September 2021 und den vom Versicherten geltend gemachten Beschwerden und Befunden. Dr. med. E._____ befasst sich insbesondere nicht mit der Frage, ob es sich bei der (durch die MRT vom 3. Mai 2022 [AB 31]) festgestellten Partialruptur der Flexor carpi radialis Sehne um einen frischen Teilriss handelt oder ob dieser bereits aus dem Unfall vom 6. September 2021 resultierte. Die fragliche Beurteilung wurde denn auch ohne Kenntnis des vollen Befundberichts und des Sichtbilds der Magnetresonanztomographie vom 3. Mai 2022 (AB 31) vorgenommen: So erfolgte die Zusendung des MRT-Berichts durch das H._____ (nach einer Anfrage vom 17. Mai 2023; AB 28) an die Beschwerdegegnerin am 6. Juni 2023 (AB 30), gut zwei Monate nach der Ausstellung der versicherungsmedizinischen Beurteilung durch Dr. med. E._____ am 31. März 2023 (AB 14). Damit auch reine Aktenberichte beweiskräftig sein können, müssen diese unter anderem auf einem lückenlosen Befund basieren (vgl. E. 3.3.3 hiervor). Vorliegend hatte Dr. med. E._____ zum Zeitpunkt des Ausstellens der Evaluation jedoch weder Einblick in den MRT-Bericht noch in das eigentliche Tomogramm. Der Arztbericht von Dr. med. C._____ vom 27. Februar 2023 (AB 13), welcher Dr. med. E._____ vorlag (AB 15/1), gibt den Bericht zur Magnetresonanztomographie (AB 31) nur bezüglich seiner Schlussbeurteilung ("Partialruptur der Flexor carpi radialis Sehne"; AB 13/2), nicht jedoch in Hinsicht auf den ausführlichen Befund wieder. Dr. med. E._____ stütze seine versicherungsmedizinische Beurteilung damit nicht auf einen lückenlosen Befund, aus welchem ein feststehender medizinischer Sachverhalt hervorginge, weshalb die Aktenbeurteilung nicht beweiskräftig ist.

3.4.3 Tatfragen, über die sich gemäss der Natur der Dinge nur Hypothesen aufstellen lassen, beurteilen sich nach Erfahrungssätzen. Es gibt Tatsachen, mit deren Vorhandensein nach den Erfahrungen des Lebens so

sehr zu rechnen ist, dass ihr Vorhandensein so lange vorausgesetzt werden darf, als nicht Umstände nachgewiesen sind, welche es unwahrscheinlich machen, dass sie sich verwirklicht haben. Es sind dies die Tatsachen, für welche die natürliche Vermutung spricht. Sie dürfen dem Urteil zugrunde gelegt werden, auch wenn sie nicht durch ein Beweismittel nachgewiesen sind. Diese zivilprozessuale Beweiswürdigungsregel ist auch im Sozialversicherungsrecht anzuwenden (BGE 117 V 194 E. 3b S. 195). Ein Abstellen auf derartige Erfahrungswerte ist ebenfalls im Rahmen ärztlicher Beurteilungen grundsätzlich zulässig (vgl. BGE 123 V 331 E. 1.c S. 334; CHRISTINA SCHIAVI, in: FRÉSARD-FELLAY/KLETT/LEUZINGER [Hrsg.], Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, Art. 43 N. 7).

Vorliegend ist die Dauer für das Abheilen der Kontusion jedoch keine Frage, über die sich gemäss der Natur der Dinge nur Hypothesen aufstellen lassen. Da klinische und bildgebende Befunde (AB 13, 31) vorhanden sind und die Möglichkeit besteht, weitere abklärende Untersuchungen durchzuführen (vgl. Art. 43 Abs. 1 f. ATSG), ist es keineswegs ersichtlich, weshalb die medizinische Fragestellung nicht anhand des konkreten Einzelfalls beantwortet werden könnte. Zumindest liegen anhand der vom Versicherten vorgebrachten und medizinisch zumindest teilweise abgeklärten Beschwerden und Befunden ernsthafte Anhaltspunkte (etwa das Bestehen der Partialruptur der Flexor carpi radialis Sehne) dafür vor, dass der hier zu beurteilende Sachverhalt nicht dem fraglichen Erfahrungssatz entsprechen könnte (vgl. KIESER, *Verwaltungsverfahren*, a.a.O., S. 102 N. 218). Insgesamt kann ein Abstellen auf medizinische Erfahrungssätze die Beschwerdegegnerin nicht davon entbinden, die Sachlage im Lichte des Untersuchungsgrundsatzes umfassend zu prüfen und – sofern indiziert – weitere Abklärungen anzuordnen (vgl. MANFREDINI LORENZO, *Versicherungsmedizinische Erfahrungstatsachen in der obligatorischen Unfallversicherung*, in: KIESER/LENDERS [Hrsg.], *Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2018*, S. 242).

Zwar trifft es zu, dass die eingetretenen Schäden nicht bereits deswegen als durch ein Unfallereignis verursacht gelten, weil sie nach diesem erfolgen (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 6.a und 6.b; AB 34 lit. B. E. 2.c). Für

den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist die Formel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 156 E. 4.2). Infolgedessen können die vom Beschwerdeführer beantragten Leistungen (mangels eines ausreichenden Nachweises des Kausalzusammenhangs) auch nicht direkt zugesprochen werden. Dies entbindet die Beschwerdegegnerin jedoch nicht davon, den Sachverhalt (inklusive der Kausalitätsfrage) im Sinne des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) umfassend abzuklären.

3.5 Die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. med. E._____ vom 31. März 2023 (AB 14) vermag damit den beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (vgl. E. 3.3.1 hiavor) nicht zu genügen: Es wurde keine umfassende Beurteilung der gesundheitlichen Beschwerden des Versicherten unter Einbezug sämtlicher Vorakten vorgenommen, die Analyse verblieb relativ rudimentär und ging nicht auf entscheidende Fragestellungen ein, wobei die aufgestellte Schlussfolgerung schliesslich kaum fallspezifisch begründet wurde. Die Beschwerdegegnerin greift zu kurz, wenn sie auf dieser Grundlage in antizipierter Beweiswürdigung weitere Sachverhaltserhebungen als entbehrlich erachtet (Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 7.b). Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist ein Verzicht auf weitere Abklärungen etwa dann rechtswidrig, wenn eine entscheidungswesentliche Tatfrage auf unvollständiger Beweisgrundlage beantwortet wird (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 24. Januar 2020, 8C_538/2019, E. 2.5; PETER FORSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ATSG, 2021, Art. 43 N. 2). Die hier vorgenommene Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs basierte nicht auf einer vollständigen Beweisgrundlage und entspricht daher nicht den bundesrechtlichen Anforderungen an die Sachverhaltsfeststellung im Sinne des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. E. 2.4 hiavor). Nach dem Dargelegten bestehen zumindest gewisse Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der vorgenommenen versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen von Dr. med. E._____, weswegen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. 2.4 hiavor).

3.6 Selbst unter der Prämisse, dass die Unfallfolgen drei Monate nach dem Ereignis vom 6. September 2021 geheilt waren und die Partialruptur der Flexor carpi radialis Sehne erst nach der Rekonvaleszenzphase auftrat, kann die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht nicht ohne Weiteres ausschliessen. Die Beschwerdegegnerin müsste diesfalls im Sinne eines separaten Schadenfalls evaluieren, ob sie unabhängig vom Unfallereignis vom 6. September 2021 für die im Rahmen der Konsultationen vom 26. April 2022 und 12. Mai 2022 (AB 13) sowie der MRT vom 3. Mai 2022 (AB 31) festgestellten Beeinträchtigungen Leistungen für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG erbringen müsste, was sie vorliegend weder in der Verfügung vom 5. Mai 2023 (AB 22) noch im nunmehr angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. Juli 2023 (AB 34) tat. Denn der Tatbestand des Sehnenrisses als unfallähnliche Körperschädigung (Art. 6 Abs. 2 lit. f. UVG) erfasst neben vollständigen auch partielle Rupturen, sofern diese zweifelsfrei nachgewiesen sind (BGE 114 V 298 E. 5.a S. 305; Entscheid des BGer vom 18. Februar 2020, 8C_618/2019, E. 6.2.3; FORSTER, a.a.O, Art. 4 N. 106; RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 84). Der in der MRT vom 3. Mai 2022 (AB 31) festgestellte Teilriss der Sehne wäre dann als eigenständige Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG zu beurteilen, wobei die Beschwerdegegnerin insbesondere gutachterlich abzuklären hätte, ob die Schädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (vgl. E. 2.3.3 hiervor). Die Beweislast, dass es sich um keine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die von der Trägerin der Unfallversicherung übernommen werden müsste, liegt dabei bei der Beschwerdegegnerin (vgl. E. 2.3.3 hiervor).

4.

Die verfügbaren Unterlagen ermöglichen nach dem Dargelegten keine zuverlässige Beurteilung des streitigen Anspruchs, weswegen der medizinische Sachverhalt im Lichte des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. E. 2.4 hiervor) nicht rechtsgenügend abgeklärt ist. Anhand der aktuellen Aktenlage kann weder das Bestehen eines Kausalzusammenhanges zwischen den eingetretenen Schäden und dem Unfall vom 6. September 2021 noch eine

allfällige Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG abschliessend beurteilt werden. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. Juli 2023 (AB 34) ist daher in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ein verwaltungsunabhängiges (vorzugsweise handchirurgisches) Gutachten veranlasse. Darin ist darzulegen, ob ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 6. September 2021 und den geltend gemachten Beschwerden und Befunden besteht, respektive ob die Listenverletzung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf eine degenerative oder krankhafte Ursache zurückgeht. Anschliessend hat die Beschwerdegegnerin neu über den Leistungsanspruch zu verfügen.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. ^{fbis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2

5.2.1 Schliesslich ist der Antrag des Beschwerdeführers auf Zusprache einer "administrative Bearbeitungsgebühr" in der Höhe von Fr. 1'000.-- (Beschwerde S. 2) zu prüfen.

5.2.2 Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2020 KV Nr. 23 S. 112 E. 11.1). Der obsiegenden beschwerdeführenden Partei ist eine Parteientschädigung zuzusprechen, sofern sie sich anwaltlich oder von einer anderweitig für das je-

weils relevante Rechtsgebiet besonders qualifizierten Person entgeltlich vertreten lässt (BGE 118 V 139 E. 2a S. 139). In Sonderkonstellationen kann auch in Verfahren ohne Vertretung eine Parteientschädigung gewährt werden. Unabhängig davon, ob es sich bei einer nichtvertretenen Partei um einen Anwalt resp. eine Anwältin oder um eine juristisch nicht geschulte Person handelt, ist für das kantonale Beschwerdeverfahren ausnahmsweise ein Anspruch auf Parteientschädigung anzunehmen, wenn folgende Voraussetzungen kumulativ gegeben sind: Es muss sich um eine komplizierte Sache mit hohem Streitwert handeln. Ferner muss die Interessenwahrung einen Arbeitsaufwand erfordern, der den Rahmen dessen überschreitet, was der einzelne üblicher- und zumutbarerweise nebenbei zur Besorgung der persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat; erforderlich ist somit ein Arbeitsaufwand, welcher die normale (z.B. erwerbliche) Betätigung während einiger Zeit erheblich beeinträchtigt. Und schliesslich hat zwischen dem betriebenen Aufwand und dem Ergebnis der Interessenwahrung ein vernünftiges Verhältnis zu bestehen (BGE 127 V 205 E. 4b S. 207; SVR 2019 KV Nr. 7 S. 51 E. 9.2.1).

5.2.3 Angesichts der moderaten Komplexität des vorliegenden Falles, des relativ geringen Streitwerts (vgl. E. 1.3 hiervor) und da ein Aufwand, anhand dessen für den Beschwerdeführer für die Wahrung seiner Interessen ein Arbeitsaufwand erforderlich gewesen wäre, welcher die normale Betätigung während einiger Zeit erheblich beeinträchtigt hätte, weder begründet noch ausgewiesen wird, besteht kein ausnahmsweiser Anspruch auf eine Parteikostenentschädigung.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG vom 7. Juli 2023 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen,

damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.

2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.