

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/80 vom 28. März 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-03-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2016_80

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/80 du 28 mars 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/80 del 28 marzo 2018

Regeste

Art. 6 UVG: Das Dahinfallen jeglicher Unfallkausalität bezüglich einer unfallnah radiologisch erhobenen Rotatorenmanschettenverletzung ist von der Beschwerdegegnerin nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan. Die kreisärztliche Beurteilung bildet keine zuverlässige medizinische Grundlage (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. März 2018, UV 2016/80).

Erwägungen

E. 1

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 31. Januar 2016.

E. 2

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 zur 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 2015 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

E. 3

3.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG).

E. 3.2

3.2.1 Angesichts der in Erwägung 3.1 angeführten gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für Taggeld- und Heilkostenleistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder

Expertinnen 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). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4).

3.2.2 Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich bei der Rechtmässigkeit der Einstellung von Versicherungsleistungen um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 263 f. E. 3b). Diese muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 31. August 2001, U 285/00, E. 5a). Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine; vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, mit Hinweisen; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54). Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen, bewirkt worden ist (Urteil des EVG vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht medizinischerseits fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer "richtungsgebenden Verschlimmerung" (so etwa im Urteil des Bundesgerichts vom 25. Oktober 2007, 8C_467/2007, E. 3.1; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54).

3.3 Für das gesamte

Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss, zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 120 zu Art. 61; BGE 125 V 252 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der 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 Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte oder Ärztinnen 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 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Art. 8 der Bundesverfassung (BV; SR 101) und Art. 6 Ziff. 1 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; SR 0.101) 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 471 E. 4.6; RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 E. 1a). Auch eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten, wie sie von Dr. F.____ am 26. Januar 2016 (Suva-act. 23) erstellt wurde, ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371). Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formellrechtlichen Gründe gegen den Einbezug der kreisärztlichen Aktenbeurteilung von Dr. F.____. Ob letztlich auf diese abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiellrechtlichen Beurteilung bzw. Beweiswürdigung zu prüfen.

E. 4

4.1 Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom 16. Dezember 2015 und erstattete entsprechend Heilkosten und richtete Taggelder für die ab 17. Dezember 2015 ärztlich attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus. Dr. E.____ bescheinigte dem Beschwerdeführer anlässlich einer Konsultation vom 1. Februar 2016 offensichtlich im Hinblick auf einen Arbeitsversuch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab dem 2. Februar 2016 (Suva-act. 31, 35) und der Beschwerdeführer "benötigte" laut eigener Aussage ab dem Datum der Leistungseinstellung (31. Januar 2016) keine Taggeldleistungen mehr (vgl. dazu act. G 5). Der Umstand, dass die Arbeitsfähigkeit zunächst im Rahmen eines Arbeitsversuchs umgesetzt werden sollte (vgl. Suva-act. 31) und ihr mithin ein prognostischer Charakter anhaftete, ist nicht von rechtlicher Relevanz. Der Arbeitsversuch verlief offenbar erfolgreich und der Beschwerdeführer wurde von Dr. E.____ auch am 8. März 2016 und von

seinem Hausarzt am 18. März 2016 zu 100% arbeitsfähig geschrieben (vgl. Suva-act. 37). Weitere Arbeitsunfähigkeiten nach dem Datum der Leistungseinstellung sind nicht aktenkundig. Streitgegenstand der vorliegenden Beschwerde bildet somit nur die Einstellung der Heilkostenleistungen per 31. Januar 2016 bzw. eine über dieses Einstellungsdatum hinausgehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Laut Akten fanden über das Einstellungsdatum hinaus Konsultationen bei Dr. E.____ (am 1. Februar und 8. März 2016; vgl. Suva-act. 31, 36) und Dr. C.____ (am 18. März 2016; vgl. Suva-act. 37) statt. Zudem wurde dem Beschwerdeführer von Dr. E.____ am 1. Februar 2016 eine weitere Serie Physiotherapie verordnet. Eine Supraspinatussehnenrekonstruktion (vgl. Suva-act. 8) stand offenbar nicht mehr zur Diskussion. 4.2 Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass ein Anspruch auf Versicherungsleistungen in Bezug auf eine allfällige künftige Operation nicht zu prüfen ist. Ein entsprechender Leistungsanspruch bedürfte erst im gegebenen Zeitpunkt einer konkreten operationsbezogenen Beurteilung. Sowohl das Dahinfallen der Kausalität im Rahmen eines fortdauernden Grundfalls als auch eine Leistungspflicht des Unfallversicherers für einen Rückfall oder Spätfolgen (vgl. Art. 11 UVV) sind jederzeit bzw. im gegebenen Zeitpunkt in Bezug auf den konkreten Sachverhalt zu prüfen (vgl. Duplik vom 3. März 2017; act. G 7).

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin begründet die Verneinung eines weiterdauernden Anspruchs des Beschwerdeführers auf Heilkostenleistungen mit dem Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung des Unfalls vom 16. Dezember 2015 für die Schulterproblematik links per 31. Januar 2016 und stützt sich dabei auf die Beurteilung ihres Kreisarztes Dr. F.____ vom 26. Januar 2016 (Suva-act. 23). 5.2 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die mittels apparativer Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, Arthroskopie) erhoben worden sind (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen, 117 V 363 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]; Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen). Beim Beschwerdeführer wurde am 18. Dezember 2015 und damit zeitnah zum grundsätzlich unbestrittenen Unfallereignis vom 16. Dezember 2015 eine MRI-Untersuchung durchgeführt, welche eine Komplettruptur der ventralen Supraspinatussehne sowie partielle Rupturen der mittleren und dorsalen Supraspinatus- sowie der ventralen Infraspinatussehne zur Darstellung brachte (Suva-act. 3). Die Rotatorenmanschette kann grundsätzlich als Folge eines Traumas ein- oder abreißen. Andererseits neigt sie zur Degeneration (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 412, 628, 724 f., 728 ff.; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1681; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch 2014, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 1576, 1646). Insofern setzt sich Dr. F.____ in seiner Beurteilung nachvollziehbar mit der Frage auseinander, ob es sich beim obgenannten bildgebenden Befund um eine direkte Unfallverletzung oder einen degenerativen Vorzustand handelt. Der zeitnah erhobene bildgebende Befund schliesst eine traumatisch bedingte Rotatorenmanschettenruptur nicht aus. Auch der in der Schadenmeldung UVG vom 21. Dezember 2015 zeitgleich mit dem Unfall beschriebene Zwick in der linken Schulter sowie die am folgenden Tag von Dr. C.____ klinisch erhobene Symptomatik einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung und lokalen Dolenz können als Hinweise auf eine unfallbedingte Rotatorenmanschettenruptur betrachtet werden.

E. 5.3

5.3.1 Dennoch ist mit dem alleinigen Vorliegen einer Rotatorenmanschetten(teil)ruptur nicht in jedem Fall auch mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit deren Unfallkausalität ausgewiesen. So führt nicht jeder Unfall bzw. Unfallmechanismus zu einer Verletzung oder zumindest nicht zu einer derart körperlich gravierenden, strukturellen Verletzung, dass anhaltende Beschwerden deren Folge oder eine operative Behandlung notwendig wären. Insbesondere für Rotatorenmanschettenläsionen werden in den medizinischen Fachartikeln konkrete Verletzungsmechanismen beschrieben, welche zu einer traumatischen Sehnenruptur führen können. Auch Dr. F.____ nimmt in seiner Beurteilung auf die für die Kausalitätsbeurteilung massgebende Komponente des Unfallmechanismus bzw. die Art und Weise, wie dieser auf die Schulter eingewirkt hat, Bezug. Als potenziell geeignete Verletzungsmechanismen werden genannt: das Abscheren des Sehnenansatzes von innen, sobald der maximal zulässige Rotationswinkel überschritten ist und der Sehnenansatz mit dem Pfannenrand in Konflikt gerät (sogenanntes inneres Impingement), z.B. bei einer Schulter(sub)luxation; die passive Traktion, z.B. nach unten (beim Versuch einen schweren fallenden Gegenstand aufzufangen), ventral oder medial; die exzentrische Belastung angespannter Anteile der Rotatorenmanschette, z.B. bei passiv forcierter Aussen- oder Innenrotation bei anliegendem oder abgespreiztem Arm, z.B. bei einem Sturz vom Gerüst nach vorn mit dem Versuch, den Fall durch Festhalten abzufangen. Die traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette erfolgt also dann, wenn durch indirekte Gewalteinwirkung bzw. durch eine plötzliche körpereigene Kraftanstrengung die mechanische Belastbarkeit des Sehngewebes überschritten wird, selten jedoch durch ein direktes Anpralltrauma, was auch Dr. F.____ bestätigt. Allgemeiner, aber dennoch mit dem letzten für eine traumatische Sehnenruptur geeigneten Verletzungsmechanismen übereinstimmend formuliert, finden sich in der medizinischen Literatur ein abruptes Abstützen bei einem Sturz auf den ausgestreckten Arm oder Ellbogen (<https://gelenkklinik.de/orthopaedische-erkrankung/schulter/ruptur-rotatorenmanschette.html>; <http://orthopaedie-unfallchirurgie.universimed.com/artikel/die-rotatorenmanschettenruptur-verletzung>; <http://www.orthozentrum.ch/de/Schulter-Ellbogen-Hand/Rotatorenmanschettenruptur-und-Impingement>; <http://www.orthozentrum.ch/de/Schulter-Ellbogen-Hand/Rotatorenmanschettenruptur-und-Impingementsyndrom>), alle

abgerufen am 8. März 2018). 5.3.2 Sowohl in der Schadenmeldung UVG vom 21. Dezember 2015 (Suva-act. 1) als auch im Bericht von Dr. E.____ vom 28. Dezember 2015 betreffend eine Untersuchung vom 22. Dezember 2015 (Suva-act. 8) wurde der Unfall als Abstütztraumatisierung (Auffangen eines Sturzes durch Abstützen mit der linken Hand) geschildert, woran der Beschwerdeführer auch in der Beschwerde vom 24. November 2016 festhält (act. G 1). Darin ist - angesichts der Ausführungen in Erwägung 5.3.1 und entgegen der Schlussfolgerung von Dr. F.____ - ein Verletzungsmechanismus mit dem Potenzial für eine Schädigung der Rotatorenmanschette zu sehen. Die von Dr. E.____ synonym angeführte direkte Kontusion der linken Schulter (Suva-act. 8) sowie der von Dr. C.____ im Arztzeugnis UVG vom 6. Januar 2016 festgehaltene Sturz auf die linke Schulter (Suva-act. 13) vermögen eine Abstütztraumatisierung nicht in Frage zu stellen, zumal der beschriebene Unfallhergang verbunden mit dem versehentlichen Fusstritt in einen Schacht ohne Weiteres vorstellbar erscheint. Erstmals in der Beschwerde und damit in Kenntnis der Leistungseinstellung fügte der Beschwerdeführer der ursprünglichen Sachverhaltsschilderung ein Abstützen nach hinten mit einem gewaltsamen Heranführen der Schulter an den Körper und einem Verdrehen derselben an (act. G 1). Diese detaillierten

Sachverhaltselemente erscheinen zwar angesichts ihrer Schilderung erst rund zwei Jahre nach dem Unfall eher nachgeschoben, dennoch sind sie nicht undenkbar und als Anhaltspunkte für ein traumatisches Geschehen einer Rotatorenmanschette ohnehin nicht ausschlaggebend. 5.3.3 Anlässlich der MRI-Untersuchung vom 18. Dezember 2015 (Suva-act. 3; siehe Sachverhalt A.a) kamen beim Beschwerdeführer im linken Schultergelenk neben den Rotatorenmanschettenläsionen verschiedene degenerative bzw. anatomische Vorzustände zur Darstellung, welche bereits im Unfallzeitpunkt vorgelegen haben dürften. So hielt Dr. F.____ bezüglich der Stumpfretraktion um fast 1cm fest, dass deren Entstehung fast ein Jahr bedürfe (Suva-act. 3). Weshalb jedoch der Kreisarzt die Vorzustände angesichts der Leichtgradigkeit der Arthrose sowie des morphologischen Formtyps des Akromions als "massiv" bezeichnet, erschliesst sich dem Gericht nicht, zumal der beurteilende Radiologe keine Hinweise auf "massive" Vorzustände festhielt. Ein bedeutsamer Hinweis gegen eine traumatisch verursachte Rotatorenmanschettenläsion lässt sich mithin auch in den radiologisch erhobenen Vorzuständen nicht erblicken. Anzuführen ist, dass sich auch epidemiologisch betrachtet ein rein degenerativer Prozess ohne unfallbedingten Ursachenbeitrag (im Zeitpunkt des Unfalls war der Beschwerdeführer 52 Jahre alt) in keiner Weise aufdrängt (vgl. dazu PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1576). 5.4 Damit verbleibt zwar die Erklärung von Dr. F.____, die Rissmorphologie müsse zum Unfallmechanismus passen und liege ein Rotatorenmanschettendefekt mit Ein- bzw. Abriss der Rotatorenmanschette in verschiedenen Anteilen vor, könne nicht eine bestimmte Bewegung - etwa im Sinne einer Aussendrehung - diesen Schaden verursacht haben (Suva-act. 23). Die in den Erwägungen 5.2 und 5.3 dargestellte Unfallanamnese (Unfallmechanismus in Form einer indirekten Gewalteinwirkung und zeitgleich verspürter Schmerz und eingetretene Beweglichkeitseinschränkung) lässt sich damit jedoch nicht überzeugend beheben. Für das Gericht stellt sich bei der vornehmlich ärztlich behandelten Komplettruptur der ventralen Supraspinatussehne und den partiellen Rupturen der mittleren und dorsalen Supraspinatus- und ventralen Infraspinatussehne die Frage nach weiteren, einen unfallbedingten Ursachenbeitrag nicht ausschliessenden Konstellationen: beispielsweise ein traumatisch bedingter Sehnenriss neben einem vom Trauma nicht beeinträchtigten und damit gleichgebliebenen degenerativen Vorzustand im Bereich einer anderen Sehne oder neben einer vorübergehenden oder richtungsgebenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes im Bereich einer anderen Sehne; eine richtungsweisende Verschlimmerung eines Vorzustandes im Bereich einer bestimmten Sehne (Übergang eines vorbestehenden Teilrisses in einen Vollriss) bei Vorliegen degenerativer Vorzustände im Bereich mehrerer Sehnen. Die kreisärztliche Argumentation würde damit in Frage gestellt. In diese Richtung argumentiert auch Dr. C.____ in seinem Schreiben vom 21. Januar 2016, wenn er festhält, es scheine ihm ausser Frage zu stehen, dass beim vorliegenden Verletzungsmuster mit einer axialen Krafteinwirkung zumindest ein Teil der Rotatorenmanschette verletzt werde; kausal hierfür sei sicher nicht der Vorzustand mit in diesem Alter bei einem Handwerker zu erwartenden degenerativen Veränderungen (Suva-act. 22). 5.5 Wenngleich der Beschwerdegegnerin darin zuzustimmen ist, dass mit der Diagnose einer "posttraumatischen" Supraspinatussehnenruptur links (vgl. Suva-act. 8, 31) grundsätzlich nur eine zeitliche Einordnung (die Supraspinatussehnenruptur bzw. die damit zusammenhängende Symptomatik trat zeitlich betrachtet nach einem Trauma auf) vorgenommen wird und der zeitliche Aspekt allein keine wissenschaftlich genügende Erklärungskraft besitzt (siehe Beschwerdeantwort vom 12. Januar 2017, act. G 3; vgl. dazu UELI KIESER,

ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 69 zu Art. 4 ATSG; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205 [= Beweisführung nach der Formel "post hoc ergo propter hoc"]; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb), erweist sich der Hinweis im konkreten Fall als untauglich. Vor dem Hintergrund einer Anamnese mit einem typischen Bewegungsablauf für eine Rotatorenmanschettenruptur, mit unmittelbar darauf aufgetretenen typischen Symptomen, derentwegen der Beschwerdeführer am Tag nach dem Unfall seinen Hausarzt konsultierte, und mit einer unfallnah radiologisch erhobenen Rotatorenmanschettenverletzung, welche nachfolgend konservativ behandelt wurde, ist eine traumatische Verursachung einer Rotatorenmanschettenruptur nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen. Die blosse zeitliche Abfolge stellt nur in solchen Fällen einen ungenügenden Beweis dar, in welchen das Vorliegen einer strukturellen Verletzung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden kann. Eine Gesamtbetrachtung im Sinne der vorangegangenen Erwägungen lässt jedoch die Schlussfolgerung, die konservativ behandelte Supraspinatussehnenruptur sei unfallfremd, nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad zu. 5.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es dem Gericht anhand der Ausführungen von Dr. F.____ nicht möglich ist, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob im konkreten Fall von einer traumatischen Verletzung oder von einem rein degenerativen Vorzustand auszugehen ist.

E. 6

Wenn Dr. F.____ bezüglich der Supraspinatussehnenläsion links von einem Vorzustand ausgeht und diesen durch den Unfall vom 16. Dezember 2015 "nur" als vorübergehend verschlimmert betrachtet (Suva-act. 23), könnte selbst in einem solchen Fall im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht von einem überwiegend wahrscheinlichen Dahinfallen jeder (teil-)kausalen Bedeutung des Unfallereignisses vom 16. Dezember 2015 auf rein theoretischer Basis bereits sechs Wochen später, per 31. Januar 2016, ausgegangen werden. Die vorstehenden Erwägungen sprechen auch hier gegen einen rein unfallfremden, d.h. restlos degenerativen Prozess. Dr. F.____ definierte zudem weder die Gesundheitsschädigung der vorübergehenden Verschlimmerung, was die von ihm angenommene Heilungsdauer nicht nachvollziehen lässt, noch erklärte er, weshalb im konkreten Fall nicht von einer richtungsweisenden Verschlimmerung im Sinne des Übergangs eines Teilrisses in einen Vollriss ausgegangen werden kann. Im Übrigen ist festzustellen, dass Dr. E.____ seine Behandlung erst am 8. März 2016 abgeschlossen (Suva-act. 36) und der Beschwerdeführer letztmals am 18. März 2016 Dr. C.____ konsultiert hat (Suva-act. 37). Auch angesichts dieser Sachlage erscheint eine Leistungseinstellung wegen Dahinfallens jeglicher Unfallkausalität ausgerechnet bereits per 31. Januar 2016 unbegründet.

E. 7

7.1 Nach dem Gesagten bildet die kreisärztliche Beurteilung von Dr. F.____ keine zuverlässige medizinische Grundlage für den Entscheid, ob das Unfallereignis vom 16. Dezember 2015 per 31. Januar 2016 jede kausale Bedeutung hinsichtlich der weiterdauernden konservativen Behandlung der Rotatorenmanschettenruptur verloren hat. Allein gestützt auf eine Literaturangabe betreffend geeigneter Unfallhergänge für eine Rotatorenmanschettenverletzung kann ein Status quo sine vel ante per 31. Januar 2016 nicht

definiert werden. Mit einem solchen Vorgehen, das vor dem Hintergrund des feststehenden, nachher allerdings nicht wahrgenommenen Operationstermins ohnehin sehr ergebnisorientiert anmutet, lässt sich der erforderliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit für die Leistungseinstellung ohne jeden Zweifel nicht erreichen. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die Kosten der Physiotherapieserie und der wenigen Arztbesuche Anfang 2016, die einzig im Streit liegen, zu übernehmen. Diesbezüglich könnten zusätzliche Abklärungen nicht zu einem anderen Ergebnis führen (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. April 2015, 8C_924/2014, E. 4.3). 8. Die Leistungseinstellung ist sodann auch unter dem Gesichtspunkt, dass der Beschwerdeführer ab 2. Februar 2016 wieder zu 100% arbeitsfähig war, nicht zu schützen. Die Heilbehandlung setzt gemäss Art. 10 UVG eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit, nicht aber eine Arbeitsunfähigkeit voraus. Laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung hat der Versicherer allerdings die Heilbehandlung nur so lange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (BGE 134 V 114 E. 4.1), wobei das Kriterium der namhaften Besserung des Gesundheitszustandes namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbeeinträchtigt, zu beurteilen ist (BGE 134 V 115 E. 4.3). Im vorliegenden Fall erscheint es angemessen, eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zumindest für die noch aktenkundigen Heilbehandlungen (Physiotherapie, Kontrolluntersuchung durch Dr. E.____ bzw. Schlusskontrolle durch Dr. C.____; vgl. Suva-act. 31, 36) zu bejahen. Die Verordnung einer zusätzlichen, aber offensichtlich letzten Physiotherapieserie durch Dr. E.____ erfolgte parallel zum Arbeitsbeginn, was zur anfänglichen Unterstützung als sinnvoll betrachtet werden kann. Eine letzte Kontrolluntersuchung durch den Spezialarzt und eine Schlusskontrolle durch den Hausarzt gehört sodann regelmässig zum gängigen Heilbehandlungsprozess.

E. 9

9.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 8. November 2016 (Suva-act. 40) gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer über den 31. Januar 2016 hinaus die Heilkosten für die Folgen des Unfalls vom 16. Dezember 2015 zu vergüten. 9.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Eine Parteientschädigung fällt ausser Betracht, nachdem der Beschwerdeführer nicht anwaltlich vertreten ist. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 8. November 2016 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin im Sinne der Erwägungen verpflichtet, dem Beschwerdeführer auch über den 31. Januar 2016 hinaus die Heilkosten für die Folgen des Unfalls vom 16. Dezember 2015 zu vergüten. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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