

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/9 vom 20. April 2011

Sg Versicherungsgericht, 2011-04-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2010_9

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/9 du 20 avril 2011

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/9 del 20 aprile 2011

Regeste

Art. 17 Abs. 1 ATSG, Art. 6 UVG, Art. 18 Abs. 1 UVG und Art. 21 Abs. 3 UVG, Art. 11 UVV: Änderung der unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen durch einen Rückfall nicht nachgewiesen und damit Voraussetzung für eine Rentenrevision oder Taggeldleistungen nicht erfüllt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. April 2011, UV 2010/9).

Erwägungen

E. 1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Suva die Voraussetzungen für eine Erhöhung der Invalidenrente des Beschwerdeführers und seinen Anspruch auf die Ausrichtung von Taggeldern zu Recht verneint hat. Soweit der Beschwerdeführer die Erhöhung der Integritätsentschädigung und die Übernahme weiterer Heilungskosten geltend macht, kann auf die Beschwerde nicht eingetreten werden. Diese Leistungen waren nicht Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids und können mithin auch nicht Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens sein (vgl. BGE 125 V 413, bestätigt in BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 64f. und in BGE 134 V 418 E. 5.2.1 S. 426).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen ihrer Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20), insbesondere bei Rückfällen und Spätfolgen gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202), das Erfordernis des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der beim Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung sowie die Regelung der diesbezüglichen Beweisfragen zutreffend dargestellt (E. 1.a). Darauf kann verwiesen werden. Das gilt auch für ihre Ausführungen bezüglich Anspruchs auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung (Art. 18 Abs. 1 UVG) und deren allfällige Revision gemäss Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1; E. 1.b). Eine Änderung des Invaliditätsgrads setzt nach Gesetzeswortlaut und Rechtsprechung eine Änderung der anspruchsbegründenden Tatsachen voraus. Wird, wie vorliegend, eine Änderung des Gesundheitszustands geltend gemacht, sind lediglich Änderungen massgebend, die die versicherte Gesundheitsschädigung betreffen. Es bedarf mithin neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zum damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben (vgl. SVR 2004 IV Nr. 17 S. 53 [I 526/02] E. 2.4 und U. Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl.

2009, N 16 f. zu Art. 17). 2.2 Ergänzend ist zum Anspruch auf Taggeldleistungen nach Festsetzung einer Invalidenrente der Unfallversicherung festzuhalten, dass ein solcher die ärztliche Behandlung von Unfallfolgen (im Sinn eines Rückfalls oder von Spätfolgen bzw. auf Anordnung des Unfallversicherers [vgl. Art. 21 Abs. 2 UVG]) sowie eine dadurch bedingte Verdiensteinbusse voraussetzt (vgl. Art. 21 Abs. 3 UVG und Urteil des Bundesgerichts 8C_34/2008 vom 7. November 2008). 2.3 Zum Beweiswert ärztlicher Berichte ist ebenfalls ergänzend festzuhalten, dass nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung entscheidend ist, ob ein ärztlicher Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 465 E. 4 S. 467 ff. und BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353f., je mit Hinweisen). Art. 8 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK geben keinen formellen Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.7 S. 471, RKUV 1997 U 281 E. 1a S. 281f.). - Berichte von behandelnden Ärztinnen und Ärzten verfolgen in der Regel nicht den Zweck, zu einem medizinischen Sachverhalt abschliessend Stellung zu nehmen und eine objektive Beurteilung von Versicherungsansprüchen zu erlauben, denn diese Fachpersonen sind auf die Behandlung konzentriert. Aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung sagen sie im Zweifelsfall auch eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aus. Dennoch ist ihre Berichterstattung korrekt zu würdigen und sind Anhaltspunkte zu beachten, die die Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen als nicht schlüssig erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.5 f. S. 470 f.; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_907/2009 vom 12. Februar 2010 E. 1.1).

E. 3

3.1 Auszugehen ist von den unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen im Zeitpunkt, in welchem die Rente rechtskräftig gewährt bzw. materiell bestätigt worden ist (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.2 am Ende S. 351). Diese sind einerseits im Bericht über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung von Dr. C.____ vom 22. September 2004 (UV-act. II/163), andererseits im von der Invalidenversicherung in Auftrag gegebenen Gutachten des Ärztlichen Begutachtungsinstituts (ABI), Basel, vom 21. Juni 2005 (UV-act. II/207) dokumentiert, wobei letzteres nicht zwischen unfallkausalen und unfallfremden Gesundheitsbeeinträchtigungen unterscheidet. Bildgebend wurde die Situation an der rechten Schulter durch Arthro-MRI dokumentiert, die Dr. med. H.____,

Facharzt FMH für Radiologie, am 13. August 2001 (UV-act. II/2) und am 4. Januar 2002 (UV-act. II/17) angefertigt hatte. Bereits in den ersten Aufnahmen vom 13. August 2001, 17 Tage nach dem Unfall vom 27. Juli 2001, wurde auch eine hypertrophierende Acromioclaviculararthrose mit Tiefstand des Acromions und Einengung des subacromialen Raums festgestellt (UV-act. II/2). Damit ist jedenfalls ein degenerativer Vorzustand dokumentiert.

3.2 Der medizinische Sachverhalt im Zeitpunkt der Neubeurteilung, der mit der Ausgangslage zu vergleichen ist, ist im Bericht von Kreisarzt Prof. Dr. F.____ vom 5. Oktober 2009 (UV-act. I/160) und im wiederum von der Invalidenversicherung in Auftrag gegebenen zweiten ABI-Gutachten vom 22. Oktober 2009 dargelegt (UV-act. I/163; dieses unterscheidet ebenfalls nicht zwischen unfallkausalen und unfallfremden Gesundheitsbeeinträchtigungen). An Kernspintomographien (Arthro-MRI) der rechten Schulter liegen die am 26. Juli 2007 durch Dr. H.____ angefertigte (UV-act. I/91) sowie diejenige vom 23. Dezember 2008 von Dr. G.____ vor (UV-act. I/140.1). Dr. H.____ berichtete am 26. Juli 2007 über stärkere Veränderungen an den betroffenen Sehnen (Subscapularis- und Supraspinatussehne) gegenüber der Voruntersuchung vom 4. Januar 2002 (UV-act. II/17; und damit indirekt auch gegenüber der Erstuntersuchung vom 13. August 2001 [UV-act. II/2]). Dr. G.____ schilderte aufgrund des Arthro-MRI vom 23. Dezember 2008 erhebliche degenerative Veränderungen im rechten Schultergelenk, machte aber keinen Vergleich mit früheren Aufnahmen. - Den Sachverhalt, insbesondere die Feststellungen von Dr. G.____, interpretierten Prof. Dr. F.____ und Dr. D.____ unterschiedlich:

3.2.1 Sowohl in seinem Bericht vom 14. Mai 2008 als auch in der Stellungnahme vom 30. Dezember 2008, beide an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gerichtet (UV-act. I/110, I/140.2), bezeichnete Dr. D.____ die Beschwerden am rechten Schultergelenk als Folge eines unfallbedingten degenerativen Prozesses. Eine eigentliche Begründung, weshalb alle Gesundheitsbeeinträchtigungen auf den Unfall zurückzuführen seien, lieferte der behandelnde Chirurg nicht. Vielmehr stützte er sich auf die Angaben seines Patienten, neu vermehrt Schmerzen in der rechten Schulter zu haben. Damit argumentierte er nach der Formel, Gesundheitsbeeinträchtigungen müssten unfallbedingt sein, wenn sie vor dem Unfall keine Beschwerden verursacht hatten ("post hoc ergo propter hoc"), die nach ständiger Rechtsprechung beweisrechtlich für sich allein nicht ergiebig ist (vgl. SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007] E. 7.2.4 S. 54 mit Hinweisen). Er liess in seiner Beurteilung insbesondere ausser Acht, dass bereits im Arthro-MRI vom 13. August 2001 eine hypertrophierende (= Zellwachstum bewirkende Grössenzunahme, vgl. Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. 2003, S. 884 zum Begriff "Hypertrophie") Acromioclaviculararthrose dokumentiert worden war (UV-act. II/2), womit seine Annahme, die vermehrten Beschwerden in der Schultergelenksregion seien unfallbedingt, widerlegt ist. - Soweit Dr. D.____ in der Stellungnahme vom 14. Mai 2008 schrieb, Dr. med. I.____, Fachärztin FMH für Neurologie, führe in ihrem Bericht vom 31. März 2008 (UV-act. I/118) die Schulter-/ Armbeschwerden auf den Unfall zurück, interpretierte er sie fehl. Sie kam aufgrund der neurologischen und elektrophysiologischen Untersuchung lediglich zum Schluss, die Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit der rechten oberen Extremität sei zum überwiegenden Anteil auf die schmerzhafte Einschränkung der Schulterbeweglichkeit und nicht auf eine neurogene Läsion zurückzuführen. Eine Aussage über eine Unfallkausalität irgendwelcher Befunde machte die Neurologin nicht. - Einzig mit dem schriftlichen Vorschlag vom 2. April 2009 an den Kreisarzt (UV-act. I/147), beim Beschwerdeführer eine arthroskopische Schulteroperation durchzuführen, nahm Dr. D.____ keine ausdrückliche Kausalitätszuordnung vor. Vielmehr erklärte er die zunehmenden

Schulter Schmerzen seines Patienten, mit Ausstrahlung in den Oberarm und Richtung Nacken, mit der durch MRI gesicherten Diagnose der hypertrophen Acromioclavicular-Gelenksarthrose und der Bizepssehnenluxation bei bekannter Intervallläsion. (Dr. G. ___ hatte im Bericht vom 24. Dezember 2008 [UV-act. I/140.1] allerdings lediglich eine diskrete bzw. leichtgradige Subluxation der Bizepssehne nach medial beschrieben.) Aus dieser Anfrage des behandelnden Chirurgen darf geschlossen werden, dass auch für ihn die Arthrose des Acromioclaviculargelenks im Vordergrund stand.

3.2.2 Prof. Dr. F. ___ führte in seinem Bericht vom 5. Oktober 2009 zur Frage, ob gegenüber der Situation im Zeitpunkt der Beurteilung des Integritätsschadens bzw. der Zumutbarkeit im September 2004 eine unfallbedingte Verschlimmerung nachgewiesen werden könne, wörtlich aus (UV-act. I/160; S. 6): "Konnte seinerzeit von einer isolierten posttraumatischen Subscapularissehnenpathologie ausgegangen werden, so hat sich über die Jahre hinweg eine zusätzliche Schädigung des rechten Schultergelenks ergeben durch eine ausgeprägte arthrotische Entwicklung des Acromioclaviculargelenkes. Fernerhin ein Auftreten eines Sporns am Acromion mit entsprechender negativer Auswirkung auf die Supraspinatussehne, schliesslich ein im MRI vom Dezember 2008 ins Auge fallender Humeruskopfhochstand. Da zwischenzeitlich kein Unfall die rechte Schulter getroffen hat, ist diese Entwicklung als eigenständiges degeneratives Leiden zu interpretieren und kann nicht mehr mit dem Unfall des Jahres 2001 in Zusammenhang gebracht werden. Seinerzeit ist eine definierte Struktur, im Prinzip nur die Subscapularissehne, gerissen: die hinzugekommenen Pathologien sind degenerativer Art, eine Entwicklung wie sie typisch ist für die früher beliebte Namensgebung als Periarthropathia humero scapularis." Damit brachte der Kreisarzt klar zum Ausdruck, dass er die Zunahme der Schulterschmerzen des Beschwerdeführers auf das degenerative Geschehen zurückführte, welches unabhängig von den reinen Unfallfolgen weiter vorangeschritten war.

3.2.3 Dr. D. ___ und Prof. Dr. F. ___ waren sich in ihren Beurteilungen somit grundsätzlich einig, dass sich ein degeneratives Geschehen in der rechten Schulter des Beschwerdeführers weiterentwickelte und Ursache der zunehmenden Schmerzen war. Unterschiedlich sind einzig die ursächlichen Zuordnungen, die die beiden Ärzte vornehmen. Für die Beurteilung von Prof. Dr. F. ___ spricht, dass die Arthrose des Acromioclaviculargelenks als Vorzustand dokumentiert ist. Zudem zeigte sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits beim Unfall vom 27. Juli 2001 ein typisches Geschehen, bei dem eine bereits vorgeschädigte Sehne riss (vgl. A. Debrunner, Orthopädie - Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2002, zur Ruptur der Rotatorenmanschette S. 728, wonach bei Männern ab etwa 50 Jahren, aber auch bei Frauen, Degenerationen der Rotatorenmanschette mit Rissbildungen sehr häufig, in der Regel aber symptomlos sind; solche vorgeschädigten Sehnen bei geringem Anlass, aber auch spontan, reissen können, was hingegen bei gesunden Sehnen nie vorkomme). Weiter wird die Beurteilung von Prof. Dr. F. ___ auch durch die rheumatologische Beurteilung von Dr. med. J. ___, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, im zweiten ABI-Gutachten vom 22. Oktober 2009 gestützt (UV-act. I/163). Darin führt er unter anderem aus: "Im Weiteren bestehen chronische therapieresistente Schulterschmerzen rechts. Ein Verlaufs-Arthro-MRI der rechten Schulter ergab die oben erwähnten deutlich pathologischen Befunde der Rotatorenmanschette bei zusätzlich deutlich hypertropher Acromioclavicular-Gelenksarthrose, was eine klare Disposition für eine subacromiale Kompression darstellt mit nachfolgend weiterer chronischer Traumatisierung der Supraspinatussehne. (...)" (UV-act. I/163 S. 24). Während die Stellungnahme von Prof. Dr. F. ___ damit zusätzlich plausibilisiert wird, ist den Akten, insbesondere den

Ausführungen medizinischer Fachpersonen, kein Hinweis zu entnehmen, der den Standpunkt von Dr. D.____ stützen würde. 3.2.4 Aus den Ausführungen von Dr. J.____ im zweiten ABI-Gutachten zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 75% für eine leichte, körperlich wechselbelastende berufliche Tätigkeit (UV-act. I/163 S. 25 f.) lässt sich für das vorliegende Verfahren nichts ableiten. Die Beurteilung des Rheumatologen bezieht sich unmissverständlich auf die gesamten rheumatologischen Einschränkungen des Beschwerdeführers im Begutachtungszeitpunkt; er unterscheidet nicht zwischen unfallbedingten und unfallfremden Ursachen der Arbeitsunfähigkeit. 3.2.5 Auch die konsiliarischen Stellungnahmen von Dr. E.____ vom 10. September 2007 und 18. August 2008 lassen keine Schlüsse zur Unfallkausalität der beurteilten Gesundheitsbeeinträchtigungen zu (UV-act. I/88, I/123 bzw. I/126). Er nimmt in seinen Ausführungen einzig zur Indikation einer operativen Behandlung der rechten Schulter Stellung, jedoch nicht zur Ursache der Läsionen. 3.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass vom fortschreitenden Geschehen an der rechten Schulter nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass es auf den Unfall zurückzuführen ist. Da von weiteren medizinischen Abklärungen keine neuen einschlägigen Erkenntnisse zu erwarten sind, kann darauf verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 131 I 153 E. 3 S. 157 und Urteil des Bundesgerichts 8C_956/2009 vom 9. März 2010 E. 4.2, je mit Hinweisen). Da eine Veränderung des auf einen oder beide Unfälle zurückzuführenden Gesundheitszustands nicht nachgewiesen ist, fehlt es an der Voraussetzung für eine Rentenrevision. Die Beschwerdegegnerin hat diese somit zu Recht abgelehnt.

E. 4

Die Verschlechterung der Situation an der rechten Schulter ist - wie vorstehend ausgeführt (E. 3.2) - nicht auf den Unfall zurückzuführen. Die Bedürftigkeit für eine operative Behandlung wird nach der übereinstimmenden Beurteilung von Dr. E.____ (UV-act. I/88, I/123 bzw. I/126) und Kreisarzt Dr. C.____ (UV-act. I/149) verneint. Selbst wenn man jedoch vom Gegenteil ausginge, wäre neben der Behandlungsbedürftigkeit eine dadurch bedingte Verdiensteinbusse Voraussetzung für einen Taggeldanspruch nach Festsetzung der Invalidenrente (vgl. Art. 21 Abs. 3 UVG und E. 2.2). Der Beschwerdeführer macht jedoch in keiner Weise geltend, er habe nach Festsetzung der Invalidenrente weiterhin eine Arbeitstätigkeit ausgeübt (vgl. UV-act. I/88 S. 2, I/160). Entsprechend könnte auch keine Verdiensteinbusse resultieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_34/2008 vom 7. November 2008), womit auch die zweite Tatbestandsvoraussetzung fehlen würde. Ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Taggeldleistungen ist daher ohne weiteres zu verneinen.

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.