

GR_GERICHTE S 2017 74 vom 13. Februar 2018

GR Gerichte, 2018-02-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2017_74

FR: GR_GERICHTE S 2017 74 du 13 février 2018

IT: GR_GERICHTE S 2017 74 del 13 febbraio 2018

Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 20

In ihrer Replik vom 17. August 2017 hielt auch die Beschwerdegegnerin 2 an ihren bisherigen Anträgen und Ausführungen fest. Den Ausführungen der Beschwerdegegnerin, wonach die Beurteilung von Dr. med. F. _____ auf unvollständigen Grundlagen beruhen würde, entgegnet sie, bei Dr. med. F. _____ handle es sich um den Operateur der Schulter. Dem- nach beruhe seine Beurteilung nicht nur auf den Akten, sondern auf un- mittelbaren Feststellungen am verletzten Körperteil. Zudem seien bei ei- ner MRI-Untersuchung die Aufnahmen viel höher aufgelöst als bei einer CT-Untersuchung.

E. 21

Duplikando hielt die Beschwerdegegnerin am 29. August 2017 an ihren Rechtsbegehren und Ausführungen fest. Weiter ergänzte sie, Dr. med. F. _____ trage bei seiner Kausalitätsbeurteilung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Unfallkausalität nicht Rechnung. Das Unfallereignis sei nicht geeignet, die behandelte Supraspinatusläsion zu bewirken. Vielmehr wäre hierfür erforderlich gewesen, dass die Beschwerdeführe- rin 2 versucht hätte, sich mit den Armen aufzufangen. Dagegen sprächen nebst der Hergangsschilderung die festgestellten Kontusionen am Ober- arm. Ferner machte sie geltend, der Entscheid des Bundesgerichts 8C_595/2016 vom 2. November 2016 sei sehr wohl einschlägig, äussere sich dieser zur Unfallkausalität von Schulterbeschwerden. Aufgrund der Ausführungen des Bundesgerichts in diesem Entscheid sowie im Ent- scheid 8C_100/2016 vom 17. Mai 2016, auf welchen Erstgenannter ver- weise, erweise sich die Beurteilung von pract. med. G. _____ als über- zeugend. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in den Rechtsschriften und auf den angefochtenen Einspracheentscheid sowie auf die im Recht lie- genden Beweismittel wird, soweit rechtserheblich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

- 10 - Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die Beschwerden S 17 72 und S 17 74 richten sich gegen den nämlichen Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 3. April 2017. Beiden Eingaben liegt derselbe Sachverhalt zugrunde und es stellen sich bei de- ren Beurteilung identische Rechtsfragen, weshalb es sich ohne weiteres rechtfertigt, die beiden Beschwerdeverfahren gestützt auf Art. 6 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100) zu verei- nigen und in einem einzigen Urteil zu erledigen. 2. a) Anfechtungsobjekt der vorliegenden Beschwerden ist der Einspracheent- scheid der Beschwerdegegnerin vom 3. April 2017. Ein solcher Entscheid kann gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversiche- rung (UVG; SR 832.20) i.V.m. Art.

56 Abs. 1 und Art. 58 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) beim Versicherungsgericht desjenigen Kantons angefochten werden, in dem die versicherte Person oder der beschwerdeführende Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Die versicherte Beschwerdeführerin 2 wohnte im massgeblichen Zeitpunkt in X._____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde gegeben ist. Dessen sachliche und funktionelle Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG. Damit ist die Zuständigkeit des angerufenen Gerichts für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache zu bejahen. b) Gemäss Art. 59 ATSG ist zur Beschwerde berechtigt, wer durch den angefochtenen Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung hat. Diese Voraussetzung erfüllt die Beschwerdeführerin 1 als Krankenversicherer der Beschwerdeführerin 2, da der Leistungsansprüche verneinende Einspracheentscheid unmittelbar ihre prinzipielle Leistungspflicht begründet (BGE 134 V 153

- 11 - E.5.3.1). Die Beschwerdeführerin 2 ist als formelle und materielle Adressatin des angefochtenen Entscheides ebenfalls zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdelegitimation der Beschwerdeführerin 1 und 2 ist daher zu bejahen, und auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichten Beschwerden ist einzutreten (Art. 1 UVG i.V.m. Art. 60 und Art. 61 lit. a ATSG). c) Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob zwischen dem Unfall vom 20. August 2016 einerseits und den geklagten Schulterbeschwerden rechts (Läsion der Supraspinatussehne rechts) sowie der Notwendigkeit der Operation vom 30. September 2016 andererseits ein Kausalzusammenhang überwiegend wahrscheinlich (weiter) besteht oder nicht bzw. ob davon ausgegangen werden kann, dass der Status quo sine vel ante per 29. August 2016 mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erreicht war, und die Beschwerdegegnerin daher die im Anschluss an das Unfallereignis vom 20. August 2016 ausgerichteten Versicherungsleistungen zu Recht auf den 30. August 2016 eingestellt hat. 3. Seit dem 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des UVG und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft (Änderung vom 25. September 2015). Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend ereignete sich der fragliche Unfall im August 2016, so dass diesbezüglich grundsätzlich die bis zum 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung finden. Hinsichtlich der für die vorliegenden Verfahren anwendbaren Bestimmungen haben sich indessen mit Inkrafttreten der neuen Rechtssätze keine Änderungen ergeben.

- 12 - 4. a) Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden Versicherungsleistungen des Unfallversicherers bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und der gesundheitlichen Schädigung ein natürlicher und adäquater

Kausalzusammenhang besteht (Urteil des Bundesgerichts 8C_269/2017 vom 13. September 2017 E.4.1 mit Hinweis auf BGE 129 V 177 E.3). Für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität eines Be- schwerdebilds genügt eine Teilursächlichkeit (Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E.4.1 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E.9.5), wobei sich die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversiche- rers auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen erstreckt (Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 E.4.1 mit Hinweis auf den nicht publ. E.3a des Urteils BGE 127 V 491 u.a.). Im Bereich organisch objektiv ausge- wiesener körperlicher Beeinträchtigungen - wie sie vorliegend in Frage stehen - spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversi- cherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 140 V 356 E.3.2; BGE 138 V 248 E.4). b) Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin anfänglich ihre Leis- tungspflicht für die Folgen des Unfalls vom 20. August 2016 und erbrach- te die gesetzlichen Leistungen. Diese Anerkennung der Leistungspflicht durch den Unfallversicherer ist in rechtlicher Hinsicht von Belang. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachge- wiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallver- sicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und

- 13 - 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 Zu- stand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaf- ten 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 im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Mög- lichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Un- falls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tat- frage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfäl- len und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (vgl. zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E.4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_17/2017 vom 4. April 2017 E.2.2). c) Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursäch- lichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (Urteil des Bundesge- richts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E.4.3 mit Hinweisen). Solange je- doch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu über- nehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fal- len. Demnach hat die versicherte Person bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante auch Anspruch auf eine zweckgemässe Behandlung, die auch operative Eingriffe umfassen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E.4.3 mit Hinweisen).

- 14 - d) Im Sozialversicherungsprozess tragen die Parteien in der Regel eine Be- weislast 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 erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess geltenden Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Urteil des Bundesgerichts 8C_17/2017 vom 4. April 2017 E.2.2; BGE 138 V 218 E.6). e) Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Bleiben erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_616/2013 vom 28. Januar 2014 E.2.1 mit Hinweisen). f) Zur Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs sind Sozialversicherungsträger und Sozialversicherungsrichter auf Unterlagen angewiesen, die ihnen vorab von Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist dabei entscheidend, ob der Bericht 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 in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und schliesslich ob die Schlussfolgerun-

- 15 - gen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1; BGE 125 V 351 E.3a). Zur Frage der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen gilt der Grundsatz, dass ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 135 V 465 E.4.4; BGE 125 V 351 E.3b/ee). Soll ein Versicherungsfall aber ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E.4.4; BGE 122 V 157 E.1d). 5. a) Im vorliegenden Fall stützte die Beschwerdegegnerin zur Begründung ihres Einspracheentscheids vom 3. April 2017 vollumfänglich auf die Aktenbeurteilungen von pract. med. G._____ vom 1. November 2016 sowie vom 30. November 2016 ab. So hielt sie im besagten Entscheid fest, gemäss der Beurteilung von pract. med. G._____ sei davon auszugehen, dass die Schulterverletzung nicht überwiegend wahrscheinlich oder bloss im Sinne einer Zufallsursache auf den Sturz vom 20. August 2016 zurückzuführen sei. Diese Einschätzung beruhe auf praktischer Erfahrung und werde durch die medizinische Literatur untermauert, ebenso stehe sie im Einklang mit der Rechtsprechung im Zusammenhang mit Schulterbeschwerden, womit auf diese abgestellt werden könne (Beilagen Beschwerdeführerin 1 [Bf1-act.] 2, Beilagen Beschwerdeführerin 2 [Bf2-act.] 2). b) Vorliegend ist damit zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Aktenbeurteilungen ihres beratenden Arztes, pract. med. G._____, abgestellt hat oder ob die übrigen medizinischen Akten, insbesondere die Berichte des operierenden Arztes, Dr. med. F._____, sowie der Vertrauensärztin der Beschwerdeführerin 2, Dr. med. H._____, daran zumindest geringe Zweifel (vgl. BGE 135 V 465 E.4.4) zu wecken vermögen. In

- 16 - diesem Fall wären weitere Abklärungen erforderlich und seitens der Beschwerdegegnerin vorzunehmen. c) Pract. med. G._____, Facharzt Anästhesiologie und beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Beurteilung vom 30. November 2016 (Bf2-act. 8, Beilagen Beschwerdegegnerin [Bg-act.] 15) in den Vor- bemerkungen aus, eine Rotatorenmanschetten-Ruptur würde bei älteren Menschen nach sog. Bagatelltrauma auftreten, wobei der degenerative Vorschaden der Sehne von Bedeutung sei. Die Ursache hierfür liege darin, dass die Durchblutung der Sehne im Bereich einer sog. "letzten Weisse" der Blutgefäße liege. Dies bedeute, dass es keine Möglichkeiten gebe, Ersatzgefäße einspiessen zu lassen. Somit werde die Durchblutung im Lauf der Jahre nach und nach immer schlechter, was bewirke, dass die Reissfestigkeit der Sehne abnehme. Aber auch wiederkehrende Mikrotraumata (kleinste Verletzungen der Sehnenfasern) z.B. durch Einklemmung der Supraspinatussehne zwischen Oberarmkopf und einem Knochensporn am Unterrand des Schulterdachs (sog. Impingement-Syndrom) oder durch lange chronische Überbelastung könnten eine Rotatorenmanschetten-Ruptur begünstigen. Aus diesen Gründen könne bei älteren Menschen schon eine alltägliche Bewegung, die die mechanische Belastbarkeit des Sehngewebes überschreite, zu einem spontanen Riss im Schultersehnenmantel führen. Pract. med. G._____ kommt alsdann zum Schluss, dass die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin 2 und die Operation vom 30. September 2016 in einem möglichen natürlichen kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 20. August 2016 stünden. Der Status quo sine sei per 29. August 2016 mit dem mittels CT objektiv dokumentierten Nachweises der degenerativen Veränderungen in der Rotatorenmanschette erreicht. d) Dieser Beurteilung steht insbesondere die Einschätzung des Operateurs Dr. med. F._____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in seinem Bericht vom 12. Mai 2017

- 17 - (Bf1-act. 5, Bf2-act. 9) entgegen, in welchem er zur Beurteilung von pract. med. G._____ Stellung nimmt. Darin diagnostizierte er eine transmurale Läsion der Supraspinatussehne rechts mit aktuell Frozen Shoulder und führte aus, dass es sich um eine Verletzung der Rotatorenmanschette handle, welche erst direkt nach dem Unfallereignis vom 20. August 2016 funktionell auffällig gewesen sei. Wenn die vorherige Schulterfunktion ohne Einschränkungen wahrgenommen worden sei und es zu keiner Veranlassung eines vorherigen Arztbesuches geführt habe, müsse letztendlich mit einem kausalen Zusammenhang der strukturellen Veränderungen der Schulteranatomie ausgegangen werden. Es gehe hier nicht um die Beurteilung vorbestehender Veränderungen und aktuelle Verletzungen am AC-Gelenk, sondern um die Rotatorenmanschette selbst. Diese weise praktisch in der kompletten Muskulatur des Subscapularis, Supraspinatus, Infraspinatus und Teres minor gleichwertige muskuläre Schnitte auf, besonders im parasagittalen Schnittbild. Es gebe praktisch in dem Muskel selbst keine muskuläre Verfettung. Lediglich durch die Retraktion der Supraspinatussehne nach Patte Grad II sei der Querschnitt des Supraspinatus auf Höhe der Basis des Coracoids reduziert. Es sei zwar korrekt, dass die Literatur Hinweise gebe, dass Vorschädigungen der Rotatorenmanschette bei über 60-jährigen bis zu 50 % vorliegen könnten. Im Fall der Beschwerdeführerin 2 sei allerdings keine längerfristige degenerative Veränderung des Supraspinatus im Sehnen- sowie im Muskelanteil im MRI nachweisbar. Zusammenfassend hielt Dr. med. F._____ daher fest, dass er die Problematik des Supraspinatus im kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 20. August 2016 nicht nur als möglich, sondern als überwiegend wahrscheinlich einschätze. Daraus ergebe sich mit Sicherheit keine Status quo sine-Situation per 29. August 2016. Eine strukturelle Veränderung der

Rotatorenmanschette mit Abriss könne praktisch keinen Status quo sine ohne operativen Eingriff mit Refixation der Sehne erreichen und mit Sicherheit nicht neun Tage posttraumatisch.

- 18 - e) Der Beurteilung von Dr. med. F._____ schloss sich auch die Vertrauensärztin der Beschwerdeführerin 1, Dr. med. H._____, Rheumatologie und Innere Medizin FMH, vollumfänglich an. Sie hielt in ihrer Beurteilung vom 15. Mai 2017 (Bf1-act. 6) fest, dass sowohl die MRI- und CT- Befundberichte keine Hinweise auf eine relevante vorbestehende degenerative Veränderung der Sehnen zeige. Insbesondere gebe es keine (fettigen) Muskelhypotrophien der Rotatorenmanschetten-Muskulatur, was auf eine vorbestehende nötige Schonung durch Beschwerden der Sehnen hinweisen würde. Damit könne die Beschwerdeführerin 2 nicht dem statistischen Anteil der über 60-jährigen mit relevanten degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschette zugeordnet werden. Im Übrigen hätte ein Status quo ante ohne operativen Eingriff nie erreicht werden können und eine Kontusion der Rotatorenmanschette allein, ohne Riss, könne bereits sechs bis acht Wochen lang Beschwerden verursachen. Zudem machte sie darauf aufmerksam, dass MRI-Befunde häufig nicht mit relevanten objektiven Ausmass der Schädigung in der Arthroskopie korrelieren würden. Daher sei die Stellungnahme des operierenden Arztes Dr. med. F._____ den technischen Untersuchungsergebnissen übergeordnet. Dr. med. H._____ kommt zum Schluss, dass die gesamte Behandlung und die Abklärungen im Anschluss an den Sturz vom 20. August 2016 sowie die Operation der Rotatorenmanschette sowie die postoperative Behandlung in den Zuständigkeitsbereich des Unfallversicherers gehören. 6. a) Vorliegend sind damit divergierende ärztliche Meinungen zur Unfallkausalität der diagnostizierten Ruptur der Supraspinatussehne vorhanden. Während pract. med. G._____ lediglich von einer möglichen Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 20. August 2016 und den geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin 2 sowie der Operation vom 30. September 2016 ausgeht, vertreten die beiden anderen Ärzte, Dr. med. F._____ sowie Dr. med. H._____, die Ansicht, dass die geklag-

- 19 - ten Beschwerden sowie die Operation mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit dem Unfallereignis in einem Kausalzusammenhang stehen. b) Im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Beurteilungen der Ärzte ist zunächst auf den Einwand der Beschwerdegegnerin einzugehen, wonach die Ausführungen von Dr. med. F._____ auf nicht vollständigen Unterlagen beruhen würden, da ihm die Ergebnisse der CT-Untersuchung, welche pract. med. G._____ in seiner Beurteilung vom 30. November 2016 erwähnt habe, nicht vorgelegen hätten. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass sich in den Akten der Beschwerdegegnerin kein CT-Bericht findet. Alsdann geht aus dem Bericht von pract. med. G._____ nicht hervor, wann diese angebliche CT-Untersuchung stattgefunden haben soll (vgl. Bf2-act. 8, Bg-act. 15). Aktenkundig ist, dass er bei seiner ersten Beurteilung vom 1. November 2016 zur Frage des Status quo sine auf die MRI-Untersuchung vom 29. August 2016 Bezug nahm und seiner Ansicht nach der Status quo sine per diesem Datum erreicht sein soll (Bg-act. 10). In seiner Beurteilung vom 30. November 2016 kam er in Bezug auf den Eintritt des Status quo sine nochmals zum selben Schluss wie in der Beurteilung vom 1. November 2016. Aufgrund der Angaben von pract. med. G._____ in seinen Beurteilungen vom 1. November 2016 und 30. November 2016 ist deshalb davon auszugehen, dass er sich auch bei seiner zweiten Beurteilung vom 30. November 2016 ebenfalls auf die MRI-Untersuchung vom 29. August 2016 bezog. Diese hat Dr. med. F._____ vorgelegen, womit der Einwand der Beschwerdegegnerin ins Leere zielt. c) Die

unterschiedlichen Meinungen der Ärzte rühren hauptsächlich daher, dass pract. med. G._____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerative Veränderungen in der Rotatorenmanschette der Beschwerdeführerin 2 als Ursache der Rotatorenmanschetten-Ruptur sieht, was von Dr. med. F._____ sowie Dr. med. H._____ in Abrede gestellt wird. Pract. med. G._____ stellte für die degenerativen Veränderungen bei der Beschwerdeführerin 2 auf die angebliche CT-Untersuchung ab.

- 20 - d) Wie bereits ausgeführt, liegt kein Bericht über eine CT-Untersuchung bei den Akten und es ist äusserst fraglich, ob eine solche überhaupt stattgefunden hat. Aus dem MRI-Befund vom 29. August 2016 geht aber hervor, dass, abgesehen von der transmuralen Ruptur im vorderen/mittleren Anteil der Supraspinatussehne insertionsnahe, die restliche Rotatorenmanschette intakt ist und kein Gewebeschwund sowie keine Knorpeldefekte bestehen. Allerdings weist der Befund eine deutliche AC-Arthrose mit Kapselverdichtung und Ödem und damit degenerative Veränderungen im besagten AC-Gelenk auf (Bf2-act. 4, Bg-act. 4). Dr. med. F._____ und Dr. med. H._____ hielten in ihren Beurteilungen fest, dass im MRI-Befund keine Hinweise auf längerfristige degenerative Veränderungen der Sehnen feststellbar seien. Insbesondere sei im Fall der Beschwerdeführerin 2 keine degenerative Veränderung des Supraspinatus im Sehnen- sowie Muskelanteil im MRI nachweisbar (Bf1-act. 5, Bf1-act. 6, Bf2-act. 9). Damit konnten nach diesen ärztlichen Beurteilungen bildgebend keine degenerativen Veränderungen an den Sehnen festgestellt werden, sondern nur im AC-Gelenk. Auch der Hausarzt der Beschwerdeführerin 2, Dr. med. E._____, Facharzt FMH Innere Medizin, hielt in seinem ärztlichen Zeugnis vom 17. November 2016 zuhanden der Beschwerdegegnerin fest, dass der MRI-Befund keine Atrophie des Muskels als Zeichen einer vorbestehenden Läsion oder Schädigung älteren Datums aufweise (Bf2-act. 7, Bg-act. 13). e) Pract. med. G._____ setzte sich mit dem Umstand, dass an den Sehnen der Beschwerdeführerin 2 keine degenerativen Veränderungen festgestellt werden konnten, in seinen Beurteilungen nicht auseinander (vgl. Bf2-act. 8, Bg-act. 10, Bg-act. 15), obwohl er in seiner Beurteilung vom 30. November 2016 ausführte, dass bei älteren Menschen häufig eine Rotatorenmanschetten-Ruptur nach einem sog. Bagatelltrauma auftreten würde und dabei explizit darauf hinwies, dass hierfür insbesondere der degenerative Vorschaden der Sehnen von Bedeutung sei. Vorliegend

- 21 - sind sich alle beteiligten Ärzte darin einig, dass degenerative Sehnenveränderungen an der Schulter ein weit verbreiteter Befund sind und häufig eine typische Alterserscheinung darstellen, gerade bei über 60-jährigen. Dies ergibt sich auch ohne weiteres aus der medizinischen Fachliteratur (vgl. dazu DEBRUNNER, Orthopädie/Orthopäd Chirurgie, 4. Aufl., 2002/2005, S. 724 ff.). Gemäss den Beurteilungen von Dr. med. F._____ und Dr. med. H._____ konnten nun aber bildgebend genau solche degenerativen Veränderungen an den Sehnen der Beschwerdeführerin 2 eben nicht festgestellt werden, sondern nur solche am AC-Gelenk. Damit erscheinen die Feststellungen von pract. med. G._____ in seiner Beurteilung vom 30. November 2016 nicht schlüssig. f) Entgegen der Argumentation der Beschwerdegegnerin kann damit auch nicht von einer Zufalls- oder Gelegenheitsursache ausgegangen werden. Denn hierfür müsste ein derart labiler prekärer Vorzustand vorgelegen haben, so dass jederzeit mit einem Eintritt der (organischen) Schädigung zu rechnen gewesen wäre, sei es aus eigener Dynamik der pathogenen Schadensanlage oder wegen Ansprechens auf einen beliebigen anderen Zufallsanlass (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_380/2011 vom 20. Oktober 2011 E.4.2.2). Wenn nun aber – wie vorstehend ausgeführt – bei der Beschwerdeführerin 2

bildgebend keine degenerativen Veränderungen der Sehnen festgestellt werden konnten, kann nicht auf einen solchen Vorzustand geschlossen werden. g) Da die Beurteilungen des operierenden Facharztes, Dr. med. F._____, sowie der Vertrauensärztin der Beschwerdeführerin 1, Dr. med. H._____, inhaltlich durchaus einleuchten und der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, pract. med. G._____, in seinen Beurteilungen den Umstand, dass bei der Beschwerdeführerin 2 im MRI keine degenerativen Sehnenveränderungen nachweisbar waren, nicht thematisierte, vermögen sie nach Ansicht des Gerichts zumindest geringe Zweifel an den Beurteilungen von pract. med. G._____ zu wecken. Daher kann zur Beurteilung der

- 22 - Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nicht auf dessen Beurteilungen vom 1. November 2016 (Bg-act. 10) und 30. November 2016 (Bf2-act. 8, Bg-act. 15) abgestellt werden. h) Im Übrigen lassen sowohl der zeitliche Konnex zwischen dem Sturzereignis am 20. August 2016 und der Feststellung der Rotatorenmanschetten-Ruptur als auch die Schilderung des Unfallhergangs durch die Beschwerdeführerin 2 eine Unfallkausalität vermuten. In Bezug auf den zeitlichen Konnex ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin 2 unmittelbar nach dem Sturz am 20. August 2016 relativ starke Schmerzen am rechten Arm verspürte. Anlässlich der ambulanten Erstbehandlung gleichentags im Spital konnten zwar radiologisch keine frischen ossären Läsionen festgestellt werden, jedoch war bereits dazumal die Motorik in der Schulter schmerzbedingt deutlich eingeschränkt (vgl. Bg-act. 5). Zehn Tage später hielt der Hausarzt der Beschwerdeführerin 2, Dr. med. E._____, in seinem Überweisungsschreiben vom 30. August 2016 an Dr. med. F._____ fest, dass sich klinisch bereits Zeichen einer Läsion der Supraspinatussehne gezeigt hätten und sich dies im durchgeführten MRI bestätigt habe (vgl. Bg-act. 3). Weiter geht aus der Schilderung der Beschwerdeführerin 2 gegenüber der Beschwerdegegnerin am 28. Oktober 2016 zum Sturz hervor, dass sie beim Ausrutschen auf dem nassen Boden nach hinten gefallen sei. Damit sie nicht auf den Rücken und Kopf gefallen sei, habe sie probiert, auf die Seite zu fallen und dadurch eine „Drehung“ des Körpers verursacht. Den Arm habe sie nicht mehr ausstrecken oder den Sturz mit Abstützen des Arms verhindern können (vgl. Bg-act. 9). Ebenso berichtete die Beschwerdeführerin 2 bereits am Unfalltag gegenüber den Ärzten im Spital, dass sie direkt seitlich auf den rechten Oberarm gefallen sei (vgl. Bg-act. 5). Demzufolge kann davon ausgegangen werden, dass ein heftiger Aufprall auf die rechte Schulter erfolgte, womit der Sturz grundsätzlich geeignet erscheint, eine Läsion der Supraspinatussehne herbeizuführen.

- 23 - 7. a) Angesichts der gesamten Umstände kommt das Gericht damit zum Schluss, dass die Ausführungen des operierenden Arztes, Dr. med. F._____, sowie der Vertrauensärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. H._____, geeignet sind, zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Einschätzung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin, pract. med. G._____, zu wecken. Für die Frage der Kausalität zwischen dem Unfall vom 20. August 2016 und den geklagten Schulterbeschwerden (im Rahmen der diagnostizierten transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne) bzw. für die Frage des Eintritts des Status quo sine vel ante und in der Folge der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin kann jedoch vorliegend auch nicht auf die Beurteilungen von Dr. med. F._____ vom 12. Mai 2017 (Bf1-act. 5, Bf2-act. 9) und von Dr. med. H._____ vom 15. Mai 2017 (Bf1-act. 6) abgestellt werden. Dies deshalb, da pract. med. G._____ zu deren Ausführungen und damit insbesondere zur entscheidenden Tatsache, dass bei der Beschwerdeführerin 2 bildgebend an der Schulter rechts keine degenerativen Sehnenveränderungen festgestellt werden

konnten, keine Stellung nahm und die Sache damit nicht ausreichend abgeklärt ist. Demzufolge hat die Beschwerdegegnerin ein versicherungsexternes fachärztliches Gutachten zur Frage des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 20. August 2016 und dem Gesundheitsschaden an der rechten Schulter der Beschwerdeführerin 2 (transmurale Ruptur der Supraspinatussehne rechts) sowie der Operation vom 30. September 2016 und – falls ein natürlicher Kausalzusammenhang bejaht wird – zur Frage des Erreichens des medizinischen Endzustands einzuholen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.4). Nach Vorliegen des versicherungsexternen fachärztlichen Gutachtens wird die Beschwerdegegnerin über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen haben. b) Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass die medizinische Beweislage in Bezug auf die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 20. August 2016 einerseits und dem Gesundheitsschaden an der rechten Schulter (transmurale Ruptur der

- 24 - Supraspinatussehne rechts) der Beschwerdeführerin 2 und den daraus resultierenden Beschwerden sowie der Operation vom 30. September 2016 andererseits unvollständig ist und keine zuverlässige Beurteilung erlauben. Die Einstellung der Versicherungsleistungen per 29. August 2016 erweist sich damit als nicht rechens. Die Beschwerde ist folglich gutzuheissen, der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Gelegenheit zur ergänzenden medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

8. a) Gerichtskosten werden vorliegend keine erhoben, da das kantonale Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungsstreitigkeiten gemäss Art. 61 lit. a ATSG grundsätzlich kostenlos ist. b) Die Beschwerdeführerin 1 hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). c) Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuem Entscheid gilt als vollständiges Obsiegen (Urteil des Bundesgerichts 8C_192/2017 vom

E. 25

August 2017 E.8.1), weshalb die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin 2 Anspruch auf eine Parteientschädigung hat. Diese wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Vorliegend hat die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin 2 mit Schreiben vom 31. August 2017 ihre Honorarnote im Umfang von Fr. 2'108.95 eingereicht. Dieser Betrag setzt sich zusammen aus einem Honorar von Fr. 2'047.50 für 9.75 Arbeitsstunden à Fr. 210.-- zuzüglich 3 % Spesen von Fr. 61.45. Der geltend gemachte Arbeitsaufwand von 9.75 Arbeitsstunden erscheint dem Gericht als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin 2 demzufolge im Umfang von Fr. 2'108.95 (inkl. Spesen) aussergerichtlich zu entschädigen.

- 25 - Demnach erkennt das Gericht:

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