

VBE.2022.319 / np / fi

Art. 38

Urteil vom 6. April 2023

Besetzung Oberrichter Roth, Präsident
 Oberrichterin Fischer
 Oberrichterin Gössi
 Gerichtsschreiberin i.V. Reisinger

Beschwerde- **A. _____**,
führer vertreten durch Dr. iur. André Largier, Rechtsanwalt,
 Stampfenbachstrasse 42, 8021 Zürich 1

Beschwerde- **Suva**, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern
gegnerin

Gegenstand Beschwerdeverfahren betreffend UVG
 (Einspracheentscheid vom 10. August 2022)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Der 1978 geborene Beschwerdeführer war bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch gegen die Folgen von Nichtberufs- und Berufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als er gemäss "Schadenmeldung UVG" vom 15. Januar 2021 am 5. Januar 2021 bei der Arbeit beim Treppensteigen ausrutschte und sich am Steissbein (Gesäss) und am Oberarm rechts Prellungen zuzog. In der Folge anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die Folgen des fraglichen Ereignisses und richtete die gesetzlichen Leistungen (Heilungskosten und Taggeld) aus. Nach medizinischen Abklärungen stellte sie gestützt auf die Stellungnahme ihrer Kreisärztin Dr. med. B., Fachärztin für Chirurgie, vom 1. April 2021 zuerst formlos mit Mitteilung vom 1. April 2021 und schliesslich (nach erneuter Rücksprache mit der Kreisärztin) mit Verfügung vom 11. Februar 2022 ihre Leistungen mangels natürlicher Kausalität des Unfalls für die noch geltend gemachten Schulterbeschwerden rechts per 4. April 2021 ein. Die am 16. März 2022 dagegen erhobene Einsprache wies sie mit Einspracheentscheid vom 10. August 2022 ab.

2.

2.1.

Mit Eingabe vom 6. September 2022 erhob der Beschwerdeführer gegen den Einspracheentscheid vom 10. August 2022 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Anträge:

" 1. In Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 5. Januar 2021 über den 4. April 2021 hinaus zuzusprechen und auszurichten;

2. es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und RA Dr. André Largier als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen,

unter Entschädigungsfolgen (zzgl. MwSt) zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

2.2.

Der Beschwerdeführer zog mit Schreiben vom 22. September 2022 sein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück.

2.3.

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Vernehmlassung vom 10. Oktober 2022 die Abweisung der Beschwerde.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 10. August 2022 insbesondere auf die Stellungnahmen ihrer Kreisärztin Dr. med. B. vom 1. April 2021 und 12. Januar 2022. Zur Begründung der Leistungseinstellung führt sie aus, zwischen den vom Beschwerdeführer noch über den 4. April 2021 hinaus geklagten Schulterbeschwerden und dem Ereignis vom 5. Januar 2021 sei kein natürlicher Kausalzusammenhang (mehr) gegeben (Vernehmlassungsbeilage [VB] 88). Der Beschwerdeführer macht demgegenüber unter Hinweis auf Berichte seiner behandelnden Ärzte zusammengefasst geltend, auf die kreisärztlichen Aktenbeurteilungen könne aufgrund verschiedener Mängel nicht abgestellt werden. Seine über den 4. April 2021 hinaus persistierenden rechtsseitigen Schulterbeschwerden seien nach wie vor auf das Ereignis vom 5. Januar 2021 zurückzuführen. Die Beschwerdegegnerin sei daher für diese Unfallfolgen auch über den 4. April 2021 hinaus leistungspflichtig.

Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 10. August 2022 zu Recht die Versicherungsleistungen betreffend das Ereignis vom 5. Januar 2021 per 4. April 2021 einstellte.

2.

2.1.

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist. Es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f. und 129 V 402 E. 4.3.1 S. 406).

2.2.

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl.

(BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125 mit Hinweis auf BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181) zu befinden hat. Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen). Die Sozialversicherungsorgane und das Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs ist in erster Linie mittels Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.3.1; vgl. auch RUMO-JUNGO/HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 55).

2.3.

Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Unfallversicherer ist in rechtlicher Hinsicht von Belang. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der Leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein Leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts 8C_734/2021 vom 8. Juli 2022 E. 2.2.2 mit Hinweisen).

3.

3.1.

Den Akten ist im Wesentlichen zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 5. Januar 2021 bei der Arbeit beim Treppensteigen ausrutschte und sich dabei Prellungen am Steissbein (Gesäss) und am Oberarm rechts zuzog (vgl. "Schadenmeldung UVG" vom 15. Januar 2021 in VB 1). Anlässlich der notfallmässigen Selbstvorstellung des Beschwerdeführers in der Notfallpraxis des Kantonsspitals C. am 11. Januar 2021 wurde bei ihm eine "sprachlich erschwert[e]" Anamneseerhebung durchgeführt, die ergab,

dass er am 5. Januar 2021 auf der Baustelle auf vereister Treppe ausgerutscht, auf den Rücken sowie die rechte Schulter geprallt sei und nun vor allem starke Rückenschmerzen im LWS-Bereich und etwas weniger in der rechten Schulter habe. Folgende klinische Befunde wurden erhoben: "Schulter rechts: Druckdolenz über AC-Gelenk, keine sichtbare grössere Stufe, Elevation schmerzhaft jedoch möglich, Ante- und Reversion normal möglich, Bicepssehne nicht druckdolent". Diagnostiziert wurden eine LWS-Kontusion und eine AC-Gelenksluxation Grad 1–2 Schulter rechts (vgl. den Bericht des Kantonsspitals C. vom 11. Januar 2021 in VB 23). Gestützt auf die Ergebnisse der Arthro-MR-Untersuchung und der Arthrographie der rechten Schulter vom 11. März 2021 stellte Dr. med. D., Facharzt für Radiologie, Röntgeninstitut E. AG, eine Insertionstendinopathie der Subscapularissehne am Tuberculum minus mit geringem Knochenmarködem am Tuberculum minus; ein tendinomatös veränderter Bizepssehnenanker mit kleinem Einriss des superioren Labrums (SLAP 2 Läsion); eine mässiggradige AC-Gelenksarthrose und einen kleinen Osteophyten am Acromionunterrand, der zu einer Einengung des Subakromialraumes führe, und eine geringe Bursitis subacromialis fest. Eine transmurale Rotatorenmanschettenruptur schloss der Radiologe aus (vgl. den Untersuchungsbericht vom 11. März 2021 in VB 24). Mit Bericht vom 23. März 2021 diagnostizierte Dr. med. F., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital G., eine traumatische SLAP-Läsion am rechten Schultergelenk, eine partielle Läsion der Subskapularissehne und ein subakromiales Impingementsyndrom (VB 30).

3.2.

Kreisärztin Dr. med. B. hielt in ihrer Stellungnahme vom 1. April 2021 im Wesentlichen fest, an der rechten Schulter des Beschwerdeführers liege ein degenerativer Vorzustand vor. Im MRI vom 11. März 2021 zeigten sich eine Insertionstendinopathie der Subskapularissehne und ein tendinomatös veränderter Bizepssehnenanker mit kleinem Einriss am superioren Labrum. Bei einer degenerativ bedingten Abnutzung des Labrums komme es zur Ausdünnung, dies könne zu Einrissen und zu Knorpeldefekten führen. Zudem bestehe eine mässiggradige AC-Gelenksarthrose mit kleinem Osteophyten am Akromionunterrand, die zu einer Einengung des Subakromialraums und zu der abgebildeten Bursitis subacromialis führten. Es seien daher überwiegend wahrscheinlich keine Läsionen abgebildet, die auf das Unfallereignis vom 5. Januar 2021 zurückzuführen seien. Insgesamt habe das Ereignis vom 5. Januar 2021 den degenerativen Vorzustand des Beschwerdeführers vorübergehend verschlimmert. Kontusionen der Schulter seien nach allgemeiner Lehrauffassung bei bestehendem Vorzustand acht Wochen nach dem Unfallereignis als abgeheilt zu betrachten, dann spiele "das Ereignis im weiteren Verlauf keine Rolle mehr", im vorliegenden Fall spätestens ab 1. März 2021. In der geplanten Arthroskopie werde "der Vorzustand behandelt", weshalb hierfür keine Kostengutsprache erteilt werden könne (vgl. VB 32).

3.3.

Zwischenzeitlich war die Schulterarthroskopie am 31. März 2021 durchgeführt worden. Dem Austrittsbericht des Spitals G. vom 31. März 2021 ist zu entnehmen, dass bei diagnostizierter Rotatorenmanschettenruptur (partiell SSC), SLAP II–III°, Bursitis subacromialis und subacromialen Impingement rechts beim Beschwerdeführer eine Rotatorenmanschettenrekonstruktion (SSC), eine Bicepstenodese, eine Bursektomie, Akromioplastik und partielle Synovektomie durchgeführt wurden (VB 43 S. 2, vgl. zum Ganzen: VB 43 und 47 S. 4).

3.4.

Am 12. Januar 2022 nahm Kreisärztin Dr. med. B. zu den Vorbringen des Beschwerdeführers vom 28. Dezember 2021 gegen die ihm von der Beschwerdegegnerin am 1. April 2021 mitgeteilte Leistungsstellung per 4. April 2021 wie folgt Stellung: In der Erstuntersuchung sei ein Ausrutschen auf vereister Treppe mit Rücken- sowie Schulteranprall rechts dokumentiert. Ein adäquater Unfallmechanismus, der eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur herbeiführen könne, wie forcierte Aussen-/Innenrotation bei anliegendem oder abgespreiztem Arm; geplantes Auffangen eines schweren Gegenstandes; starke Zugbelastung bei Abduktion des Armes oder eine Schulterluxation, sei nicht beschrieben worden. Nachdem der Beschwerdeführer möglicherweise aufgrund seiner sprachlichen Einschränkungen den Unfallmechanismus nicht genau habe wiedergeben können, sei vorwiegend auf die Erstuntersuchung vom 11. März 2021 abzustellen. Eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur führe umgehend zu Schmerzen und zu einer "akuten Funktionseinschränkung mit zeitnaher ärztlicher Vorstellung". Der Beschwerdeführer habe die Notfallpraxis erst sechs Tage nach dem gemeldeten Unfall aufgesucht, zudem sei im Bericht dieser Erstuntersuchung, bis auf eine "schmerzhafte Elevation", keine Funktionseinschränkung an der rechten Schulter dokumentiert, auch kein Verdacht auf eine mögliche Rotatorenmanschetten-Läsion. Mit dem Arthro-MRI vom 11. März 2021 sei eine Impingement-Konstellation bei AC-Gelenksarthrose mit Einengung des Subakromialraumes dargestellt worden, eine AC-Gelenksluxation habe ausgeschlossen werden können. Zudem seien weitere degenerative Veränderungen dargestellt worden: eine Insertionstendinopathie der Subskapularissehne und ein tendinomatös veränderter Bizepsanker mit kleinem Einriss am superioren Labrum im Sinne einer SLAP II Läsion. Am 31. März 2021 sei intraoperativ eine Instabilität des Bizepsankers bestätigt, aber auch eine degenerativ veränderte Bizepssehne beschrieben worden. Somit liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine beginnende SLAP III-Läsion vor. Das im Arthro-MRI abgebildete diskrete Bone bruise im Bereich des Tuberculum minus sei vereinbar mit einer erlittenen Prellung. Eine solche führe nicht zu einer Rotatorenmanschettenruptur. Somit habe der Beschwerdeführer durch das Ereignis vom 5. Januar 2021 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine

Schulterprellung rechts mit vorübergehender Verschlimmerung des bildgebend und interoperativ objektivierten degenerativen Vorzustandes erlitten und es sei durch dieses Ereignis nicht überwiegend wahrscheinlich zu einer unfallkausalen Rotatorenmanschettenruptur gekommen (VB 61).

3.5.

Im Einspracheverfahren reichte der Beschwerdeführer den Untersuchungsbericht von Dr. med. H., Facharzt für Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Z., vom 13. Mai 2022 ein. Darin wurde eine starke, posttraumatische Dysfunktion der Schulter rechts bei Status nach Sturz am 5. Januar 2021 mit Verletzung der rechten Schulter und zweimaliger Schulterarthroskopie am 31. März 2021 und 10. September 2021 diagnostiziert. Bezüglich Unfallkausalität der rechtsseitigen Schulterbeschwerden hielt Dr. med. H. fest, der Beschwerdeführer habe einen "ganz klaren Unfall mit Verletzung der rechten Schulter" erlitten. Die aktuellen Beschwerden seien "mit Sicherheit Unfallfolge" (VB 73).

3.6.

Weiter findet sich in den Akten der Bericht von Dr. med. I., Facharzt für Radiologie, Klinik J., vom 20. Mai 2022 betreffend das "MR Schulter-Arthro" vom 19. Mai 2022 (VB 75). Bei der Diagnose einer "Starke[n], posttraumatische[n] Dysfunktion Schulter rechts, Differenzialdiagnose low-grade Infekt, Vernarbungen, Irritation oder Schädigung Plexus brachialis Schulter" wurde im erwähnten Bericht folgende Beurteilung festgehalten: "Postoperative Veränderung nach Subscapularisrekonstruktion, die Subscapularissehne ist in Kontinuität, medial-cranial der Insertion Bohrlochdefekt im Tuberculum minus. Leichte Hill-Sachs-Läsion. Infraspinatussehne und Supraspinatussehne in Kontinuität regelrecht. Status nach Bizepsstenodese, Fixation der Bizepsstenodese im proximalen Humerus dorsal? Keine Defekte im AC-Gelenk nach Akromioplastik". Die neurologische Untersuchung durch med. pract. K., Fachärztin für Neurologie, L., Z., vom 17. Juni 2022 ergab zudem, dass beim Beschwerdeführer unter anderem "klinisch-neurologisch" eine "sehr diskrete Parese der Anteversion des rechten Armes sowie der Aussenrotation" bestehe; im Seitenvergleich seien die Ellbogenflexion und -extension sodann diskret kraftgemindert. Es fänden sich "eine leichte Schädigung des Plexus brachialis mit annähernd normalen (normalisierten?) Befunden für den mittleren und hinteren Anteil des Deltoideus." Der Pars anterior zeige noch Denervierungszeichen. Wenig Denervierungszeichen fänden sich auch im Musculus biceps brachii und Musculus triceps brachii. Diese Befunde seien vereinbar mit einer "oberen Plexus brachialis Läsion". Da sich keine "sicheren Zeichen der Regeneration" fänden, könne eine persistierende Kompression des Plexus brachialis, zum Beispiel durch Narbengewebe, nicht ausgeschlossen werden (Bericht vom 20. Juni 2022 [VB 80]).

3.7.

Schliesslich sind dem vom Beschwerdeführer am 23. Juni 2022 eingereichten Bericht von Dr. med. H. vom 23. Juni 2022 folgende Diagnosen zu entnehmen: Starke, posttraumatische Dysfunktion Schulter rechts bei inkompletter Plexus brachialis Läsion rechts sowie Verdacht auf persistierende Kompression der Strukturen bei differenzialdiagnostischem low-grade Infekt, Vernarbungen bei Status nach Sturz und zweimaliger Schulterarthroskopie (VB 79).

4.

4.1.

Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.2.

Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, kommt ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). Zwar lässt das Anstellungsverhältnis der versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470; 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 ff.). 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 145 V 97 E. 8.5 S. 105; 142 V 58 E. 5.1 S. 65; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.).

4.3.

Voll beweistauglich kann auch ein reines Aktengutachten sein, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen (Urteile des Bundesgerichts 8C_46/2019 vom 10. Mai 2019 E. 3.2.1; 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen). Das Abstellen auf einen medizinischen Aktenbericht als Entscheidungsgrundlage ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 8C_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1 mit Hinweis auf RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95 E. 5d und Urteil des Bundesgerichts 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2). 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 können sehr wohl in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_540/2007 vom 27. März 2008 E. 3.2 mit Hinweis).

5.

5.1.

Aufgrund der Aktenlage erweist sich das Abstellen auf eine Aktenbeurteilung, wie sie Kreisärztin Dr. med. B. in ihren Stellungnahmen vom 1. April 2021 und 12. Januar 2022 vornahm, als Entscheidungsgrundlage ohne Weiteres als zulässig. Diese Stellungnahmen sind insgesamt umfassend, berücksichtigen die massgebenden Beschwerden sowie sämtliche rechtserheblichen Vorakten und sind in der Beurteilung des Sachverhaltes einleuchtend begründet (vgl. vorne E. 4.1). Der Umstand, dass der behandelnde Orthopäde Dr. med. F. präoperativ am 23. März 2021 eine *traumatische* SLAP-Läsion am rechten Schultergelenk diagnostizierte (vgl. VB 30) vermag – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde Ziff. 7.2.4 S. 6) – keine Zweifel an der kreisärztlichen Einschätzung zu wecken: Zum einen begründete Dr. med. F. seine medizinische Einschätzung nicht – was grundsätzlich auch nicht Aufgabe der behandelnden Ärzteschaft ist. Diese besteht vielmehr darin, aufgrund erhobener Befunde geeignete Behandlungen durchzuführen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_35/2021 vom 8. März 2021 E. 3; 8C_189/2011 vom 8. Juli 2011 E. 5.2). Zum anderen wurde nach erfolgtem operativem Eingriff am 31. März 2021 weder im diesbezüglichen Operationsbericht noch im entsprechenden Austrittsbericht des Spitals G. (vgl. zum Ganzen: VB 43) eine *traumatische* Genese der SLAP-Läsion postuliert. Im Gegenteil

wurden intraoperativ – wie dies Kreisärztin Dr. med. B. in ihrer Beurteilung vom 12. Januar 2022 zutreffend festhielt (VB 61) – verschiedene Hinweise für einen degenerativen Prozess festgestellt.

5.2.

Dass die nach Erlass der Verfügung vom 11. Februar 2022 erstellten weiteren medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsberichte vom 13. Mai, 20. und 23. Juni 2022 (siehe vorne E. 3.5 ff.) versicherungsmedizinisch nicht gewürdigt wurden, ruft – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde Ziff. 7.2.7 S. 8) – ebenfalls keine zumindest geringen Zweifel an den kreisärztlichen Beurteilungen hervor. Die in den fraglichen Berichten dokumentierten *postoperativen* Befunde sind in Bezug auf die hier umstrittene Frage der natürlichen Kausalität des Unfalls vom 5. Januar 2021 für die über den 4. April 2021 hinaus anhaltenden Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers nicht von Relevanz. Zudem setzte sich weder die behandelnde Neurologin med. pract. K. noch der behandelnde Orthopäde Dr. med. H. damit auseinander, dass gemäss Kreisärztin Dr. med. B. in den Akten kein Unfallmechanismus, der eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur verursachen könnte, dokumentiert ist und auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer sich erst sechs Tage nach dem Unfall in ärztliche Behandlung begab und dass die damals konsultierten Ärzte der Notfallpraxis des Kantonsspitals C., abgesehen von einer schmerzhaften Elevation, keine Funktionseinschränkung an der rechten Schulter feststellten, gegen die Unfallkausalität der über den 4. April 2021 hinaus persistierende Schuldersymptomatik spricht. Zudem wurden die von der Kreisärztin Dr. med. B. als weiteres Argument, das gegen die Unfallkausalität der Rotatorenmanschettenruptur spricht, angeführten, am 31. März 2021 intraoperativ bestätigten degenerativen Befunde im Bereich der rechten Schulter bzw. des linken Arms von med. pract. K. und Dr. med. H. nicht diskutiert. Weiter ist festzuhalten, dass sich med. pract. K. gar nicht zur Kausalitätsfrage äusserte und Dr. med. H. einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 5. Januar 2021 und den anlässlich der Untersuchung vom 11. Mai 2022 gestellten Diagnosen und den «aktuellen Beschwerden» postulierte, ohne dies zu begründen. Sofern Dr. med. H. die Unfallkausalität der anhaltenden rechtsseitigen Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers aus dem Umstand herleitete, dass sich dieser beim Unfall an der rechten Schulter verletzte und "kurze Zeit darauf" operiert wurde (vgl. VB 73), ist festzuhalten, dass eine derartige "post hoc, ergo propter hoc"-Argumentation beweisrechtlich nicht zulässig ist, zumal eine gesundheitliche Schädigung nicht schon deshalb als durch einen Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 142 V 325 E. 2.3.2.2 S. 330 und 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.; vgl. auch SVR 2010 UV Nr. 10 S. 40, 8C_626/2009 E. 3.2 sowie SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34, U 290/06 E. 4.2.3).

5.3.

Aus demselben Grund kann der Beschwerdeführer auch nichts zu seinen Gunsten daraus ableiten, dass er vor dem Ereignis vom 5. Januar 2021 die Schultergelenke belastende Tätigkeit als Gipser klaglos und ohne irgendwelche Einschränkungen habe ausführen können (vgl. Beschwerde Ziff. 7.2.6 letzter Abschnitt S. 8). Schliesslich ist hinsichtlich der medizinischen Beurteilung des Sachverhalts durch den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde Ziff. 7.2.3 und 7.2.5 S. 5 f.) darauf hinzuweisen, dass diese bereits deshalb unbehelflich ist, weil er als medizinischer Laie hierfür nicht befähigt ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_283/2017 vom 29. August 2017 E. 4.1.2; 9C_614/2015 vom 21. Juni 2016 E. 5.1).

5.4.

Insgesamt bestehen daher keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen von Dr. med. B. vom 1. April 2021 und 12. Januar 2022. Sie sind damit als beweiskräftig anzusehen. Weitere Abklärungen – auch betreffend den Unfallmechanismus – versprechen keine wesentlichen Erkenntnisse, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368 f. mit Hinweisen und 136 I 229 E. 5.3 S. 236). Dass die Beschwerdegegnerin eine im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 5. Januar 2021 über den 4. April 2021 hinaus bestehende Leistungspflicht ihrerseits mit Einspracheentscheid vom 10. August 2022 verneinte, ist demnach nicht zu beanstanden.

6.

6.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

6.2.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

6.3.

Dem Beschwerdeführer steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Aarau, 6. April 2023

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

4. Kammer

Der Präsident:

Die Gerichtsschreiberin i.V.:

Roth

Reisinger