

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/47 vom 6. November 2017

Sg Versicherungsgericht, 2017-11-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2016_47

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/47 du 6 novembre 2017

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/47 del 6 novembre 2017

Regeste

Art. 77 UVG: Leistungserbringer bei Nichtberufsunfällen ist derjenige Versicherer, bei dem der Verunfallte zuletzt auch gegen Berufsunfälle versichert war. Für die Folgen eines früheren Unfalls mit Versicherungsschutz bei einem früheren Unfallversicherer besteht ein Rückgriffsrecht gegenüber diesem. Art. 6 UVG: Die Beurteilung eines überwiegend wahrscheinlichen Dahinfallens der Unfallkausalität für die fortdauernden Schulterschmerzen per Zeitpunkt der Leistungseinstellung ist anhand der vorliegenden medizinischen Akten nicht möglich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. November 2017, UV 2016/47).

Erwägungen

E. 1

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zu Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2014 zur Debatte steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

E. 2

2.1 Der Beschwerdeführer hat allenfalls am 1. Dezember 2011 und unzweifelhaft am 13. August 2014 Unfälle mit einer Ruptur der Rotatorenmanschette bzw. Supraspinatussehne der rechten Schulter erlitten und wurde nach beiden Ereignissen an der Rotatorenmanschette arthroskopisch operiert (act. G 4.4, G 4.13; vgl. auch Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. April 2015, UV 2014/31; act. G 6.1). Während der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Unfalls vom 1. Dezember 2011 grundsätzlich bei der Visana Versicherungen AG (nachfolgend: Visana) unfallversichert war, bestand im Zeitpunkt des Unfalls vom 13. August 2014 ein Versicherungsverhältnis mit der Beschwerdegegnerin. 2.2 Gemäss Art. 77 Abs. 2 UVG erbringt bei Nichtberufsunfällen derjenige Versicherer die Leistungen, bei dem der Verunfallte zuletzt auch gegen Berufsunfälle versichert war. Verunfallt der Versicherte während der Heilungsdauer eines oder mehrerer Unfälle, aber nach der Wiederaufnahme einer versicherten Tätigkeit, erneut und löst der neue Unfall Anspruch auf Taggeld aus, so erbringt der für den neuen Unfall leistungspflichtige Versicherer auch die Leistungen für die früheren Unfälle. Die anderen beteiligten Versicherer vergüten ihm diese Leistungen,

ohne Teuerungszulagen, nach Massgabe der Verursachung; damit ist ihre Leistungspflicht abgegolten (Art. 100 Abs. 2 UVV). 2.3 Der Beschwerdeführer erlitt am 13. August 2014 einen Nichtberufsunfall und hat offensichtlich bis zu diesem Tag bei seiner Arbeitgeberin, der B. ___ AG, gearbeitet (vgl. act. G 4.1 f.). Unabhängig davon, ob vor dem Unfall in Bezug auf die rechte Schulter noch Heilbehandlungen durchgeführt und von der Visana bezahlt worden waren, wäre somit angesichts der in Erwägung 2.2 angeführten Bestimmungen die Beschwerdegegnerin gegenüber dem Beschwerdeführer leistungspflichtig, sofern sich nachfolgend ergeben sollte, dass über den im angefochtenen Einspracheentscheid vom 14. Juni 2016 festgelegten Leistungseinstellungszeitpunkt (8. März 2016) hinaus von einem unfallbedingten Gesundheitsschaden auszugehen ist. Der Frage, in welchem Ausmass jeder der beiden Unfälle für den Gesundheitsschaden ursächlich ist, kommt keine Bedeutung zu. Die Beschwerdegegnerin würde leistungspflichtig bleiben, solange nicht die natürliche Kausalität zu beiden Ereignissen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weggefallen wäre; für die Unfallfolgen des Unfalls vom 1. Dezember 2011 mit Rückgriff auf die Visana.

E. 3

3.1 Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 13. August 2014 und erbrachte entsprechende Heilkosten- und Taggeldleistungen. Streitig und zu prüfen ist, ob sie zu Recht die Versicherungsleistungen per 8. März 2016 eingestellt hat. 3.2 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 UVG; BGE 129 V 181 E. 3; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.) zutreffend dar (act. G 4.55, Erwägung 1a, 1b). Darauf kann verwiesen werden. Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Im Bereich klar ausgewiesener Unfallfolgen spielt allerdings die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). 3.3 Ist die Unfallkausalität im Grundfall einmal mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, so entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst dann, wenn der Unfall nicht mehr eine natürliche und adäquate Ursache der weiterhin geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit gänzlicher fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58). 3.4 Für das gesamte Verwaltungs- und

Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss, zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 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 Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet 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 (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis).

E. 4

4.1 Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (8. März 2016) litt der Beschwerdeführer in der rechten Schulter unter Ruheschmerzen ventral (bereits vor dem Unfall vom 13. August 2014 bestehend) mit belastungsabhängiger Zunahme, unter einer zeitweisen Schmerzausstrahlung in den Oberarm ventral, einer gegenüber der ersten Schulteroperation vom 21. Februar 2013 nochmals reduzierten Kraft, einer endphasig schmerzhaften Abduktion, Aussenrotation und Innenrotation sowie unter Schmerzen beim Schlafen auf der rechten Seite (act. G 4.45). 4.2 Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlichen Beschwerden hat in der Regel als gegeben zu gelten, wenn sich mittels apparativer Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, MRI, Arthroskopie) ein unfallkausaler organischer Befund im Sinn eines strukturellen Gesundheitsschadens erheben lässt (vgl. BGE 134 V 109 E. 9, 117 V 359 E. 5d/aa; Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). 4.3 Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 13. August 2014 einen strukturellen Gesundheitsschaden in Form einer gelenksseitigen, partiell transmuralen kranialen Rotatorenmanschettenrerruptur erlitten hat (act. G 4.8, G 4.13, act. G 4.15). Am 13. Oktober 2014 wurde die Rotatorenmanschettenrerruptur arthroskopisch mit einer transossären Suturebridge rekonstruiert (act. G 4.13). Eine Operation hat die Heilung einer Gesundheitsschädigung zum Ziel und führt in der Regel zu einer Verbesserung der präoperativ im Bereich des operierten Körperteils vorliegenden Unfallverletzung bzw. den damit zusammenhängenden Beschwerden. Allerdings kann von Unfallrestfolgen ausgegangen werden, wenn eine traumatische Läsion operativ nicht vollends behoben werden konnte, eine Operation nicht erfolgreich oder gar fehlerhaft durchgeführt wurde oder im Bereich der Operationsstelle Spätfolgen auftreten. Die Unfallrestfolgen müssen jedoch in allen drei Fällen objektiv nachgewiesen sein.

E. 4.4

4.4.1 Dr. D.____ hat gestützt auf seine klinischen Untersuchungsergebnisse vom 18. Februar 2015 (Zeichen der Kapsulitis bis 80° Abduktion, Aussenrotation (AR) 20°; Impingement positiv; endgradige Bewegungen schmerzhaft) die Vermutung einer restlichen subacromialen Bursitis bis Kapsulitis angestellt (act. G 4.21). Anschliessend an eine von ihm am 19. Februar 2015 durchgeführte subacromiale Infiltration stellte er anlässlich einer Untersuchung vom 25. Februar 2015 eine Regredienz der Kapsulitis fest und schloss die Behandlung, unter dem Vorbehalt einer bedarfsweisen Wiedervorstellung, vorerst ab (act. G 4.22). Am 24. Februar 2016 wurde beim Beschwerdeführer im Röntgeninstitut H.____ ebenfalls bei Vorliegen einer Impingementsymptomatik der rechten Schulter eine MR-Arthrographie der rechten Schulter durchgeführt, wobei sich regelrechte postoperative Verhältnisse bezüglich der reinserierten Supraspinatussehne zeigten, jedoch ein Reizzustand der Bursa subacromialis sichtbar war (act. G 4.43).

4.4.2 Die Bursitis (= Schleimbeutelentzündung) ist ein eindeutiges, Schmerzen verursachendes, organisches Substrat, welches sich laut medizinischer Literatur im Zusammenhang mit einer traumatisch bedingten Rotatorenmanschettenruptur entwickeln, jedoch auch unabhängig von einer traumatischen Läsion auftreten bzw. bestehen kann (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. Berlin 2014, S. 334; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 280; <<http://www.operation-endoprothetik.de/schulter/schleimbeutelentzuendung-schulter/>>, abgerufen am 10. Oktober 2017). Die Begriffe Kapsulitis und Impingement sind sodann eng miteinander verbunden. Es handelt sich dabei um eine schmerzhaft funktionseinschränkende Gelenkbeweglichkeit, womit also - anders als bei der Bursitis - grundsätzlich nur eine funktionelle, keine pathologisch-anatomische Diagnose vorliegt. Die durch eine Kapsulitis bzw. ein Impingement begründete Einschränkung der Beweglichkeit im Bereich des Schultergelenks kann verschiedene Ursachen haben, insbesondere degenerative Prozesse, aber auch Verletzungen bzw. gesundheitliche Störungen im Bereich der Rotatorenmanschette, Schleimbeutel, Knorpel, Knochen. Angesichts des Gesagten kann mithin aus dem Vorliegen einer Bursitis, einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur sowie einem Impingement bzw. einer Kapsulitis grundsätzlich eine zusammenhängende, geschlossene Gesundheitsproblematik abgeleitet werden, die insgesamt als sekundäre Unfallfolge vorkommen kann (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 725 ff. und 733; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 992 und 1600; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 915 und 1430). Die Beschwerdegegnerin verneint jedoch das Vorliegen von unfallkausalen Verletzungsfolgen per 8. März 2016 und stützt sich dabei auf die Beurteilungen ihrer beratenden Ärztin med. pract. J.____ vom 8. März und 27. Mai 2016 (act. G 4.45, G 4.54).

4.4.3 Med. pract. J.____ hat den Beschwerdeführer am 19. Januar 2016 untersucht und im dazu verfassten Bericht vom 8. März 2016 in Übereinstimmung mit den radiologischen Feststellungen vom 24. Februar 2016 und den von Dr. D.____ am 18. Februar 2015 klinisch erhobenen Befunden die "aktuelle" Diagnose einer Impingementsymptomatik bei chronischer Bursitis subacromialis gestellt und dies - der konkreten Sachlage entsprechend - bei Status nach zwei Unfällen und zweimaliger operativer Rekonstruktion der Rotatorenmanschette (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. April 2015, UV 2014/31; act. G 6.1; siehe auch act. G 4.1 f., G 4.4, G 4.13). Med. pract. J.____ führt weiter aus, dass die Rotatorenmanschettenfunktion bei der Untersuchung intakt gewesen sei. Zur besseren diagnostischen Einordnung der Beschwerden sei eine radiologische Reevaluation (vgl. act. G 4.43) veranlasst worden. MR-tomographisch hätten sich regelrechte postoperative

Verhältnisse bezüglich der reinserierten Supraspinatussehne gezeigt, welche in Kontinuität erhalten sei. Es bestehe eine Bursitis subacromialis mit verdickter, teils wohl narbig veränderter Bursa, was die angegebenen Beschwerden erkläre. Aus ihrer Sicht stünden die angegebenen Beschwerden nicht in einem überwiegend wahrscheinlich kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 13. August 2014. Sie beurteile den Kausalzusammenhang lediglich als möglich. Diese Beurteilung stütze sich auf die Überlegungen, dass beim Beschwerdeführer ein Vorzustand mit ausgedehnter Schulterverletzung bestehe, der Beschwerdeführer nach dem ersten Unfall vom 1. Dezember 2011 unter anhaltenden Schulterbeschwerden gelitten habe und es beim zweiten Unfall vom 13. August 2014 zu einer Ruptur der operierten Supraspinatussehne gekommen sei, welche sich heute in Kontinuität erhalten darstelle.

Versicherungsmedizinisch habe das zweite Ereignis somit zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt. Der Status quo sine sei erreicht (act. G 4.45).

4.4.4 Am 26. März 2016 erfolgte eine Untersuchung des Beschwerdeführers durch Dr. K.____. Dieser hielt im Bericht vom 29. März 2016 fest, dass die nochmals studierten MRI-Bilder vom Februar 2016 im Vergleich zum Vorbild eine unverändert bestehende Atrophie der Supraspinatussehnenmuskulatur, jedoch Signalalterationen im Bereich der Sehneninsertionsstelle am T. (Tuberculum) majus mit deutlichen postoperativen Veränderungen zeigen würden. Zudem sei sowohl auf dem MRI als auch auf dem Röntgenbild ein stark erhöhter Acromionindex von 0.9 sowie ein Acromion Typ III nach Bigliani sichtbar. Er denke, dass aufgrund dessen bei Status nach zweimaliger Schulteroperation weitere Impingementbeschwerden für die aktuellen Schmerzen verantwortlich seien. Eine Operation mit Befreiung der Sehne durch Acromioplastik wäre mit hoher Wahrscheinlichkeit schmerzlindernd (act. G 4.53).

4.4.5 Gemäss Stellungnahme von med. pract. J.____ vom 27. Mai 2016 lieferte der Bericht von Dr. K.____ keine neuen Erkenntnisse, die Anlass zur Korrektur ihrer Beurteilung vom 8. März 2016 geben würden. Der Beschwerdeführer leide unter Impingementbeschwerden, für die Dr. K.____ eine Anlageanomalie (Acromion Typ III) verantwortlich mache. Diese Anlageanomalie sei nicht unfallkausal. Die rekonstruierte Supraspinatussehne sei intakt. Somit würden sich keine Hinweise auf eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustands ergeben (act. G 4.54).

E. 4.5

4.5.1 Bei der Würdigung der ärztlichen Beurteilungen von med. pract. J.____ ist zu berücksichtigen, dass es sich dabei gewissermassen um vertrauensärztliche und somit versicherungsinterne Stellungnahmen handelt. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3).

4.5.2 Die Feststellung von med. pract. J.____, der Beschwerdeführer leide unter einer Anlageanomalie (vgl. act. G 4.6, G 4.8: Acromion Typ III, ein ausgeprägt nach lateral abfallendes Akromion bzw. Schulterdach) lässt sich den Untersuchungsberichten der MR-Arthrographien des rechten Schultergelenks vom 8. Januar 2013 (act. G 4.6) und 9. September 2014 (act. G 4.8) entnehmen. Damit ist beim Beschwerdeführer ein unfallfremder Vorzustand ausgewiesen, der von Dr. D.____ - wie von med. pract. J.____ verstanden - in einen kausalen Zusammenhang zu den Impingementbeschwerden des Beschwerdeführers gestellt wird. Dieser medizinische

Zusammenhang erscheint an sich schlüssig und überzeugend. So wird durch das abfallende Akromion der Subakromialraum verschmälert und die Entstehung bzw. Erhaltung einer Bursitis begünstigt (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 727 f.; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1005: Impingement-Syndrom, subakromiales; [http://www.orthozentrum.ch/de/Schulter-EllbogenHand/Rotatorenmanschettenruptur- und Impingementsyndrom](http://www.orthozentrum.ch/de/Schulter-EllbogenHand/Rotatorenmanschettenruptur-undImpingementsyndrom), -<https://www.schulthessklinik.ch/de/fachbereiche/medizinische-zentren/schulterchirurgie-ellbogenchirurgie/fachinformationen/impingement-syndrom/>, beide abgerufen am 10. Oktober 2017). Ebenfalls unbestritten scheint, dass die arthroskopische Rekonstruktion der vom Beschwerdeführer beim Unfall vom 13. August 2014 erlittenen Rotatorenmanschettenläsion erfolgreich war bzw. sich bezüglich der reinsertierten Supraspinatussehne regelrechte postoperative Verhältnisse zeigen (act. G 4.43). Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, erscheint damit jedoch für das Gericht das Dahinfallen einer kausalen Bedeutung des Unfalls vom 13. August 2014 oder allenfalls auch des früheren Unfalls vom 1. Dezember 2011 für die über den 8. März 2016 fortdauernden Schmerzen noch nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen.

4.5.3 Eine Bursitis wurde erstmals von Dr. D.____ anlässlich seiner Untersuchung vom 18. Februar 2015 als Ursache für die Beschwerden des Beschwerdeführers in Erwägung gezogen (act. G 4.21). Nach einer zunächst wirksamen Infiltration subacromial Schulter rechts mit Kenacort/Bupivacain vom 19. Februar 2015 unterbrach er zwar seine Behandlung, dies jedoch unter dem Vorbehalt des Bedarfs einer Wiedervorstellung. Die Regredienz der Kapsulitis sei weiter zu beobachten (act. G 4.22). In seinem Bericht vom 13. März 2015 hielt Dr. D.____ ebenfalls fest, dass der Verlauf längerfristig zu beobachten sei. Insbesondere weil es sich um eine Reruptur mit posttraumatischer Genese handle, sei im weiteren Verlauf auch mit der Möglichkeit einer nicht heilenden Sehne zu rechnen, sodass längerfristig gegebenenfalls Folgebeschwerden bleiben könnten (act. G 4.23). In der daraufhin von der Beschwerdegegnerin bei ihrem beratenden Arzt eingeholten Kausalitätsbeurteilung vom 20. Mai 2015 ging auch dieser davon aus, dass die anhaltenden Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Ereignis vom 13. August 2014 verursacht würden und stellte in Übereinstimmung mit Dr. D.____ fest, dass sich postoperativ eine partielle Frozen Shoulder entwickelt habe, diese noch physiotherapeutisch behandelt werde und der Endzustand noch nicht erreicht sei. Offenbar habe Dr. D.____ die Behandlung abgeschlossen, obwohl die Situation unbefriedigend gewesen sei, was nicht verständlich sei (act. G 4.26). Am 24. Februar 2016 wurde schliesslich beim Beschwerdeführer radiologisch ein Reizzustand der Bursa subacromialis erhoben (act. G 4.43). Die zuvor von med. pract. J.____ am 10. November 2015 gemachte Aussage - der Beschwerdeführer sei offenbar wegen der rechten Schulter nicht mehr in ärztlicher Behandlung, weshalb scheinbar keine nennenswerten Beschwerden mehr vorliegen würden - ist zwar nicht abwegig, doch steht sie insgesamt allein da und ist in Anbetracht der Kausalitätsbeurteilung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin vom 20. Mai 2015 auch zu relativieren (act. 4.33). So waren eine Bursitis, eine Impingement-Problematik bzw. eine Kapsulitis nicht nur im Zeitpunkt der Leistungseinstellung, sondern gleichermassen auch im Zeitpunkt, als offenbar noch ärztlich übereinstimmend von kausalen Unfallfolgen ausgegangen worden war, das wesentliche Thema. Die Feststellungen, wonach der Zustand der operierten Supraspinatussehne zufriedenstellend sei, vermögen allein als Argumentation für ein Dahinfallen der Unfallkausalität nicht zu überzeugen. Tatsächlich ist beim Beschwerdeführer von einem anlagebedingten, aber eben auch von einem unfallkausalen Vorzustand auszugehen. Letzterer lässt es - wie von Dr. D.____ in seinem Bericht vom 13.

März 2016 angesprochen (act. G 4.23) - als nachvollziehbar erscheinen, dass eine Supraspinatussehne nach zwei Rupturen bzw. zwei Operationen medizinisch eine andere, ungünstigere Ausgangslage darstellt als eine gesunde Supraspinatussehne. Gerade auch med. pract. J. ___ hält fest, dass der Beschwerdeführer nach dem ersten Unfall unter anhaltenden Schulterbeschwerden gelitten habe, womit allenfalls noch Folgen des ersten Unfalls vorgelegen haben könnten. Der alleinige Umstand, dass sich die operierte Supraspinatussehne heute in Kontinuität darstellt, schliesst mithin weitere Unfallrestfolgen nicht in jedem Fall aus. Immerhin stellte Dr. K. ___ trotz der regelrechten Atrophie der Supraspinatussehnenmuskulatur auf den MR-Arthrographie-Bildern vom 24. Februar 2016 Signalalterationen im Bereich der Sehneninsertionsstelle am T. majus mit deutlichen postoperativen Veränderungen fest (act. G 4.53). Erklärungen dazu sind dem Bericht von Dr. K. ___ nicht zu entnehmen, obwohl solche angesichts der obgenannten Frage von Interesse wären. Laut medizinischer Literatur können offenbar nach Rotatorenmanschettenoperationen Operationsnarben zurückbleiben (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 86). Es stellt sich somit die Frage, ob im konkreten Fall Operationsnarben zu Verdickungen geführt haben könnten, welche das Zusammenspiel der einzelnen Strukturen des Schultergelenks durch eine Verengung des Raums unter dem Acromion gestört haben könnten. Erfolgt eine Operation wegen einer Unfallverletzung, stellt nämlich auch eine allenfalls dadurch entstandene Operationsnarbe bzw. eine daraus erwachsene weitere gesundheitliche Problematik (beispielsweise eine Bursitis) eine (sekundäre) Unfallfolge dar. Anzuführen ist schliesslich Folgendes: Im Rahmen der Operation vom 21. Februar 2013 wurden vom Acromion immerhin 3 mm Knochen reseziert (vgl. act. G 4.4). Damit erscheint das von med. pract. J. ___ gegen eine Unfallkausalität vorgebrachte Hauptargument, alleiniger Grund für die Einengung unter dem Schulterdach sei eine Anlageanomalie zumindest auch als relativiert. 4.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es dem Gericht anhand der vorliegenden medizinischen Beurteilungen, insbesondere denjenigen von med. pract. J. ___, nicht möglich ist, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob es sich bei den anhaltenden Schulterbeschwerden bzw. der Impingement-Symptomatik mit Bursitis subacromialis um eine zumindest teilweise sekundäre traumatische Folge der Unfälle vom 1. Dezember 2011 und 13. August 2014 handelt oder ob die besagte Gesundheitsproblematik des Beschwerdeführers einzig noch auf seine Anlageanomalie im Bereich des Schulterdachs zurückzuführen ist. Für eine abschliessende Beurteilung dieser Frage sind weitere medizinische Abklärungen notwendig, welche die Beschwerdegegnerin - unter Beizug eines externen Fachspezialisten - durchzuführen haben wird.

E. 5

5.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 14. Juni 2016 (act. G 4.55) teilweise gutzuheissen und die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 5.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. In teilweiser Guttheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 14. Juni 2016 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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