

# **AR\_GERICHTE OG O3V-19-55 vom 23. Februar 2021**

AR Gerichte, 2021-02-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ar\\_gerichte OG\\_O3V-19-55](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ar_gerichte OG_O3V-19-55)

FR: AR\_GERICHTE OG O3V-19-55 du 23 février 2021

IT: AR\_GERICHTE OG O3V-19-55 del 23 febbraio 2021

## **Regeste**

Obergericht Appenzell Ausserrhoden 3. Abteilung Zirkular-Urteil vom 23. Februar 2021  
Mitwirkende Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, M. Schneider, E. Ganz Obergerichtsschreiber M. Giger Verfahren Nr. O3

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Zuständig für die Beurteilung von sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist gemäss Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Da der Beschwerdeführer in F. wohnt, ist die Zuständigkeit des ausserrhodischen Versicherungsgerichts gegeben.

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Das Gesamtgericht hat Beschwerden in Sozialversicherungssachen mit medizinischen Fragestellungen der 3. Abteilung zur Beurteilung zugewiesen (so publiziert im aktuellen Staatskalender des Kantons Appenzell Ausserrhoden [[https:// staatskalender.ar.ch/organizations/pdf](https://staatskalender.ar.ch/organizations/pdf)], Ziff. 2.6.1.2), weshalb diese zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerdesache zuständig ist.

### **E. 1.3**

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung auf Seiten des Beschwerdeführers als auch hinsichtlich der Form- und Fristerfordernisse mit Bezug auf die Beschwerdeschrift erfüllt sind (insbesondere Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG).

### **E. 1.4**

Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

### **E. 1.5**

Gestützt auf Art. 2 der Verordnung über COVID-19-Massnahmen: Gerichte (bGS 113.2) kann das Obergericht zur Bewältigung der aktuell ausserordentlichen Lage in allen Fällen auf dem Zirkularweg entscheiden, wenn das Gesetz keine Verhandlung vorschreibt. Ent-

scheide, die auf dem Zirkularweg gefällt werden, bedürfen der Einstimmigkeit (Art. 52 Abs. 2 JG). Da vorliegend keine Durchführung einer Verhandlung vorgeschrieben ist und die Parteien auf die Durchführung einer solchen verzichteten, hat das Obergericht den vorliegenden Entscheid im Zirkularverfahren gefällt.

### **E. 2.1**

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem der Streitigkeit ein Ereignis aus dem Jahr 2016 zu Grunde liegt, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

### **E. 2.2**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich, d.h. zumindest teilkausal ist, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1; 117 V 376 E. 3a; SVR 2007 UV Nr. 28 S. 94). Bei organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität, weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 122 V 417 E. 2c mit Hinweisen; RKUV 2004 Nr. U 505 S. 249 E. 2.1).

### **E. 2.3**

Für die Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin sind der Versicherungsträger und das Gericht auf Angaben ärztlicher Experten angewiesen.

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzten kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_824/2018 vom 26. März 2019 E. 3.3, insbesondere mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Auch wenn den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen mithin grundsätzlich Beweiswert zuerkannt wird, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zuzubilligen ist wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_844/2019 vom 26. Februar 2020 E. 2.2 m.w.H.).

#### **E. 2.4**

Nach Art. 11 UVV werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; BGE 127 V 456 E. 4b S. 457; 118 V 293 E. 2d S. 297; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4.2). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296 f; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4).

#### **E. 2.5**

Es obliegt der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c in fine). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil 8C\_506/2008 vom 5. März 2009 E. 3.1 mit Hinweisen).

#### **E. 2.6**

Ein Rückfall im Sinne des Unfallversicherungsrechts liegt vor, wenn der (Grund-)Fall zunächst abgeschlossen werden konnte, sei es mit oder ohne Zusprechung einer Rente (RKUV 2006 Nr. U 570 S. 74, U 357/04 E. 1.5.2). Der Fallabschluss hat in Form einer Verfügung zu erfolgen, wenn und solange die (weitere) Erbringung erheblicher Leistungen zur Diskussion steht (BGE 132 V 412 E. 4 S. 417; Art. 124 UVV). Erlässt der Versicherer stattdessen nur ein einfaches Schreiben, erlangt dieses in der Regel jedenfalls dann rechtliche Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt (BGE 134 V 145). Standen zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten. Dies ist im Rahmen einer ex-ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen. Dabei kommt der Art der Verletzung und dem bisherigen Verlauf eine entscheidende Rolle zu. Lag ein vergleichsweise harmloser Unfall mit günstigem Heilungsverlauf vor, welcher nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete, wird tendenziell eher von einem stillschweigend

erfolgten Abschluss auszugehen sein als nach einem kompliziert verlaufenen Heilungsprozess. Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalles und nicht unter demjenigen eines Rückfalles zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_102/2008 vom 26. September 2008 und 8C\_433/2007 vom 26. August 2008).

### **E. 3**

Im angefochtenen Einspracheentscheid (act. 2.2) wird zusammengefasst argumentiert, der Versicherte habe am 26. Januar 2016 seinen behandelnden Arzt von der Klinik G. für Neurologie des Kantonsspitals I. (I.), Dr. H., aufgesucht und über eine zunehmende Schultererelevationsschwäche auf der rechten Seite geklagt. Diese sei akut nach dem Unfall vom 23. Januar 2016 aufgetreten. Zusätzlich sei es zu Kribbelparästhesien und Hypästhesien gekommen, welche sich jedoch erfreulicherweise zurückgebildet hätten. Aufgrund der im MRI erhobenen Befunde sei am 2. Februar 2016 ein operativer Eingriff erfolgt, bei dem eine ventrale Diskektomie C4-C6 mit Cage-Implantation sowie eine Plattenosteosynthese C4-C6 vorgenommen worden sei (act. 10.M1). Am 3. Februar 2016 habe das erstellte Röntgenbild eine regelrechte Materiallage gezeigt, ein intaktes Osteosynthesematerial, ein normales Wirbelkörperaligement, sowie einen prävertebralen Weichteilschatten postoperativ leicht verbreitert (act. 10.M7). Die Einsprachegegnerin habe die gesetzlichen Leistungen erbracht und den Fall am 14. Juli 2016 abgeschlossen mit der Zahlung von Fr. 21'230.30 an das I.

Die nach Eingang der Rückfallmeldung vom 13. Dezember 2017 getätigten Abklärungen hätten ergeben, dass während der Zeit vom 6. Februar 2016 bis zur Rückfallmeldung vom 13. Dezember 2017 weder Hinweise für eine Behandlungsbedürftigkeit noch Anhaltspunkte für eine Arbeitsunfähigkeit belegt seien. Selbst im Falle von über den 6. Februar 2016 hinaus bestehenden Beschwerden könne deshalb nicht auf beweiskräftige Brückensymptome geschlossen werden. Im Ergebnis sei die neue Meldung unter dem Gesichtspunkt des Rückfalls zu prüfen, wobei die Beweislast beim Beschwerdeführer liege.

Hinreichend erstellt und vom zuständigen Radiologen in seiner Beurteilung untermauert sei, dass die im MR-Befund vom 26. Januar 2016 erhobene Pathologie, namentlich die deutliche Diskusdegeneration zwischen HWK3 und HWK7 mit den Diskushernien einer krankhaften Genese bzw. einer Degeneration zugeordnet werden müssten. Einzig die dokumentierte Parese C5 weise nach Auffassung von Dr. D. auf eine sturzbedingte Komponente hin, weshalb er acht Monate nach dem Ereignis am 30. August 2016 zur Auffassung gelangt sei, dass die durchgeführte Operation zwar auch ohne das Unfallereignis notwendig geworden wäre, jedoch aufgrund der in den Akten dokumentierten Parese C5 die Kosten für den chirurgischen Eingriff zu Lasten des UVG-Versicherers gehen würden.

Die im Dezember 2017 beklagte Symptomatik habe nach Lage der Akten in einer zunehmenden Schmerzsymptomatik im Bereich der Schulterblätter bestanden, mit progredienter Ausstrahlung in die obere Extremität, besonders unter Belastung. Die Diskushernie C6/7 habe sich ebenfalls deutlich progredient gezeigt, so dass die Indikation für die neuerliche OP gestellt worden sei. Am 15. Dezember 2017 habe im I. eine ventrale Diskektomie C6/7 mit Cage-Implantation stattgefunden. Dr. D. habe die betreffende

medizinische Sachlage dahingehend zusammengefasst, dass subjektiv von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen sei, sowie dass die Grössenzunahme der vorbestehend lediglich hemizirkumferentiellen Diskushernie bei HWK 6/7 hinzugetreten sei. Gleichzeitig sei er zum Schluss gelangt, dass die thorakalen Schmerzen rechts, welche ab Herbst 2017 hinzugetreten seien, mit dieser Grössenzunahme nichts zu tun hätten. Auch er habe ausserdem darauf aufmerksam gemacht, dass mangels

ausgewiesener Brückensymptome die neu aufgetretene Symptomatik nicht dem Unfall vom 23. Januar 2016 angelastet werden könne. Im Ergebnis liege kein Rückfall vor und bestehe daher keine Leistungspflicht des Unfallversicherers.

#### **E. 4**

Der vorinstanzliche Entscheid fusst im Ergebnis auf den Beurteilungen des beratenden Arztes der Versicherung B., Dr. D., vom 9. Juli 2018 bzw. 29. November 2018. In seiner ersten Stellungnahme hatte Dr. D. erklärt, es bestünden schwere degenerative Veränderungen an der HWS. Beim Sturz vom 23. Januar 2016 sei das Myelon vermutlich bei einer leichten Schwellung traumatisiert worden, sodass trotz vorbestehenden degenerativen Veränderungen die Operation vom 2. Februar 2016 als unfallkausal angesehen werden dürfe; sie wäre ohne Sturz vermutlich erst zu einem späteren Zeitpunkt notwendig geworden. Hingegen sei nicht zu erkennen, wie die Operation der Diskushernie C6/7 unfallkausal gerechtfertigt werden soll, nachdem die Symptome vom Februar 2016 bis Spätherbst 2017 abgeklungen seien, erst dann seien wieder neue Symptome aufgetreten. In diesem Sinne könne kein Rückfall befürwortet werden (act. 9.M18). Nachdem der behandelnde Arzt des Versicherten, Dr. H., am 17. September 2018 im Rahmen einer Wiedererwägung an die Versicherung B. begründet hatte, weshalb seiner Meinung nach die neue Symptomatik als unfallkausal anzusehen sei, hielt Dr. D. in seiner zweiten Stellungnahme dazu fest, er bleibe bei seiner Beurteilung vom 9. Juli 2018. Dr. H. habe nicht genügend dargelegt, weshalb nach etwa 1.5 Jahren nach dem Unfall die Zunahme der Symptomatik wie die erhebliche Grössenzunahme der Diskushernie C6/7 (neu sei diese nicht nur hemizirkumferentiell gewesen), durch den Unfall vom 23. Januar 2016 erklärt werden könne. Die Zunahme der Grösse sei unfallfremd (act. 9.M20).

#### **E. 5.1**

Im Folgenden stellt sich nun die Frage, inwieweit die Einschätzungen von Dr. D. eine zuverlässige Grundlage darstellen für die Beurteilung des vorliegenden Leistungsanspruchs. Diesbezüglich ist festzustellen, dass Dr. H. hinsichtlich der ab Dezember 2017 dokumentierten Symptomatik von unfallkausalen Beschwerden ausgeht, und es geht nun darum zu prüfen, ob die Beurteilung von Dr. D. vor den Angaben des behandelnden Arztes Stand hält.

#### **E. 5.2**

Betrachtet man zunächst die Beschwerdesituation beim Versicherten, wie sie sich nach dem Unfall im Januar 2016 präsentierte, ergibt sich anhand der damals vom I. geschilderten Operationsindikation folgendes: Der Versicherte habe sich durch den Unfall ein massives HWS-Trauma zugezogen. Direkt nach dem Sturz sei es zu Kribbelparästhesien und Hypästhesien in der oberen Extremität gekommen. Des Weiteren habe der Patient ein deutliches Monokelhämatom gezeigt. Es habe sich eine ausgeprägte Schwäche der Muskelgruppen für C5 und C6 auf der rechten Seite präsentiert. Betroffen gewesen

seien hauptsächlich die Schulterelevatoren und der Musculus biceps rechts. In der daraufhin durchgeführten MRI-Untersuchung vom selben Tag habe sich eine deutliche Enge der Foramen C5 und C6 gezeigt. Eine weiterführende elektrophysiologische Abklärung habe mehr oder weniger eine Plexusläsion ausschliessen können (act. 9.M1). Bezogen auf die Situation, die im Dezember 2017 vorlag, ist der Indikation zur damaligen Operation die Diagnose Cervikale Diskushernie C6/7 mit therapieresistentem Schmerz- syndrom zu entnehmen. Der Versicherte klagt über eine zunehmende Schmerzsymptomatik im Bereich der Schulterblätter und eine progrediente Ausstrahlung in die obere Extremität. Besonders unter Belastung seien die Schmerzen zunehmend. Beim Versicherten sei bereits eine ventrale Diskektomie C4-6 durchgeführt worden aufgrund einer traumatischen Myelopathie bedingt durch einen Sportunfall. Da die Schmerzen nun leider wieder exazerbierten und die Diskushernie C6/7 deutlich progredient sei, werde die Entscheidung zur Operation getroffen (act. 9.M15).

### **E. 5.3**

Bezogen auf die nun zu beurteilende Frage der Unfallkausalität der ab Dezember 2017 dokumentierten Symptomatik war der beratende Arzt der Vorinstanz, Dr. D., in seinen beiden Stellungnahmen vom 9. Juli 2018 bzw. 29. November 2018 wie erwähnt zum Schluss gekommen, dass die betreffenden Beschwerden unfallfremd seien (vgl. E. 4). Davon abweichend stellt sich die Argumentation von Dr. H. zusammengefasst wie folgt dar: Zwischen den beiden Operationen habe nie eine Beschwerdefreiheit bestanden, derweil der Beschwerdeführer im Übrigen aber vor dem Unfallereignis asymptomatisch gewesen sei. Die Restsymptomatik sei durch die posttraumatisch nachgewiesene Veränderung auf der Höhe C6/7 hervorgerufen worden. Beim Sturzereignis vom Januar 2017 sei es sicherlich zu einer Kontusion des Rückenmarks gekommen. Man habe gehofft, dass sich die Situation mit der medikamentösen Therapie und der Abschwellung des Rückenmarks erholen würde. Dies sei im Verlauf aber leider nicht geschehen. Bezüglich der im Dezember 2017 dokumentierten Symptomatik handle es sich um Spätfolgen des Unfalls vom Januar 2016. Die dafür verantwortlichen Mechanismen im Bereich der HWS seien bereits im ersten MRI direkt nach dem Unfall zu verzeichnen gewesen (act. 9.M20/9.M22). Was die Argumentation von Dr. D. betrifft, lautete diese wie erwähnt zunächst dahingehend, dass Dr. H. nicht genügend darzulegen vermöge, weshalb es etwa 1.5 Jahre nach dem Unfall zu der erheblichen Grössenzunahme der Diskushernie C6/7 gekommen sei. Dazu ist namentlich auf der Grundlage der „2. Wiedererwägung der Kostenübernahme“ von Dr. H. vom 12. Dezember 2019 festzustellen, dass der behandelnde Arzt der nämlichen Beurteilung des beratenden Arztes der Versicherung B. wenig Substantiiertes entgegenhielt. Im Übrigen lässt sich die Behauptung des Beschwerdeführers, dass aufgrund der MRT vom 12. Februar 2016 die Grössenzunahme bereits kurz nach dem Unfallereignis belegt sei, nicht nachvollziehen. Zu beachten ist jedoch, dass die Beurteilung von Dr. D. insbesondere auch auf der Behauptung basiert, die Symptome seien vom Februar 2016 bis Spätherbst 2017 abgeklungen und erst dann seien neue Symptome aufgetreten. Auf diese Frage ist im Folgenden näher einzugehen.

### **E. 5.4**

Betreffend das Unfallereignis vom 23. Januar 2016 sind unmittelbare Abklärungen und Behandlungen bis Februar 2016 dokumentiert. Aus den Akten ergibt sich, dass der Versicherte erst im Dezember 2017 wieder in der Neurochirurgie des I. vorstellig wurde, als

zunächst am 7. Dezember 2017 ein MRI HWS durchgeführt wurde und am 15. Dezember 2017 dann die neuerliche Operation erfolgte. Was den Zeitraum von März 2016 bis Dezember 2017 betrifft, sind keinerlei echtzeitlichen medizinischen Untersuchungen oder Therapien – wie im Übrigen auch keine Arbeitsunfähigkeiten – dokumentiert. Die Vorinstanz beruft sich darauf, den Fall am 14. Juli 2016 mit einer Zahlung im Betrag von Fr. 21'230.30 an das I. formlos abgeschlossen zu haben. Der Beschwerdeführer bzw. dessen behandelnder Arzt Dr. H. macht demgegenüber zunächst geltend, zwischen den Operationen sei es zu mehreren Konsultationen gekommen, dies auf kollegialer Ebene und somit ohne schriftliche Dokumentation. Der Beschwerdeführer, der selber Anästhesist sei, habe die benötigte Schmerztherapie selber verordnet und selbständig auf eigene Rechnung bezogen. Dr. H. hatte in diesem Zusammenhang namentlich geschrieben, die nächtlichen Kribbelparästhesien und das Taubheitsgefühl, welche den Patienten 2 - 3-mal in der Nacht wach werden liessen, hätten nicht medikamentös beeinflusst werden können. Aus beweisrechtlicher Sicht erscheinen diese Angaben von Seiten des behandelnden Arztes fraglich. Festzustellen ist jedenfalls, dass von der behaupteten auf Eigeninitiative erfolgten Behandlung weder im OP-Bericht vom 21. Dezember 2017 noch im Austrittsbericht gleichen Datums wie auch nicht im Bericht vom 23. Januar 2018 etwas erwähnt wird (act. 9.M15; 9.M16; 9.M17), was erstaunt. Erst in der 2. Stellungnahme von Dr. H. im Rahmen des Einspracheverfahrens kam die angebliche Behandlung erstmals zur Sprache (act. 10.M22). Bezüglich der Frage nach dem Vorliegen von Kribbelparästhesien hatte Dr. H. im Übrigen am 21. Dezember 2017 angegeben, im Anschluss an die Operation vom Februar 2016 seien die Paresen „vollständig regredient“ gewesen, wobei im selben Bericht auch gesagt wird, dass Kribbelparästhesien „vorbekannt“ seien (act. 9.M16, S. 3). Im Bericht von Dr. H. vom 21. Januar 2018 seinerseits war der Verlauf nach der Spondylodese „vorerst recht ordentlich“ beschrieben worden. Leider sei es jedoch wieder zu Kribbelparästhesien und Hypästhesien gekommen (act. 9.M17). Gerade letztere Beschreibung ist dahingehend zu verstehen, dass Kribbelparästhesien nach der ersten Operation offenbar gerade nicht durchgängig vorgelegen hatten, was sich nicht zu decken

scheint mit den Erklärungen im Schreiben vom 12. Dezember 2019. Bezüglich Beurteilung einer Brückensymptomatik ist jedoch vor allem auch eine Auseinandersetzung mit dem OP-Bericht vom 21. Dezember 2017 (act. 9.M15; vgl. oben E. 5.2) aufschlussreich. Es wurde dort wie gesehen die Diagnose Cervikale Diskushernie C6/7 mit „therapieresistentem Schmerzsyndrom“ gestellt. Diese Angabe sagt zwar nichts über das Ausmass der Beschwerden aus, muss aber eben dahingehend verstanden werden, dass seit dem Unfall vom 23. Januar 2016 durchgehend eine gewisse Beschwerdesymptomatik bestand. Und letztlich hatte – ungeachtet der vorbestehenden degenerativen Veränderungen – offenbar erst der Unfall vom 23. Januar 2016 beim Versicherten zu Beschwerden geführt, was zumindest im Sinne eines Indizes für deren Unfallkausalität spräche. Betrachtet man schliesslich weitere Feststellungen im nämlichen OP-Bericht von Dr. H., so stellt die Angabe, dass die Schmerzen „wieder exazerbieren“ ebenso ein Indiz dar, dass zwischen den beiden Operationen nie eine vollständige Beschwerdefreiheit bestand.

### **E. 5.5**

Gesamthaft liefern die vorliegenden Akten und Rechtsschriften im Sinne vorstehender Erwägungen ein eher uneinheitliches Bild darüber, inwieweit beim Beschwerdeführer zwischen den beiden Operationen eine Brückensymptomatik bestand, die obendrein behandlungsbedürftig war. Bezogen auf die Frage einer Brückensymptomatik muss jedoch

namentlich der Feststellung im OP-Bericht vom 21. Dezember 2017, wonach ein therapieresistentes Schmerzsyndrom vorliege, ein relevantes Gewicht beigemessen werden. Weder Dr. D. noch die Vorinstanz selber hatten sich indes je damit auseinandergesetzt. Gemessen daran, dass sich die Beurteilung von Dr. D. de facto vor allem auf die (eben zweifelhafte) Behauptung stützt, der Versicherte sei zwischen den beiden operativen Eingriffen asymptomatisch gewesen und die versicherungsinterne Beurteilung insgesamt im Übrigen sehr knapp ausgefallen ist, kann ihr letztlich nicht der von der Rechtsprechung geforderte Beweiswert zuerkannt werden, wonach bei versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen nicht einmal geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit gegeben sein dürfen (vgl. oben E. 2.3). In diesem Sinne drängen sich weitere Abklärungen auf. Dazu ist der Fall an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie eine externe Begutachtung veranlasse, welche sich über die Frage der Unfallkausalität der ab Dezember 2017 dokumentierten Beschwerden bzw. der damaligen Operation äussert. Im Anschluss daran wird die Vorinstanz über ihre Leistungspflicht neu zu verfügen haben.

#### **E. 6.1**

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

#### **E. 6.2**

- a) Die Vorinstanz hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten, die vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache sowie nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen ist (Art. 61 lit. g ATSG). Im Übrigen ist die Bemessung der Parteientschädigung dem kantonalen Recht überlassen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_11/2016 vom 22. Februar 2016 E. 3.1).
- b) Der beschwerdeführerische Rechtsvertreter RA AA. hat eine Kostennote eingereicht (act. 18). Darin wird ein Honorar von Fr. 2'273.20 geltend gemacht. Auch wenn dieser Betrag auf dem Zeitmodell und nicht auf dem hier massgebenden Pauschalmodell basiert (vgl. dazu Art. 13 Abs. 1 lit. c der Verordnung vom 14. März 1995 über den Anwaltstarif [AT; bGS 145.53]), kann er übernommen werden, da er im Rahmen dessen liegt, was nach dem Pauschalmodell resultieren würde. In diesem Sinne ist zu verfügen, dass die Vorinstanz dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe des nämlichen Betrags von Fr. 2'273.20 zu entrichten hat.

Das Obergericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde von A. wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. November 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen sowie zur neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'273.20 zu bezahlen.
4. Rechtsmittel:

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzu-

reichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).

5. Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwalt, die Vorinstanz und das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

lic. iur. Ernst Zingg Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Marc Giger

versandt am: 25. Februar 2021

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