

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2018 18

## Entscheid vom 12. November 2018

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
MLaw Stefan Getzmann, Gerichtsschreiber

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. \_\_\_\_\_,

**gegen**

**Suva**, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,  
6002 Luzern,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungsanspruch bei Rotatorenmanschetten-  
ruptur)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. 1960) arbeitet im Vollzeitpensum als Karrosseriespengler bei der C.\_\_\_\_\_ AG, über die er bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen obligatorisch versichert ist. Am 2. Mai 2017 meldete die Arbeitgeberin der Suva für A.\_\_\_\_\_ das folgende Unfallereignis vom 12. Februar 2017 beim Ski-Langlaufen auf der Langlaufloipe in L.\_\_\_\_\_: "Langlaufski links mit Laufstock eingehängt und auf die linke Schulter gefallen". Ab 2. Mai 2017 habe er die Arbeit ausgesetzt (Vi-act. 1). Am 1. Mai 2017 erfolgte bei Dr.med. D.\_\_\_\_\_ (FMH Chirurgie) die Erstbehandlung. Er diagnostizierte einen Rotatorenmanschettenriss links, ICD-10 S46.0 (Vi-act. 6).

**B.** Mit Schreiben vom 31. Mai 2017 zeigte die Suva A.\_\_\_\_\_ die Einstellung der Unfallversicherungsleistungen per 13. März 2017 an, nachdem der Kreisarzt die Unfallkausalität nur als möglich beurteilte und den Fallabschluss empfahl (Vi-act. 11, 9).

Am 8. Juni 2017 erfolgte im Spital M.\_\_\_\_\_ die Schulteroperation (Schulterarthroskopie, arthroskopische Bizepssehnenentodese sowie Infraspinatussehnenreinsertion in Suture bridge Technik; Vi-act. 16).

**C.** Da sich A.\_\_\_\_\_ mit dem Fallabschluss nicht einverstanden zeigte, verfügte die Suva nach Einholung einer ärztlichen Beurteilung bei Kreisarzt Prof. Dr.med. E.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie) am 12. September 2017, der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 12. Februar 2017 eingestellt hätte, sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens am 13. März 2017 erreicht gewesen, weshalb der Fall auf dieses Datum abgeschlossen werde; ab dann bestehe kein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen (Vi-act. 29).

**D.** Gegen die Verfügung vom 12. September 2017 liess A.\_\_\_\_\_ am 27. September 2017 Einsprache erheben (Vi-act. 30), worauf die Suva das Dossier durch das Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin prüfen liess. Nach Vorliegen der orthopädischen Aktenbeurteilung vom 12. Januar 2018 wies die Suva die Einsprache mit Entscheid vom 17. Januar 2018 ab (Vi-act. 41). Einer allfälligen Beschwerde wurde die aufschiebende Wirkung entzogen.

**E.** Am 15. Februar 2018 lässt A.\_\_\_\_\_ rechtzeitig Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit den Anträgen:

1. Die Verfügung vom 12.9.2017 sowie der Einsprache-Entscheid der Suva vom 17.1.2018 seien aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen auszurichten.

3. Das Verfahren sei um zwei Monate zu sistieren.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

**F.** Mit Verfügung vom 16. Februar 2018 sistiert der verfahrensleitende Richter das Beschwerdeverfahren bis 20. April 2018 (nach ersuchter Verlängerung der Sistierung bis 18.5.2018).

Am 25. April 2018 reicht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers das in der Beschwerdeschrift in Aussicht gestellte Gutachten von Dr.med. F. \_\_\_\_\_ vom 3. April 2018 samt Rechnung (in Höhe von Fr. 1'987.--) ein (Vi-act. 3+4). Er beantragt die Aufhebung der Sistierung und Fortsetzung des Verfahrens; zudem sei die Vorinstanz zur Übernahme der Kosten des Gutachtens vom 3. April 2018 zu verpflichten.

Mit Vernehmlassung vom 20. August 2018 beantragt die Suva die Abweisung der Beschwerde. Am 11. September 2018 nimmt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers Stellung zur Vernehmlassung der Vorinstanz. Die Vorinstanz teilt am 9. Oktober 2018 ihren Verzicht auf weitere Bemerkungen mit.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

1. Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 in Kraft getreten. Gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2017 zur Diskussion steht, die neuen (seit 1.1.2017 in Kraft getretenen) Bestimmungen Anwendung.

**1.1.1** Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte dabei insbesondere Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen.

**1.1.2** Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

**1.2.1** Gemäss dem überarbeiteten Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind:

- a. Knochenbrüche;
- b. Verrenkungen von Gelenken;
- c. Meniskusrisse;
- d. Muskelrisse;
- e. Muskelzerrungen;
- f. Sehnenrisse;
- g. Bandläsionen;
- h. Trommelfellverletzungen.

Während nach der bisherigen Regelung in Art. 9 Abs. 2 alt UVV verlangt wurde, dass ausser der Ungewöhnlichkeit des äusseren Ereignisses alle Begriffsmerkmale eines Unfalles erfüllt sein müssen, wird dies im neuen Art. 6 Abs. 2 UVG nicht mehr verlangt. Liegt eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vor, so besteht die Rechtsvermutung, dass eine leistungspflichtige unfallähnliche Körperschädigung gegeben ist, auch wenn die Definitionsmerkmale eines Unfalls nicht erfüllt sind. Es müssen weder die Ungewöhnlichkeit, noch das äussere Ereignis, noch die Plötzlichkeit gegeben sein, sondern lediglich das Vorliegen einer Listendiagnose (Motta et al., Das revidierte Unfallversicherungsgesetz ist in Kraft; Soziale Sicherheit 1/2017, S.39; S. Heinrich, 1. UVG-Revision - Entwicklung der Gesetzgebung, in: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2017, S. 22; vgl. aber auch Hüsler, Erste UVG-Revision: wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, SZS 2017 S. 33 f., der zumindest in Frage stellt, ob nicht weiterhin ein Ereignis gefordert werden müsse). Bei den aufgelisteten Körperschädigungen wird davon ausgegangen, dass eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss (Zusatzbotschaft vom 19.9.2014 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der Suva], BBI 2014 7922). Der Unfallversicherer kann sich jedoch von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er den Nachweis erbringt, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BBI 2014 7922).

**1.2.2** Die Liste der unfallähnlichen Körperschädigungen gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ist abschliessend und kann nicht (bspw. durch Analogieschluss) ergänzt werden. Entscheidend für die Subsumption ist die gestellte Diagnose. Diese ist lege artis durch einen Mediziner zu stellen. Die Leistungspflicht besteht nur, wenn die Listenverletzung der Hauptbefund ist. Hieran hat die Revision nichts

geändert (E. Samuelsson, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung, Das Beispiel des Meniskusrisse, in: SZS 2018 S. 335, 343 m.V.a. BGE 116 V 145 Erw. 4d).

**1.2.3** Im Zusammenhang mit dem Befreiungsbeweis des Unfallversicherers stellt sich auch die Frage, was der Gesetzgeber unter dem Begriff "vorwiegend" versteht. Nach herrschender Lehrmeinung ist zur Definition des Begriffs "vorwiegend" auf die Rechtsprechung zu den Berufskrankheiten nach Art. 9 Abs. 1 UVG zurückzugreifen (KOSS - Nabold, Art. 6 UVG N 44 m.H.; Hüsler, a.a.O., SZS 2017 S. 34; Samuelsson, a.a.O., SZS 2018 S. 348 unten). Danach ist eine vorwiegende Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten nur gegeben, wenn diese mehr als alle anderen mitbeteiligten Ursachen wiegen, folglich mehr als 50% ausmachen (vgl. BGE 119 V 200 Erw. 2a mit Hinweisen).

Die blosse Möglichkeit einer degenerativen oder krankhaften Schädigung genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Unfallversicherer (bzw. im Beschwerdefall das Gericht) hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die er/es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt. Der (Gegen-)Beweis der vorwiegend krankhaften oder degenerativen Pathogenese der Listendiagnose ist erbracht, wenn für die Richtigkeit einer degenerativ oder krankhaft begründeten Listendiagnose mehr Indikatoren vorliegen als für die traumatische Pathogenese (E. Samuelsson, a.a.O., S. 356 oben mit weiteren Hinweisen, u.a. auf BGE 133 III 321 Erw. 3.3; OFK/KVG/UVG-Gehring, UVG Art. 6 N 6 ff).

**1.3** Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3.A., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin

haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 Erw. 3b; Urteil 8C\_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 122 V 157 Erw. 1.d mit Hinweis auf BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen).

**1.4** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

**1.4.1** Für Feststellungen im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gut-

achtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen).

Den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine 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. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil des BGer 8C\_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil des BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

**1.4.2** Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und

die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil BGer 8C\_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen)

**2.** Bezüglich der Schulterbeschwerden links ergibt sich aus den Akten:

**2.1.1** Die Erstbehandlung des Beschwerdeführers fand am 1. Mai 2017 bei Dr.med. D. \_\_\_\_\_ statt, welcher im Arztzeugnis vom gleichen Tag u.a. folgendes festhielt (Vi-act. 6):

Angaben des Patienten:

Anfangs Februar beim Langlaufen Sturz auf die linke Schulter. Anfänglich Functio laesa, jetzt Nacht-SZ [wohl Nachtschmerz].

Objektiver Befund:

Am 1.5.17 HWS frei beweglich. Schulter frei beweglich mit deutlichem Painful Arc. Subskapularissehnen-Test für Oberrand positiv. Supraspinatus- und Bizepssehnen-Test positiv.

Röntgenbefund:

Radiologisch Akromion Typ II.

Diagnose:

Rotatorenmanschettenriss Schulter links S46.0.

Zu einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit lässt sich dem Arztzeugnis nichts entnehmen.

**2.1.2** Im Bericht vom 2. Mai 2017 (Vi-act. 5) zum Arthro-CT des linken Schultergelenks vom gleichen Tag hielt Dr.med. G. \_\_\_\_\_ (FMH Radiologie) bei Frage nach Verdacht auf Supra- und Infraspinatusruptur links folgendes fest:

(...).

Soweit in CT beurteilbar, leichtgradiger Kontrastmittelübertritt in die Bursa subacromialis/subdeltoidea durch einen distalen schräg verlaufenden Riss in der Supraspinatussehne, keine relevanten Dehiszenzen. Soweit im Weichteilfenster auch keine relevanten Muskelatrophien oder -degenerationen. Soweit in der CT keine Hinweise auf eine weitere Rotatorenmanschettensehnen-Ruptur. Keine Kontrastmittelkolektion in dem Bizepssehnenankerbereich, die Bizepssehne regelrecht zentriert.

Der Subacromialraum in dieser Untersuchung eingeengt. Acromion Typ III nach Bigliani. DD ältere kleine ossäre Bankart-Läsion in typischer Lokalisation anteroinferior des Glenoid. Aktuell keine Hinweise auf eine Labrumläsion.

**2.2** Am 23. Mai 2017 stellte das Spital M. \_\_\_\_\_ bei der Vorinstanz ein Kostengutsprachege such für die beim Beschwerdeführer am 1. Juni 2017 vorgesehene Schulteroperation (CSAS+Refixation Schulter links) (Vi-act. 6 und 7).

In der Folge legte die Suva das Dossier des Beschwerdeführers dem Kreisarzt Prof. Dr.med. E. \_\_\_\_\_ vor, der in seiner Kurzstellungnahme vom 31. Mai 2017 festhielt, dass nach Kenntnis der medizinischen Akten die Arbeitsunfähigkeit nur mit der möglichen Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 12. Februar 2017 zurückzuführen sei, weshalb er den Fallabschluss empfehle (Vi-act. 9).

**2.3** Am 8. Juni 2017 operierte Dr.med. D. \_\_\_\_\_ im Spital M. \_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer an der linken Schulter (Schulterarthroskopie, arthroskopische Bizepssehnenentodese sowie Infraspinatussehnenreinsertion in Suture bridge Technik). Gemäss dem Operationsbericht (Vi-act. 16) zeigte sich eine altersentsprechende Bursa, leichte Auffaserung ums Acromion, keine massive Bursitis. Weiter zeigte sich eine Subscapularis Oberrandläsion Lafosse Grad I. Der Supraspinatus zeigte eine durchgehende Ruptur bis in den Infraspinatus. Keine SLAP-Läsion. Hinterrand Infraspinatus und Teres unauffällig. Recessus frei.

**2.4** Nachdem Dr.med. D. \_\_\_\_\_ Prof. Dr.med. E. \_\_\_\_\_ bereits am 1. Juni 2017 telefonisch mitgeteilt hatte, dass er mit dessen kreisärztlicher Beurteilung, die zur Ablehnung des Schadenfalls geführt hatte, nicht einverstanden sei (vgl. Vi-act. 14), hielt er im Schreiben vom 22. Juni 2017 (Vi-act. 18) gegenüber der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers unter anderem fest, dass die Fotodokumentation eine altersentsprechende, aber eher diskrete Schleimbeutelentzündung zeige. Der Schleimbeutel sei frei und es bestehe nur eine diskrete Auffaserung am Schulterdach. Die intraoperativen Bilder vom 8. Juni 2017 zeigten keine Arthrose, dafür eine frische oder relativ frische Einblutung im Bereich der Subscapularissehne sowie eine Rissbildung der Supraspinatussehne ohne degenerative Veränderungen und ohne Retraktion. Im Bild 5 würden sich keine Auffaserungen oder degenerativen Veränderungen an der Bizepssehne zeigen.

Aufgrund der intraoperativen Befunde, der CT-Befunde und der Beschreibung des Patienten und der fehlenden medizinischen Vorgeschichte im Bereich dieser Schulter sei der Unfall vom 12. Februar 2017 überwiegend wahrscheinlich und kausal für die Arbeitsunfähigkeit und die Notwendigkeit zur Operation (Vi-act. 18-2/2).

**2.5** In der Folge unterbreitete die Vorinstanz das Dossier (inkl. Akten der Operation vom 8.6.2017) Prof. Dr.med. E. \_\_\_\_\_ zur Stellungnahme (Vi-act. 22). Am 18. August 2017 hielt dieser u.a. fest, dass sich der Beschwerdeführer erst ca. zweieinhalb Monate nach Unfallereignis erstmalig bei einem Arzt vorgestellt habe. Dem klinischen Befund (von Dr.med. D. \_\_\_\_\_ im Arztzeugnis vom

1.5.2017) sei zu entnehmen, dass die Schultergelenksbeweglichkeit frei gewesen sei; lediglich die Tests für die Rotatorenmanschettenmuskeln seien für Supraspinatus und Subscapularis positiv gewesen. In Anbetracht einer frischen Supraspinatussehnenruptur wäre ein eingeschränkter Bewegungsumfang des Schultergelenks zu erwarten gewesen. Nicht nachvollziehbar sei in diesem Zusammenhang, dass der Versicherte weiterhin als Karrosseriespengler habe arbeiten können.

Im Weiteren hielt Prof. Dr.med. E.\_\_\_\_\_ fest, dass die intraarthroskopischen Bilder eine frische oder relativ frische Einblutung im Bereich der Subscapularissehne nicht hätten bestätigen können.

Schliesslich betont Prof. Dr.med. E.\_\_\_\_\_, dass ein Kraftverlust bei der Tätigkeit als Karrosseriespengler vom Versicherten ohne vernünftigen Zweifel nicht hinnehmbar gewesen wäre und relativ rasch zu einem Arztbesuch hätte führen müssen.

**2.6** Im Rahmen des Einspracheverfahrens äusserte sich Dr.med. D.\_\_\_\_\_ am 15. September 2017 gegenüber der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers (Vi-act. 30-4/6). Beim Patienten sei eine Einsehnenruptur aufgetreten (Supraspinatussehne). Drei Monate später sei bei Dr.med. D.\_\_\_\_\_ der Untersuch gemacht worden. Es sei vollkommen normal, dass nach diesem Zeitpunkt eine freie Schulterbeweglichkeit bestanden habe. (...).

Auf Bild 4 der intraoperativen Fotodokumentation zeige sich der Subscapularis Oberrand mit einer deutlichen blutigen geröteten Veränderung. Sie sei aber in der Sehne und nicht wie bei einer Synovialitis über der Sehne bedeckend. Es könne sich sehr gut um eine frische Einblutung handeln.

Eine selektive Supraspinatussehnenruptur könne sehr oft über längere Zeit vollkommen gut kompensiert werden. Schmerzen seien subjektiv und könnten vom Patienten durch Ausweichbewegungen oder Anpassen der Arbeit sehr oft über längere Zeit kompensiert werden. Die Arbeit eines Karrosseriespenglers sei in den meisten Fällen unter der Horizontalen.

**2.7** Die Vorinstanz unterbreitete das Dossier ihrem versicherungsmedizinischen Kompetenzzentrum. PD Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Leiter Fachgruppe Chirurgie) und Dr.med. I.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie) gelangten in ihrer orthopädischen Aktenbeurteilung vom 12. Januar 2018 (Vi-act. 40-1/8) unter anderem zum Ergebnis, das klinische Bild bei der Erstuntersuchung von Dr.med. D.\_\_\_\_\_ am 1. Mai 2017 passe "genauso gut zu einer degenerativen Sehnenläsion wie zu einer unfallbe-

dingten Schädigung in der postakuten Phase (Beginn ca. 6 Wochen nach dem Ereignis)" (Vi-act. 40-5/8 Ziff. 4 Untersuchungsbefund).

Unter "Radiologische Bildgebung" halten die Dres. H. \_\_\_\_\_/I. \_\_\_\_\_ beim Arthro-CT der linken Schulter (einschliesslich zweier Bildwandlernaufnahmen) vom 2. Mai 2017 unter anderem fest, "[d]ie Lage der Läsion schliesst einen grösseren, am Ansatz verbliebenen Sehnenstummel aus, was gegen eine traumatische Läsion spricht". Eine Muskelhypotrophie sei nicht erkennbar, das Labrum und der Bizepssehnenanker stellten sich intakt dar. Die im Befund vom 2. Mai 2017 beschriebene ältere kleine knöcherne Bankart-Läsion könne nicht sicher bestätigt werden. Eine solche wäre ein Hinweis für eine stattgehabte Schulterluxation (Vi-act. 40-5/8).

Unter "Verlauf" führen die Dres. H. \_\_\_\_\_/I. \_\_\_\_\_ unter anderem aus, dass ein Decrescendo charakteristisch sei für den Beschwerdeverlauf einer unfallbedingten Rotatorenmanschettenruptur, d.h. unmittelbar nach dem Unfall bestünde die stärkste Beeinträchtigung des Verletzten durch eine schmerzhafte und praktisch immer vorhandene kraftgeminderte Bewegungseinschränkung einschliesslich Nachtschmerzen. Nach zwei bis sechs Wochen trete allmählich eine Besserung auf (Vi-act. 40-5/8).

Zum intraoperativen Befund wird u.a. festgehalten, dass im Falle des Beschwerdeführers, der knapp vier Monate nach dem Unfallereignis vom 12. Februar 2017 operiert worden sei, zu diesem Zeitpunkt eindeutige spezifische Befunde für oder gegen eine traumatische Ursache nicht mehr zu erwarten seien, da nach etwa sechs Wochen der Unterschied zwischen frischen und degenerativen Sehnenläsionen fließend werde. So überrasche es nicht, dass Dr.med. D. \_\_\_\_\_ im OP-Bericht keine traumaspezifischen Befunde beschreibe. Allerdings interpretiere er im Nachhinein die intraoperativ angefertigten Fotos dahingehend, dass eine frische bzw. relativ frische Einblutung vorgelegen habe. Sollte tatsächlich anlässlich der operativen Versorgung eine solche sichtbar gewesen sein, so könnte diese keinesfalls von dem vier Monate zurückliegenden Unfallereignis stammen, da sie erstens nach dem langen Zeitraum nicht mehr frisch wäre und zweitens sichtbare Hämatomreste über drei bis vier Wochen nicht mehr vorhanden seien. Dieser Umstand erkläre es auch, dass es weder Prof. Dr.med. E. \_\_\_\_\_ noch den Dres. H. \_\_\_\_\_/I. \_\_\_\_\_ möglich gewesen sei, auf den intraoperativen Fotos die von Dr.med. D. \_\_\_\_\_ postulierte Einblutung zu bestätigen.

Gemäss der orthopädischen Beurteilung vom 12. Januar 2018 sprechen die leere Anamnese bzgl. Schulter sowie das unauffällige Röntgenbild für eine unfallbedingte Läsion der Rotatorenmanschette. Dagegen spricht das Lebensalter des Patienten als Risikofaktor für Texturstörungen der Rotatorenmanschettensehne,

der Unfallmechanismus, die Beschwerden und das Verhalten des Versicherten nach dem Ereignis, das Arthro-CT und der Verlauf.

Zusammenfassend würden von Anzahl und Gewicht die Faktoren überwiegen, welche gegen eine unfallverursachte Läsion der Rotatorenmanschette sprechen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe sich die Sehnenläsion unabhängig von dem angeschuldigten Sturz am 12. Februar 2017 entwickelt.

Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe sich der Beschwerdeführer bei seinem Sturz am 12. Februar 2017 eine Schulterprellung links zugezogen. Eine solche als leicht einzustufende Verletzung heile gewöhnlich innerhalb von vier Wochen folgenlos ab. Die drei Monate später festgestellte Läsion an der Rotatorenmanschette sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 12. Februar 2017 zurückzuführen.

Die Fragen der Vorinstanz beantworteten die Dres. H. \_\_\_\_\_/I. \_\_\_\_\_ wie folgt (Vi-act. 40-7/8):

1. War die linke Schulter des Versicherten schon vor dem Unfall vom 12.2.2017 in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt?

Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestanden bereits vor dem Unfall vom 12.02.2017 degenerative Veränderungen an den Sehnen der Rotatorenmanschette.

2. Falls Frage 1 bejaht wird:

- 2.1 Hat dieser Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer vorübergehenden oder einer richtunggebenden Verschlimmerung geführt?

Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hat dieser Unfall nicht zu einer vorübergehenden oder richtunggebenden Verschlimmerung geführt.

2.2 (...)

**2.8** Die orthopädische Beurteilung vom 12. Januar 2018 wird im angefochtenen Einspracheentscheid zum integrierenden Bestandteil desselbigen erklärt (angefocht. Entscheid Erw. 4a). Es könne voll darauf abgestellt werden. Die Schreiben von Dr.med. D. \_\_\_\_\_ würden keine Zweifel an der schlüssigen versicherungsmedizinischen Beurteilung zu wecken vermögen.

**2.9** Vor Verwaltungsgericht reicht der Beschwerdeführer das von ihm in Auftrag gegebene Gutachten von Dr.med. F. \_\_\_\_\_ (Orthopädie FMH, Sportmedizin SGSM) und Dr.med. J. \_\_\_\_\_ (elektronisch visiert) vom 3. April 2018 ein. Dieses stützt sich auf die vorliegenden Akten sowie auf eine eigene Untersuchung des Beschwerdeführers am 3. April 2018. Dr.med. F. \_\_\_\_\_ hält fest, ein eindeutiger Nachweis für eine degenerative oder traumatische Ursache zu erbringen, sei bei Rotatorenmanschettenläsionen nicht einfach. Es gelte bei der Beur-

teilung verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. Basierend auf einer in der Schweizerischen Ärztezeitung publizierten schematischen Einteilung degenerativer und unfallbedingter Veränderungen nahm Dr.med. F.\_\_\_\_\_ eine Beurteilung der Schuldersituation beim Beschwerdeführer vor (dem Bericht von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ beigelegt: Bär, Stutz, Gächter, Gerber und Zanetti, 2000; Defekte der Rotatorenmanschette und unfallähnliche Körperschädigung, veröffentlicht in Schweizerischer Ärztezeitung, 2000, Nr. 49 S. 2785ff., insb. S. 2788). Unter Abwägung aller Kriterien (u.a. Vorgeschichte, Einwirkung ungeeignet, Primärfund, Verlauf), die für eine degenerative oder traumatische Ursache sprächen, würden eindeutig die Merkmale für eine traumatische Ursache überwiegen. Damit könne festgehalten werden, dass die Sehnenschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 12. Februar 2017 zurückzuführen sei (Bericht Dr. F.\_\_\_\_\_ S. 9).

Dr.med. F.\_\_\_\_\_ führt weiter aus, die Vorinstanz gehe bei der Einwirkung beim Unfallereignis von einem direkten Sturz auf die linke Schulter aus. Die detaillierte Befragung des Exploranden durch Dr.med. F.\_\_\_\_\_ habe aber ergeben, dass er vorher mit dem Skistock an einem Hindernis hängen geblieben sei. Dadurch entstehe eine abrupte Drehbewegung des Armes oder ein ruckartiger Zug nach hinten, was beides einen zusätzlichen Einfluss auf den Ablauf und die Verletzung der Rotatorenmanschette habe. An die Position des Armes beim Sturz könne sich der Explorand nicht mehr erinnern. Aber selbst ein direkter Aufprall auf die Schulter schliesse eine Ruptur nicht aus (Bericht Dr. F.\_\_\_\_\_ S. 9).

Für eine traumatische Ursache spräche, dass der Patient vor dem Ereignis völlig beschwerdefrei gewesen sei und keine Einschränkungen in der Schulterfunktion gehabt habe. Es seien keine Schultervorerkrankungen dokumentiert. In den Röntgenbildern zeigten sich ein normal weiter Subacromialraum sowie keine anderen degenerativen Veränderungen. Im Arthro-CT hätten sich keine fettigen Degenerationen oder Muskelatrophien gezeigt, was für eine frische Verletzung spreche. In Bezug auf die Lokalisation der Läsion werde von Seiten der Vorinstanz festgehalten, dass die Lage der Läsion einen grösseren, am Ansatz verbliebenen Sehnenstummel ausschliesse, was nach ihrer Ansicht gegen eine traumatische Läsion spreche. Unbestritten sei, dass ein Sehnenstummel sichtbar sei. Dieser werde durch den schrägen Verlauf von vorne nach hinten grösser. Gemäss einer von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ zitierten Lehrmeinung (Loew et al, 2014) spreche allein das Vorhandensein eines Sehnenstumpfes am Tuberculum majus für eine gewaltsame Kontinuitätsunterbrechung, da das degenerative Abreiben im Rahmen einer Impingementläsion zu einem vollständigen Abrieb des Sehnenansatzes vom Knochen führe (Bericht Dr. F.\_\_\_\_\_ S. 9). Nach einer an-

deren von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ zitierten Lehrmeinung sei die Aussagekraft der Feststellung (verbleibender peripherer Sehnenstumpf der Supraspinatussehne am Tuberculum majus als starker Hinweis auf eine traumatische Ruptur) als mässig einzustufen.

Dr.med. F.\_\_\_\_\_ hält ebenfalls fest, dass Prof. Dr.med. E.\_\_\_\_\_ zu Unrecht davon ausgegangen sei, dass der Beschwerdeführer seine Tätigkeit als Karrosseriespengler nach dem Unfall noch zweieinhalb Monate weitergeführt habe, ehe er sich zu Dr.med. D.\_\_\_\_\_ begab. Nach ausführlicher Befragung des Patienten habe sich gezeigt, dass dieser sehr wohl in der Ausübung seiner Tätigkeit eingeschränkt gewesen sei, insbesondere, wenn er aushilfsweise in der Werkstatt gearbeitet habe, was zeitweise zu seinem Arbeitsbereich gehört habe. Seine Kollegen hätten ihn dabei unterstützt. Ausserdem seien die Wahrnehmung und der Umgang mit Schmerzen individuell unterschiedlich.

In Bezug auf die orthopädische Beurteilung der Dres. H.\_\_\_\_\_/I.\_\_\_\_\_ geht Dr.med. F.\_\_\_\_\_ mit diesen einig, dass der klinische Untersuchungsbe- fund keinen Rückschluss auf die Ursache der Rotatorenmanschettenläsion zu- lasse. Die Läsion auf dem Arthro-CT zeige einen schrägen Verlauf. Nach Aussa- ge von PD Dr.med. H.\_\_\_\_\_ schliesse die Lage einen grösseren am Ansatz verbliebenen Sehnenstummel aus, was gegen eine traumatische Läsion spreche. Einerseits verlaufe die Läsion schräg von vorne ansatznah nach hinten mehr proximal und habe dadurch durchaus einen dorsal etwas grösseren Sehnen- stummel. Wenn man die von PD Dr.med. H.\_\_\_\_\_ zitierte Arbeit durchsehe, zeige sich, dass die Aussage, das Verbleiben eines peripheren Sehnenstumpfes der Supraspinatus-Sehne am Tuberculum majus sei ein starker Hinweis auf eine traumatische Ruptur, lediglich eine mässige Aussagekraft habe (Bericht Dr. F.\_\_\_\_\_ S. 11 unten).

In Übereinstimmung mit PD Dr.med. H.\_\_\_\_\_ konnte Dr.med. F.\_\_\_\_\_ keine sichere knöcherne Bankart-Läsion erkennen (Bericht Dr. F.\_\_\_\_\_ S. 12).

Zusammenfassend gelangte Dr.med. F.\_\_\_\_\_ zum Ergebnis, dass die Ge- sundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalles vom 12. Februar 2017 sei.

**3.1** Vorliegend ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 12. Februar 2017 beim Ski-Langlaufen auf die linke Schulter stürzte und er an Schulterbe- schwerden links leidet. Ebenfalls ist unbestritten, dass die ab Mai 2017 vorge- nommenen (bildgebenden) Abklärungen klare Hinweise auf das Vorliegen einer Rotatorenmanschettenruptur links ergaben. Eine Rotatorenmanschettenruptur

stellt eine Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG dar, sofern sie den Hauptbefund darstellt. Diese Rechtsprechung, wie sie zu dem bis 31.12.2016 geltenden Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV entwickelt wurde, gilt unverändert für Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG (vgl. vorn Erw. 1.2.2; zur Rotatorenmanschettenruptur als Listenverletzung gemäss Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV vgl. Bundesgerichtsurteil 8C\_835/2017 vom 1.3.2018 Erw. 4.1; OFK/KVG/UVG-Gehring, UVG Art. 6 N 7).

**3.2** Bei den vorliegenden medizinischen Akten wie auch der per 1. Januar 2017 geänderten Rechtslage hätte die Vorinstanz prüfen müssen, ob beim Beschwerdeführer eine Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG (insb. lit. f) vorlag. Weder der Verfügung vom 12. September 2017 noch dem angefochtenen Einspracheentscheid lässt sich diesbezüglich etwas entnehmen.

Bei Bejahung des Vorliegens einer Listenverletzung (als Hauptbefund) hätte die Vorinstanz ihre Leistungspflicht nach Massgabe der revidierten und seit 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Bestimmung von Art. 6 Abs. 2 UVG prüfen müssen (vgl. vorn Erw. 1 mit Verweis auf die Übergangsbestimmungen). Es gilt dann die Vermutung, dass die Rotatorenmanschettenruptur eine unfallähnliche Körperschädigung darstellt, für welche der Unfallversicherer den Schadenfall übernehmen muss, sofern er nicht den Nachweis erbringt, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (vgl. vorn Erw. 1.2.1). Die von der Vorinstanz veranlassten Abklärungen beim versicherungsmedizinischen Dienst wie auch die Abklärung bei Dr.med. F. \_\_\_\_\_ beschränken sich schwerpunktmässig auf die Frage, ob die ab Mai 2017 bildgebend festgestellte und im Juni 2017 operativ versorgte Schulterverletzung links auf das Unfallereignis vom 12. Februar 2017 zurückzuführen sei (Frage nach Eintritt des Status quo sine vel ante). Zwar lässt sich der orthopädischen Aktenbeurteilung vom 12. Januar 2018 entnehmen, dass die Dres. H. \_\_\_\_\_/I. \_\_\_\_\_ bei Beantwortung der Frage, ob die linke Schulter des Beschwerdeführers bereits vor dem Unfall vom 12. Februar 2017 in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen sei, davon ausgehen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits vor dem Unfall vom 12. Februar 2017 degenerative Veränderungen an den Sehnen bestanden haben (vgl. Frage 1 der Vorinstanz, orthopädische Beurteilung S. 7). Darin kann allerdings kein Nachweis im Sinne der (neuen) Bestimmung von Art. 6 Abs. 2 UVG erblickt werden, wonach die Schulterverletzung beim Beschwerdeführer nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen wäre. Ob beim Beschwerdeführer eine Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG vorlag und allenfalls in einem weiteren Schritt, ob diese vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (was von

der Vorinstanz zu beweisen wäre), wurde bislang nicht rechtsgenügend abgeklärt.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Dr.med. F.\_\_\_\_\_ in seinem ausführlichen Gutachten zum Ergebnis gelangt, dass *eindeutig* die Merkmale einer traumatischen Ursache überwiegen würden (vgl. vorn Erw. 2.9 erster Absatz), was zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der orthopädischen Aktenbeurteilung vom 12. Januar 2018 hervorzurufen vermag. Auch konnten bei einer gerichtlichen Würdigung der bildgebenden Unterlagen (vgl. Bericht zum Arthro-CT linkes Schultergelenk vom 2.5.2017 [Vi-act. 5]; OP-Bericht vom 8.6.2017 [Vi-act. 16]) keine überwiegenden Anhaltspunkte für degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette links festgestellt werden.

Bei dieser Sachlage rechtfertigt es sich, die Sache an die Vorinstanz zur (erstmaligen) Vornahme dieser Abklärungen (Listenerkrankung als Hauptbefund? Allenfalls Abklärung, ob Listenerkrankung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist im Sinne des durch die Versicherung zu erbringenden Befreiungsnachweises) und zu anschliessend neuem Entscheid zurückzuweisen.

**4.1** Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. a und g ATSG).

**4.2** Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten (wie auch der Zusprechung einer Parteientschädigung) als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei, und zwar unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wurde (vgl. Bundesgerichtsurteile 8C\_78/2009 vom 31.8.2010 [teilweise publ. in BGE 136 II 393 ff.] Erw. 12.1; 8C\_503/2009 vom 6.11.2009 Erw. 5 mit Verweisen; vgl. VGE I 2017 58 vom 14.3.2018 Erw. 6.1; VGE I 2014 30 vom 17.12.2014 Erw. 6.1; VGE I 2014 3 vom 23.7.2014 Erw. 6.1; VGE II 2013 21 vom 24.5.2013 Erw. 4.1; VGE III 2011 78 vom 27.10.2011 Erw. 5).

**4.3** Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird dem Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz gemäss § 74 Abs. 1 VRP eine dem Aufwand angemessene Entschädigung zugesprochen. Gemäss § 14 des Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975 beträgt das Honorar vor Verwaltungsgericht zwischen Fr. 300.-- und Fr. 8'400.--. Unter Beachtung der in § 2 GebTRA enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens wird die Parteientschädigung für das vorliegende Verfahren auf Fr. 2'000.-- (inkl. MwSt und Barauslagen) festgesetzt.

**4.4** Der Beschwerdeführer beantragt in seiner Eingabe vom 25. April 2018, dass die Vorinstanz zur Übernahme der Kosten des Berichts von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ vom 3. April 2018 in Höhe von Fr. 1'987.-- zu verpflichten sei (vgl. Bf-act. 4, Rechnung vom 23.4.2018).

Die Kosten privat eingeholter Gutachten und Berichte sind dann zu vergüten, wenn sie für die Entscheidungsfindung unerlässlich waren (Bundesgerichtsurteil 8C\_305/2013 vom 2.9.2013 Erw. 5 mit Verweis auf BGE 115 V 62 Erw. 5c). Beim vorliegenden Verfahrensausgang mit Rückweisung an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang), lässt sich dies nicht beantworten. Die Vorinstanz wird mit dem noch zu fällenden Entscheid (vorn Erw. 3.2) auch über die Kostenvergütung des Berichts von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ vom 3. April 2018 zu befinden haben.

## **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 17. Januar 2018 aufgehoben wird und die Sache zur weiteren Beurteilung und neuem Entscheid im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
5. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. November 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 21. November 2018

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

