

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/91 vom 24. Oktober 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-10-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2017_91

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/91 du 24 octobre 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/91 del 24 ottobre 2019

Regeste

Rückweisung mangels rechtsgenügender Abklärung des medizinischen Sachverhalts (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Oktober 2019, UV 2017/91).

Volltext

Entscheid vom 24. Oktober 2019 Besetzung Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi Geschäftsnr. UV 2017/91 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin Karin Herzog, M.A. HSG in Law, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ arbeitete als Netzelektriker für die B.____ AG und war deshalb bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 28. April 2016 meldete die Arbeitgeberin der Suva einen Bagatellunfall, welchen der Versicherte am 18. Dezember 2015 in C.____ erlitten hatte. Dieser habe auf dem Weg ins Training mit dem Fahrrad das Gleichgewicht verloren und sei auf die linke Achsel (gemeint wohl Schulter) gestürzt. Dabei habe er sich eine Prellung zugezogen (Suva-act. 1). Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädie E.____, welchen der Versicherte am 21. April 2016 aufsuchte, erhob den Verdacht auf eine SLAP-Verletzung Schulter links (Läsion des superioren Labrum-Bizepsanker-Komplexes) und veranlasste eine MRT-Untersuchung bei Dr. med. F.____, Radiologie G.____, womit die Diagnose SLAP-Verletzung gesichert werden konnte (Suva-act. 5). Auf Nachfrage der Suva teilte der Versicherte am 27. Juli 2016 mit, die ärztliche Behandlung sei noch nicht abgeschlossen; auf den 11. Oktober 2016 sei eine Operation geplant (Suva-act. 8). Am 23. August 2016 befragte ein Aussendienstmitarbeiter der Suva den Versicherten zum Unfallereignis, zum Heilverlauf, zur Behandlung, zum aktuellen Befinden, zu ausserberuflichen Tätigkeiten - hier gab er an, bis vor fünf oder sechs Jahren in der zweiten Liga Korbball gespielt zu haben - und zur Tätigkeit als Netzwerkelektriker. Bei letzterer sei es im Zusammenhang mit dem Unfall bisher zu keiner Arbeitsunfähigkeit gekommen (Suva-act. 14). Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt am 7. September 2016 fest, der Versicherte schildere einen strikt seitlich auftreffenden Anprall des Schultergelenkes, welcher nicht zwingend auf eine Translationsbewegung hinweise. Die Vorstellung nach fünf Monaten und auch die kernspintomographisch gesicherten unfallunabhängigen Veränderungen des

Gelenkes sowie die Art der SLAP-Läsion (Typ-I-Läsion) machten einen kausalen Zusammenhang nicht überwiegend wahrscheinlich. Die (geplante) Operation adressiere überwiegend wahrscheinlich keine Unfallfolgen (Suva-act. 15). Dies teilte die Suva dem Versicherten am 14. September 2016 mit und hielt fest, dass sie für die Operation nicht aufkommen könne (Suva-act. 17; vgl. auch die Kostengutsprache-Gesuche der Klinik I.____ [Suva-act. 11 und 16]). In der Folge ersuchten der Versicherte sowie seine Krankenkasse, die Swica Krankenversicherung AG, um Zustellung der Akten (Suva-act. 18 bis 21). Mit Schreiben vom 7. November 2016 zeigte Rechtsanwältin Karin Herzog, M.A. HSG in Law, St. Gallen, der Suva an, dass sie die Vertretung des Versicherten übernommen habe. Die Operation habe zwischenzeitlich stattgefunden und sei soweit ersichtlich erfolgreich verlaufen. Intraoperativ habe sich gezeigt, dass es sich bei der Verletzung, die sich der Versicherte beim Sturz am 18. Dezember 2015 zugezogen habe, um eine SLAP-Läsion vom Typ III gehandelt habe und nicht vom Typ I, wie Dr. H.____ behauptet habe. Diese sei überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen, weshalb die Suva die Leistungsübernahme zu bestätigen und den involvierten Ärzten anzuzeigen habe (Suva-act. 22 samt Vollmacht und Dokumenten der Klinik I.____ betreffend die durchgeführte Operation). Die Suva zog ihrerseits die medizinischen Akten bei und legte den Fall dem Agenturärztlichen Dienst, Kreisarzt Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zur Beurteilung der Unfallkausalität vor (Suva-act. 24 bis 26). Dieser führte in der Beurteilung vom 23. Januar 2017 aus, dass die SLAP-Läsionen vom Typ I und Typ III als degenerativ verursacht angesehen würden. Im vorliegenden Dossier sei eine traumatische Schädigung des SLAP-Komplexes weder durch den Unfallhergang erklärbar noch durch eine entsprechende Echtzeitdokumentation belegt, weshalb die erforderliche überwiegende Wahrscheinlichkeit zur Anerkennung einer natürlichen Unfallkausalität nicht attestiert werden könne. Unter Abwägung sämtlicher versicherungsmedizinischer Kriterien sei eine degenerativ bedingte SLAP-Läsion anzunehmen, auch belegt durch die jahrelange Ausübung einer Wurfballsportart (Suva-act. 27). Der Versicherte liess der Suva am 10. April 2017 gestützt auf eine Stellungnahme von Dr. D.____ vom 8. März 2017 einlässlich begründet mitteilen, dass er mit der Beurteilung von Dr. J.____ sowie der Ablehnung der Leistungspflicht nicht einverstanden sei und deshalb eine einsprachefähige Verfügung verlange (Suva-act. 29). Ohne inhaltlich auf diese Eingabe einzugehen, verfügte die Suva daraufhin am 18. April 2017, dass kein sicherer oder wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 18. Dezember 2015 und den gemeldeten Schulterbeschwerden bestehe, weshalb sie nicht leistungspflichtig sei (Suva-act. 30). Mit Einsprache vom 23. Mai 2017 liess der Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwältin Herzog, die Aufhebung der Verfügung und die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen, insbesondere Heilbehandlung, Taggelder und Integritätsentschädigung, beantragen. Zur Begründung wurde vorgebracht, dass die Schlussfolgerungen von Dr. J.____ weder nachvollziehbar noch ausreichend begründet seien. Es müsse auf die Einschätzung von Dr. D.____ abgestellt werden, welche auch durch die Fachliteratur - solche lag der Einsprache bei - gestützt würde (Suva-act. 31). Zur Stellungnahme aufgefordert hielt Dr. J.____ am 1. Juni 2017 fest: "Aufgrund des anhängigen Literaturauszuges ergibt sich aus kreisärztlicher Sicht keine Änderung der Stellungnahme" (Suva-act. 31). Mit Entscheid vom 29. September 2017 hiess die Suva die Einsprache teilweise gut. Sie begründete dies damit, dass sich der Versicherte beim Sturz vom 18. Dezember 2015 nachgewiesenermassen eine relativ bagatelläre Kontusion an seiner linken Schulter zugezogen habe, welche nach kreisärztlicher Beurteilung, auf welche abgestellt

werden könne, spätestens bis am 18. März 2016 als abgeheilt zu erachten sei. Bis zu diesem Zeitpunkt habe die Suva die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen, soweit dies in Wirklichkeit nicht schon geschehen sei (Suva-act. 34). Gegen den Entscheid vom 29. September 2017 richtete sich die am 2. November 2017 durch Rechtsanwältin Herzog erhobene Beschwerde. Sie beantragte, dieser sei aufzuheben und dem Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführer) seien die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen; eventualiter seien weitere Abklärungen durchzuführen. Weiter beantragte sie, die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, die Kosten der (der Beschwerde beiliegenden) Zweitbeurteilung durch Dr. med. K.____, Orthopädie E.____, in der Höhe von Fr. 500.-- zu übernehmen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich Mehrwertsteuer zulasten der Beschwerdegegnerin. Die Rechtsanwältin begründete dies damit, dass die Einschätzungen von Dr. J.____, auf welche die Beschwerdegegnerin massgeblich abstütze, nicht stichhaltig, ja teilweise aktenwidrig seien, weshalb ihnen kein Beweiswert zukommen könne. Gemäss den überzeugenden fachärztlichen Beurteilungen von Dr. D.____ und Dr. K.____ sei der Unfall vom 18. Dezember 2015 die überwiegend wahrscheinliche Ursache für die SLAP-Läsion. Entsprechend sei die Unfallkausalität zu bejahen (act. G 1). Zur Beschwerdeantwort aufgefordert liess die Beschwerdegegnerin erneut eine chirurgische Beurteilung durch ihr Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin, med. pract. L.____, Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Viszeralchirurgie, erstellen. Diese lag am 31. Januar 2018 vor und kam zum Schluss, dass zum Zeitpunkt der MR-Arthrographie (bei Dr. F.____ am 2. Mai 2016) zufolge nicht objektivierter Ablösung des Bizepsankers am ehesten eine SLAP-Läsion vom Typ I vorgelegen habe. Die anlässlich der Operation behandelte Verletzung habe dagegen einer Mischform von Typ II und III entsprochen, wobei die Aktenlage eine exakte Bestimmung des Typs der SLAP-Läsion (unter Zugrundelegung der Klassifikation von Snyder et al.) nicht zulasse. Die SLAP-Läsion stehe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Zusammenhang mit dem Sturzereignis vom 18. Dezember 2015. Dabei habe der Beschwerdeführer eine leichte bis mittelschwere Schulterprellung erlitten. Mangels entsprechender Schilderungen könne nicht von einer schweren Prellung ausgegangen werden, sodass die Folgen grundsätzlich nach vier bis sechs Wochen ausgeheilt gewesen seien. Überwiegend wahrscheinlich seien die vorbestehenden Verschleissveränderungen an der Schulter (entstanden durch die intensive sportliche Betätigung im Basketball in der Vergangenheit) nicht richtunggebend verschlimmert worden. Es sei jedoch möglich, dass diese zu einer Verlängerung des Heilungsprozesses geführt hätten. Unter Beachtung dieser Möglichkeit sei der Status quo sine spätestens drei Monate nach dem Ereignis erreicht gewesen (Suva-act. 43). Gestützt auf diese Aktenbeurteilung - welcher auch eine seriöse gerichtliche Beweiswürdigung zwingend zu folgen habe - beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 7). Mit Replik vom 3. August 2018 rügte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers die mangelnde fachliche Qualifikation von med. pract. L.____ zur Beurteilung der Schultergelenksverletzung. Zudem beruhe diese auf falschen Sachverhaltsannahmen, berücksichtige nicht alle medizinischen Unterlagen und ziehe nicht nachvollziehbare Schlussfolgerungen. Sie beantragte, die beschwerdeweise gestellten Anträge seien gutzuheissen (act. G 16). Der Replik legte sie unter anderem eine weitere ärztliche Beurteilung von Dr. med. M.____, Ärztin Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie an der Klinik N.____ in O.____ bei, worin unter anderem festgehalten wird, alleine die Auswertung der arthroskopischen Bilder spreche eindeutig für eine traumatische Genese der SLAP-Läsion. Ein direkter Schulteranprall sei ein geeignetes

Ereignis für deren Verursachung; es sei nicht notwendig, dass der Betroffene einen sogenannten "geeigneten Mechanismus" aufweise, so zum Beispiel einen Sturz auf den ausgestreckten Arm (G 16.4). In der Duplik vom 6. September 2018 hielt die Beschwerdegegnerin weiterhin gestützt auf die Beurteilung von med. pract. L.____ daran fest, dass der Unfall vom 18. Dezember 2015 keine strukturellen Veränderungen, sondern höchstens eine leichte bis mittelschwere Prellung bewirkt habe, welche auf einen verschleissbedingten Vorzustand getroffen sei. Die Operationsbilder, auf welche sich der Beschwerdeführer berufe, seien in Form von unbrauchbaren Fotokopien eingereicht worden, weshalb die diesbezüglichen Ausführungen von vorneherein unbeachtlich und haltlos seien. Mit den Inhalten der Berichte von Dr. D.____ und Dr. K.____ habe sich med. pract. L.____ ausführlich befasst. Der neu aufgelegte Bericht von Dr. M.____ beinhalte keine neuen entscheiderelevanten Aspekte. Wichtig sei, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht in Bezug auf die SLAP-Läsion nie anerkannt habe, weshalb für deren Unfallkausalität der Beschwerdeführer beweisbelastet bleibe (act. G 18). Mit Eingabe vom 20. September 2018 verwahrte sich die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers gegen den Vorwurf, unbrauchbare Kopien der Operationsbilder eingereicht zu haben. Die Beschwerdegegnerin selbst habe die Farbfotodokumentation schwarz-weiss gescannt und dadurch die nicht mehr lesbare Qualität bewirkt. Sie legte die intraoperativen Fotos als Farbkopien nochmals auf (act. G 20, G 20.1). In seiner Stellungnahme vom 23. Oktober 2018 hielt med. pract. L.____ fest, die Bilder zeigten das kraniale Labrum glenoidale deutlich aufgefasert. Diese schwere Texturstörung ermögliche es nicht, mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit die Unfallkausalität zu bestätigen oder auszuschliessen. Der Argumentation von Dr. M.____, allein die Auswertung der arthroskopischen Bilder spreche eindeutig für eine traumatische Genese, könne daher nicht gefolgt werden (act. G 22.1). Erwägungen 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 den Übergangsbestimmungen werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor Inkrafttreten der Änderung ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend stehen Folgen eines Unfalls vom 18. Dezember 2015 zur Diskussion. Es finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung. Unstrittig erlitt der Beschwerdeführer am 18. Dezember 2015 beim Fahrradsturz einen Unfall im Rechtssinne nach Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1). Streitig und zu prüfen ist im vorliegenden Verfahren einzig, ob auch die nach dem Leistungseinstellungszeitpunkt (18. März 2016) bestehenden Schulterbeschwerden links (inkl. Operation vom 11. Oktober 2016 mit arthroskopischer SLAP-Repair Schulter links [Suva-act. 22]) bzw. die SLAP-Läsion kausal auf das Unfallereignis vom 18. Dezember 2015 zurückzuführen sind. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Angesichts dieser gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für Heilkosten- und Taggeldleistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht 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 und 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 123 III 110, 112 V 30, 107 V 173, Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Die Adäquanz spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen indessen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2). 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. 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 medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die versicherungsinterne Beurteilung zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinn zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 135 V 469 f. E. 4.4). Bei Berichten von behandelnden Spezialisten ist zu beachten, dass sich diese in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben und – wie Hausärzte – in einem Vertrauensverhältnis zum Patienten stehen, so dass im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommt. Dies auch aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte und behandelnde Spezialisten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. zu den weiteren Gründen BGE 135 V 470 f. E. 4.5). Auch ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten sind nicht an sich unzuverlässig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Februar 2007, U 223/06, E. 5.1.2). Der im Sozialversicherungsprozess herrschende Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn einer 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 unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, demzufolge die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität der Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; BGE 117 V 264 E. 3b). Die Beweislast liegt jedoch nur bezüglich derjenigen Verletzungen beim Unfallversicherer, welche thematisiert worden waren und somit Gegenstand der Anerkennung bildeten (Urteil des Bundesgerichts vom 20.

August 2009, 8C_363/2009, E. 1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 27. April 2005, U 6/05, auszugsweise publiziert in: AJP 2006 S. 1290 ff.). Vorliegend liegt die Beweislast beim Beschwerdeführer, nachdem Beschwerden aufgrund einer SLAP-Läsion seitens der Beschwerdegegnerin nie anerkannt wurden. Im Übrigen gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. nebst vielen BGE 126 V 360 E. 5b). Zu würdigen sind im Folgenden die im Recht liegenden medizinischen Berichte und Beurteilungen. Es ist zu prüfen, ob diese den rechtsgenügenden Schluss bezüglich Unfallkausalität der SLAP-Läsion links und damit der über den Leistungseinstellungszeitpunkt (18. März 2016) hinaus geklagten Beschwerden zulassen. Der Beschwerdeführer erachtet eine Unfallkausalität der SLAP-Läsion gestützt auf die Beurteilung des Operateurs Dr. D.____ (Suva-act. 29-3 f.) sowie die Aktenbeurteilungen von Dr. K.____ (Suva-act. 37-8 ff.) und Dr. M.____ (act. G 16.4) als überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen. Die Beschwerdegegnerin bestreitet dies letztlich insbesondere aufgrund der versicherungsinternen Aktenberichte von med. pract. L.____ vom Kompetenzzentrum (Versicherungsmedizin; Suva-act. 43 und act. G 22.1), dessen Kompetenz als Facharzt für Unfallchirurgie bei diesem Sachverhalt nicht in Frage zu stellen ist (G 18.1). Dr. D.____ nahm mit Beurteilung vom 8. März 2017 Stellung zur Kausalitätsfrage. Sturzereignisse seien oft unkontrollierte Handlungen, die je nach Wucht zu grossen Energie-Einwirkungen auf den Körper führen könnten. Somit könne ein seitlicher Sturz auf die linke Schulter sicher eine SLAP-Läsion Typ III verursachen. Typischerweise würden SLAP-Verletzungen durch Sturzereignisse mit Auffangbewegungen auftreten. Nach Abklingen der anfänglichen Schmerzen würden die eigentlichen Beschwerden häufig erst einige Wochen oder Monate später auftreten, eventuell im Anschluss an ein zweites Unfallereignis. Die anlässlich der Arthroskopie beschriebene SLAP-Verletzung könne sowohl eine degenerative, als auch eine posttraumatische Ursache haben. Sollte der Beschwerdeführer bis zu seinem erlittenen Unfallereignis von Seiten seiner linken Schulter beschwerdefrei gewesen sein, müsse davon ausgegangen werden, dass das erlittene Unfallereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zur beschriebenen Verletzung geführt habe. Nachdem sich abgesehen von der SLAP-Läsion ein absolut intaktes Schultergelenk zeige, ohne Anhaltspunkte auf degenerative Veränderungen, sollte ein degeneratives Geschehen als Ursache mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Bei einer degenerativen Ursache wären mit Sicherheit auch andere Schulterbinnenstrukturen von dieser Degeneration betroffen (Suva-act. 29-3 f.). Mit Aktenbeurteilung vom 23. Oktober 2017 nahm Dr. K.____ Stellung zur Kausalitätsfrage (Suva-act. 37-8 ff.). Er bestätigte darin eine SLAP-Läsion Typ III. Eine solche sei – entgegen den Ausführungen von Dr. J.____ (vgl. dazu vorstehende lit. A.c) – nicht grundsätzlich degenerativ bedingt. Im Weiteren bestätigte Dr. K.____ die Ausführungen von Dr. D.____, wonach ohne bekannte Vorschädigung des linken Schultergelenks die Verletzung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 18. Dezember 2015 zurückzuführen sei. Die ausgewiesene Bursitis wie auch der Bone bruise könnten gut im Zusammenhang mit dem Sturzereignis stehen. Ein acromialer Typ II mit Einengung des Supraspinatus-Outlet werde bei vielen auch asymptomatischen Patienten gesehen. Da der Beschwerdeführer Rechtshänder sei, könnten Überlastungen des linken Schultergelenks durch Ballsportarten ausgeschlossen werden. Med. pract. L.____ führte in seiner Beurteilung vom 31. Januar 2018 aus, dass eine Korbhennelläsion des Labrum glenoidale anhand der vorliegenden Diagnostik vom 2. Mai 2016, ungefähr 4 ½ Monate nach dem Ereignis, nicht eindeutig dokumentiert sei. Der

Bizepsanker sei zu diesem Zeitpunkt nicht vom Glenoid abgelöst gewesen. Dr. D.____ habe weitere fünf Monate später bei seiner Operation eine Korbhenkelläsion des Labrum glenoidale gefunden und beschreibe ein operatives Vorgehen, das auf eine Ablösung des Bizepsankers hinweise. Damit sei im Verlauf von einer Veränderung des Befundes auszugehen. Entgegen den Einschätzungen von Dr. D.____ habe die MR-Arthrographie vom 2. Mai 2016 ein degeneratives Geschehen im Schultergelenk links gezeigt (Bursitis subacromialis, hypertrophe AC-Gelenksarthrose mit Geröllzysten, Insertionstendinopathie und Tendinose der Supraspinatussehne, Ansatz-tendinose der Subscapularissehne). Die Befunde seien Ausdruck eines Verschleissleidens. Eine Insertionstendinopathie und eine Tendinose würden mit eindeutigen Texturstörungen des Sehngewebes einhergehen, die als Folge eines fehlgelaufenen Heilungsversuchs des Körpers als Reaktion auf die repetitive Mikrotraumatisierung angesehen werde. Eine SLAP-Läsion werde häufig in Begleitung von anderen Verschleissleidens – hier der Sehnen der Rotatorenmanschette – gefunden. Die Bursitis subacromialis gelte als Zeichen für einen chronischen Reizzustand im subacromialen Raum. Zusammen mit den von den Radiologen beschriebenen Zeichen einer anatomischen Enge des subacromialen Raums (als Hinweis für ein Impingement), einer Ansatz-tendinose der Supraspinatus- und Subscapularissehne und einer Tendinose der Supraspinatussehne sei es – entgegen der Beurteilung von Dr. K.____ – überwiegend wahrscheinlich, dass die Bursitis subacromialis Ausdruck eines chronischen Reizzustands im subacromialen Raum und nicht Folge eines einmaligen Traumas sei, zumal der Befund über vier Monate nach dem Ereignis erhoben worden sei. Die diagnostizierte AC-Arthrose könne jederzeit auch ohne jegliches Trauma aktiviert werden. Ein begleitendes Knochenmarködem der dem Gelenk benachbarten Knochen sei ein häufiges Phänomen bei Arthrosen. Ein posttraumatisches Ödem zeige – auch an Gelenken – ein Decrescendo im zeitlichen Verlauf. Ein deutliches Ödem einer Gelenkkapsel über vier Monate nach einem nicht allzu schweren Trauma wäre als ungewöhnlich zu bezeichnen. Knochenödeme als Folge eines Traumas würden sich zum überwiegenden Teil im Verlauf von vier Monaten zurückbilden. Im Weiteren verursache eine akute traumatische Zerreissung des Labrum glenoidale, einer sehr derben und stabilen Struktur, gemäss den Angaben in der wissenschaftlichen Literatur nachvollziehbar akute Schmerzen und eine erhebliche Funktionsbeeinträchtigung. Deshalb wäre zu erwarten gewesen, dass der Beschwerdeführer sich nicht erst mehr als vier Monate nach dem Ereignis in ärztliche Behandlung begeben. Zusammengefasst könne anhand der vorliegenden medizinischen Dokumente keine eindeutige Festlegung erfolgen, welchem Typ die bei dem Beschwerdeführer dokumentierte SLAP-Läsion entspreche. Ein Mischtyp erscheine wahrscheinlich. Aus der Typisierung der SLAP-Läsion allein ergebe sich aber nicht mit ausreichender Evidenz die Möglichkeit, zwischen einer verschleissbedingten oder einer traumatisch verursachten Läsion zu unterscheiden. Die lange Latenz zwischen dem Ereignis vom 18. Dezember 2015 und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe spreche zusammen mit der Aussage, dass die Beschwerden nicht so ausgeprägt gewesen seien und eine Fortführung der zumindest immer wieder körperlich anspruchsvollen Arbeit des Beschwerdeführers möglich gewesen sei, gegen eine Unfallkausalität der mit der MR-Arthrographie vom 2. Mai 2016 dargestellten und mit der Operation vom 11. Oktober 2016 bestätigten SLAP-Läsion. Dr. M.____ schloss wie Dr. K.____ mit Aktenbeurteilung vom 31. Juli 2018 eine Degeneration durch Wurf-sportarten als mögliche Ursache aus, da der Beschwerdeführer Rechtshänder sei. Auch ein direkter Anprall könne ein geeignetes Ereignis für eine traumatische SLAP-Läsion sein. Arthroskopisch zeige sich eine Ablösung vor und hinter dem Bizepsanker. Zudem sei das

Labrum im Sinne einer Korbhenkelläsion eingerissen. Korbhenkelartige Einrisse, auch in diesem Ausmass, würden so gut wie immer einer traumatischen Genese entsprechen. In ihrer langen Tätigkeit als Operateurin von Schultergelenken habe sie nie eine Korbhenkelruptur solchen Ausmasses auf degenerativer Basis gesehen. Allein die Auswertung der arthroskopischen Bilder spreche eindeutig für eine traumatische Genese (act. G 16.4). Mit Bericht vom 23 Oktober 2018 hielt med. pract. L.____ an seiner Beurteilung, wonach es nicht überwiegend wahrscheinlich sei, dass das Ereignis vom 18. Dezember 2015 zur Labrumläsion geführt habe, fest. Die Fotodokumentation vom 11. Oktober 2016 zeige das kraniale Labrum glenoidale deutlich aufgefasert. Diese schwere Texturstörung ermögliche es nicht, mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine Unfallkausalität zu bestätigen oder auszuschliessen. Sogar eine feingewebliche Untersuchung des derart veränderten Labrumgewebes würde nach diesem Zeitintervall keine sichere Aussage mehr zur Unfallkausalität ermöglichen (act. G 22.1). Während sich die Dres. D.____, K.____ und M.____ für eine traumatische Genese der SLAP-Läsion an der linken Schulter (verursacht durch den Fahrradsturz vom 18. Dezember 2015) aussprechen, erachtet med. pract. L.____ eine solche als nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen bzw. nicht mehr überwiegend wahrscheinlich nachweisbar. Zu prüfen ist im Folgenden, ob sich durch die anderslautenden Beurteilungen der drei Fachärzte geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Einschätzungen von med. pract. L.____ ergeben (vgl. dazu vorstehende E. 3.2). Auf den ersten Blick ist dies nicht der Fall. Es erscheint nachvollziehbar, dass es bei einer frischen bzw. traumatisch bedingten Labrum-Läsion initial zu Beschwerden (im Sinne von akuten Schmerzen, erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen) hätte kommen müssen bzw. solche Beschwerden zeitnah zum Unfallereignis erwähnt und behandelt worden wären. Weiter ist nicht zu beanstanden, dass allein aus dem Umstand, dass vor dem Ereignis keine Schulterbeschwerden links bestanden hatten, nicht automatisch auf eine Unfallkausalität geschlossen werden kann (grundsätzliche Untauglichkeit der Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc"; vgl. nebst vielen Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2018, 8C_355/2018, E. 3.2). Unter anderem damit argumentieren indes die Dres. D.____ und K.____. Von med. pract. L.____ nachvollziehbar dargelegt wurde im Weiteren das degenerative Geschehen in der linken Schulter. Diesbezüglich ist nicht erkennbar, weshalb Dr. D.____ von einem – nebst der Labrum-Läsion – absolut intakten Schultergelenk, ohne Anhaltspunkte auf degenerative Veränderungen, spricht. Auch fehlt bei den Dres. D.____, K.____ und M.____ eine Auseinandersetzung bzw. ein Vergleich zwischen den Bildern der MR-Arthrographie vom 2. Mai 2016 und den Bildern der Arthroskopie vom 11. Oktober 2016. Geringe Zweifel an der Kausalitätsbeurteilung von med. pract. L.____ ergeben sich dennoch. Es leuchtet ohne entsprechende Begründung nicht ein, dass sich bei einem sportlich aktiven Rechtshänder (welcher aber, am Rande bemerkt, entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin und med. pract. L.____, keinen Spitzensport betrieb) – ohne Unfallgeschehen – zuerst die linke Schulter einzig durch degenerative Veränderungen behandlungsbedürftig zeigt. Auch wenn im durch den Beschwerdeführer ausgeübten Korbballspiel beide oberen Extremitäten beansprucht werden, kann nicht in Zweifel stehen, dass die Belastungen auf der dominanten Seite ungleich grösser sind (einhändiger Wurf, einhändiger Block etc.). In dem Sinne liefert der Umstand, dass vor dem Ereignis keine Schulterbeschwerden bestanden hatten, wenn für sich allein auch keinen rechtsgenügenden Beweis, so doch zumindest ein gewichtiges Indiz dafür, dass der Unfall vom 18. Dezember 2015 nicht lediglich zu einer Schulterprellung links führte. Eine überzeugende medizinische Erklärung für vorgenannte Ungereimtheiten

ergibt sich aus den Beurteilungen von med. pract. L.____ auf jeden Fall nicht. In diesem Zusammenhang hat auch keiner der involvierten Ärzte die rechte Schulter im Vergleich zur linken – allenfalls bildgebend – in die Beurteilung miteinbezogen und diskutiert. Weiter interpretieren die Ärzte die Bilder der Arthroskopie unterschiedlich. Während für Dr. M.____ aufgrund des Ausmasses eine traumatische Genese überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen ist, kann dies gemäss med. pract. L.____ nicht mehr überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen werden. Eine vollends überzeugende Begründung dazu fehlt indes in seiner Beurteilung vom 23. Oktober 2018, zumal die Schwere der Texturstörung auf den ersten Blick eher für den Standpunkt von Dr. M.____ spricht (vgl. vorstehende E. 4.7). Auf welche Interpretation letztlich abzustützen ist, ist damit (noch) nicht klar und es bedarf dazu, zumal diesem Punkt entscheidende Bedeutung beizumessen ist, einer weiteren orthopädischen Beurteilung. Zusammengefasst ist festzuhalten, dass nicht unerhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Kausalitätsbeurteilung von med. pract. L.____ bestehen. Nachdem auch die Einschätzungen der Dres. D.____, K.____ und M.____ nicht abschliessend als Entscheidungsgrundlage herangezogen werden können (insbesondere fehlt es – wie erwähnt [vgl. vorstehende E. 5.2] – an einem Vergleich der MRI-Bilder vom 2. Mai 2016 mit den Bildern der Arthroskopie vom 11. Oktober 2016, wie ihn med. pract. L.____ vorgenommen hat), erscheint der Sachverhalt noch nicht rechtsgenügend abgeklärt. Es ist nicht ausgeschlossen, dass durch eine externe orthopädische Begutachtung/Beurteilung – mit Einbezug der in der vorstehenden Erwägung genannten noch unklaren Punkte – überwiegend wahrscheinliche Erkenntnisse in Bezug auf die Unfallkausalität der SLAP-Läsion herbeigeführt werden können, womit (noch) nicht von Beweislosigkeit mit den damit verbundenen materiellrechtlichen Folgen auszugehen ist. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen (externe orthopädische Begutachtung) und neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Ein Gerichtsgutachten drängt sich (noch) nicht auf, zumal seitens der Beschwerdegegnerin noch keine externe Beurteilung in Auftrag gegeben wurde und der Sachverhalt aufgrund dessen als nicht umfassend abgeklärt gelten kann. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Der Beschwerdeführer lässt beantragen, der Beschwerdegegnerin seien die ihr entstandenen Kosten im Umfang von Fr. 500.-- für die Erstellung der Zweitbeurteilung durch Dr. K.____ (act. G 1.13) aufzuerlegen. Auch die Beurteilung durch Dr. K.____ führte, wie die Beurteilungen der Dres. D.____ und M.____, zu den erwähnten Zweifeln an den Einschätzungen der versicherungsinternen Ärzte. Das Parteigutachten war demnach verwendbar (vgl. dazu Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 45 N 20) und die Kosten dafür sind in Anwendung von Art. 45 Abs. 1 ATSG von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen. Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung gegenüber der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG). Diese wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Es beträgt nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten des Kantons St. Gallen (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Vertreterin des Beschwerdeführers hat eine nach Zeitaufwand (15.14 h zu Fr. 250.--) bemessene Honorarnote über Fr. 4'246.25 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) eingereicht (act. G 20.2). Ein Honorar nach Zeitaufwand sieht die Honorarordnung im Verfahren vor dem Versicherungsgericht grundsätzlich nicht vor. Nachdem die Honorarnote nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO tarifkonform ist und sie sich im Rahmen dessen bewegt, was

praxisgemäss bei einem Fall wie diesem zugesprochen wird, kann trotzdem darauf abgestellt werden. Folglich hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer mit Fr. 4'246.25 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 29. September 2017 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten für die Beurteilung von Dr. med. K. ___ von Fr. 500.-- zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'246.25 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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