

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/20 vom 4. März 2014

Sg Versicherungsgericht, 2014-03-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2013_20

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/20 du 4 mars 2014

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/20 del 4 marzo 2014

Regeste

Art. 6 Abs. 1 UVG, Art. 11 UVV: Verneinung der Rückfallkausalität mangels Nachweis organisch struktureller, nicht reversibler Unfallläsionen nach Kontusion der rechten Schulter im Grundfall (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kanton St. Gallen vom 4. März 2014, UV 2013/20). Ziff. 3 des Entscheids (Zusprechung Parteientschädigung) Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_284/2014.

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtliche Voraussetzung der für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen natürlichen und adäquaten Kausalität zwischen Unfall und in dessen Folge aufgetretener Gesundheitsschädigung (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; BGE 129 V 181 E. 3) sowie die Leistungspflicht bei Rückfällen (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]) zutreffend dar; darauf ist zu verweisen. Die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs erfolgt aufgrund der Feststellungen bei den medizinischen Untersuchungen und ist Aufgabe des Arztes oder der Ärztin. Demgegenüber obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 und 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat allerdings die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a).

1.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerung des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Insofern sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten einholen, beweistauglich, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert wird (BGE 125 V 352 E. 3). Auch Berichte aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. G.____ und Dr. I.____ erstellt wurden, sind nicht an sich unzuverlässig, wenn genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95). 1.3 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers legte mit der Beschwerde einen Untersuchungsbericht von Dr. E.____ vom 1. März 2013 vor, dem zu entnehmen war,

dass neue Röntgenbilder vorliegen würden. Die Beschwerdegegnerin beantragte daraufhin unter anderem beim Versicherungsgericht mit Schreiben vom 24. April 2013 die Edition dieser Röntgenbilder und stellte ein Sistierungsbegehren. Es sei erforderlich, in die genannten Röntgenbilder und den dazugehörigen Befundbericht Einsicht zu nehmen bzw. diese hinsichtlich Rückfallkausalität medizinisch prüfen und einen Vergleich zum früheren MRI-Untersuchungsergebnis vom 17. April 2008 erstellen zu lassen. In diesem Zusammenhang werde auch zu prüfen sein, ob allenfalls eine Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) zu erfolgen habe (vgl. Suva-act. 37).

Nachdem Empfang der neuen Röntgenbilder und des MRI-Untersuchungsergebnisses vom 17. April 2008 holte die Beschwerdegegnerin sodann während des laufenden Verfahrens, d.h. pendente lite, die orthopädische Beurteilung von Dr. I. ___ vom 30. Juli 2013 zu den Fragen - Stehen die seit Ende März 2012 geklagten Beschwerden an der rechten Schulter mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 7. Mai 2007? Wenn ja, weshalb und auf welche objektivierbaren organischen Unfallfolgen sind diese zurückzuführen? Wenn nein, weshalb nicht? (Suva-act. 46) - ein. Grundsätzlich kommt der Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht als ordentlichem Rechtsmittel Devolutiveffekt zu; die Behandlung der Sache geht also mit Einreichung der Beschwerde auf die Beschwerdeinstanz über. Insoweit ist es dem Versicherungsträger grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung der Beschwerde weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen; nach der Rechtsprechung sind lediglich punktuelle Abklärungen (wie z.B. Einholen von Bestätigungen oder Rückfragen) zugelassen (vgl. BGE 127 V 232 f.; U. Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich 2009, Art. 61 Rz. 73). Zwar erwies sich eine fachärztliche Einsichtnahme in die zum Entscheidzeitpunkt noch nicht existierenden medizinischen Akten als angemessen, um die Rückfallkausalität oder allenfalls eine Wiedererwägung zu beurteilen. Dennoch gilt es festzustellen, dass die 14-seitige orthopädische Beurteilung von Dr. I. ___ massgebend differenzierter und ausführlicher abgefasst ist, als die kreisärztliche Beurteilung von Prof. G. ___ vom 17. Juli 2012 (Suva-act. 20) und die Kausalitätsfrage darin nochmals umfassend und detailliert geprüft wurde. Mit der fraglichen Beurteilung ist der Devolutiveffekt und die obgenannte bundesgerichtliche Rechtsprechung damit als verletzt zu betrachten. Aus verfahrensökonomischen Überlegungen rechtfertigt es sich jedoch, die Beurteilung von Dr. I. ___ ungeachtet dessen im vorliegenden Beschwerdeverfahren zu berücksichtigen. Der Rechtsvertreter konnte sich nachträglich zur orthopädischen Beurteilung von Dr. I. ___ im Rahmen des vom Versicherungsgericht angeordneten zweiten Schriftenwechsels äussern, womit auch dem Anspruch auf rechtliches Gehör Genüge getan ist (vgl. dazu Urteil des EVG vom 29. April 2003, I 679/02, E. 1.3).

1.4 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 183 f. E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Bei der hinsichtlich Rückfall zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen

Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezüglichen Konsequenzen bei Beweislosigkeit trägt damit die versicherte Person. Diese Beweisregel greift jedoch erst Platz, wenn im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes kein wahrscheinlicher (die blossе Möglichkeit genügt nicht; BGE 117 V 360 E. 4a mit Hinweisen) Sachverhalt ermittelt werden kann (RKUV 1994 Nr. U 206 S.328 E. 3b, RKUV 1990 Nr. U 86 S. 50; A. Rumo-Jungo/A.P. Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf, S. 29; A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich 2012, S. 78 f.).

E. 2

Streitig und zu prüfen ist, ob zwischen den am 27. März 2012 gemeldeten Beschwerden in der rechten Schulter des Beschwerdeführers und seinem am 7. Mai 2007 erlittenen Sturz, wobei er sich zweimal die rechte Schulter angeschlagen hat, ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, so dass ein Rückfall bejaht werden kann. Während die Beschwerdegegnerin insbesondere gestützt auf die orthopädische Beurteilung von Dr. I.____ vom 30. Juli 2013 (Suva-act. 46) davon ausgeht, die natürliche Kausalität zwischen den fraglichen Schulterbeschwerden und dem Unfall vom 7. Mai 2007 sei nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, stellt sich der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in erster Linie gestützt auf das Arztzeugnis UVG von Dr. C.____ vom 17. April 2012 (Suva-act. 12) und den Bericht von Dr. E.____ vom 1. März 2013 (Suva-act. 36) auf den Standpunkt, der Unfall spiele für die fragliche Schulterproblematik mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine kausale Rolle.

E. 3

3.1 Im Zusammenhang mit der Kausalitätsfrage gilt es zunächst noch einmal einen Blick auf den Grundfall zu werfen. Die bei einem Unfall erlittene Verletzung, welche durch die Unfalldiagnose beschrieben wird, bildet den massgebenden Ausgangspunkt für die Beurteilung traumatischer Folgeschäden. Entsprechend wesentlich sind die unmittelbar nach dem Unfall sowie die insgesamt im Rahmen des Grundfalls erhobenen Befunde und Beschwerden. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten (BGE 134 V 231) - apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2).

E. 3.2

3.2.1 Dr. C.____ erhob anlässlich der Erstbehandlung vom 30. Mai 2007 die Befunde einer Druckdolenz über dem AC-Gelenk, Schmerzen beim Crossover Griff sowie eine Beweglichkeitseinschränkung des Schultergelenks. Die von ihm durchgeführte röntgenologische Untersuchung brachte keine Auffälligkeiten hervor. Als Diagnose vermerkte Dr. C.____ eine AC-Luxation Tossy I mit sekundärer Frozen Shoulder (Suva-act. 5). Im Rahmen der in der Klinik Stephanshorn am 17. April 2008 durchgeführten MRI-Untersuchung der rechten Schulter zeigten sich sodann organische Substrate in Form einer leicht- bis mässiggradigen Tendinopathie der Sehne des Musculus supraspinatus mit

Verdacht auf eine humeruskopfnah, kurzstreckige Partialruptur im mittleren/dorsalen Drittel, in Form eines leichtgradigen eingeengten Subacromialraums, zusammen mit dem Befund der Sehne des Musculus supraspinatus vereinbar mit einem Impingement, und einer leichtgradigen Tendinopathie der Sehne des Musculus subscapularis sowie eines AC-Gelenks mit leichtgradiger Arthrose (Suva-act. 6).

3.2.2 Die Beschwerdegegnerin anerkannte im Grundfall einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers. Dass er wegen des Unfalls an vorübergehenden Schmerzen und Einschränkungen litt, wurde demnach im Grundfall nicht in Frage gestellt. Entsprechend hält Dr. I.____ in seiner orthopädischen Beurteilung vom 30. Juli 2013 fest, die Angaben zum Unfallmechanismus - in der Schadenmeldung vom 18. Juni 2007 wird eine zweimalige Kontusion der rechten Schulter beschrieben (Suva-act. 1) - und der 23 Tage später erhobene klinische Befund würden auf eine mögliche Gewalteinwirkung auf das rechte Schultergelenk hinweisen (Suva-act. 46). Allein wegen dieser Kontusionen lassen sich jedoch keine fortdauernden unfallkausalen Beschwerden erklären. Bei einer Kontusion handelt es sich um eine Weichteilverletzung ohne strukturelle Schädigung der Gelenke und Knochen, die auch bei Vorliegen degenerativer Vorzustände nach der medizinischen Erfahrung ohne spezifische Behandlung immer innert kurzer Zeit folgenlos ausheilt und bei der sich die damit verbundenen Beschwerden demzufolge gänzlich zurückbilden (Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 412). Insofern äussert sich Dr. I.____ notwendigerweise ausführlich zu den einzelnen, beim Beschwerdeführer im Grundfall radiologisch erhobenen organischen Substraten und zur damals gestellten Diagnose (AC-Luxation Tossy I, Frozen shoulder, acromioclaviculäre Arthrose; Suva-act. 46) bzw. eruiert er gestützt darauf das Vorliegen relevanter unfallkausaler somatischer Befunde im Sinn struktureller Veränderungen.

3.2.3 Laut Dr. I.____ können Beschwerden im Bereich des AC-Gelenks bzw. Schultergelenks traumatischen und degenerativen Ursprungs sein. Verletzungsgefährdend seien insbesondere Kontaktsportarten und Stürze mit direktem Anprall. Degenerative Veränderungen seien Folge des natürlichen Alterns, könnten jedoch auch aufgrund häufiger, chronischer Überbeanspruchung resultieren. Verletzungen des Schultergelenks seien aufgrund des klinischen Befunds und der radiologischen Bildgebung zu klassifizieren. Die gebräuchlichste Einteilung basiere auf Tossy mit drei Typen. Typ I sei definiert als Zerrung der Bänder zwischen Schulterdach und Schlüsselbein. Erst ab Typ II komme es zu strukturellen Verletzungen und Zerreissungen, welche bei Typ III auch die Bänder zwischen Rabenschnabelfortsatz und Schlüsselbein betreffen würden. Die Diagnose einer Typ I-Verletzung stütze sich ausschliesslich auf Anamnese und Befund, die Bildgebung zeige keine Auffälligkeit. Eine Luxation, d.h. eine Verrenkung zweier durch Gelenk verbundener Knochenenden zueinander, sei daher definitionsgemäss bei einer Schultergelenkverletzung Typ I nicht gegeben. Es herrsche allgemein Einigkeit in der Empfehlung, dass Verletzungen vom Typ I konservativ zu behandeln seien. In Bezug auf die Frozen shoulder führt Dr. I.____ sodann allgemein aus, dass in der Literatur kaum eine Entität seitens der Ätiologie, der Diagnostik und der Therapie so schillernd dargestellt worden sei. Laut medizinischer Literatur sei die Frozen shoulder eine gutartige, eigenständige Erkrankung mit schleichendem Beginn und regelmässigem Ablauf. Der führende klinische Befund sei die Reduktion der aktiven und passiven Beweglichkeit, welche stadienabhängig von starken Schmerzen begleitet, und wobei vor allem die Rotation betroffen sei. Die Diagnose sei primär klinisch zu stellen. Unterschieden würden primäre und sekundäre Formen. Bei der primären Schultersteife sei die Ursache bekannt; Häufungen in Verbindung mit Stoffwechselerkrankungen seien

beschrieben. Bei den sekundären Formen seien Verletzungen oder Operationen der Schultersteife vorausgegangen. Entscheidend für die Diagnose einer adhäsiven Frozen shoulder sei die sorgfältige körperliche Untersuchung mit klar zwischen globaler und rein glenohumeraler Beweglichkeit differenzierenden Befunden (Suva-act. 46 S. 7 f.). 3.2.4

Dr. I. ___ zieht sodann aus seinen allgemeinen medizinischen Darlegungen Schlussfolgerungen in Bezug auf den vorliegenden Fall bzw. weist auf die widersprüchliche Diagnose von Dr. C. ___ - Tossy Typ I/Luxation - und Unzulänglichkeiten hinsichtlich der Diagnose "Frozen shoulder" hin. Terminologisch und pathoanatomisch sei bezüglich einer Typ I-Verletzung Wert auf die Feststellung zu legen, dass es sich hierbei definitionsgemäss nicht um eine Luxation, d.h. eine Verrenkung des Gelenks handle, sondern lediglich um eine Zerrung der gelenkstabilisierenden Bänder zwischen Schulterdach und Schlüsselbein. Dr. I. ___ anerkennt also eine Typ I-Verletzung, nicht jedoch eine Luxation. Eine solche sei aufgrund der vorliegenden Dokumente als Folge des Geschehens vom 7. Mai 2007 unwahrscheinlich. Diese Schlussfolgerung ist mit Blick auf die auch von Dr. C. ___ gestellte Diagnose bzw. Einstufung der Verletzung Typ I überzeugend begründet und erscheint als nachvollziehbar. Die Diagnose einer "blossen" Zerrung wird dadurch gestützt, dass eine Erstbehandlung bei Dr. C. ___ erst rund drei Wochen nach dem Unfall stattfand, der Unfall vom 7. Mai 2007 keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte, die Verletzung konservativ mit Physiotherapie und Analgesie therapiert wurde und am 28. November 2007 der Behandlungsabschluss bei Dr. C. ___ erfolgte. Auch Dr. E. ___ hält schliesslich in seinem Bericht vom 1. März 2013 fest, dass anlässlich seiner Untersuchung vom 22. April 2008 im MRI eine Verletzung des AC-Gelenks im Sinne einer Verletzung nach Tossy I vorgelegen habe (act. G 1.8). Die von Dr. C. ___ erhobene und offensichtlich Grundlage der weiteren Teildiagnose der sekundären Frozen shoulder bildende eingeschränkte Beweglichkeit des Schultergelenks ist sodann laut Dr. I. ___ nicht durch differenzierte Befunde belegt. Dem Einwand des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers in der Replik vom 27. September 2013, das Erstellen eines Bewegungsstatus werde üblicherweise nur im Rahmen eines Gutachtens erstellt und sei keinesfalls Teil einer ärztlichen Routineuntersuchung, kann nicht generell gefolgt werden, womit der Hinweis von Dr. I. ___ als Unzulänglichkeit bestehen bleibt. Die Diagnose ist die genaue Zuordnung von Befunden - diagnostischen Zeichen oder Symptomen - zu einem Krankheitsbegriff. Anders gesagt bedingt eine positive Diagnose, dass die erhobenen anamnestischen Angaben und/oder Befunde spezifisch für ein Krankheitsbild sind. Sind sie hierfür nicht ausreichend, werden in der Regel weitere Untersuchungen zur Diagnosesicherung notwendig (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl. Berlin 2012, S. 473; Roche Lexikon Medizin, a.a.O. S. 424). Insofern ist es Aufgabe jedes untersuchenden, eine Diagnose stellenden Arztes, vorab die Befunde zu erheben und diese bei Erstellen eines Arztberichts lückenlos anzuführen. Zwar soll damit nicht eine damalige Beweglichkeitseinschränkung in Abrede gestellt werden, jedoch das konkrete Vorliegen einer Frozen shoulder, deren Diagnose offensichtlich eine feststehende schmerzhafte Beweglichkeitseinschränkung voraussetzt (vgl. dazu auch Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2011, 262. Aufl. Berlin 2010, S. 1579, unter "Periarthropathia humeroscapularis"). 3.2.5 Eine Arthrose - wie sie anlässlich der MRI-Untersuchung vom 17. April 2008 im Bereich des AC-Gelenks ebenfalls erhoben wurde - kann sodann definitionsgemäss keine primäre Unfallverletzung, sondern einzig eine degenerative Erkrankung sein, bei welcher grundsätzlich beide von den Verfahrensparteien vertretenen Kausalitäten denkbar sind. Auf diese Weise kann eine Arthrose sowohl im Rahmen eines normalen Alterungsprozesses oder durch Überbeanspruchung entstehen, aber

auch als unfallkausaler Gesundheitsschaden sekundär, d.h. als Spätfolge einer primären Verletzung - hauptsächlich nach einer schlecht verheilten intraartikulären Fraktur, geheilt ohne anatomisch exakte Reposition - auftreten (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 579 ff., S. 700 f., S. 735; Pschyrembel, a.a.O., S. 172 f.). Der Beschwerdeführer erlitt jedoch laut radiologischen Untersuchungsbefunden im AC-Bereich keine arthrosetauglichen Verletzungen. Entsprechend geht Dr. I.____ im konkreten Fall von einer Arthrose des AC-Gelenks aus, die in ihrer primären Ausprägung Ausdruck eines weitestgehend altersentsprechenden Normalbefunds mit einer gering ausgeprägt dargestellten Degeneration sei. Auf dem am 8. April 2008 angefertigten konventionellen Röntgenbild der rechten Schulter sei lediglich eine kleine knochendichte Verschattung im Ansatzbereich des Musculus supraspinatus am Tuberculum majus auffällig, welche einer kleinen Kalkeinlagerung entsprechen könnte. Unfallfolgen seien durch die Röntgenaufnahmen nicht dokumentiert. Auch dem MRI-Befund vom 17. April 2008 seien entgegen dem Bericht von Dr. E.____ vom 1. März 2013 (act. G 1.8) keine Hinweise zu entnehmen, welche die Diagnose einer Verletzung des Schultergelenks bestätigen könnten. Die Schlussfolgerung von Dr. I.____, der Arthrosebefund stehe damit in keinem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 7. Mai 2007, erscheint angesichts der obigen Darlegungen schlüssig und nachvollziehbar. Es bestehen keine beweiskräftigen Hinweise, aufgrund welcher überwiegend wahrscheinlich eine sekundäre, unfallbedingte Arthrose anzunehmen wäre. Von einer solchen geht letztlich offenbar auch Dr. E.____ nicht aus, wenn er in seinem Bericht vom 22. April 2008 festhält, es handle sich um einen eher chronischen Zustand mit bereits verschmälelter Supraspinatussehne auf den ein Trauma gekommen sei. Es sei sogar möglich, dass die Verkalkung vor dem Unfall bestanden habe, jedoch asymptomatisch gewesen sei (act. G 19.4). Eine Kontusion, die konkret stattgefunden hat, kann sodann zwar bewirken, - wie von Dr. E.____ angenommen - dass eine Arthrose symptomatisch wird, doch kann in diesem Fall nach der medizinischen Erfahrung nur von einer vorübergehenden unfallkausalen Verschlimmerung eines Vorzustands ausgegangen werden, die sich im Regelfall durch eine stetige Besserung des unfallkausalen Beschwerdeanteils auszeichnet (vgl. dazu auch Bär/Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 68, S. 17; vgl. Erwägung 3.2.2). Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich gerade als solche - beispielsweise eben in Form einer strukturellen Verletzung im Arthrosetbereich - präsentieren. Ferner kann auch im Schweregrad der im konkreten Fall erhobenen "nur" leichtgradigen Arthrose kein Hinweis auf eine überwiegend wahrscheinlich richtunggebende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands gesehen werden.

3.2.6 Die im Bericht vom 18. April 2008 über die MRI-Untersuchung vom 17. April 2008 erwähnte leicht- bis mässiggradige Tendinopathie (auch Tendopathie genannt) der Supraspinatussehne ist schliesslich eine primär nicht entzündliche oder degenerative, mechanisch bedingte Irritation der Sehnen und Sehnenansätze. Als Ursache werden in der medizinischen Literatur eine chronische Überlastung, aber auch Mikrotraumen sowie Stoffwechsel- oder Durchblutungsstörungen angeführt. Die Tendopathie als Folge eines Traumas wird hingegen nicht beschrieben (vgl. hierzu Pschyrembel, a.a.O., S. 2065; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, 264. Aufl. Berlin 2012, S. 1808). Diese wird denn auch in den medizinischen Akten nirgends als Unfallfolge diskutiert. Angesichts des Umstands, dass die humeruskopfnähe, kurzstreckige Partialruptur im mittleren/dorsalen Drittel im MRI-Untersuchungsbericht im Zusammenhang mit der Tendopathie erwähnt wird und die Ursache für eine

Rotatorenmanschettenruptur laut medizinischer Literatur eben häufig in einer degenerativen Krankheit liegt (Pschyrembel, a.a.O., S. 1835; Debrunner, a.a.O., S. 728), besteht kein massgebender Grund, gerade im vorliegenden Fall von einer traumatisch bedingten Rotatorenmanschettenruptur auszugehen. Wie Prof. G.____ in seiner Beurteilung vom 17. Juli 2012 im Übrigen zutreffend feststellte, wurde die Partialruptur im MRI-Untersuchungsbericht lediglich als Verdacht ausgesprochen. In einer Verdachtsdiagnose ist jedoch nur eine mögliche organische Ursache zu sehen. Eine solche vermag nicht den im Sozialversicherungsrecht geltenden Anforderungen an den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu genügen (vgl. Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.). Prof. G.____ stellt sodann ohnehin den Partialruptur-Befund als Ursache der Schmerzen in Frage, nachdem durch die Infiltration des rechten Schultergelenks vom 13. Dezember 2011 (Suva-act. 12) keine wesentliche Besserung eingetreten sei (Suva-act. 20).

3.2.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die medizinischen Abklärungen im Rahmen des Grundfalls keine durch den Unfall bedingten organisch strukturellen, nicht reversiblen Befunde ergeben haben. Dieser Umstand spricht bereits massgeblich gegen das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den am 27. März 2012 als Rückfall gemeldeten Schulterbeschwerden und dem Unfall vom 7. Mai 2007.

E. 3.3

3.3.1 Der Beschwerdeführer hat sich nach Abschluss des Grundfalls bzw. infolge der als Rückfall gemeldeten Beschwerden in Bezug auf die rechte Schulter nochmals medizinisch abklären lassen (Suva-act. 12, act. G 1.8). Unfallkausale strukturelle Veränderungen oder eine richtunggebende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands konnten jedoch nach wie vor keine festgestellt werden.

3.3.2 Ein von Dr. C.____ im Arzteugnis UVG für Rückfall vom 17. April 2012 angegebener Röntgenbefund der rechten Schulter wurde abermals als "ossär unauffällig" beschrieben (Suva-act. 12). Dr. I.____ lagen sodann Röntgenaufnahmen des rechten Schultergelenks vom 13. Dezember 2011 und vom 28. Februar 2013 vor. Laut seiner Beurteilung ist die in der Aufnahme vom 28. Februar 2013 gering ausgeprägt dargestellte Degeneration des Schulterreckgelenks (acromioclaviculäre Arthrose) als altersentsprechend bei einem 52-jährigen Patienten einzuschätzen und eine wesentliche Änderung des Befunds im röntgenologischen Verlauf seit dem 8. April 2008 nicht festzustellen. Auch Dr. E.____ fand laut Bericht vom 1. März 2013 in dem am 28. Februar 2013 angefertigten Röntgenbild eine leichte Arthrose des AC-Gelenks rechts und damit offensichtlich keine im Schweregrad verschlimmerte Arthrose (act. G 1.8). Wie in Erwägung 3.2 dargelegt, bestehen keinerlei Hinweise auf eine ursprüngliche strukturelle Unfallverletzung, womit eine unfallkausale sekundäre Arthrose ausser Betracht fällt und vom Normalfall, nämlich von einem rein degenerativen Prozess auszugehen ist. Auch nicht in Frage kommt angesichts der konkreten Umstände eine unfallkausale richtunggebende Verschlimmerung der Arthrose.

3.3.3 Im Rahmen des Rückfalls wurden von Dr. C.____ im Arzteugnis UVG für Rückfall vom 17. April 2012 (Suva-act. 12) und von Dr. E.____ im Untersuchungsbericht vom 1. März 2013 (act. G 1.8) die Diagnosen chronische Schulterbeschwerden im Sinne einer Frozen shoulder nach Trauma bzw. posttraumatische Frozen shoulder und leichtgradige Arthrose rechts (act. G 1.8) gestellt. Dr. C.____ erhob als Befund Schmerzen in der rechten Schulter bei Abduktion und Aussenrotation, Dr. E.____ eine Einsteifung der Schulter sowie eine Druckdolenz über dem AC-Gelenk rechts. Bezüglich der Diagnose "Frozen shoulder" hält Dr. I.____ in seiner orthopädischen Beurteilung fest, dass die Angabe von Dr. C.____ über eine schmerzhafte,

aber doch mögliche Abduktion und Aussenrotation gegen eine adhäsive Kapsulitis spreche (Suva-act. 46 S. 11). Entsprechend lassen die Ausführungen in Erwägung

E. 3.3.4

auch eine spätere unfallkausale Frozen shoulder im Rahmen des Rückfalls nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheinen. Dr. I.____ weist insbesondere darauf hin, dass von Dr. E.____ fünf Jahre und 10 Monate nach dem fraglichen Unfallereignis eine posttraumatische Frozen shoulder diagnostiziert worden sei, ohne dass ein die fragliche Diagnose begründender, differenzierter Befund dokumentiert sei (Suva-act. 46 S. 11).

3.4

Ein mögliches Indiz für eine Rückfallkausalität bilden sodann Brückensymptome, die das Geschehen über eine leistungsfreie Zeit hinweg als Einheit kennzeichnen. Entgegen dem Standpunkt des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers sind Brückensymptome im konkreten Fall nicht rechtsgenügend nachgewiesen. Nach dem im Grundfall von Dr. C.____ im Arzteugnis UVG vom 6. März 2008 vermerkten Behandlungsabschluss vom 28. November 2007 (Suva-act. 5) folgte am 18. April 2008 die MRI-Untersuchung in der Klinik Stephanshorn wegen seit 10 Monaten andauernder Schmerzen in der rechten Schulter nach Kontusion (Suva-act. 6). Laut Aufstellung der Konsultationen der Praxis D.____ vom 3. September 2013 folgte am 13. Dezember 2011, d.h. rund eineinhalb Jahre nach der MRI-Untersuchung, eine Injektion subacromial mit Mephameson, Triamcort und Lidocain bei einem Dr. J.____, was zumindest auf Schulterbeschwerden hinweist, und am 30. Dezember 2011 eine Konsultation bei Dr. C.____ ohne Verabreichung von Medikamenten (act. G 19.2), wobei der Aufstellung der Grund für die Konsultation nicht entnommen werden kann. Die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in der Replik vom 27. September 2013 erwähnte Physiotherapie (act. G 19), welche sich angeblich an die MRI-Untersuchung vom 18. April 2008 anschloss, ist in den Akten nicht dokumentiert. Gesamthaft stellt sich damit der Sachverhalt bezüglich ausgewiesener ärztlicher Behandlungen im Zeitraum zwischen dem Behandlungsabschluss bei Dr. C.____ und der Rückfallmeldung vom 27. März 2012 äusserst lückenhaft dar und lässt vor allem ein Intervall von rund dreieinhalb Jahren gänzlich ohne ärztliche Behandlung oder Kontrolle mit offensichtlich durchgehender Arbeitsfähigkeit erkennen, was eindeutig für einen Unterbruch der nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden spricht. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Die lange Latenzzeit im vorliegenden Fall stellt ein gewichtiges Indiz für die fehlende Unfallkausalität dar. Auch in diesem Lichte erscheint - ebenso von Dr. I.____ in seiner Beurteilung berücksichtigt - ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den am 27. März 2012 als Rückfall gemeldeten Schulterbeschwerden fraglich bzw. höchstens möglich.

3.5

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich aufgrund des Unfallmechanismus, der ursprünglich gestellten Unfalldiagnose bzw. der ursprünglich aufgetretenen Beschwerden, der im Rahmen des Rückfalls erhobenen Diagnosen, des zeitlichen Ablaufs sowie des Ergebnisses der radiologischen Untersuchungen betreffend Vorliegen relevanter somatischer Befunde im Sinn irreversibler struktureller Veränderungen keine Anhaltspunkte für eine Unfallkausalität der am 27. März 2012 gemeldeten Schulterbeschwerden rechts ergeben. Dr. I.____ würdigt in seiner orthopädischen Beurteilung vom 30. Juli 2013 (Suva-act. 46) umfassend die gesamte Aktenlage. Seine Beurteilung umfasst die vorgenannten, im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung massgebenden Beurteilungskriterien und erscheint damit in der

Schlussfolgerung einer Verneinung der Unfallkausalität der Schulterbeschwerden - welche vor allem auch ohne weiteres degenerativ bedingt sein können - schlüssig und überzeugend.

3.6 Der Bericht von Dr. E.____ vom 1. März 2013 (act. G 1.8) und das Arztzeugnis UVG von Dr. C.____ vom 17. April 2012 (Suva-act. 12) vermögen der orthopädischen Beurteilung von Dr. I.____ nichts Überzeugendes entgegenzusetzen. Dr. E.____ formuliert in seinem Bericht, dass das heutige Leiden eindeutig auf den Unfall zurückzuführen sei. Allein damit liegt jedoch keine überzeugende, schlüssig begründete ärztliche Einschätzung vor, womit sich ein natürlicher Kausalzusammenhang mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit begründen liesse. Seine Feststellung, dass die juristischen Voraussetzungen eines plötzlichen und von aussen kommenden Ereignisses gegeben seien, ist unangefochten. Das Ereignis vom 7. Mai 2007 wurde von der Beschwerdegegnerin richtigerweise als Unfall anerkannt. Doch erfasst Dr. E.____ damit nicht die massgebende Frage nach unfallkausalen strukturellen, nicht reversiblen Verletzungen. Die von Dr. E.____ im Bericht angeführten Gesundheitsschäden - Tendinopathie, Partialruptur, Verletzung nach Tossy I, Arthrose, Frozen shoulder - können jedenfalls nicht als solche betrachtet werden. Insgesamt beruft sich Dr. E.____ damit nur auf die Beweisregel "Post hoc ergo propter hoc" im Sinn der Vermutung, Beschwerden müssten unfallbedingt sein, wenn eine vorbestehende Erkrankung der Schulter bis zum Unfall schmerzfrei war (vgl. auch act. G 19.4). Diese Beweisregel ist unfallmedizinisch jedoch nicht haltbar und beweisrechtlich untauglich, sofern der Unfall keine strukturellen Läsionen an der Schulter verursacht hat (vgl. A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1985, S. 460 Fn. 1205; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2007, U 290/06, E. 4.2.3 mit Hinweisen). Auch die blosser Bejahung von ausschliesslichen Unfallfolgen von Dr. C.____ im Arztzeugnis UVG vom 17. April 2012 stellt sich sodann gänzlich ohne eigentliche, fallbezogene Begründung dar (Suva-act. 12), womit sie ebenfalls nicht zu überzeugen vermag.

E. 4

4.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der medizinischen Akten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als erstellt gelten kann, dass es sich bei den am 27. März 2012 gemeldeten Schulterbeschwerden um eine natürlich-kausale Folge des Unfallereignisses vom 7. Mai 2007 handelt. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf erneute Leistungen abgelehnt hat.

4.2 Von einer Prüfung der Rechtsfrage, ob der Beschwerdeführer mit Blick auf Art. 10 Abs. 1 und 19 Abs. 1 UVG Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen hat bzw. der Anspruch auf Heilbehandlung dahinfällt, und ob die Akten überhaupt eine genügende Beweislage dafür bilden, kann unter den genannten Umständen abgesehen werden. Diese Rechtsfrage stellt sich erst bzw. überhaupt nur bei einer Bejahung kausaler Unfallfolgen. Entsprechend war sie auch nicht Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids (Suva-act. 32).

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. Februar 2013 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 ATSG). Bei diesem Verfahrensausgang hätte der Beschwerdeführer grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Gestützt auf die Schlussfolgerungen in Erwägung 1.3 (Verletzung des Devolutiveffekts; Verletzung bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 127 V 232 f.]) erscheint es jedoch gerechtfertigt, dem Beschwerdeführer eine volle Parteientschädigung zuzusprechen. Wäre der Bericht von

Dr. E.____ nämlich nicht als Beweismittel zugelassen worden, so wäre es zu einer Gutheissung und zu einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin gekommen, was praxisgemäss einen Anspruch auf eine volle Parteientschädigung ausgelöst hätte. Für UVG-Prozesse mit üblicherweise doppeltem Schriftenwechsel beträgt die Parteientschädigung pauschal Fr. 3'500.-- bis Fr. 4'500.--, mit einer mittleren Entschädigung von Fr. 4'000.--. Im vorliegenden Fall erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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