

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 86

Entscheid vom 7. Februar 2019

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt MLaw B._____,

gegen

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

Gegenstand

Unfallversicherung (Listenverletzung, Art. 6 Abs. 2 UVG)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1966) ist seit dem 1. Oktober 2000 Gesellschafter und Geschäftsführer der C._____ GmbH und bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Gemäss Schadenmeldung vom 9. Januar 2018 sind bei A._____ am 29. September 2017 (Freitag; Schadendatum gemäss eigenen Angaben unpräzise) beim Ausführen von Malerarbeiten Bänder des linken Oberarmes gerissen (Vi-act. 1). Dr.med. D._____ (FMH Allgemeine Innere Medizin) attestierte A._____ (am 3.11.2017) ab dem 2. Oktober 2017 (Montag) eine 80%-ige Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. 2). Im Arztbericht vom 18. Januar 2018 diagnostizierte Dr.med. D._____ einen Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur sowie eine instabile lange Bizepssehne. Den Vorfall datierte er auf den 19. September 2017 mit der Erstbehandlung am gleichen Tag (Vi-act. 10). Am 20. Oktober 2017 wurde von Dr.med. E._____ (FMH Radiologie) ein Arthro-MRI des linken Schultergelenks durchgeführt (Vi-act. 11). Mit Arztbericht vom 7. Dezember 2017 führte Dr.med. F._____ (Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Facharzt für Chirurgie, speziell Allgemein Chirurgie und Traumatologie), welcher A._____ seit dem 13. November 2017 behandelt, gegenüber dem Kollektiv-Krankentaggeldversicherer die Diagnosen: Partial Ruptur der Supraspinatussehne links (PASTA-Läsion, SLAP-Typ II, Bizepstendinopathie), AC-Arthrose und Diabetes mellitus Typ II auf (Vi-act. 3). Gemäss Mitteilung vom 22. Februar 2018 erhielt A._____ von der Suva zunächst Versicherungsleistungen (Vi-act. 15). Mit Schreiben vom 16. März 2018 widerrief die Suva ihre Übernahmezusicherung aufgrund notwendiger weiterer Abklärungen (Vi-act. 24).

B. Mit Verfügung vom 19. April 2018 lehnte die Suva den Anspruch auf Versicherungsleistungen ab, weil die Beschwerden von A._____ weder auf einen Unfall noch auf eine unfallähnliche Körperschädigung zurückzuführen seien (Vi-act. 36). Dagegen liess A._____ am 14. Mai 2018 Einsprache erheben (Vi-act. 42), welche die Suva mit Entscheid vom 13. Juli 2018 abgewiesen hat (Vi-act. 51).

C. Gegen den Einspracheentscheid der Suva vom 13. Juli 2018 lässt A._____ am 12. September 2018 rechtzeitig Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz einreichen mit folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 22.11.2017 (recte: 19.4.2018) sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

D. Die Vorinstanz beantragt mit Vernehmlassung vom 8. November 2018 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheides vom 13. Juli 2018. Die Replik erfolgt am 11. Januar 2019.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht als sozialversicherungsrechtliches Versicherungsgericht richtet sich gemäss Art. 61 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 grundsätzlich nach kantonalem Recht. Insbesondere gilt dies für Fragestellungen, welche in den bundesrechtlichen Mindestbestimmungen von Art. 61 lit. a bis i ATSG nicht oder nicht abschliessend geregelt werden.

1.2 Vor Erlass eines Entscheides prüft das Gericht nach § 27 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes (VRP; SRSZ 234.110) vom 6. Juni 1974 von Amtes wegen, ob die Voraussetzungen für einen Sachentscheid erfüllt sind. Es prüft u.a. die Zuständigkeit, die Zulässigkeit des Rechtsmittels sowie die frist- und formgerechte Geltendmachung des Rechtsanspruches (§ 27 Abs. 1 lit. a, e und f VRP). Ist eine dieser Voraussetzungen nicht gegeben, trifft das Gericht einen Nichteintretensentscheid (§ 27 Abs. 2 VRP).

1.3 Gegen Einspracheentscheide oder Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, kann Beschwerde erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 ATSG). Jeder Kanton bestellt ein Versicherungsgericht als einzige Instanz zur Beurteilung von Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG). Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person oder der Beschwerde führende Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Die Beschwerde muss eine gedrängte Darstellung des Sachverhaltes, ein Rechtsbegehren und eine kurze Begründung enthalten. Genügt sie diesen Anforderungen nicht, so setzt das Versicherungsgericht der Beschwerde führenden Person eine angemessene Frist zur Verbesserung und verbindet damit die Androhung, dass sonst auf die Beschwerde nicht eingetreten wird (Art. 61 lit. b ATSG).

1.4 Das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz ist das kantonale Versicherungsgericht im Sinne von Art. 57 ATSG (vgl. § 16 Abs. 1 und 2 lit. a Justizgesetz [JG; SRSZ 231.110] vom 18.11.2009) und somit für die Beurteilung von Beschwerden gegen Einspracheentscheide oder Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, betreffend im Kanton wohnhaften Versicherten zuständig.

Mit der vorliegenden Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 12. September 2018 stellt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers den Antrag auf Aufhebung der vorinstanzlichen Verfügung vom 22. November 2017 (recte: 19.4.2018). Dieser Antrag erweist sich jedoch insoweit als unzulässig, als zum einen gegen Verfügungen, gegen welche Einsprache erhoben werden kann, keine Beschwerde erhoben werden kann. Zum andern wurde vorliegend am 13. Juli 2018 ein (materieller) Einspracheentscheid gefällt, welcher an die Stelle der angefochtenen Verfügung trat (Devolutiveffekt; vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 52 N 60). Bei Beschwerdeerhebung gegen einen Einspracheentscheid gilt die ihm zugrundeliegende Verfügung als mitangefochten und ihre selbständige Beanstandung ist ausgeschlossen (vgl. BGE 129 II 438 Erw. 1 m.w.H.). Nachdem jedoch mit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 12. September 2018 eindeutig auf den Einspracheentscheid vom 13. Juli 2018 Bezug genommen und dieser auch der Beschwerde beigelegt wurde, lässt sich der Wille des Beschwerdeführers rechtsgenügend erkennen. Auf die Beschwerde kann somit eingetreten werden.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG 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.

Ferner erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei Knochenbrüchen, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrissen, Muskelrissen, Muskelzerrungen, Sehnenrissen, Bandläsionen sowie Trommelfellverletzungen, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 UVG) und ausserdem für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Art. 6 Abs. 3 UVG).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird der Versicherte infolge des Unfalls invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.). 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 (vgl. Motta et al., Das revidierte Unfallversicherungsgesetz ist in Kraft, in: Soziale Sicherheit 1/2017, S. 39; vgl. aber auch Hüsler, Erste UVG-Revision: wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, in: SZS 2017 S. 33 f., der zumindest in Frage stellt, ob nicht weiterhin ein Ereignis gefordert werden müsse). Der Unfallversicherer kann sich von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er nachweist, dass die eingetretene Verletzung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Heinrich, 1. UVG-Revision - Entwicklung der Gesetzgebung, JaSo 2017, S. 21 f.). In diesem Zusammenhang stellt sich 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 (Hüsler, a.a.O., S. 34; Samuelsson, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung, Das Beispiel des Meniskusrisses, in: 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 blosser Möglichkeit einer degenerativen oder krankhaften Schädigung genügt somit den Beweisanforderungen nicht. Der Beweis der vorwiegend krankhaften oder degenerativen Pathogenese der Listendiagnose ist vielmehr erbracht, wenn für die Richtigkeit einer degenerativ oder krankhaft begründeten Listendiagnose mehr Indikatoren vorliegen als für die traumatische Pathogenese (vgl. Samuelsson, a.a.O., S. 356 oben mit weiteren Hinweisen, u.a. auf BGE 133 III 321 Erw. 3.3; Gehring, in: Kieser/Gehring/Bollinger, OF-Kommentar KVG/UVG, 2018, UVG Art. 6 N 6ff.).

2.3 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. Aufl., 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 blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt, wie bereits erwähnt, 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 BGer 8C_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2).

2.4 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.

2.4.1 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 Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Be-

zeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 Erw. 1c mit Hinweisen).

2.4.2 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).

2.4.3 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 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). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). 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 BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

2.4.4 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).

3. Zum Ereignis vom 19. bzw. 29. September 2017 und zum Gesundheitsverlauf ergibt sich aus den Akten (neben den im Ingress lit. A bereits erwähnten Ausführungen):

3.1 Nach Durchführung des Arthro-MRI am linken Schultergelenk hielt Dr.med. E._____ mit Bericht vom 20. Oktober 2017 folgenden Befund fest (Vi-act. 11):

1. Nicht dislozierte, transmurale Ruptur der Supraspinatussehne im Ansatz zum Tuberculum majus ventral, axiale Rissbreite 8 mm. Kräftige Supraspinatus-Muskelbauch ohne Atrophie-Zeichen.
2. Verminderte subacromiale Höhe bei AC-Gelenkarthrose und Acromion Typ II.
3. SLAP-Läsion Typ II mit umschriebener Avulsion der Bizepssehne am oberen Glenoidrand.
4. Sehnen des Musculus subscapularis, des Musculus infraspinatus und des Musculus teres minor intakt.
5. Keine höhergradige Reduktion des hyalinen, glenohumeralen Knorpels.

3.2 Mit Bericht vom 25. Oktober 2017 diagnostizierte Dr.med. G._____ (Chirurgie FMH) einen Verdacht auf Rotatorenmanschettenruptur und instabile LBS links (Vi-act. 30). Der Beschwerdeführer habe schon seit geraumer Zeit linksseitige Schulterbeschwerden. Er sei als Maler und Linkshänder natürlich sehr belastet. Nun seien die Schmerzen so stark, dass er auch eine zunehmende Schwäche bemerke. Bei der Befunderhebung zeigte sich radiologisch eine unauffällige Schulter, eine leichte AC-Gelenksarthrose, freie Beweglichkeit der HWS sowie der Schulter, keine Druckdolenz, insbesondere nicht über dem AC-Gelenk, ein negativer AC-Gelenkstest, positiver Impingement-Test, RM-Test für Supraspinatus und Bizepssehnen-Test. Alle anderen Rotatorenmanschetten-Tests seien kräftig (Vi-act. 30).

3.3 Im Fragebogen der Vorinstanz hat der Beschwerdeführer am 12. Januar 2018 den Vorfall vom 19. bzw. 29. September 2017 wie folgt geschildert (Schreibweise gemäss Original): "Beim streichen der Wänden + Decken, falsche Bewegung (unfallähnlichen Körperschädigung – Sehnenriss)". Die Beschwerden hätten sich sofort bemerkbar gemacht. Der erste Arztbesuch sei am 2. Oktober 2017 erfolgt (Vi-act. 8).

3.4 Dr.med. F._____ hielt in seinem Zwischenbericht an den Hausarzt vom 16. Januar 2018 folgende Diagnosen fest (Vi-act. 9):

Partial-Ruptur der Supraspinatus-Sehne links (PASTA Läsion)
SLAP Läsion Typ II links mit Bizepstendinopathie
- DD sublabrales Foramen Weitbrecht
Asymptomatische AC-Gelenksarthrose links
Insulinpflichtiger Diabetes mellitus
Adipositas III° (BMI 42 kg/m²)
Hyperlipidämie
Thalassämia minor

In der Beurteilung führte Dr.med. F._____ aus, dass er das Arthro MRI nochmals durchgesehen habe und bei seiner Ansicht bleibe, dass es sich nicht um eine transmurale Ruptur handle. Es gebe kein Kontrastmittel oberhalb der Supraspinatussehne. Eine Bursitis sei aber wahrscheinlich. Zusammen mit der Tatsache, dass der Beschwerdeführer äusserst kräftig sei und auch im Jobe und Palm Up Test eine sehr gute Kraftentwicklung habe, glaube er, dass vor allem die Schmerzen der Bursitis stören und den Beschwerdeführer behindern würden. Diese sei einer Kortison Infiltration gut zugänglich, weshalb eine sonographisch gesteuerte subacromiale Infiltration geplant sei (Vi-act. 9).

3.5 Dr.med. D._____ führte zum Unfallhergang und den Beschwerden gemäss den Angaben des Beschwerdeführers im UVG-Arztzeugnis vom 18. Januar 2018 aus, dass beim Arbeiten ein akuter Schmerz in der linken Schulter aufgetreten sei. Es bestehe eine Druckdolenz beim AC-Gelenk sowie eine eingeschränkte Elevation und Abduktion (Vi-act. 10).

3.6 In seinem Bericht vom 13. Februar 2018 führte der Kreisarzt Dr.med. H._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie) aus, dass der erhobene Befund einer Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG entspreche. Unklar sei, ob die diagnostizierte Körperschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen sei. Das Arztzeugnis UVG liege nur unausgefüllt im Dossier vor. Auch sei der Unfallmechanismus nicht beschrieben ("falsche Bewegung" beim Streichen reiche als unfallkausale Bewegung nicht aus). Somit könne keine ärztliche Beurteilung erfolgen. Auf die Frage, wann mit einer vollen Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit zu rechnen sei, antwortete Dr.med. H._____, dass in diesem Fall alles zwischen sechs Wochen und 24 Monaten möglich sei. Wahrscheinlich gebe es einen Sehnenriss der "SSP Sehne", evtl. müsse in Zukunft auch eine Operation erfolgen. Es bleibe abzuwarten, wie der Krankheitsverlauf sich entwickle (Vi-act. 12).

Gestützt auf diese Beurteilung, hat die Vorinstanz in der Folge zunächst Versicherungsleistungen übernommen (Vi-act. 15ff.). Dr.med. H._____ hätte sich jedoch weitere Abklärungen gewünscht zur Frage, ob die diagnostizierte Körper-

schädigung vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen sei (Vi-act. 25).

3.7 Nach Durchführung der sonographisch gesteuerten subacromialen Infiltration am 24. Januar 2018 führte Dr.med. I. _____ (Allgemeine Innere Medizin FMH) in seiner Beurteilung aus, dass sich der sonographische Befund mit den Beschreibungen des Zuweisers decken würde. Hinweise für eine Perforation finde er in der linken Supraspinatussehne ebenfalls nicht. Sonographisch lägen die Zeichen einer Bursitis subacromialis links vor (Vi-act. 22).

3.8 Am 9. Februar 2018 erstattete Dr.med. F. _____ ein Arztzeugnis, gemäss welchem der Beschwerdeführer nach wie vor zu 80% arbeitsunfähig sei (Vi-act. 13).

3.9 Dr.med. F. _____ hielt in seinem Zwischenbericht vom 13. Februar 2018 fest, dass es dem Beschwerdeführer seit der Infiltration deutlich besser gehe, dass die Schmerzen stark abgenommen hätten und der Arm wieder eingesetzt werden könne. Allerdings seien die belasteten Bewegungen über Kopf noch immer nicht möglich. Dafür hätten die nächtlichen Schmerzen sistiert. Weiter führte Dr.med. F. _____ aus, dass die Sonographie seine Interpretation der MRI Bilder stütze. Eine transmurale Ruptur liege nicht vor. Auch die partielle Läsion sei nicht höheren Grades, so dass unverändert von einer Heilung ausgegangen werden dürfe (Vi-act. 20). Dem entspricht auch die Beurteilung im Zwischenbericht vom 16. März 2018 (Vi-act. 26).

3.10 Am 27. März 2018 erfolgte eine Besprechung zwischen der Vorinstanz und dem Beschwerdeführer an seinem Arbeitsplatz. Dabei führte er aus, dass der Grund für die verspätete Anmeldung bei der Vorinstanz die Fällablehnung der Krankentaggeldversicherung gewesen sei. Diese begründete die Ablehnung damit, dass es sich um eine UKS (unfallähnliche Körperschädigung) - Diagnose handle, was bei der Unfallversicherung anzumelden sei. Zum 14. September 2017 erinnerte sich der Beschwerdeführer, den akuten Schmerz in der linken Schulter etwa eine Woche vor dem ersten Arztbesuch beim Hausarzt während der Arbeit verspürt zu haben. Auf der Baustelle, auf welcher er am 14. September 2017 gearbeitet habe, habe der akute Schmerz, welchen er in Form eines "Reissgeräusches" habe wahrnehmen können, bei einer normalen und üblichen Schwenkbewegung des langen Farbrollers beim Streichen einer Wand, eingesetzt. Anschliessend habe er die Wand nicht mehr fertig streichen können und zur Erledigung des Auftrags einen seiner Mitarbeiter auf die Baustelle bestellen müssen. Am 19. September 2017 habe der erste Arzttermin bei Dr.med. D. _____ stattgefunden, welcher ihn zum Schulter spezialisten Dr.med.

G._____ überwiesen habe. Am 25. September 2017 sei eine Röntgenaufnahme und am 20. Oktober 2017 ein MRI der linken Schulter gemacht worden. Am 18. Oktober 2017 habe die erste und am 25. Oktober 2017 die zweite Sprechstunde bei Dr.med. G._____ stattgefunden, welcher den Beschwerdeführer in der Folgewoche an der Schulter habe operieren wollen. Daraufhin habe der Beschwerdeführer am 13. November 2017 bei Dr.med. F._____ eine Zweitmeinung eingeholt und entschieden, die konservativen Massnahmen auszuschöpfen.

Nach dem akuten Schmerz vom September 2017 sei es dem Beschwerdeführer nicht mehr möglich gewesen, Malerarbeiten vorzunehmen, weshalb seither für diese körperlich anstrengende Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. Um den Betrieb aufrechtzuerhalten und seine Funktion als Geschäftsführer wahrzunehmen sei er seit knapp einem halben Jahr zu 20% arbeitsfähig.

Weiter führte der Beschwerdeführer aus, dass sich die linken Schulterschmerzen erstmals durch das Ereignis vom 14. September 2017 bemerkbar gemacht hätten. Zuvor sei er bezüglich des linken aber auch rechten Schultergelenkes nie in ärztlicher Behandlung und beschwerdefrei gewesen. Er sei Linkshänder (Vi-act. 29).

3.11 Am 5. April 2018 führte Dr.med. H._____ auf Nachfrage der Vorinstanz aus, dass die diagnostizierte Körperschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen sei, weil die Kriterien eines Unfallereignisses nicht erfüllt seien (mit Verweis auf die Besprechung vom 27.3.2018 und die Ausführungen des Beschwerdeführers zum 14.9.2017). Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einem Riss einer Sehne aufgrund einer degenerativen Erkrankung der betroffenen Schulter gekommen (Vi-act. 32).

3.12 Gemäss der Beurteilung des Kreisarztes vom 25. Mai 2018 sei es bei normalen Arbeitstätigkeiten beim Malen zu Schulterschmerzen linksseitig gekommen. Die danach durchgeführten klinischen Untersuchungen sowie die Bildgebung hätten in der MRI-Aufnahme eine vollständige Ruptur der Supraspinatussehne, eine SLAP II-Läsion sowie eine AC-Gelenkarthrose gezeigt. Sonographisch hätten diese Befunde durch einen versierten Facharzt mit Expertise im Ultraschall der Schulter nicht bestätigt werden können. Die konservative Therapie sei im Anschluss erfolgt. Eine Infiltration und physiotherapeutische Behandlung des Versicherten hätten gute Behandlungsergebnisse mit Verbesserung der geklagten Beschwerden erzielen können. Da es bei normalen Arbeitstätigkeiten zu den bestehenden Beschwerden gekommen sei und die Kriterien für ein Unfallereignis nicht erfüllt seien, sei es nicht möglich, die Beschwerden auf ein Unfallereignis zurückzuführen.

eignis nicht vorliegen würden, sei die Unfallkausalität abgelehnt worden. Bei dem Ereignis vom 29. September 2017 sei es laut den Aussagen des Versicherten bei einer normalen und üblichen Schwenkbewegung des langen Farbrollers beim Streichen an der Wand zu den beklagten Beschwerden gekommen. Die diagnostizierte Körperschädigung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen. Ein Unfallereignis sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht gegeben gewesen. Die Beschwerden der linken Schulter seien nach einer normalen, arbeitsüblichen Tätigkeit aufgetreten. Die Tätigkeit sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht wegen einer unfallkausalen Ursache unterbrochen worden (Vi-act. 46).

3.13 Mit Beschwerde vom 12. September 2018 liess der Beschwerdeführer eine medizinische Einschätzung von Dr.med. F. _____ vom 27. April 2018 einreichen, woraus sich was folgt ergibt (Bf-Beilage 7):

Relevante Diagnose zum vorliegenden Fall:

Partialruptur der Supraspinatussehne links (PASTA-Läsion)
SLAP-Läsion Typ II links mit Bizepstendinopathie
- DD sublabrales Foramen Weitbrecht

Diagnosen ohne Einfluss auf den vorliegenden Fall:

Asymptomatische AC-Gelenks Arthrose links
Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II
Adipositas III (BMI 42kg/m²)
Hyperlipidämie
Thalassämie minor
Obstruktives Schlafapnoe Syndrom

Beschreibung der Verletzung:

Es handelt sich hier um eine gelenksseitige Teilruptur, das heisst ein unvollständiger Riss der Sehne des oberen Schultermuskels (Supraspinatus) links, welche im amerikanischen Akronym als PASTA-Läsion zusammengefasst wird (Partial Articular Sided Tendon Avulsion).

Die zweite Verletzung betrifft die Gelenkklippe und die lange Bizepssehne, welche dieser Gelenkklippe anhaftet. Die Gelenkklippe hat einen Riss erhalten, welcher im amerikanischen Akronym als SLAP-Läsion beschrieben ist (Superior Labrum Anterior to Posterior). Bei diesem Riss besteht immer ein Bezug zur langen Bizepssehne, da diese der Gelenkklippe anhaftet. Die Bizepssehne ist tendinopathisch also krankhaft verändert.

Kausaler Unfallzusammenhang:

Weder in meiner Sprechstunde noch in der vom Hausarzt Dr. D. _____ hat der Patient einen Unfall im Sinne des Gesetzes angegeben.

Kausaler Zusammenhang zu einer unfallähnlichen Körperschädigung (UKS):

Wie Sie dem SUVA schreiben entnehmen können, umfasst die UKS:

- Knochenbrüche
- Verrenkungen von Gelenken
- Meniskusrisse
- Muskelrisse

- Muskelzerrungen
- Sehnenrisse
- Bandläsionen
- Trommelfell Verletzungen

Dabei muss nicht ein Unfall im Sinne des Gesetzes vorliegen, sondern das Vorliegen der Verletzung rechtfertigt die Leistung der Unfallversicherung, sofern keine Vorschädigung vorlag. Die vorliegenden Verletzungen qualifizieren als UKS, da es sich zwei Mal um Sehnen Teilrisse handelt. Die Diagnosen wurden mittels MRI gesichert.

Ausschluss einer vorbestehenden Verletzung:

Vorhergehende Untersuchungen, welche eine frühere Verletzung ausschliessen oder beweisen könnten liegen nicht vor, da der Patient früher nicht symptomatisch war. In der Beurteilung können wir uns also lediglich auf das Arthro MRI der SOZ Pfäffikon stützen, welches am 20.10.2017 angefertigt wurde und als vorbestehende Läsion lediglich die AC-Gelenksarthrose (Schulterreckgelenk) beschreibt. Explizit werden die Sehnen und die Muskeln der übrigen Rotatorenmanschette als vollständig intakt beschrieben. Auch besteht keine Reduktion des Knorpels, was ebenfalls Hinweis für eine vorbestehende degenerative Verletzung wäre.

Am 24.01.2018 liessen wir von Dr. med. I. _____ eine Ultraschalluntersuchung der linken Schulter durchführen, welche zwar eine Schleimbeutelentzündung feststellte und die bekannte PASTA-Läsion bestätigte, sonst aber ebenfalls keine Abnützungerscheinungen beschrieb und insbesondere kein Gelenkserguss feststellen konnte.

Typische Abnützungerscheinungen des Schultergelenkes:

Die beschriebene PASTA-Läsion kann sowohl als degenerative als auch als traumatische Verletzung auftreten. Dies wurde in mehreren Wissenschaftlichen Arbeiten (Modi IJSS 2012; Mall Arthroscopy 2013 und besonders Matthewson Adv. in Orth. 2015) bewiesen. Dabei ist in der grossen Übersichtsarbeit von Matthewson das repetitive Mikrotrauma zum Beispiel bei überkopf Athleten explizit als Ursache für eine PASTA-Läsion erwähnt. Die Arbeit des Patienten beinhaltet repetitive Arbeiten über dem Kopf.

Typische degenerative Veränderungen der Schulter:

Diese sind mannigfaltig, beinhalten aber meistens Knochenzysten im Bereiche der Sehnenansätze, Zysten im Bereiche der Muskelbäuche, muskuläre Atrophien oder fettige Infiltrationen (für beides gibt es Einteilungen), Veränderungen des Gelenkknorpels (entsprechend einer Abnutzung, also einer Arthrose) Veränderungen am Knochen wie ein Überbein am Acromion (Schulterreck) oder am AC-Gelenk (Schulterreckgelenk). Auch eine SLAP-Läsion kann degenerativ verursacht werden, dabei handelt es sich aber überwiegend um einen SLAP Typ I. Die PASTA-Läsion kann beide Ursachen haben, sowohl degenerativ als auch traumatisch. Die traumatischen Ursachen überwiegen. Bei den degenerativen Ursachen stellen wir häufig ein fortschreiten des Leidens fest, solange die Ursache der Degeneration nicht behoben ist. Chronische Reizzustände im Gelenk führen meist zu Gelenksergüssen, also vermehrter Flüssigkeit.

Zusammenfassung:

Die festgestellten Verletzungen entsprechen der Definition einer unfallähnlichen Körperschädigung im Sinne des Gesetzes (Sehnenrisse).

Die Arbeit des Patienten ist geeignet als repetitives Mikrotrauma diese Verletzungen herbei zu führen. Weder im Arthro MRI vom 20.10.2017, noch in der Sonographie vom 24.01.2018 stellen wir degenerative Veränderungen im Gelenk fest.

Schlussfolgerung:

Für eine vorbestehende degenerative Veränderung des linken Schultergelenkes des Patienten gibt es keine ausreichenden Hinweise. Eine UKS im Sinne des Gesetzes liegt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor. Die Arbeit des Patienten ist geeignet diese Verletzung herbei zu führen.

3.14 Vernehmlassend reichte die Vorinstanz eine orthopädisch-chirurgische Beurteilung des Versicherungsmediziners PD Dr.med. J. _____ (Facharzt für orthopädische Chirurgie) vom 7. November 2018 ein. In der Beurteilung wurde neben der genauen Betrachtung der SLAP- und PASTA-Läsion u.a. was folgt ausgeführt:

Das Kernspintomogramm der linken Schulter vom 20.10.2017 bringt auch nach eigener Einsichtnahme in die vorliegenden Dokumente Signalauffälligkeiten im Ansatzbereich der Supraspinatussehne und in der Region des oberen Labrums zur Darstellung.

Seitens der Bildmorphologie mit gelenksseitiger Ablösung eines Teils der Supraspinatussehne von ihrem Ansatz am Tuberculum majus entspricht der Befund zwar einer PASTA-Läsion, als ein Abriss ("Avulsion") ist dieser jedoch nicht zu qualifizieren. Die Beschreibung des Versicherten zum Auftreten von Beschwerden "bei einer normalen und üblichen Schwenkbewegung des langen Farrollers beim Streichen einer Wand" (Aussendienstprotokoll vom 27.03.2018) spricht gegen eine relevante Gewalteinwirkung, welche ein plötzliches Abreißen der Sehne vom Knochen bewirken könnte. Eine solche knöcherner Verletzung hätte überdies fünf Wochen später weitergehende kernspintomographische Auffälligkeiten zur Folge. Die verfügbaren Informationen zur Leidensgeschichte, der Bildgebung, zum Alter und der beruflichen Tätigkeit des Versicherten lassen im Spiegel der publizierten Literatur dagegen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführende Pathologie erkennen. Dies bestätigt somit auch die mit Schreiben vom 27.04.2018 formulierte Einschätzung von Herrn Dr. F. _____ ("Dabei ist in der grossen Übersichtsarbeit von Matthewson das repetitive Mikrotrauma zum Beispiel bei überkopf [sic] Athleten explizit als Ursache für eine PASTA-Läsion erwähnt. Die Arbeit des Patienten beinhaltet repetitive Arbeiten über dem Kopf").

Der kernspintomographische Befund in der Region des oberen Labrums ist sicher diskussionsfähig. Eine Einschätzung, ob es sich hierbei um eine pathologische Ablösung im Sinne einer SLAP-Läsion oder um den harmlosen Befund einer Normvariante handelt, ist mit Unsicherheit behaftet. Auch Herr Dr. F. _____ nennt differenzialdiagnostisch ("DD") ein physiologisches "sublabrales Foramen Weitbrecht" (Bericht vom 27.04.2018). Erneut zu bestätigen ist der Kollege auch in seiner Einschätzung der Bicepssehne, welche er als "tendinopathisch [,] also krankhaft verändert" beschreibt. Nach eigener Beurteilung der Bildgebung und unter Verweis auf die publizierte, oben dargestellte Evidenz entspricht daher auch dieser Befund mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführenden Pathologie.

Mit diesen Ausführungen wurde zwar - in Abänderung der eingangs vorgegebenen Reihenfolge - die versicherungsmedizinische Frage nach der Ursächlichkeit der gegebenen Pathologien beantwortet, so bleibt aber dennoch zu überprüfen, ob in vorliegendem Fall tatsächlich eine oder mehrere Listendiagnosen bildgebend objektiviert sind.

Es ist zunächst darauf hinzuweisen, dass das Labrum glenoidale weder Sehne noch Band ist, und auch keiner der weiteren in der Liste des Art. 6 Abs. 2 UVG zusammengefassten anatomischen Strukturen entspricht. Anwendung auf SLAP-Läsionen kann der genannte Gesetzesartikel daher nur in den Fällen finden, in denen eine Beteiligung der Bicepssehne vorliegt, also bei den Typen II und IV nach Snyder.

In diesem mediko-legalen Kontext ist es erforderlich, den Begriff "Ruptur" sprachlich korrekt zu verwenden. Dieser als "Riss" zu übersetzende Terminus ist der Beschreibung einer akuten, als Folge einer plötzlichen Gewalteinwirkung eintretenden Zusammenhangstrennung von Gewebe vorbehalten. Dies machen Beispiele aus dem Duden deutlich: "Der Löwe zerreisst eine Antilope; der Vorhang des Tempels riss entzwei". Ein Prozess, wie er über einen längeren Zeitraum, zum Beispiel wie in vorliegendem Fall im Rahmen eines degenerativen Prozesses voranschreitet, kann mit dem Begriff des Risses nicht erfasst werden. Als Sehnenriss, also als plötzlicher Unterbruch der Kontinuität aufgrund relevanter Gewalteinwirkung, ist der mit den vorliegenden ärztlichen Dokumenten beschriebene Zustand, wie oben ausgeführt, weder für die Veränderungen in der Ansatzregion der Supraspinatussehne noch für diejenigen der Bicepssehne überzeugend zu bezeichnen.

Im Gegenteil - ist eine vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführende Zusammenhangstrennung einer Sehne eben nicht als ein Riss zu beschreiben, da sie nicht das Ergebnis einer akuten Gewalteinwirkung darstellt. Eine Zerreißung, eine Ruptur ist eine plötzlich eingetretene Zusammenhangstrennung von Sehne als Folge eines Traumas und kann daher nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sein - denn wäre sie das, so wäre sie kein Riss.

Beantwortung der Frage

Die in der linken Schulter des Versicherten mittels Magnetresonanztomographie bildgebend objektivierten Befunde sind überwiegend wahrscheinlich auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen und daher nicht als Sehnenrisse zu bezeichnen.

Diese Pathologien können dementsprechend nicht als Listendiagnose nach Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG ("Sehnenrisse") qualifiziert werden.

Mit dem Bericht des Orthopädischen Chirurgen Herrn Dr. F. _____ vom 27.04.2018 ergeben sich keine neuen Erkenntnisse, welche die kreisärztliche Beurteilung in oben dargelegtem Sinne infrage zu stellen vermögen. Im Gegenteil bestätigt Herr Dr. F. _____ diese Beurteilung mit seinem Hinweis auf die belastende Arbeit des Versicherten und mit der Beschreibung der Bicepssehne als tendinopathisch, also krankhaft verändert.

4. Unbestritten ist vorliegend, dass kein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG vorliegt (was nachvollziehbar ist beim geschilderten Ereignis: Ausführung von Malerarbeiten ohne besondere Vorkommnisse bzw. bei einer normalen und üblichen Schwenkbewegung des langen Farbrollers beim Streichen einer Wand; vgl. vorstehend Ingress lit. A, Erw. 3.3 und 3.10). Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob dennoch eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht.

5.1 Soweit der Beschwerdeführer die Frage aufwirft, ob die Vorinstanz im Rahmen des vorliegend hängigen Beschwerdeverfahrens weitere Untersuchungen in die Wege leiten durfte, ist dazu was folgt auszuführen.

5.2 Als ordentlichem Rechtsmittel kommt der Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht Devolutiveffekt zu (BGE 136 V 2 Erw. 2.5; BGE 127 V 228 Erw. 2 b/aa). Die Behandlung der Sache bzw. die alleinige Zuständigkeit über das im angefochtenen Einspracheentscheid sowie in der vorangehenden Verfügung geregelte Rechtsverhältnis zu entscheiden geht also mit Einreichung der Beschwerde auf das kantonale Gericht über. Insoweit ist es dem Versicherungsträger grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung der Beschwerde weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen (BGE 136 V 2 Erw. 2.5; BGE 127 V 228 Erw. 2 b/aa; vgl. auch Kieser, a.a.O., Art. 61 Rz. 123; vgl. auch Art. 56 ff. ATSG).

Eingeschränkt wird dieser Effekt indessen durch Art. 53 Abs. 3 ATSG, wonach der Versicherungsträger einen Einspracheentscheid, gegen den Beschwerde erhoben wurde, so lange wiedererwägen kann, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt. Hinter dieser Ausnahmeregelung steht gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung der Gedanke der Prozessökonomie im Sinne der Vereinfachung des Verfahrens. Demnach sind Abklärungsmassnahmen der Verwaltung *lite pendente* nicht schlechthin ausgeschlossen. Wegleitende Gesichtspunkte für die Beantwortung der Frage, was in diesem Verfahrensstadium noch als zulässiges Verwaltungshandeln bezeichnet werden kann, bilden die inhaltliche Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung für die (Streit-)Sache und die zeitliche Intensität der Abklärungsbedürftigkeit im Verfügungszeitpunkt (BGE 127 V 228 Erw. 2 b/bb). Erlaubt sind der Verwaltung in aller Regel punktuelle Abklärungen (wie das Einholen von Bestätigungen, Bescheinigung oder auch Rückfragen bei medizinischen Fachpersonen oder anderen Auskunftspersonen). Demgegenüber sind umfangreiche und zeitraubende Zusatzabklärungen durch die Verwaltung sowie Abklärungsmassnahmen, welche der Mitwirkung der versicherten Person bedürften, nicht zulässig (BGE 136 V 2 Erw. 2.7; vgl. zum Ganzen VGE I 2016 69 vom 16.3.2017 Erw. 5.1ff.).

5.3 Die Vorinstanz hat die Sache einem Versicherungsmediziner zur orthopädisch-chirurgischen Beurteilung bzw. zur Stellungnahme zum vom Beschwerdeführer mit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereichten Arztbericht von Dr.med. F. _____ vom 27. April 2018 vorgelegt. Dabei erfolgte lediglich eine versicherungsinterne Aktenbeurteilung ohne weitergehende, umfangreiche und zeitraubende Abklärungsmassnahmen. Zudem wurde dem Beschwerdeführer im Rahmen des vorliegenden Verfahrens das rechtliche Gehör gewährt. Zwar wird in der Beurteilung von PD Dr.med. J. _____ vom 7. November 2018 neu das

Vorliegen einer Listendiagnose verneint (während diese Frage bisher unbestritten bejaht wurde), allerdings vermag diese Beurteilung den vorliegenden Verfahrensgegenstand nicht zu ändern, zumal die Prüfung von Art. 6 Abs. 2 UVG unbestritten bereits ohne diese Beurteilung Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist und die Prüfung des angefochtenen Einspracheentscheides durch das Verwaltungsgericht das Vorliegen einer Listendiagnose (im Rahmen der Prüfung von Art. 6 Abs. 2 UVG) ebenfalls beinhaltet.

Zusammenfassend ist die Einholung einer zusätzlichen versicherungsinternen Beurteilung durch die Vorinstanz nicht zu beanstanden, zumal sich die Vorinstanz erst durch den vom Beschwerdeführer mit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde und somit nach Einspracheentscheid eingereichte Arztbericht veranlasst sah, eine chirurgisch-orthopädische Beurteilung einzuholen. Diesen Arztbericht, welcher vom 27. April 2018 und somit vor Erlass des Einspracheentscheides datiert, hätte der Beschwerdeführer bereits im Einspracheverfahren beilegen können.

5.4 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, dass weitere Untersuchungen durch einen externen Arzt hätten erfolgen müssen, so handelt es sich dabei um eine Frage, welche im vorliegenden Verfahren zu prüfen und durch das Verwaltungsgericht zu entscheiden ist.

6.1 Zu prüfen ist vorliegend zunächst, ob eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vorliegt.

6.2 Der Kreisarzt Dr.med. H. _____ führte in seinem Bericht vom 13. Februar 2018 ohne weitere Begründung aus, dass der erhobene Befund (gemäss Vorlage der Vorinstanz eine Partialruptur der Supraspinatus-Sehne links) einer Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG entspricht (vgl. Vi-act. 12). Diese Beurteilung bestätigte er sinngemäss in seinem Bericht vom 5. April 2018, in welchem er die diagnostizierte Körperschädigung "Riss einer Sehne" mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine degenerative Erkrankung der betroffenen Schulter zurückführte (vgl. Vi-act. 32), sowie in seiner Beurteilung vom 25. Mai 2018 (Vi-act. 46).

Dr.med. F. _____ hielt in seinem Bericht vom 27. April 2018 fest, dass es sich bei der PASTA-Läsion um eine gelenksseitige Teilruptur bzw. einen unvollständigen Riss der Sehne des oberen Schultermuskels (Supraspinatus) links handle. Die zweite Verletzung (SLAP-Läsion) betreffe die Gelenksslippe und die lange Bizepssehne, welche dieser Gelenksslippe anhafte. Die Gelenksslippe habe einen Riss erhalten. Dabei bestehe immer ein Bezug zur langen Bizepssehne, weil diese der Gelenksslippe anhafte. Die Bizepssehne sei tendinopathisch, also krank-

haft, verändert. Die vorliegenden Verletzungen würden Listendiagnosen darstellen, weil es sich zwei Mal um Sehnen-Teiltrisse handle (Bf-act. 7).

In der orthopädisch-chirurgischen Beurteilung von PD Dr.med. J. _____ vom 7. November 2018 wurde das Vorliegen einer Listendiagnose in Frage gestellt. In Bezug auf die SLAP-Läsion führte er aus, dass das Labrum glenoidale weder Sehne noch Band sei und auch keiner der weiteren in der Liste des Art. 6 Abs. 2 UVG zusammengefassten anatomischen Strukturen entspreche. Anwendung auf die SLAP-Läsionen könne der genannte Gesetzesartikel daher nur in den Fällen finden, in denen eine Beteiligung der Bizepssehne vorliege, also bei den Typen II und IV nach Snyder. Zudem hielt PD Dr.med. J. _____ fest, dass es in diesem mediko-legalen Kontext erforderlich sei, den Begriff "Ruptur" sprachlich korrekt zu verwenden. Eine vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführende Zusammenhangstrennung einer Sehne sei eben nicht als ein Riss zu beschreiben, da sie nicht das Ergebnis einer akuten Gewalteinwirkung darstelle. Eine Zerreißung, eine Ruptur sei eine plötzlich eingetretene Zusammenhangstrennung von Sehnen als Folge eines Traumas und könne daher nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sein, denn wäre sie das, so wäre sie kein Riss. Als Sehnenriss, also als plötzlicher Unterbruch der Kontinuität aufgrund relevanter Gewalteinwirkung, sei der mit den vorliegenden ärztlichen Dokumenten beschriebene Zustand weder für die Veränderungen in der Ansatzregion der Supraspinatussehne noch für diejenigen der Bizepssehne überzeugend zu bezeichnen.

6.3.1 Nach dem Gesagten ergibt sich, dass im konkreten Fall das Vorliegen der Diagnose einer Partialruptur der Supraspinatussehne links (PASTA-Läsion) unbestritten ist. Nicht ganz unbestritten ist hingegen die Diagnose der SLAP-Läsion Typ II links mit Bizepstendinopathie. Dazu führt PD Dr.med. J. _____ in seiner Beurteilung vom 7. November 2018 aus, dass der kernspintomographische Befund in der Region des oberen Labrums diskussionsfähig sei. Eine Einschätzung, ob es sich hierbei um eine pathologische Ablösung im Sinne einer SLAP-Läsion oder um den harmlosen Befund einer Normvariante handle, sei mit Unsicherheit behaftet. Zutreffend hält PD Dr.med. J. _____ zudem fest, dass auch Dr.med. F. _____ differenzialdiagnostisch ein sublabrales Foramen Weitbrecht nennt. Einig sind sich die beiden Ärzte zudem in der Einschätzung der Bizepssehne, welche tendinopathisch bzw. krankhaft verändert sei.

Ob die Diagnose einer SLAP-Läsion Typ II vorliegend bestätigt werden kann oder ob lediglich eine Normvariante bzw. ein sublabrales Foramen Weitbrecht vorliegt, kann insbesondere deshalb offen bleiben, weil das Bundesgericht mit Urteil 8C_835/2013 vom 28. Januar 2014 (Erw. 4.2f.) festgehalten hat, dass die

SLAP-Läsion, eine Verletzung am Labrum glenoidale, (unabhängig vom Typus) keinen Sehnenriss im Sinne von aArt. 9 Abs. 2 lit. f der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 darstellt. Die neu per 1. Januar 2017 in Art. 6 Abs. 2 UVG übernommene Liste entspricht derjenigen von aArt. 9 Abs. 2 UVV. Somit bleibt die zur Verordnungsbestimmung entwickelte Praxis zur Qualifikation als Listerverletzung weiterhin anwendbar (vgl. Gehring, a.a.O., UVG Art. 6 N 6f.). Dazu führt Dr.med. F. _____ nachvollziehbar aus, dass die Gelenkklappe einen Riss aufweist und nicht die Bizepssehne gerissen ist. Nach dem Gesagten handelt es sich bei der vorliegend u.a. diagnostizierten SLAP-Läsion nicht um eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG.

6.3.2 Die Ausführungen von PD Dr.med. J. _____, wonach die Veränderung in der Ansatzregion der Supraspinatussehne bzw. die PASTA-Läsion nicht als Riss bezeichnet werden könne, weil sie nicht Folge eines Traumas darstelle, ist nicht nachvollziehbar, weshalb dem vorliegend nicht gefolgt werden kann. Würde die Diagnose bzw. Definition eines Sehnenrisses gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG bereits davon abhängen, ob die Ruptur traumatisch oder degenerativ bedingt ist, würde diese Bestimmung insoweit obsolet, als nicht der Versicherer bei Vorliegen der Diagnose eines Risses (bspw. eines Meniskusrisses, Muskelrisses oder Sehnenrisses) eine Abnützung oder eine Erkrankung als Ursache für die Körperschädigung nachweisen müsste, sondern vielmehr bereits bei der Diagnosestellung beurteilt werden müsste, ob die Ursache eine Abnützung oder Erkrankung darstellt. Diese Schlussfolgerung ergibt sich weder aus dem Wortlaut noch aus Sinn und Zweck der Bestimmung (vgl. BGE 123 V 43 Erw. 2b, wonach der Zweck des Instituts der unfallähnlichen Körperschädigung nicht darin besteht, krankhafte oder degenerative Körperschäden von der obligatorischen Unfallversicherung auszuschliessen, sondern darin, die oft schwierige Abgrenzung zwischen Unfall und Krankheit zugunsten der Versicherten zu vermeiden).

Nachdem gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung Teilrupturen den Totalrupturen gleichgestellt werden und die vorliegende Diagnose einer Teilruptur nach Durchführung einer sonographischen Untersuchung bestätigt wurde (BGE 114 V 298 Erw. 5a; vgl. auch Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] U 209/01 vom 2.9.2003 Erw. 2.3), ist vorliegend mit der Partialruptur der Supraspinatussehne (PASTA-Läsion) eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG gegeben (vgl. auch Urteil des EVG U 379/05 vom 23.3.2006 Erw. 2.2).

6.3.3 Das Vorliegen einer Listerverletzung zieht jedoch noch nicht zwingend eine Leistungspflicht des Versicherungsträgers nach sich. Art. 6 Abs. 2 UVG stellt eine Rechtsvermutung auf und eröffnet dem Unfallversicherer die Möglichkeit des Befreiungsbeweises. Mithin besteht für die Vorinstanz keine Leistungspflicht,

wenn die Partialruptur der Supraspinatussehne links (PASTA-Läsion) zwar eine Listenverletzung darstellt, aber vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist, wofür die Vorinstanz beweispflichtig ist (vgl. Gehring, a.a.O., UVG Art. 6 N 6 ff; Hüsler, a.a.O., S. 32 ff.).

7. Die Vorinstanz bringt vor, dass die Listenverletzung vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen ist. Der Beschwerdeführer macht hingegen geltend, mit der Begründung der Vorinstanz, dass kein Unfallereignis gegeben sei, könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, dass die Körperschädigung auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen sei. Da die Vorinstanz die Beweislast trage und den Beweis offensichtlich nicht erbringen könne, habe sie die gesetzlichen Leistungen zu übernehmen. Zu prüfen ist somit nachfolgend, ob der Vorinstanz der verlangte Nachweis gelingt.

Den Beurteilungen von Dr.med. H._____, wonach kein Unfallereignis vorliege und deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Erkrankung oder Abnützung auszugehen ist, kann vorliegend nicht gefolgt werden (vgl. Erw. 2.2). Vielmehr sind weitere Anhaltspunkte zu prüfen.

7.1 Zum verfahrensauslösenden Ereignis ergibt sich vorliegend aus den Akten, dass sich der Beschwerdeführer nicht mehr an das genaue Schadendatum zu erinnern vermag, was er in der Schadenmeldung vom 9. Januar 2018, in welcher er den 29. September 2017 angibt, explizit erwähnt ("Schadendatum unpräzise), es sei jedoch beim Ausführen von Malerarbeiten zu gerissenen Bändern gekommen. Demgegenüber führte der erstbehandelnde Arzt Dr.med. D._____ mit Arztbericht vom 18. Januar 2018 aus, dass der Beschwerdeführer am 19. September 2017 beim Arbeiten einen akuten Schmerz in der linken Schulter verspürt und ihn gleichentags konsultiert habe. Der erstbehandelnde Arzt diagnostizierte bei einem druckdolenten AC-Gelenk, einer eingeschränkten Elevation und Abduktion einen Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur sowie eine instabile lange Bizepssehne und wies den Beschwerdeführer Dr.med. G._____ zu. Gleichzeitig bzw. bereits mit Arztzeugnis vom 3. November 2017 attestierte er dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 80% ab dem 2. Oktober 2017.

Am 12. Januar 2018 konkretisierte der Beschwerdeführer den Vorfall insoweit, als es am 29. September 2017 beim Streichen von Wänden und Decken zu einer falschen Bewegung und somit zu einer unfallähnlichen Körperschädigung, einem Sehnenriss, gekommen sei. Bei der Besprechung vom 27. März 2018 führte der Beschwerdeführer hingegen aus, dass er den akuten Schmerz in der linken Schulter am 14. September 2017, etwa eine Woche vor dem ersten Hausarztbe-

such, gespürt habe. Er habe den Schmerz, welcher sich auch durch ein "Reissgeräusch" äusserte, bei einer normalen und üblichen Schwenkbewegung mit dem langen Farbroller beim Streichen einer Wand wahrnehmen können. Anschliessend habe er die Wand nicht mehr fertig streichen können. Am 19. September 2017 sei der erste Arzttermin bei seinem Hausarzt erfolgt. Am 25. September 2017 sei ein konventionelles Röntgenbild gemacht und nach der ersten Sprechstunde bei Dr.med. G._____ am 18. Oktober 2017, sei am 20. Oktober 2017 ein MRI durchgeführt worden. Dr.med. G._____ hielt in der Anamnese seines Berichts vom 25. Oktober 2017 fest, dass der Beschwerdeführer schon seit geraumer Zeit linksseitige Schulterbeschwerden habe, als Maler und Linkshänder sehr belastet sei und nun die Schmerzen so stark seien, dass der Beschwerdeführer auch eine zunehmende Schwäche bemerke. Welche Zeitspanne mit der Bemerkung Ende Oktober, die Beschwerden bestünden schon "seit geraumer Zeit", gemeint ist, bleibt ungewiss. Der Beschwerdeführer selber hält in der Besprechung vom März 2018 fest, dass sich die Schulterschmerzen links erstmals durch das Ereignis vom 14. September 2017 bemerkbar gemacht hätten und er zuvor sowohl bezüglich des linken als auch des rechten Schultergelenkes nie in ärztlicher Behandlung sowie beschwerdefrei gewesen sei. Der Grund für die verspätete Anmeldung sei die Fällablehnung der Krankentaggeldversicherung gewesen.

7.2 Aus den Akten ergibt sich somit neben der gewöhnlichen beruflichen Tätigkeit des Beschwerdeführers kein initiales Ereignis, welches die PASTA-Läsion verursacht haben könnte. Allerdings lässt sich den Akten auch nicht entnehmen, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem Ereignis vom 19. bzw. 29. September 2017 Schulterbeschwerden gehabt hätte, weshalb vorliegend zur Beantwortung der Frage, ob die Listenverletzung krankheits- oder abnützungsbedingt ist, auf keine früheren Untersuchungen abgestellt werden kann.

Das Ergebnis der radiologischen Untersuchung vom September oder Oktober 2017 befindet sich nicht in den Akten. Jedoch hält Dr.med. G._____ in seinem Befund insbesondere eine radiologisch unauffällige Schulter, eine leichte AC-Gelenksarthrose, eine freie Beweglichkeit der Schulter, keine Druckdolenz über dem AC-Gelenk, einen negativen AC-Gelenkstest, einen positiven Impingement-Test, einen positiven RM-Test für Supraspinatus sowie einen positiven Bizepssehnen-Test, und kräftige übrige Rotatorenmanschettentests fest. Eine PASTA-Läsion wurde zu diesem Zeitpunkt noch nicht diagnostiziert. Demensprechend hat sich Dr.med. G._____ nicht zur Frage geäussert, ob die PASTA-Läsion degenerativer Natur ist oder nicht.

Am 20. Oktober 2017 wurde ein Arthro-MRI des linken Schultergelenkes durchgeführt. Dazu hat Dr.med. F. _____ in seinem Bericht vom 27. April 2018 festgehalten, dass dieses als vorbestehende Läsion lediglich die AC-Gelenksarthrose beschreibe. Die Sehnen und Muskeln der übrigen Rotatorenmanschette würden als vollständig intakt beschrieben. Auch bestehe keine Reduktion des Knorpels, was ebenfalls ein Hinweis für eine vorbestehende degenerative Verletzung wäre. Die Ultraschalluntersuchung der linken Schulter vom 24. Januar 2018 habe zwar eine Schleimbeutelentzündung und die PASTA-Läsion bestätigt, sonst aber keine Abnützungserscheinungen und keinen Gelenkserguss beschrieben. Die PASTA-Läsion könne sowohl degenerativ als auch traumatisch bedingt sein. Die traumatischen Ursachen würden jedoch überwiegen. Bei den degenerativen Ursachen werde häufig ein Fortschreiten des Leidens festgestellt, solange die Ursache der Degeneration nicht behoben sei. Chronische Reizzustände im Gelenk führten meist zu Gelenksergüssen, also vermehrter Flüssigkeit. Zudem erwähne die Literatur das repetitive Mikrotrauma, z.B. bei Überkopfsportlern, explizit als Ursache für eine PASTA-Läsion. Die berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers beinhalte repetitive Arbeiten über dem Kopf und sei somit geeignet, als repetitives Mikrotrauma die PASTA-Läsion herbeizuführen. Für eine vorbestehende degenerative Veränderung des linken Schultergelenkes gebe es vorliegend keine ausreichenden Hinweise.

Dazu ist jedoch auf die höchstrichterliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach eine Verletzung eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sei, wenn sie ausschliesslich auf wiederholte, im täglichen Leben laufend auftretende Mikrotraumata zurückzuführen ist (vgl. Urteil BGer 8C_802/2011 vom 2.2.2012 Erw. 5.5; BGE 134 V 72 Erw. 4.3.2.1; BGE 114 V 298 Erw. 3c).

Gemäss der Beurteilung von PD Dr.med. J. _____ bezeichne eine PASTA-Läsion eine partielle Avulsion, das heisst einen subtotalen Abriss der Supraspinatussehne von ihrem Ansatz am Oberarmkopf (Tuberculum majus), ausgehend von der Gelenkinnenseite. Degenerative, also nicht traumatisch bedingte inkomplette Läsionen der Rotatorenmanschette würden typischerweise an der Unterseite der Sehnenplatte, dicht am Ansatz der Sehne am Tuberculum Majus beginnen (was somit einer PASTA-Läsion entspreche). Diese gelenksseitigen Läsionen seien nahezu immer degenerativer Natur (gemäss Literatur verursacht durch Übergebrauch und altersbedingte Degeneration) und könnten daher nicht als Abriss infolge akuter Gewalteinwirkung bezeichnet werden. Sehnen würden aus dichtem fibrösem Bindegewebe bestehen, Muskeln mit Knochen verbinden und seien essentiell für die Kraftübertragung und das Auslösen von Gelenkbewegung. Wie auch Muskeln und Knochen würden sich Sehnen den an sie gestellten Anforderungen innerhalb eines natürlich physiologisch vorgegebenen Rahmens

anpassen und auf die einwirkende Beanspruchung reagieren. Training führe zu Kräftigung. Eine dauerhafte Überbeanspruchung dagegen überschreite die physiologischen Möglichkeiten des Organs und führe zu Schäden auf zunächst mikroskopischer Ebene. Als ein Risikofaktor hierfür werde in der Literatur übereinstimmend zunehmendes Alter genannt. Bei Personen mittleren oder höheren Lebensalters ohne anamnestische Hinweise einer Sehnenerkrankung sei die Degeneration des Sehnengewebes ein häufiger Befund. In einer Untersuchung an verstorbenen Personen über 35 Jahre aus einer städtischen Bevölkerung, die vor ihrem Tod als gesund galten, seien bei ungefähr jedem dritten Individuum degenerative Sehenschäden gefunden worden.

Dr.med. F. _____ macht geltend, dass sich aus dem MRI sowie der Sonographie keine Anhaltspunkte für eine degenerative Ursache der PASTA-Läsion entnehmen lassen. Dazu äussert sich PD Dr.med. J. _____ in seiner Beurteilung insoweit, als ein plötzliches Abreißen der Sehne vom Knochen fünf Wochen später weitergehende kernspintomographische Auffälligkeiten zur Folge hätte. Die Bildgebung, das Alter und die berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers im Spiegel der publizierten Literatur würden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführende Pathologie erkennen lassen.

7.3 Nach dem Gesagten ergibt sich aus den Beurteilungen der medizinischen Fachpersonen, dass sich aus der Bildgebung weder degenerative noch traumatische Ursachen für die PASTA-Läsion entnehmen lassen. Immerhin kann den Beurteilungen entnommen werden, dass der Beschwerdeführer an der linken Schulter andere krankheits- bzw. abnützungsbedingte Auffälligkeiten aufweist, wie die AC-Gelenksarthrose und die Schleimbeutelentzündung. Soweit die Bizepssehne von den beiden Fachpersonen als tendinopathisch verändert umschrieben wird, ist nicht ganz nachvollziehbar, woher diese Beurteilung rührt, zumal sich eine solche Veränderung aus den jeweiligen Beurteilungen zur Bildgebung (MRI, vgl. vorstehende Erw. 3.1 bzw. Vi-act. 11; Sonographie, vgl. vorstehende Erw. 3.7 bzw. Vi-act. 22) nicht entnehmen lässt. Namentlich Dr.med. I. _____ hat in der Sonographie nichts dergleichen beschrieben. Demgemäss hat Dr.med. F. _____ ausgeführt, dass im MRI lediglich die AC-Gelenksarthrose und in der Ultraschalluntersuchung die Schleimbeutelentzündung, im Übrigen jedoch keine degenerativen Veränderungen oder Abnützungserscheinungen festgestellt worden seien. PD Dr.med. J. _____ führt sinngemäss aus, dass seine Ausführungen auf seiner eigenen Beurteilung der Bildgebung abstützen. Hinzu kommt, dass das Vorliegen einer SLAP-Läsion, mit welcher die Bizepstendinopathie in der Diagnose erwähnt wird, nicht nachgewie-

sen ist (vgl. vorstehend Erw. 6.3.1). Aus den Schilderungen zum Ereignis lassen sich sodann keine weiteren Erkenntnisse entnehmen, abgesehen davon, dass es beim Beschwerdeführer zu keiner ungewöhnlichen Bewegung gekommen ist. Für die Behauptung der Vorinstanz, dass die PASTA-Läsion auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei, sprechen vorliegend allenfalls das Alter des Beschwerdeführers sowie seine berufliche Tätigkeit als Maler und Gipser, welche durch die ständige Belastung allenfalls zu repetitiven Mikrotraumata führen kann, zumal auch der behandelnde Arzt auf die Mikrotraumata als mögliche Ursache der Verletzung hinweist, wobei es sich diesbezüglich lediglich um eine Hypothese handelt. Während PD Dr.med. J. _____ darauf hinweist, dass PASTA-Läsionen gemäss der Literatur meist degenerativer Natur seien, führt der behandelnde Arzt aus, dass PASTA-Läsionen sowohl degenerative als auch traumatische Ursachen haben können, wobei die traumatischen Ursachen überwiegen würden. Bei den degenerativen Ursachen werde häufig ein Fortschreiten des Leidens festgestellt, solange die Ursache der Degeneration nicht behoben sei. Chronische Reizzustände würden sodann meist zu Gelenksergüssen führen. Im konkreten Fall konnten jedoch keine Gelenksergüsse festgestellt werden. Zudem ist es gemäss Aktenlage zu einer Verbesserung der Schmerzsymptomatik gekommen.

Bei dieser Sachlage ergibt sich, dass sowohl der behandelnde Arzt als auch der Versicherungsmediziner Gründe darzulegen vermögen, weshalb vorliegend von einer Erkrankung oder Abnützung als Ursache der Verletzung auszugehen ist oder eben nicht. Unklar bleibt jedoch, ob vorliegend von einer Bizepstendinopathie und / oder mikrotraumatischen Veränderungen ausgegangen werden kann. Wenn sich diese Veränderungen nicht bestätigen lassen, so ist die PASTA-Läsion eindeutig nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen. Ohne eine solche Beurteilung lässt sich die vorliegende Frage nicht abschliessend entscheiden, weshalb von einer ungenügenden Sachverhaltsabklärung auszugehen ist. Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung ist vorliegend jedoch auch aus einem anderen Grund, welcher nachfolgend aufgezeigt wird, gerechtfertigt.

8.1 Mit Einsprache an die Vorinstanz machte der Beschwerdeführer geltend, dass wenn entgegen seinen Vorbringen von einer degenerativen Verletzung ausgegangen würde, durch die Vorinstanz die Voraussetzungen einer Berufskrankheit zu prüfen seien. Die Vorinstanz hat im Einspracheentscheid dazu ausgeführt, dass nicht subsidiär das Vorliegen einer Berufskrankheit geprüft werden müsse, wenn eine Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vorliegt, ohne eine Leistungspflicht der Vorinstanz zu begründen. Die Voraussetzungen nach

Art. 9 Abs. 2 UVG wären ohnehin nicht erfüllt. Mit der vorliegenden Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 12. September 2018 äussert sich der Beschwerdeführer dazu nicht mehr (er verweist lediglich auf die Rechtsprechung gemäss Art. 9 Abs. 1 UVG im Zusammenhang mit dem Begriff "vorwiegend" gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG).

8.2 Als Berufskrankheiten gelten gemäss Art. 9 Abs. 1 UVG Krankheiten (Art. 3 ATSG), die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Der Bundesrat erstellt eine Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen. Gestützt auf diese Delegationsnorm und Art. 14 UVV hat der Bundesrat in Anhang 1 zur UVV eine Liste der schädigenden Stoffe und der arbeitsbedingten Erkrankungen erstellt. Nach der Rechtsprechung ist eine "vorwiegende" Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten gegeben, wenn diese mehr wiegen als alle anderen mitbeteiligten Ursachen, mithin im gesamten Ursachenspektrum mehr als 50 % ausmachen (BGE 119 V 200 Erw. 2a mit Hinweisen).

Gemäss Art. 9 Abs. 2 UVG gelten als Berufskrankheiten auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind. Diese Generalklausel bezweckt, allfällige Lücken zu schliessen, die dadurch entstehen können, dass die bundesrätliche Liste gemäss Anhang 1 zur UVV entweder einen schädlichen Stoff, der eine Krankheit verursachte, oder eine Krankheit nicht aufführt, die durch die Arbeit verursacht wurde. Nach der Rechtsprechung ist die Voraussetzung des "stark überwiegenden" Zusammenhangs erfüllt, wenn die Berufskrankheit mindestens zu 75 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden ist (BGE 119 V 200 Erw. 2b m.H.). Dabei sind an die Annahme einer Berufskrankheit relativ strenge Anforderungen zu stellen. Verlangt wird, dass der Versicherte für eine gewisse Dauer einem typischen Berufsrisiko ausgesetzt ist. Die einmalige gesundheitliche Schädigung, die gleichzeitig mit der Berufsausübung eintritt, genügt nicht. Für die Beurteilung der Exposition (oder Arbeitsdauer) ist die gesamte ausgeübte Berufstätigkeit zu berücksichtigen (BGE 126 V 183 Erw. 2b mit Hinweisen).

8.3 Eine PASTA-Läsion ist in der im Anhang 1 zur UVV vom Bundesrat gestützt auf Art. 9 Abs. 1 Satz 2 UVG erlassenen Liste arbeitsbedingter Erkrankungen nicht enthalten. Damit fällt einzig Art. 9 Abs. 2 UVG in Betracht.

Im Einklang mit der Vorinstanz muss nicht immer das Vorliegen einer Berufskrankheit geprüft werden, wenn eine Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2

UVG vorliegt, die Unfallversicherung jedoch nicht leistungspflichtig wird. Ebenso wenig ist es, wie bereits gesagt, Sinn von Art. 9 UVG, dass jede Körperschädigung, die sich erstmals bei der Ausübung des Berufs zeigt, als Berufskrankheit anzuerkennen ist. Ist aufgrund medizinischer Erkenntnisse die Berufsbedingtheit eines Leidens nicht qualifiziert nachweisbar, scheidet die Anerkennung im Einzelfall von vornherein aus. Anders verhält es sich, wenn die medizinischen Forschungsergebnisse die berufsbedingte Ursächlichkeit einer Krankheit stark wahrscheinlich erscheinen lassen. In diesem Fall steht der Weg offen für weitere Abklärungen zum Nachweis des qualifizierten Kausalzusammenhangs im Einzelfall (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, UVG, S. 96f.).

Vorliegend wurde die Frage weder durch die Vorinstanz noch durch die medizinischen Fachpersonen geprüft und behandelt. Immerhin verweisen jedoch sowohl Dr.med. F. _____ als auch PD Dr.med. J. _____ auf Überbelastungen sowie Mikrotraumata, welche allenfalls durch die berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers verursacht worden seien und zur PASTA-Läsion geführt haben könnten. Allein gestützt darauf lässt sich jedoch noch nicht beurteilen, ob die Voraussetzungen gemäss Art. 9 Abs. 2 UVG erfüllt sind. Nach dem Gesagten rechtfertigt es sich aber die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung zurückzuweisen.

9. Zusammenfassend hat die Vorinstanz ein versicherungsexternes Gutachten einzuholen, welches sich mit den Fragen zu befassen hat, ob die PASTA-Läsion vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist, und falls ja, ob es sich dabei um eine Berufskrankheit handelt. Falls sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist, liegt eine Leistungspflicht aufgrund von Art. 6 Abs. 2 UVG vor. Die Sache ist somit an die Vorinstanz zurückzuweisen.

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

10.2 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. Urteile BGer 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. neben vielen VGE I 2017 58 vom 14.3.2018 Erw. 6.1).

10.3 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.--. Eine allfällige Kostennote ist zu spezifizieren und vor Fällen des Entscheides einzureichen; andernfalls wird die Vergütung nach freiem Ermessen festgesetzt (§ 6 Abs. 1 GebTRA). Die Verwaltungsbehörden und das Verwaltungsgericht befolgen bei der Entschädigungsbemessung eine zurückhaltende Praxis. Dies entspricht § 74 Abs. 1 VRP, welcher nur von einer angemessenen Entschädigung und nicht vom Anspruch auf Ersatz der Kosten der Prozessführung und Vertretung nach gerichtlicher Festsetzung (vgl. Art. 105 f. der Schweizerischen Zivilprozessordnung [Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272] vom 19.12.2008) spricht. § 74 Abs. 1 VRP verlangt nicht die Ausrichtung einer vollen, sondern nur einer angemessenen, im Rahmen des Gebührentarifs sich bewegenden und anhand des notwendigen Aufwandes bestimmten Parteientschädigung. Die Parteientschädigung versteht sich als Beitrag an die Anwaltskosten und muss nicht vollumfänglich dem in einer eingereichten Kostennote aufgeführten Betrag entsprechen (Urteil BGer 2A.453/2004 vom 23.3.2005 Erw. 5). Die Bindung an den Gebührentarif und damit die notwendige Wahrung der Proportionen zwischen den verschiedensten Aufwandintensitäten bedingt, dass aufwandgeringe Verfahren nur so hoch entschädigt werden, dass der Gebührentarif auch für aufwandintensivste Fälle noch eine angemessene Entschädigung zulässt (EGV-SZ 1986 Nr. 2; 1989 Nr. 6 mit Hinweisen auf die Materialien; VGE 708/97 vom 2.9.1997 Erw. 1c). Die Zurückhaltung bei der Bemessung der Parteientschädigung geht einher mit einer ebenso grossen Zurückhaltung bei der Bemessung der Verfahrenskosten (EGV-SZ 1986 Nr. 2; VGE 708/97 vom 2.9.1997 Erw. 1c). Des Weiteren ist zu beachten, dass der aktuell vom Verwaltungsgericht akzeptierte maximale Stundenansatz Fr. 220.-- inkl. MwSt beträgt (VGE III 2015 176 vom 22.12.2015 Erw. 4 mit Hinweisen).

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat dem Gericht am 11. Januar 2019 eine Honorarnote eingereicht, gemäss welcher er ausgehend von einem zeitlichen Aufwand von 12 Stunden und 50 Minuten und einem Honoraransatz von Fr. 250.--/Std. (= Fr. 3'208.33) sowie Auslagen von Fr. 121.90 insgesamt Fr. 3'330.23 (zuzüglich MwSt) fordert. Spesen und Stundenzahl sind nicht zu beanstanden. Hingegen ist der Stundenansatz auf Fr. 220.-- festzusetzen, sodass sich das Honorar auf Fr. 2'944.50 (2'822.60 + 121.90) reduziert. Mithin ist die Parteientschädigung auf Fr. 2'944.50 (inkl. Spesen und MwSt) festzusetzen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 13. Juli 2018 aufgehoben 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. 2'944.50 (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, 7. Februar 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***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: 14. Februar 2019