

# **BL\_GERICHTE 725 2011 234 vom 15. September 2009**

BL Gerichte, 2009-09-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_2011\\_234](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_2011_234)

FR: BL\_GERICHTE 725 2011 234 du 15 septembre 2009

IT: BL\_GERICHTE 725 2011 234 del 15 settembre 2009

## **Regeste**

Leistungen; Rückweisung (Urteil BG v. 25.5.2011)

## **Erwägungen**

### **E. 1**

In seiner Rückweisungsentscheid vom 25. Mai 2011 (8C\_32/2011) hat das Bundesgericht das Vorliegen einer unfallähnlichen Körperschädigung im Sinne von Art. 9 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 bestätigt. Es hielt jedoch fest, dass die vorhandenen medizinischen Unterlagen keine verlässliche Grundlage für die Beurteilung der Kausalitätsfrage darstellen würden.

### **E. 2**

Im ersten in dieser Angelegenheit ergangenen Urteil des Kantonsgerichts vom 22. September 2010 wurden die von der Rechtsprechung erarbeiteten Grundsätze zum Begriff der UKS, insbesondere auch zum Erfordernis eines äusseren Ereignisses, d.h. eines ausserhalb des Körpers liegenden, objektiv feststellbaren, sinnfälligen, eben unfallähnlichen Vorfalles, dargelegt (vgl. E. 3.1). Ebenso wurden die Prinzipien zu dem für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall bzw. der UKS und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung; BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen) dargelegt, so dass an dieser Stelle vollumfänglich auf die entsprechenden Erwägungen (E. 4.1 f.) verwiesen werden kann. Gleiches gilt in Bezug auf die Ausführungen im ersten Urteil (vgl. dessen E. 2) zum Beweiswert und zur Würdigung medizinischer Berichte und Stellungnahmen (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Schliesslich kann auch auf die Erwägungen im Urteil vom 22. September 2010 zu den prozessualen Regeln der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) und zu dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 153 E. 2.1 mit Hinweisen) verwiesen werden (vgl. 2.1 f.). Zu ergänzen ist, dass es auch eines adäquaten Kausalzusammenhanges bedarf, welcher aber bei einer organisch objektiv ausgewiesenen Gesundheitsschädigung, wie sie hier zur Diskussion steht, in der Regel ohne weiteres zusammen mit dem natürlichen Kausalzusammenhang bejaht werden kann (BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweis). 3.1. Strittig und zu prüfen ist, ob die Rotatorenmanschettenruptur rechts bei dem am 23. Mai 2009 erlittenen unfallähnlichen Ereignis eingetreten ist, wie dies der Beschwerdeführer und sein behandelnder Arzt Dr. C. behaupten oder ob diese vielmehr auf eine degenerative Veränderung zurückzuführen ist, wie dies die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Ausführungen von Dr. D. bekräftigt. 3.2. Für die Beurteilung der strittige Frage hat das Kantonsgericht bei der E. eine Oberbegutachtung des Beschwerdeführers in Auftrag

gegeben. In seinem Gutachten vom 12. Januar 2012 diagnostizierte Prof. F. (1) einen Zustand nach Schulterarthroskopie, offener Naht und Ankerfixation der Rotatorenmanschetten, Bizepsstenodese und Akromioplastik rechts am 15. Juni 2009 wegen komplettem Riss der Supra- und der Infraspinatussehne, bei / mit Status nach unfallähnlicher Körperschädigung am 23. Mai 2009, aktuell vollständig wiederhergestellter Funktion und Schmerzfreiheit der rechten Schulter, und (2) eine Akromioklavikulargelenks-Subluxationsstellung beidseits ohne subjektive und objektive Beeinträchtigungen. Prof. F. hielt in seiner Beurteilung grundsätzlich fest, dass die Sehnen der sogenannten Rotatorenmanschette (Supraspinatus-, Infraspinatus-, Teres minor-, Subscapularis- und Bizepssehne) in der zweiten Lebenshälfte in einem hohen Prozentsatz Veränderungen aufweisen würden, die gemeinhin als "degenerativ" zusammengefasst und aufgrund der besonderen anatomischen Verhältnisse wesentlich häufiger als bei allen anderen Sehnen des menschlichen Körpers vorkommen würden. In der Literatur fände sich ein grosse Zahl von Untersuchungen zur Häufigkeit von Rotatorenpathologien in der Allgemeinbevölkerung und zur Korrelation mit dem Lebensalter. Da viele dieser Publikationen entweder nicht die Form der Tendopathie angeben würden oder die Einschlusskriterien unklar seien oder wegen geringer Fallzahl alle Fälle "unter 50 J." und "über 50 J." zusammenfassen würden, seien sie für die individuelle Beurteilung eines Falles nur bedingt hilfreich. Bei aus anderen Untersuchungen bekannter Zunahme in den hohen Dezennien lasse sich ein Summationswert von 50- bis 90-jährigen Probanden schlecht zur Beurteilung der Befallswahrscheinlichkeit bei einem - wie in casu - 52-jährigen Mann heranziehen. Im vorliegenden Fall postuliere die Versichererseite, der "full thickness"-Riss der Supra- und der Infraspinatussehne von fast 5 cm habe bei dem 52-jährigen, beschwerdefreien, arbeitsfähigen Patienten vor dem 23. Mai 2009 bestanden. In der Literatur werde eine zu dieser Situation vergleichbare Untersuchung an 411 beschwerdefreien Probanden ohne Schultervorgeschichte beschrieben. Hierbei seien die sonographischen Rotatorenbefunde nach "partial-" und "full thickness"-Rissen unterteilt und die Ergebnisse für jede Dezennie aufgeschlüsselt. Dabei habe sich unterhalb des 50. Altersjahrs kein einziger Fall eines "full thickness"-Risses gefunden. Auch in der Gruppe der 50 - 59 Jährigen habe es unter den 167 Untersuchten keinen Fall einer Rissbildung über 3 cm ergeben. Diese Ergebnisse würden auch in weiteren Untersuchungsberichten (Schibany et al.) bestätigt. Als Zwischenergebnis hielt Prof. F. fest, dass sich aus dem Alter des Beschwerdeführers von 52 Jahren auf epidemiologischer Basis das Vorbestehen eines Defektes wie vorgefunden nicht überwiegend wahrscheinlich begründen lasse. Die Frage, mit welcher statistischen Wahrscheinlichkeit irgendeine andere Rotatorenmanschettenpathologie bestanden habe, könne - da nicht klärbar - unbeantwortet bleiben, sofern dem Ereignis eine Teilkausalität zuzumessen sei. In Bezug auf die Angaben von Dr. D. führte Prof. F. weiter aus, dass dieser korrekt ausführe, dass beim Ereignis vom 23. Mai 2009 weder ein Sturz noch eine Kontusion erfolgt seien und lediglich gesichert sei, dass bei den Untersuchungen eine sehr grosse Rotatorenmanschettenruptur und gleichzeitig auch eine nicht behandlungsbedürftige Akromioklavikulargelenkssubluxation (Tossy 2) diagnostiziert worden seien. Die weiteren Ausführungen von Dr. D. , wonach die degenerative Schädigung derart stark mit dem Lebensalter korreliere, dass sie weit eher als regelmässig auftretende, schicksalhafte Erscheinung im Rahmen der natürlichen biologischen Alterung und nicht als Krankheit oder gar als Unfallfolge zu betrachten sei, würden hingegen für den konkreten Fall des 52-jährigen symptomfreien Patienten mit ausgedehnter Komplettuptur nicht zutreffen. Zwar führe Dr. D. korrekt aus, dass sich

degenerative Veränderungen in Form von Gewebenekrosen, entzündlichen Reaktionen oder Kalkeinlagerungen bei mehr als 50% der Menschen im 5. Lebensjahrzehnt nachweisen lassen würden. Für den konkreten Fall seien diese Angaben aber nicht weiterführend, da es hier nicht um eine der vielen Degenerationsformen gehe, sondern um einen "full thickness"-Riss der Supra- und der Infraspinatussehne mit vorheriger Symptombefreiheit, für welchen aufgrund der Literaturrecherche keine einziger Fall bei einem 52-jährigen Menschen aufzufinden sei. Entgegen den Ausführungen von Dr. D. stellte Prof. F. auch unter Hinweis auf den Grundsatz der Aussage der ersten Stunde zum Operationsbericht von Dr. C. vom 15. Juni 2009 fest, dass dieser keinen Rückschaufehler (hindsight bias) begangen habe. So habe Dr. C. bereits zu diesem Zeitpunkt die Rotatorenmanschettenruptur als traumatisch verursacht beurteilt und er sei nicht von einer degenerativen alten Pathologie ausgegangen. Diese Aussage werde dadurch belegt, dass es operativ offensichtlich sehr leicht gelungen sei, die retrahierten Sehnen an den anatomischen Ort zurück zu mobilisieren und einen wasserdichten Verschluss zu erzielen. Dies sei spannungsfrei geglückt, so dass der Operateur für die Nachbehandlung sogar die Abnahme des Abduktionskissens zum Duschen habe erlauben können und auf eine Rechtwinkel-Abduktionsschiene gänzlich verzichtet habe. Dies alles wäre nach Ansicht von Prof. F. bei einem vorbestehenden Riss gleicher Grösse durch die fixierte Muskelschrumpfung undenkbar gewesen. Freilich lasse sich dadurch kein exakter Zeitpunkt feststellen, wann der Riss der Supra- und der Infraspinatussehne die vorgefundene Grösse erreicht habe. Es lasse sich dadurch aber ein sehr langes Vorbestehen des Risses ausschliessen. Ein weiterer Hinweis für die Annahme einer traumatischen Ursache ergebe sich aus der aktuellen klinischen Untersuchung. So liesse die volle Funktionstüchtigkeit und - soweit klinisch feststellbar - die weitgehend seitengleiche Kraft des Supraspinatusmuskels einen gravierenden Schaden zumindest dieses Muskels nicht erwarten. Soweit Dr. D. in seinem Bericht festhalte, dass eine Retraktion der Muskeln um über 4 cm mit Sicherheit nicht ein Ergebnis einer akuten Ruptur, die drei Wochen früher stattgefunden habe, sondern die Folge eines länger dauernden Prozesses/Vorzustandes sei, führte Prof. F. aus, dass bei längerem Vorbestehen eines solchen Risses - und nur dann - ein signifikanter Humeruskopfhochstand zu erwarten gewesen wäre. Im Zeitpunkt der Erstaufnahmen am 24. Mai 2009 habe dies nicht vorgelegen, was wiederum mehr für eine frische denn für eine alte Defektform spreche. In seinen Schlussfolgerungen fasste Prof. F. im Wesentlichen zusammen, dass das Ereignis vom 23. Mai 2009 die Supra- und die Infraspinatussehne an der rechten Schulter erreicht und durch die Zugbelastung betroffen habe sowie von seinem Mechanismus und seiner Intensität her geeignet gewesen sei, zu einer Verletzung der genannten Sehnen zu führen. Zudem habe es sich bei der Einwirkung um einen mehr als lebensalltagsüblichen Belastungsvorgang gehandelt. Ein relevanter degenerativer Vorzustand an der Rotatorenmanschette rechts sei nicht überwiegend wahrscheinlich, könne jedoch auch nicht vollständig ausgeschlossen werden; er sei allenfalls möglich. Zumindest stehe fest, dass ein allfälliger Vorzustand vor dem 23. Mai 2009 stumm und symptomlos gewesen und nach dem Ereignis schlagartig eine schwere, schmerzhafte Funktionsstörung belegt sei. Weiter folgerte Prof. F., dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der "full thickness"-Riss der Supra- und der Infraspinatussehne rechts durch das Ereignis vom 23. Mai 2009 verursacht worden sei oder dass, falls ein stummer degenerativer Vorzustand an der Rotatorenmanschette vorgelegen habe, zumindest im Sinne einer Teilkausalität eine wesentliche, über bloss vorübergehende Schmerzauslösung hinausgehende dauerhafte Zustandsverschlechterung der Manschette auf Organebene

ausgelöst worden sei, indem durch das Ereignis vorher noch funktionsintakte Sehnenanteile geschädigt worden seien. Es lägen zudem keine Anzeichen vor, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne das Ereignis vom 23. Mai 2009 etwa im gleichen Zeitraum aus innerer Dynamik oder bei lebensalltäglicher Bagatellbeanspruchung eine Komplettruptur der Supra- und der Infraspinatussehne mit gleicher Ausdehnung aufgetreten wäre. Schliesslich hielt er fest, dass nach aktuellem Befund kein erheblicher und dauerhafter Integritätsschaden nach UVG vorliege. Ein Rückfallmelderecht sei zu wahren, da Fremdkörper (Anker, Nahtmaterial) im Körper geblieben seien. In Beantwortung der durch das Kantonsgericht gestellten Fragen bestätigte Prof. F., dass das Ereignis vom 23. Mai 2009 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine (Teil)- Ursache für die Rotatorenmanschettenruptur darstelle. Weiter hielt er fest, dass degenerative Veränderungen im Zeitpunkt des Unfallereignisses mit dem Wahrscheinlichkeitsgrad des "Möglichen" vorgelegen haben könnten, ohne dass sich in irgendeiner Form feststellen liesse, um welche Veränderungen es sich gehandelt haben könnte. Hingegen überwiege nach Kriterienabwägung bei Weitem die Wahrscheinlichkeit, dass eine Totalruptur von Supra- und Infraspinatussehne der gleichen Ausdehnung zum Zeitpunkt des Ereignisses nicht vorbestanden habe. Sofern ein Vorzustand vorgelegen habe, habe das Ereignis vom 23. Mai 2009 zu einer im medizinischen Sinne dauernden Verschlimmerung durch Rissvergrösserung geführt.

3.3 Die Ausführungen von Prof. F. ergeben somit, dass der Beschwerdeführer beim Ereignis vom 23. Mai 2012 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Rotatorenmanschettenruptur erlitten hat. Damit widerspricht Prof. F. den Angaben von Dr. D., welcher in seinen Stellungnahmen vom 2. November 2009 und 15. März 2010 bekräftigte, dass Rotatorenmanschettenrupturen in fast allen Fällen nicht plötzlich, ergo nicht als Folge einer einmaligen als schädigendes Ereignis zu identifizierenden Einwirkung entstehen würde. Diese Beurteilung von Prof. F. ist nicht zu beanstanden. So setzte er sich im Rahmen der Begutachtung des Beschwerdeführers fundiert mit den vorhandenen medizinischen Berichten und den echtzeitlichen Bildern auseinander. Sodann erörterte er sehr sorgfältig und gewissenhaft die seiner Auffassung widersprechenden Ausführungen von Dr. D.. Er stützte sich hierbei auf eine Vielzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen und kam zum überzeugenden Schluss, dass die meisten dieser Untersuchungen für die individuelle Beurteilung dieses Falles nur bedingt hilfreich seien und schlecht zur Beurteilung der Befallswahrscheinlichkeit bei einem - wie in casu - 52-jährigen Mann herangezogen werden könnten. Gerade gestützt auf das Alter des Beschwerdeführers hielt er - entgegen den Ausführungen von Dr. D. - fest, dass sich auf epidemiologischer Basis das Vorbestehen eines Defektes wie vorgefunden nicht überwiegend wahrscheinlich begründen lasse. Zwar bestätigte Prof. F., dass sich degenerative Veränderungen in Form von Gewebenekrosen, entzündlichen Reaktionen oder Kalkeinlagerungen bei mehr als 50% der Menschen im 5. Lebensjahrzehnt nachweisen lassen würden. Da vorliegend aber nicht eine degenerative Veränderung zum "full thickness"-Riss der Supra- und der Infraspinatussehne führten, seien diese Aussagen nicht zweckmässig. Er erachtete vielmehr die Aussagen der ersten Stunde von Dr. C. als nachvollziehbar, welcher bereits im Operationsbericht vom 15. Juni 2009 die Rotatorenmanschettenruptur als traumatisch bezeichnete. Auch die weitere Beschreibung des Heilungsverlaufs spreche für diese Annahme von Dr. C.. Zudem lasse sich dadurch ein sehr langes Vorbestehen des Risses ausschliessen. Prof. F. widersprach Dr. D. auch in Bezug auf dessen Aussage, dass eine Retraktion der Muskeln um über 4 cm nicht ein Ergebnis einer akuten Ruptur, die drei Wochen früher stattgefunden habe, sondern die

Folge eines länger dauernden Prozesses/Vorzustandes sein müsse. Auch führte er unter Hinweis auf die echtzeitlichen medizinischen Berichte aus, dass im Zeitpunkt der Erstaufnahmen am 24. Mai 2009 keine Hinweise auf ein längeres Vorbestehen des Risses erkennbar gewesen seien. 4.1. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Prof. F. vorliegend überzeugend und nachvollziehbar festgestellt hat, dass die Rotatorenmanschettenruptur der rechten Schulter des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das unfallähnliche Ereignis vom 23. Mai 2009 zurückzuführen ist. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 25. November 2009 ist daher in Bestätigung des ursprünglichen Urteils des Kantonsgerichts vom 22. September 2010 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. 4.2. Gemäss neuer Rechtsprechung des Bundesgerichts (vgl. BGE 137 V 266 E. 4.4.2) ist es mit Art. 45 Abs. 1 ATSG vereinbar, die Kosten für Abklärungsmassnahmen auf den Versicherungsträger zu überwälzen, selbst wenn dieser selbst keine solchen anordnete, diese dann aber für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren. Dies drängt sich vorliegend auf, nachdem nunmehr feststeht, dass die Visana den Sachverhalt im Verwaltungsverfahren zuwenig abklärte, in dem sie sich auf die Ausführungen von Dr. D. stützte, welche nicht plausibel sind. Prof. F. weist in seinem Gerichtsgutachten einleuchtend nach, dass die Rotatorenmanschettenruptur - entgegen der Annahme von Dr. D. und der Visana - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das unfallähnliche Ereignis vom 23. Mai 2009 zurückzuführen ist. Diese medizinische Beurteilung entspricht letztlich derjenigen von Dr. C. , auf welche sich das Kantonsgericht bereits im Urteil vom 22. September 2012 stützte. Es rechtfertigt sich daher, die im Übrigen nachvollziehbaren Kosten in Höhe von Fr. 3'488.45 für die Begutachtung des Beschwerdeführers bei der E. der Visana aufzuerlegen. 5.1 Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. 5.2 Der nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführer beantragt im vorliegenden Verfahren die Übernahme seiner Parteikosten in Höhe von Fr. 4'400.--. Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei zwar Anspruch auf Ersatz ihrer Kosten. Dazu gehören in erster Linie die Kosten für die anwaltliche Vertretung (vgl. Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, Zürich 2009, N 113 zu Art. 61). Ist eine versicherte Person nicht anwaltlich vertreten, werden die aus einem Beschwerdeverfahren entstandenen Kosten nur ausnahmsweise übernommen. Dies ist dann der Fall, wenn es sich bei der zu beurteilenden Streitfrage um einen komplizierten Sachverhalt mit einem hohen Streitwert handelt, wobei der Aufwand denjenigen Rahmen überschreitet, der von der Partei üblicherweise auf sich zu nehmen ist ( Kieser , a.a.O., N 113 zu Art. 61). Da diese Voraussetzungen vorliegend nicht erfüllt sind, sind die durch den Beschwerdeführer geltend gemachten ausserordentlichen Kosten wettzuschlagen. Demgemäss wird e r k a n n t :

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