

AR_GERICHTE OG O3V-20-17 vom 16. März 2021

AR Gerichte, 2021-03-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ar_gerichte OG_O3V-20-17

FR: AR_GERICHTE OG O3V-20-17 du 16 mars 2021

IT: AR_GERICHTE OG O3V-20-17 del 16 marzo 2021

Regeste

Obergericht Appenzell Ausserrhoden 3. Abteilung Zirkular-Urteil vom 16. März 2021
Mitwirkende Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, M. Schneider, E. Ganz Obergerichtsschreiber M. Giger Verfahren Nr. O3V 2

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 die Beschwerdeführerin in G. 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 (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 der Beschwerdeführerin als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse 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.

Seite 4

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. Entscheide, die auf dem Zirkularweg gefällt werden, bedürfen der Einstimmigkeit (Art. 52 Abs. 2 Justizgesetz). 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

Der Beschwerdeführer führt in seiner Beschwerde aus, sein Anspruch auf rechtliches Gehör sei verletzt worden. Namentlich habe die Vorinstanz ihren Einspracheentscheid gefällt, ohne die am 27. Februar 2020 angekündigte Stellungnahme des behandelnden Arztes abgewartet zu haben. Die Vorinstanz habe es pflichtwidrig unterlassen, weitere Abklärungen zu tätigen.

E. 2.2

Das Recht angehört zu werden, ist in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV; SR 101) statuiert. Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist formeller Natur, weshalb dessen Verletzung ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung bzw. des angefochtenen Einspracheentscheids führt (BGE 132 V 390 E. 5.1, BGE 120 V 362 E. 2a; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 61/06 vom 26. September 2006 E. 2.3). Dabei steht es der Partei frei, auf der vollumfänglichen Wahrnehmung des Gehörsanspruchs zu beharren, wenn ihr daran mehr liegt als an der beförderlichen Erledigung des Verfahrens (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Bern 2009, N. 9 zu Art. 42 mit Verweis auf BGE 124 V 392). Insoweit hat nicht der Versicherungsträger die Entscheidungsbefugnis darüber, ob das Gebot des raschen Verfahrens oder dasjenige der zutreffenden Gehörgewährung vorgeht (Kieser, a.a.O., N. 9 zu Art. 42). Immerhin lässt die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung die Heilung einer nicht besonders schwer wiegenden Gehörsverletzung dort zu, wo die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 115 V 305 E. 2h; RKUV 1992 Nr. U 152 S. 199 E. 2e).

Seite 5

E. 2.3

a) Bezüglich des Ablaufs jenes Stadiums des vorinstanzlichen Verfahrens, für das die Beschwerdeführerin eine Verletzung des rechtlichen Gehörs rügt, sei auf Ziff. 3 der Beschwerdeantwort verwiesen. Die Beschwerdeführerin beanstandet mithin, dass der Einspracheentscheid am 23. März 2020 gefällt worden sei, obwohl sie am 27. Februar 2020 noch eine Stellungnahme des behandelnden Orthopäden angekündigt habe. Der betreffende Bericht war bei der Versicherung B. schliesslich offenbar am 3. April 2020 eingegangen (act. 5.2/117, S. 28).

b) Vorliegend hatte die Vorinstanz der Beschwerdeführerin – nachdem dieser bereits davor zweimalig eine Fristerstreckung gewährt worden war – mit Schreiben vom 6. Februar 2020 letztmalig eine Frist zur Einsprachebegründung angesetzt. Bei einem solchen Sachverhalt, bei dem im Falle einer nicht (weiter) erstreckbaren Frist dennoch ein entsprechendes Gesuch eingereicht wird, ist dieses als Fristwiederherstellungsgesuch zu behandeln (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N. 22 zu Art. 40 ATSG). Hierüber

müsste grundsätzlich mittels formeller Verfügung entschieden werden (Art. 49 ATSG i.V.m. Art. 5 VwVG). Im konkreten Fall hatte die Versicherung B. die Beschwerdeführerin am 11. März 2020 dahingehend informiert, dass eine weitere Fristverlängerung nicht gewährt und daher der Erlass eines Einspracheentscheides geprüft werde. Weitere Einwände würden nicht berücksichtigt (act. 5.2/111). Mit Blick auf die Formvorschriften, die eine Verfügung einzuhalten hat (vgl. dazu HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7. Aufl. 2016, S. 195), ist festzustellen, dass das nämliche Schreiben den betreffenden Anforderungen zuwiderläuft; inhaltlich wird zwar sinngemäss die Ablehnung des Fristwiederherstellungsgesuchs verfügt, doch ist die Mitteilung weder als Verfügung bezeichnet noch mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen. An der betreffenden Schlussfolgerung der Verletzung von Formvorschriften ändert im Übrigen nichts, dass auch die (anwaltschaftlich vertretene) Beschwerdeführerin ihr sinngemässes Fristwiederherstellungsgesuch nicht als solches bezeichnet bzw. auch keine Wiederherstellungsgründe angeführt hat.

c) Die Missachtung von Formerfordernissen stellt eine mangelhafte Eröffnung dar, aus welcher den Parteien kein Nachteil erwachsen darf (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die den Formerfordernissen widersprechende Verfügung kann zudem angefochten werden. Nur dort, wo die Formerfordernisse schwer verletzt worden sind, darf ausnahmsweise Nichtigkeit angenommen werden (HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, a.a.O.).

d) Indem der Beschwerdeführerin in Missachtung der einschlägigen Verfahrensvorschriften die Einreichung einer bestimmten Eingabe verwehrt wurde, erscheint eine Verletzung ihres Seite 6 rechtlichen Gehörs grundsätzlich gegeben. Die Frage, ob der betreffende Mangel so schwer wiegt, dass die Gehörsverletzung keiner Heilung zugänglich ist, muss indes in Anbetracht der Umstände verneint werden. So ist festzuhalten, dass das Obergericht über die gleiche Kognition wie die Vorinstanz verfügt und zur freien Prüfung aller Sachverhalts- und Rechtsfragen befugt ist (vgl. E. 2.2). In dieser Hinsicht erwächst der Beschwerdeführerin somit kein Nachteil. Wesentlich erscheint sodann aber vor allem, dass die rechtskundig vertretene Beschwerdeführerin in diesem Beschwerdeverfahren trotz der Rüge der Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör keinen Antrag auf Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz gestellt hat. Ihr scheint folglich an einer beförderlichen Verfahrenserledigung mehr gelegen zu sein als einem formell richtigen Verfahren. Dies ist auch daraus ersichtlich, dass die Versicherte in ihrem Hauptbegehren die Zusprache von Versicherungsleistungen beantragt (Ziff. 2 des Rechtsbegehrens). Schliesslich ist nicht davon auszugehen, dass die Vorinstanz im Falle einer aus formellen Gründen angeordneten Rückweisung anders entscheiden würde, wie sie in ihrer Beschwerdeantwort – nunmehr nach Vorliegen der fraglichen Stellungnahme des behandelnden Orthopäden – zu verstehen gibt. Eine Rückweisung käme demnach einem formalistischen Leerlauf gleich. Insgesamt rechtfertigt es sich daher, von einer auf rein formalen Gründen beruhenden Kassation der Angelegenheit abzusehen (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3739/2014 vom 9. März 2015 E. 3.3.5; vgl. auch BGE 132 V 387 E. 6.1; BGE 139 V 407). Die Streitsache ist im Folgenden materiell zu prüfen.

E. 3.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) voraus. 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers erstreckt sich auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2019 vom 19. September 2019 E. 3, m.w.H.). Der Unfallversicherer haftet jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem Seite 7 adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht. Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität, so dass in solchen Fällen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle spielt (Urteil des Bundesgerichts 8C_786/2019 vom 20. Februar 2020 E. 3.1, namentlich mit Hinweis auf BGE 129 V 177).

E. 3.2

Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Status quo sine (oder allenfalls des Status quo ante) der Unfallversicherer. Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht 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 aber 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_623/2019 vom 21. Januar 2020, E. 2.1.2, m.w.H.). Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (Urteile des Bundesgerichts 8C_488/2017 vom 27. November 2017, E. 3.1; 8C_777/2015 vom 22. März 2016, E. 2.2 und 8C_476/2011 vom 5. Dezember 2011, E. 6.3; je m.w.H.).

E. 3.3

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, Seite 8 so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2019 vom 26. Februar 2020 E. 2.2 m.w.H.).

E. 4

Die Vorinstanz führt im angefochtenen Einspracheentscheid aus, ihr beratender Arzt Dr. F. habe sich in seiner Stellungnahme bezüglich möglicher Unfallmechanismen geäußert. Demnach bedürfe es zur Verletzung der Rotatorenmanschette einer Zugbelastung derselben. Eine Kontusion der Schulter sei nicht geeignet, eine SLAP 3-Läsion zu verursachen. Sowohl dem Austrittsbericht des Spitals H. vom 28. April 2019 als auch dem Bericht des Rettungssanitäters vom 26. April 2019 sei zu entnehmen, dass die Einsprecherin eine Schulterkontusion erlitten habe. Ein anderer Hergang werde auch von der Einsprecherin selber nicht behauptet. Bildgebend hätten laut Dr. F. per 12. Juni 2019 lediglich noch degenerative Befunde festgestellt werden können. Die Beurteilung von Dr. F. sei nachvollziehbar und schlüssig; weitere Abklärungen in Form eines medizinischen oder schadensmechanischen Gutachtens erübrigten sich (act. 5.2/114).

E. 5

Der Entscheid der Versicherung B. stützt sich auf die Beurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. F., welcher sich im Rahmen zweier Stellungnahmen vom 27. September 2019 (act. 5.2/51) bzw. 7. November 2019 (act. 5.2/81) äusserte.

Die Beurteilung in der ersten Stellungnahme lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Die Versicherte habe am 26. April 2019 als Beifahrerin bei einer Heckkollision ein Trauma im Bereich der Wirbelsäule sowie der rechten Schulter erlitten. Mittels CT der gesamten Wirbelsäule und mittels MRI der rechten Schulter hätten keine unfallbedingten Schäden diagnostiziert werden können. Neurologisch sei die Versicherte unauffällig gewesen. Bei der Versicherten seien Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule zumindest seit 2008 bekannt, Schulterbeschwerden bestünden bei degenerativen Veränderungen links. Es sei eine konservative Behandlung einschliesslich einer subakromialen Injektion erfolgt. Eine erneute stationäre Reha-Massnahme werde empfohlen.

Eine geringe Zerrung der rechten Schulter angenommen, dann sei das Unfallereignis vom 26. April 2019 eine Ursache der festgestellten gesundheitlichen Störung gewesen. Eine commotio cerebri, wie vom Hausarzt postuliert, habe nie stattgefunden. Hierfür fehle schon die retrograde Amnesie. Ebenfalls habe mit hoher Wahrscheinlichkeit keine HWS-Zerrung stattgefunden, moderne Fahrzeuge besäßen eine Nackenstütze und somit sei ein HWS-Schleudertrauma mit dem darauffolgenden Peitschenschlag für die Wirbelsäule ausge- Seite 9 schlossen. Das CT bestätige, dass keine unfallbedingten Schäden vorlägen (im Gegensatz zur Annahme des Hausarztes). Im CT zeigten sich jedoch deutliche degenerative Veränderungen und die Versicherte leide schon zumindest seit 2008 an Beschwerden in diesem Bereich, ausstrahlend in die Arme.

Das Unfallereignis sei nicht die einzige Ursache der festgestellten gesundheitlichen Störung, denn es bestünden deutliche degenerative Veränderungen im Bereich der gesamten Wirbelsäule und im Bereich beider Schultern.

Eine leichte Zerrung der rechten Schulter angenommen, dann sei diese spätestens am 12.06.2019 (MRI) abgeheilt gewesen.

Bezüglich der rechten Schulter sei der Unfall bis zum 12. Juni 2019 eine überwiegend wahr- scheinliche Teilursache der gesundheitlichen Störungen gewesen. Bezüglich der Wirbel- säulenbeschwerden sei der Unfall eine bloss mögliche Teilursache der gesundheitlichen Störung.

Ein Status quo ante könne nicht definiert werden, hier lägen progredient verlaufende dege- nerative Erkrankungen vor. Der Status quo sine sei am 12. Juni 2019 wieder erreicht gewe- sen, da es mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auch ohne den Unfall aufgrund der massiven degenerativen Veränderungen zu dieser durch die- ses Unfallereignis verursachten Verschlechterung des vorbestehenden Gesundheitszustan- des im gegenwärtigen Umfang gekommen wäre.

Eine namhafte Verbesserung habe aufgrund der Behandlungen nach Angaben der Versi- cherten und des Hausarztes nicht stattgefunden. Hierzu sei jedoch anzumerken, dass rein objektivierbare somatische Beschwerden, die sich auf den Unfall zurückführen liessen, ausser im Bereich der rechten Schulter nicht vorhanden (gewesen) seien.

Nachdem sich der Hausarzt der Versicherten – unter Beibringung neuer Unterlagen – zur obigen Stellungnahme des Vertrauensarztes geäussert hatte, lieferte Dr. F. in seiner ergänzenden Beurteilung die nachfolgenden Angaben, wobei er seinen Standpunkt mit Auszügen aus der medizinischen Literatur untermauerte:

Vom Hausarzt werde erneut eine Commotio cerebri postuliert, diese habe jedoch nicht stattgefunden. Hierfür fehle die retrograde Amnesie. Das MRI des Schädels sowie der HWS zeigten keine traumatisch bedingten Defekte. Im MRI der HWS zeigten sich eine Foramina mehr stenosierende Protrusion C5/C6 ohne Hinweis auf eine Nervenwurzelirritation. Eine Seite 10 SLAP 3-Läsion sei typischerweise degenerativer Natur. Hierzu passten auch die Partial- ruptur der Supraspinatussehne und Subscapularissehne. Bei einem Heckaufprall werde die Rotatorenmanschette nicht beansprucht. Eine HWS-Distorsion habe ebenfalls nicht statt- gefunden.

E. 6

6.1 Im Folgenden ist zu prüfen, ob der Beurteilung von Dr. F., welche der angefochtenen Verfügung zugrunde liegt, ein aus versicherungsrechtlicher Sicht hinreichender Beweiswert zukommt.

E. 6.2

Der Verlauf der medizinischen Abklärungen und Behandlungen nach dem Unfall stellt sich im Wesentlichen wie folgt dar:

a) Dem Austrittsbericht des Spitals H. vom 28. April 2019 ist zu entnehmen, die Versicherte sei nach der Heckkollision immer bei Bewusstsein gewesen, sie könne sich eigentlich auch an alles erinnern. Anfangs Kopfschmerzen, keine Übelkeit. Sie klage über Schmerzen im Bereich der Schulter rechts sowie im Bereich der BWS. Ferner habe sie ein komisches Gefühl in den Beinen beidseits. Sie sei nach dem Unfall selbständig aus dem Auto ausgestiegen, sei aber desorientiert gewesen. Nach ca. zwei Stunden zunehmende Kopfschmerzen. Gemäss Beurteilung habe sich auf der Notfallstation eine kardiopulmonal stabile Patientin präsentiert. Das CT habe keine Hinweise auf Frakturen gezeigt. Aufgrund der Schulterschmerzen sei noch eine radiologische Untersuchung angefordert worden, in der auch keine Frakturen festgestellt worden seien. Im Echo-Fast habe eine freie Flüssigkeit ausgeschlossen werden können. Die Patientin sei zur GCS Überwachung aufgenommen

worden. Sie sei allzeit adäquat und orientiert gewesen, GCS 15/15. Die Schmerzen seien unter intravenöser Analgesie mit Novalgin 1g regre- dient. Ansonsten sei die Überwachung stets unauffällig gewesen und die Patientin kreislaufstabil, so dass die Versicherte am 28. April 2019 in gutem Allgemeinzustand und subjektivem Wohlbefinden habe nach Hause entlassen werden können (act. 5.2/8).

b) Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungs- trauma, welchen das Spital H. per Datum vom 9. Mai 2019 für die Versicherte ausfüllte, ist unter Punkt 4 in Bezug auf sämtliche standardmässig vorgegebenen Beschwerden (Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Schwindel etc.) ein „Nein“ angekreuzt; hingegen wurde unter „Andere Symptome“ die Angabe „Schulterschmerzen rechts“ gemacht, wobei diese sofort vorgelegen hätten. Behandlungsbedürftige Beschwerden vor dem Seite 11 Unfall wurden verneint. Bei Punkt 7 (Vorläufige Diagnose) ist ein Grad „0“ erwähnt, die entsprechende klinische Präsentation lautet „Keine Nackenbeschwerden, keine somati- schen Befunde“. Hingegen ist unter „zusätzliche Diagnosen“ eine Schulterkontusion aufgelistet. Schliesslich wurde in Ziff. 2c des Fragebogens das Vorliegen von Anhalts- punkten für eine Gedächtnislücke verneint (act. 5.2/11).

c) Es findet sich noch ein zweiter Dokumentationsbogen der betreffenden Art in den Akten. Es wurde dieser vom Hausarzt der Versicherten Dr. I. ausgefüllt und dabei auf den 30. April 2019 datiert. Indessen hatte dieser Arzt das Dokument der Versicherung B. anscheinend erst im Rahmen der Ausübung des rechtlichen Gehörs für die Versicherte eingereicht, welches vom Versicherungsträger mit Schreiben vom 8. Oktober 2019 gewährt worden war (act. 5.2/57). Es fällt jedenfalls auf, dass der von Dr. I. ausgefüllte Dokumentationsbogen wesentlich von jenem des Spitals H. abweicht. So wurde unter Ziffer 4 bei Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Hörstörungen, Sehstörungen sowie Schlafstörungen überall“ ein „Ja“ angekreuzt, wobei bei den Nackenschmerzen noch zusätzlich eine Schmerzausstrahlung in die rechte Schulter angegeben wurde. Ausserdem hätten Augenbrennen, Lichtempfindlichkeit und ein komi- sches Gefühl in den Beinen bds. vorgelegen. In Ziffer 5 findet sich sodann unter der Anamnese die Angabe, dass behandlungsbedürftige Beschwerden in der rechten Schulter schon vor dem Unfall vorgelegen hätten. In Ziffer 6 (Untersuchungsbefunde) ist vermerkt, dass bei der rechten Schulter eine Rötung bestanden habe. Bei Ziffer 7 (vor- läufige Diagnose) ist ein Grad III angekreuzt, entsprechend der klinischen Präsentation „Nackenbeschwerden und neurologische Befunde (abgeschwächte oder fehlende Mus- keleigenreflexe, Muskelschwäche und sensible Ausfälle miteingeschlossen“). Schliess- lich wurde noch angegeben, dass für die Dauer des Unfallereignisses eine Gedächtnis- lücke bestanden habe (Ziff. 2c).

d) Ein weiteres Dokument, in dem sich die Versicherte zu ihren Beschwerden geäussert hatte, datiert vom 4. Juni 2019. Die Versicherte hatte damals gegenüber der Versi- cherung B. telefonisch berichtet, es gehe ihr momentan nicht gut. Sie habe jeden Tag starken Schwindel/Kopfschmerzen und könne kaum das Haus verlassen. Ebenfalls sehe sie auf dem linken Auge sehr schlecht und am Morgen sei es immer stark angeschwollen. Ebenfalls habe sie starke Schmerzen in der Schulter – könne gewisse Bewegungen nicht machen wie zum Beispiel ihre Haare zusammenbinden. Durch die ganzen Schmerzen könne sie nicht durchgehend schlafen (act. 5.2/15).

e) Ein MRI Schulter rechts vom 12. Juni 2019 war offenbar aufgrund von Schmerzpersis- tenz veranlasst worden. Laut der betreffenden Beurteilung liege keine Voruntersuchung

Seite 12 dieser Region vor. Kein Knochenmarksödem. Geringe Omarthrosis mit leicht irregulärer Gelenksfläche sowie Chondropathie. Geringe AC-Gelenksarthrose mit etwas Gelenkserguss. SLAP-Lesion Typ 3 des superioren Labrums. Inferiores Labrum intakt. Der subakromiale Raum sei mit 7 mm eingeengt, ferner ein kleiner, nach kaudal gerichteter Osteophyt. Die Supraspinatussehne zeige eine mässige Tendinopathie, sie weise am Ansatz eine bursaseitige Partialruptur auf sowie eine ganz kleine gelenkseitige Partialruptur etwas weiter distal. Tendinopathie sowie leicht welliger Verlauf auch der Subscapularissehne mit gelenkseitiger Partialruptur am musculetendinösen Übergang. Infraspinatussehne intakt. Keine Muskelatrophie. Intaktes Rotatorenintervall. Das inferiore glenohumerale Ligament sei verdickt und etwas aufgetrieben, passend zu einer Zerrung. Etwas vermehrt Flüssigkeit in der Bursa subdeltoidea (act. 5.2/17).

f) In der darauf folgenden Sprechstunde vom 19. Juni 2019 beim behandelnden Orthopäden Dr. J. hatte dieser in seiner Beurteilung ausgeführt, es sei etwas schwierig, die Beschwerden der Patientin einzuordnen. Die intraartikulären, im MRI sichtbaren Läsionen verursachten in der Regel keine diffusen Schmerzen im gesamten Schulterbereich (act. 5.2/19).

g) Auch in dem tags darauf erstatteten Bericht über die durchgeführte Infiltration ist nochmals davon die Rede, die Versicherte leide unter stärksten Schulterbeschwerden rechtsseitig. An der linken Schulter seien ebenfalls chronische Schmerzen bekannt bei einem Status n. Distorsion 2011, zudem bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom und fraglich eine Fibromyalgie (act. 5.2/20).

h) Von Seiten des Hausarztes Dr. I. findet sich weiter ein Bericht vom 23. Juni 2019 im Dossier, wo ein Status nach Heckkollision als Beifahrerin am 26. April 2019 diagnostiziert wurde, bei namentlich SLAP-Lesion Typ 3 des superioren Labrums. Der Hausarzt vermerkte weiter, der Status quo ante sei weder somatisch, funktionell noch psychisch erreicht (act. 5.2/21).

i) Am 30. Juli 2019 hatte die Beschwerdeführerin der Versicherung B. mitgeteilt, es finde heute ein Termin beim behandelnden Orthopäden Dr. J. statt bezüglich der rechten Schulter. Mit dem Rücken habe sie aktuell keine Beschwerden. Sie habe immer noch starke Kopfschmerzen sowie Übelkeit und Schwindel. Trotz Medikamenten würden diese nicht besser (act. 5.2/33).

j) Gemäss dem Sprechstundenbericht von Dr. J. vom 31. Juli 2019 habe die Versicherte damals berichtet, dass es nach der Infiltration nun etwas besser geworden sei, Seite 13 insbesondere sei es in der ersten Woche nach der Infiltration deutlich besser gewesen. Inzwischen habe sie wieder stärkere Beschwerden. Im Hausdienst arbeiten könne sie nicht, da beide Schultern schmerzten. Physiotherapie werde weiterhin betrieben, aber ohne Erfolg. Eine neuerliche Infiltration möchte die Versicherte nicht (act. 5.2/35).

k) Am 29. August 2018 berichtete Dr. I., seit dem Unfall leide die Patientin sehr unter den Folgen der Commotio und HWS-Distorsion: Kopfweh, Schwindel, Müdigkeit, erniedrigte Toleranzschwelle für akustische Eindrücke und für kognitive und emotionale Belastungen.

l) Laut einer weiteren Telefonnotiz der Versicherung B. vom 11. September 2019 habe die Versicherte täglich starke Kopfschmerzen und Schwindel. Ebenfalls habe sie Schmerzen in der rechten Schulter und im oberen Rücken-/Nackenbereich. Die Schmerzen seien seit dem Unfall gleichbleibend. Die Versicherte verspüre keine Verbesserung der Beschwerden

(act. 5.2/44).

m) Ein CT HWS vom 27. September 2019 ergab folgende Beurteilung: Stabile Befundverhältnisse zur Voruntersuchung vom 26. April 2019. Kein Nachweis einer Fraktur bzw. einer Pseudarthrose (act. 5.2/74).

n) Dr. I. vermerkte in seinem Bericht vom 1. Oktober 2019 namentlich, vor dem Unfall hätten keine Schulterschmerzen rechts mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und keine Rückenbeschwerden mehr bestanden. Die Patientin sei zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Die Therapien des Rückens nach Unfall 13.6.18 und 10.3.2011 seien schon längst bis zum neuen aktuellen Unfall abgeschlossen gewesen (act. 5.2/75).

o) Ein zufolge persistierendem Schwindel durchgeführtes MRT der HWS vom 7. Oktober 2019 ergab die Beurteilung: Deutliche Streckfehlstellung und paradoxe Kyphose mit Scheitelpunkt C4/C5. Mässiggradige rechts-lateral betonte rezessal und beginnend foraminär stenosierende Protrusion C5/C6 ohne Hinweis auf eine Nervenwurzelirritation. Keine zervikale Myelopathie. Kein MR Korrelat einer Peitschenschlagverletzung (act. 5.2/76).

p) Ein zufolge persistierendem Schwindel durchgeführtes MRT des Neurokraniums vom

E. 8

Oktober 2019 ergab die Beurteilung: Keine Zeichen einer intrakraniellen Blutung oder einer fokalen Hirndrucksteigerung. Keine direkten oder indirekten Zeichen einer Ischämie. Normaler Befund der Hirnbasisarterien (act. 5.2/77).

Seite 14 q) In einer aktuellen Stellungnahme von Dr. J. vom 26. Februar 2020 (recte wohl 26. März 2020) hatte dieser namentlich ausgeführt, eine überwiegende Wahrscheinlichkeit, dass die Schädigung rein von der Tätigkeit als Putzfrau herrühre, gebe es sicher nicht. Anzumerken sei jedoch, dass die Versicherte als über 50jährige normale degenerative Alterserscheinungen aufweise und das Gewebe daher fragiler sei als dies z.B. bei einem 25jährigen der Fall wäre. Es könne somit leichter zu Läsionen kommen. Die Versicherte sei vor dem Unfall zu 100% arbeitsfähig gewesen und es hätten glaubhaft keine Beschwerden an der Schulter bestanden, es sei doch überwiegend wahrscheinlich, dass die Verletzungen vom Unfall herrührten. Dass die Beschwerden aufgrund der degenerativen Veränderungen sowieso aufgetreten wären, könne nicht nachvollzogen werden. Möglich sei natürlich alles, aber Hinweise hierauf hätten vorher nicht bestanden und es sei somit reine Spekulation, dass dies eingetreten wäre. Ansonsten bestünden schon degenerative Vorschäden, die aber nicht wie in der erwähnten Verfügung bezeichnet massiv seien, sondern in etwa altersentsprechend. Die Partialrupturen der Supraspinatussehne und Infraspinatussehne könnten entgegen den Ausführungen von Dr. F. ebenfalls mit dem Unfall zusammenhängen, auch ein Direkttrauma der Schulter ohne explizit ausgestreckten Arm könne gemäss der medizinischen Lehre zu Rotatorenmanschettenläsionen führen. Es könnten somit nicht nur Bewegungen mit Zugbelastung der Rotatorenmanschette hier zu Rupturen führen. Die Beschwerden der Patientin seien durch den Unfall ausgelöst und wären ohne denselben nicht in diesem Ausmass entstanden. In die Schmerzempfindung spielten vermutlich noch psychologische Faktoren und eine posttraumatische Störung hinein, Abklärungen diesbezüglich seien seines Wissens am Laufen (act. 2.6).

7. 7.1 In Würdigung der medizinischen Aktenlage ist vorliegend zunächst festzustellen, dass das Spital H. in diagnostischer Hinsicht in seinem Austrittsbericht vom 28. April 2019 von einer HWS Distorsion und Schulterkontusion gesprochen hatte (act. 5.2/8). Die

Diagnose einer Schulterkontusion findet sich dann auch explizit im genannten Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma des Spitals H. vom 9. Mai 2019 (act. 5.2/11), derweil im UVG-Arztzeugnis gleichen Datums wiederum von einer HWS-Distorsion und Schulterkontusion die Rede ist (act. 5.2/12). Der MRI-Bericht der Klinik Stephanshorn präsentiert sich diesbezüglich insoweit abweichend, als dort unter „Klinische Angaben“ eine Zerrung erwähnt ist, und in der darauf folgenden Beurteilung wird alsdann ausgeführt, das inferiore glenohumerale Ligament sei verdickt und etwas aufgetrieben, passend zu einer Zerrung (act. 5.2/17). Der Versicherung B.-Vertrauensarzt Dr. F. hatte in seiner Diagnoseliste von einer Seite 15 Heckkollision am 26.04.2019 mit/bei: (...) fraglicher Schulterprellung rechts, (...), leichter Zerrung des inferioren glenohumeralen Ligaments (...) gesprochen. In seinen darauf folgenden Beurteilungen war seitens Dr. F. dann von einer leichten Zerrung die Rede, die er per 12. Juni 2019 (MRI) als abgeheilt betrachtete (act. 5.2/51, Ziff. 5.1 und 5.3; act. 5.2/81, S. 6). Im Sinne all dieser Angaben ist davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin ihre Schulterverletzung durch einen Direktanprall zugezogen hat. Im Zusammenhang mit dieser Erkenntnis stehen die folgenden Erwägungen.

7.2 Kontrovers diskutiert wird zwischen den Parteien, ob die im Rahmen der medizinischen Abklärungen diagnostizierte SLAP 3-Läsion unfallkausaler Natur sei. Dabei ist zunächst unklar, weshalb der Versicherung B.-Vertrauensarzt Dr. F. die fragliche Diagnose in seiner Diagnoseliste gar nicht erwähnte (vgl. act. 5.2/51, S. 4). In seiner zweiten Stellungnahme hatte Dr. F. dann jedenfalls darauf hingewiesen, eine SLAP 3-Läsion sei typischerweise degenerativer Natur. Hierzu passten auch die Partialruptur der Supraspinatussehne und Subscapularissehne. Bei einem Heckaufprall werde die Rotatorenmanschette nicht beansprucht. Dr. F. zitierte alsdann längere Passagen aus einem medizinischen Lehrbuch, gemäss welchen bezüglich möglicher Verletzungsmechanismen unter anderem die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) als ungeeigneter Hergang bezeichnet wird. Der behandelnde Orthopäde Dr. J. hatte in Bezug auf diese versicherungsinterne Beurteilung dahingehend Stellung bezogen, dass er zunächst die typischen Unfallmechanismen erörterte, die zu einer SLAP-Läsion Typ 3 führen können. Zudem legte er anschliessend dar, dass laut der Meinung der Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie auch ein Direkttrauma der Schulter ohne explizit ausgestreckten Arm zu Rotatorenmanschettenläsionen führen könne. Es könnten laut Dr. J. somit nicht nur Bewegungen mit Zugbelastung der Rotatorenmanschette hier zu Rupturen führen. Im Sinne dieser Ausführungen geht Dr. J. offenbar gleich wie Dr. F. von einem erfolgten Trauma an der rechten Schulter aus. Insoweit braucht keine Auseinandersetzung mit weiteren möglichen Unfallmechanismen zu erfolgen, wie sie von Dr. J. in dessen Stellungnahme vom 26. März 2020 ausgeführt werden. Was derweil die von Dr. J. bzw. der Beschwerdeführerin zitierte Lehrmeinung der Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie betrifft, wurde dieser von der Vorinstanz unter Verweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zutreffend ein massgebender Beweiswert abgesprochen (vgl. Ziffer 10 der Vernehmlassung, act. 4). Im Urteil 8C_446/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 5.2.2 war das Bundesgericht zum Schluss gelangt, auf die fragliche Meinung der Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie könne nicht abgestellt werden, da sie weder begründet noch wissenschaftlich belegt worden sei. In E. 5.2.3. des nämlichen Entscheids war das Bundesgericht ausserdem auf jenes Werk eingegangen, das bereits von Dr. F. zitiert worden war und gemäss welchem die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und Delta-Muskel gut abgeschirmt

sei, weshalb eben eine direkte Krafteinwirkung auf die Schulter wie eine Kontusion ein ungeeigneter Hergang sei für eine Rotatorenmanschettschädigung.

7.3 Gleichwohl wirft die Beurteilung von Dr. F. und damit zusammenhängend die angefochtene Verfügung Fragen auf. Wie gesehen war der Vertrauensarzt der Versicherung B. letztlich zum Schluss gelangt, dass es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne das Unfallereignis vom 26. April 2019 aufgrund der massiven degenerativen Veränderungen zu dieser durch dieses Unfallereignis verursachten Verschlechterung des vorbestehenden Gesundheitszustandes im gegenwärtigen Umfang gekommen sei. Die Beurteilung, wonach die degenerativen Veränderungen „massiv“ seien, steht offensichtlich in erheblichem Widerspruch zur Ansicht von Dr. J., der in seiner Stellungnahme vom 26. März 2020 ebenfalls von degenerativen Vorschäden ausging, indessen seien diese seiner Meinung nach nicht als massiv zu bezeichnen, sondern in etwa altersentsprechend. Soweit die Versicherung B. die betreffende Einschätzung nicht als beweiskräftig ansieht, namentlich mit Verweis darauf, dass behandelnden Ärzte im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patienten aussagen, erscheint dies nicht angängig. Letztlich hatte Dr. J. nämlich schon zu einem früheren Zeitpunkt diese Auffassung vertreten. Konkret hatte er in seinem Sprechstundenbericht vom 19. Juni 2019 die Ergebnisse des eine Woche zuvor stattgehabten MRI dahingehend gewürdigt, es lägen „leichte degenerative Veränderungen des Gelenkknorpels“ vor (act. 5.2/19). Zumal das Verwaltungserfahren vor der Vorinstanz zum damaligen Zeitpunkt noch ein nicht- streitiges war, muss der betreffenden Einschätzung relevantes Gewicht beigemessen werden. Dies insofern, dass sie insgesamt Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung erweckt, wonach die degenerativen Veränderungen „massiv“ seien. Wohl findet sich keine Begründung für die Einschätzung von Dr. J., doch gilt dies auch für jene von Dr. F.. Insbesondere hatte der versicherungsinterne Arzt anscheinend auch keine Auseinandersetzung mit jener Angabe des behandelnden Orthopäden vorgenommen, was zu beanstanden ist. Immerhin sei noch erwähnt, dass Dr. J. gemäss dem nämlichen Arztbericht offenbar Mühe damit bekundete, die Beschwerden der Patientin einzuordnen; die intraartikulären im MRI sichtbaren Läsionen verursachten seiner Meinung nach in der Regel keine diffusen Schmerzen im gesamten Schulterbereich. An der Fragwürdigkeit der Beurteilung von Dr. F. ändert dies aber im Ergebnis nichts. Da die Argumentation von Dr. F. in Bezug auf die fehlende Unfallkausalität der nach dem

E. 8.1

Zusammenfassend bestehen mindestens geringfügige Zweifel an der vorinstanzlichen versicherungsinternen medizinischen Beurteilung, gemäss welcher die nach dem

E. 8.2

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

E. 8.3

Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Wird eine Sache zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückgewiesen, stellt dies für die versicherte Person ein vollständiges Obsiegen dar (BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235). In diesem Sinne hat die Vorinstanz der Beschwerde- führerin eine Parteientschädigung auszurichten. Letztere ist vom Versicherungsgericht festzusetzen, wobei die Bemessung ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache sowie nach der Schwierigkeit des Prozesses erfolgt (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). Im Sozialversicherungsverfahren vor Obergericht ist die Entschädigung pauschal zu bemessen (Art. 13 Abs. 1 lit. c der Verordnung vom 14. März 1995 über den Anwaltstarif [AT; bGS 145.53]). Vorliegend ist von einem durchschnittlich leichten Fall auszugehen. Unter diesen Umständen ist für die Bemessung des Honorars als Grundlage der Parteientschädigung grundsätzlich von einem Betrag von Fr. 2'500.-- auszugehen, wie er vom Obergericht für vergleichbare Fälle gewährt wird. Zuzugabe der Tatsache, dass nur ein einfacher Schriftenwechsel durchgeführt wurde, reduziert sich diese Summe auf Fr. 1'700.--. Hinzu kommen die Barauslagen von 4 % sowie die Mehrwertsteuer von 7.7 %, so dass insgesamt eine Parteientschädigung von Fr. 1'904.14 resultiert.

Seite 19 Das Obergericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde von A. wird der angefochtene Einspracheentscheid 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 der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'904.14 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 einzureichen. 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 die Beschwerdeführerin über deren 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: 19. März 2021

E. 12

Juni 2019 geklagten Beschwerden nicht mehr unfallkausal sind. Damit ist die gestützt darauf ergangene und in der Folge beschwerdeweise angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Streitsache zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

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