

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2024/18 vom 4. November 2024

Sg Versicherungsgericht, 2024-11-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2024_18

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2024/18 du 4 novembre 2024

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2024/18 del 4 novembre 2024

Regeste

Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 6 UVG. Die vorliegenden reinen Aktengutachten entbehren jeglicher Beweiskraft, da kein lückenloser Befund besteht und eine fachärztliche Beurteilung eines nicht feststehenden medizinischen Sachverhalts vorliegt. Es liegt keine medizinische Beurteilung bei den Akten, welche es dem Gericht erlauben würde, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob der heutige Gesundheitsschaden, dessen Mass auch unklar ist, auf die traumatischen Verletzungen vom 1. und 3. Oktober 2022 zurückzuführen sind. Die Beschwerdegegnerin wäre gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen hinsichtlich der Unfallkausalität verpflichtet gewesen. Rückweisung an die Vorinstanz zur Vornahme ergänzender Abklärungen und anschliessend neuer Verfügung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. November 2024, UV 2024/18).

Volltext

Entscheid vom 4. November 2024 Besetzung Versicherungsrichterin Mirjam Angehrn (Vorsitz), Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiberin Beatrice Borio Geschäftsnr. UV 2024/18 Parteien A.____, Beschwerdeführer, gegen Baloise Versicherung AG, Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Oskar Müller, Steinhauserstrasse 51, Postfach 7552, 6302 Zug, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) war seit dem 1. November 2019 als Geschäftsführer bei der B.____ GmbH (nachfolgend: Arbeitgeberin) tätig und dadurch bei der Baloise Versicherung AG (nachfolgend: Baloise) insbesondere gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 1. Oktober 2022 ausrutschte, den Rücken seitlich hinten rechts an einer Ecke der Küchentheke anschlug und stürzte (UV-act. 20). Am 3. Oktober 2022 schlug der Versicherte ferner den linken Brustkorb an, als er mit seinem Fuss an einem fixierten Stuhlbein hängen blieb und dabei stürzte (UV-act. 18-1). Am 3. Oktober 2022 attestierte Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit rückwirkend vom 1. Oktober 2022 bis zum 30. November 2022 (UV-act. 24), am 2. Dezember 2022 eine solche wegen Krankheit vom 1. Dezember 2022 bis zum 31. Januar 2023 (UV-act. 23) und am 31. Januar 2023 weiterhin eine solche wegen Krankheit bis zum 31. März 2023 (UV-act. 22). Am 8. Februar 2023 erfolgte die Schadenmeldung an die Baloise (UV-act. 20, 21). In dieser wurde einzig das Ereignis vom 1. Oktober 2022 erwähnt. Am 28. Februar 2023 füllte der Versicherte sodann den Fragebogen zum Ereignishergang aus. Darin nahm er auch Bezug auf das Ereignis vom 3. Oktober 2022 (UV-act. 19). Gemäss dem der Krankengeschichte beiliegenden Schreiben

von Dr. C. ___ vom 24. März 2023 hatte sich der Versicherte am 15. November 2022 über seit einem Monat bestehende präkordiale Schmerzen beim Aufwärtsgehen beklagt. Die in der Folge vorgenommene kardiologische Abklärung hätte damals eine schwere koronare Herzerkrankung gezeigt, weshalb sich der Versicherte am 19. Dezember 2022 am Universitätsspital Zürich einer Bypass-Operation unterzogen hätte. Die Rücken- (Lenden- und Brustwirbelsäule) und linksseitigen Thoraxschmerzen seien aber immer noch vorhanden, weshalb eine intensive Physiotherapie erforderlich sei (UV-act. 18). Gemäss «Second Medical Opinion» der Baloise vom 30. März 2023 seien keine Unfallfolgen objektivierbar. Die Beeinträchtigungen dürften auf die genannte schwere koronare Herzerkrankung zurückzuführen sein (UV-act. 17). Am 29. März 2023 fand eine Konsultation bei Dr. C. ___ statt. Dieser attestierte dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von nunmehr 75 % bis zum 30. April 2023 (UV-act. 15). Mit Schreiben vom 31. März 2023 informierte die Baloise den Versicherten über den negativen Leistungsentscheid (UV-act. 16). Mit Schreiben vom 5. April 2023 teilte Dr. C. ___ der Baloise mit, mit dem negativen Leistungsentscheid nicht einverstanden zu sein (UV-act. 15). Am 11. April 2023 nahm die beratende Ärztin der Baloise, Dr. med. D. ___, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Stellung zum Fall des Versicherten und führte aus, es würden keinerlei objektivierbaren strukturellen traumatischen Läsionen beschrieben, weshalb aus orthopädischer Sicht nur von einer Kontusion bzw. Distorsion auszugehen sei. Der Status quo sine sei vier Wochen nach den Traumata erreicht gewesen (UV-act. 14). Am 13. April 2023 erklärte die Baloise dem Versicherten, die Angelegenheit zur erneuten Prüfung der beratenden Ärztin vorgelegt zu haben und am negativen Leistungsentscheid festhalten zu wollen (UV-act. 13). Mit Schreiben vom 18. April 2023 wurde die Arbeitgeberin über die Schlussabrechnung der Taggelder in Höhe von Fr. 4'909.80 informiert (UV-act. 12). Mit Verfügung vom 15. Mai 2023 verneinte die Baloise einen Anspruch des Versicherten auf Versicherungsleistungen aus den Ereignissen vom 1. und 3. Oktober 2022 ab dem 31. Oktober 2022, da die anhaltenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien (UV-act. 10). Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 16. Juni 2023 Einsprache. Sinngemäss beantragte er die Aufhebung der Verfügung vom 15. Mai 2023 und die Ausrichtung der gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit den Ereignissen vom 1. und 3. Oktober 2022 (UV-act. 7). Dr. C. ___ reichte der Baloise ein Arzzeugnis, welches dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % vom 3. bis 31. Dezember 2023 aufgrund «Unfall» bescheinigte, zu den Akten (UV-act. 5). Mit Einspracheentscheid vom 23. Januar 2024 wies die Baloise die Einsprache des Versicherten ab (UV-act. 3, 4; act. G1.1). Dagegen erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 20. Februar 2024 Beschwerde. Er beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 23. Januar 2024 sowie die Prüfung der Leistungseinstellung per 31. Oktober 2022 (act. G1). Mit Beschwerdeantwort vom 12. April 2024 beantragte die Baloise (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. O. Müller, Zug, die Abweisung der Beschwerde (act. G3). Mit Replik vom 10. Mai 2024 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest und verlangte die Fortzahlung des Unfalltaggeldes (act. G5). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Schreiben vom 4. Juni 2024 auf eine Duplik (act. G7). Erwägungen Vorliegend strittig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung per 31. Oktober 2022 seitens der Beschwerdegegnerin hinsichtlich der Unfallereignisse vom 1. und 3. Oktober 2022. Der Unfallversicherer hat bei Vorliegen eines Unfalls gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des

Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (vgl. Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; André Nabold, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, in: Hans-Ulrich Stauffer/Basile Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 5. Aufl. 2024, S. 56 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 (André Nabold, N 53, 59 zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 65 f. und N 74 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Nabold, a.a.O., S. 58, 61). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung praktisch keine selbständige Rolle (BGE 127 V 102 E. 5b/bb, 123 V 98 E. 3b). Ob der Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе 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. 2014, § 70 N 58 f.). Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen bzw. hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht für einen Gesundheitsschaden einmal anerkannt, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht (mehr) die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, 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), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen; vgl. nachstehende E. 3.3). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang (vgl. vorstehende E. 2.1) muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (BGE 125 V 193 E. 2, 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 180 f. E. 3.2). 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 122 V 157 E. 1a, 121 V 204 E. 6c). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen aber eine Beweislast insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 138 V

218 E. 6, 117 V 261 E. 3b mit Hinweisen). Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 105 V 213 E. 2c mit Hinweis; RKUV 1990 Nr. U86 S. 50). Da es sich beim Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen, sondern nur dartun, dass die unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2021, 8C_80/2021, E. 2.2 mit Hinweisen; vgl. zum Ganzen auch Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2009, 8C_363/2009, E. 1). Dieser Beweis kann durchaus unter Bezugnahme auf statistische Grundlagen und medizinische Erfahrungswerte geführt werden (BGE 126 V 183 E. 4c; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Zu gelten hat dies insbesondere für den Nachweis des Status quo sine, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, der sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). 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 Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten 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 sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). Insofern kann rechtsprechungsgemäss auch Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, Beweiswert beigemessen werden. Auf deren Ergebnis kann jedoch nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen. In diesem Fall sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4, 4.6 f.). Beratende Ärztinnen und Ärzte eines Versicherungsträgers sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzten gleichzustellen (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Oktober 2022, 8C_322/2021, E. 4.3). Reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C_780/2016, E. 6.1). Die Beschwerdegegnerin anerkannte zu Recht, dass der Beschwerdeführer am 1. und 3. Oktober 2022 Unfälle im Sinne von Art. 4 ATSG erlitten hatte. Während sich die

Beschwerdegegnerin jedoch auf den Standpunkt stellt, dass vier Wochen nach den Unfallereignissen der Status quo sine erreicht gewesen sei, vertritt der Beschwerdeführer in der Beschwerde die Ansicht, dass er auch nach dem Leistungseinstellungszeitpunkt an unfallbedingten Beschwerden gelitten habe bzw. leide. Es stellt sich folglich die Frage, ob die Unfallfolgen über den Leistungseinstellungszeitpunkt (31. Oktober 2022) andauerten bzw. möglicherweise heute noch andauern und daher ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Ausrichtung von Versicherungsleistungen über den 31. Oktober 2022 hinaus bestand bzw. besteht. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine unfallkausale strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des bzw. der Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit – wissenschaftlich anerkannten – apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, Arthroskopie) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2 mit Hinweisen). Ein massgebender Ausgangspunkt für die Beurteilung traumatischer Folgeschäden bzw. der Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bildet der gesundheitliche Zustand einer versicherten Person vor dem Unfall. Ist es durch Letzteren zu keinen neuen strukturellen Schäden gekommen, trifft er aber auf einen vorgeschädigten Körper, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes in Betracht. Eine richtunggebende Verschlimmerung liegt nach der Rechtsprechung vor, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können (KOSS UVG-Nabold, N 54 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 71 zu Art. 6; Nabold, a.a.O., S. 57; Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2015, 8C_484/2014, E. 2.1). Die lediglich vorübergehende unfallbedingte Verschlimmerung eines Vorzustandes basiert auf dem Wissen, dass es im Unfallversicherungsrecht Fälle gibt, bei denen die Unfallfolgen bzw. deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie konkret beschrieben bzw. radiologisch als strukturelle Verletzung der Gelenke oder Knochen sichtbar gemacht werden können. Dennoch wird bei einem geeigneten bzw. adäquaten Ereignis in einer ersten Phase von einer schädigenden Wirkung des Ereignisses (Unfall) auf den Körper ausgegangen und werden die in der Folge aufgetretenen bzw. ausgelösten Beschwerden nach einem bestimmten Zeitraum – trotz ihres möglichen Fortdauerns – aufgrund einer medizinischen Erfahrungstatsache nicht mehr dem Unfall angelastet. Die Unfallversicherung übernimmt in diesen Fällen nur Leistungen für den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, d.h. sie hat bis zum Erreichen des Status quo sine oder ante Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3, und 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 und 4; vgl. auch KOSS UVG-Nabold, N 57 zu Art. 6, und BSK UVG-Hofer, N 72 zu Art. 6). Als Beispiel dafür gelten insbesondere auch Kontusions- und Distorsionsfolgen. Bei Kontusionen und Distorsionen handelt es sich um Weichteilverletzungen, die namentlich anhand klinischer Befunde – wie Hämatome, Schwellungen, Schürfwunden, Prellmarken, Druckdolenz, Bewegungseinschränkungen, Muskelverhärtungen – objektiviert werden (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2002, S. 412; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. 2003, S. 357, 441; Pschyrembel, Klinisches

Wörterbuch, 269. Aufl. 2023, S. 403). Die Unfallversicherung übernimmt die Leistungen bis zur Heilung der spezifischen Verletzungsfolgen und/oder – wie oben erwähnt – für den durch ein Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub. Die (medizinische) Aktenlage zu den Unfallereignissen vom 1. und 3. Oktober 2022 erweist sich als äusserst spärlich. Als Beurteilungsgrundlage stehen dem Versicherungsgericht einzig die Angaben des Beschwerdeführers zum Ereignishergang (UV-act. 20, 19), eine nicht entzifferbare Krankengeschichte mit Begleitbrief des behandelnden Arztes Dr. C.____ (UV-act. 18), ein zweites Schreiben von Dr. C.____ (UV-act. 15) sowie zwei versicherungsmedizinische Aktenbeurteilungen (UV-act. 17, 14) zur Verfügung. In den Akten werden verschiedentlich eine koronare Herzerkrankung und eine im November 2022 stattgefundene Bypass-Operation (vgl. etwa UV-act. 18, 17 14-1, 4-1) erwähnt. Die versicherungsmedizinischen Beurteilungen vom 30. März und 11. April 2023 nehmen darauf lediglich indirekt Bezug und verneinen so das Bestehen unfallbedingter Gesundheitsfolgen ab dem 1. November 2022. Die Bezugnahme ist indirekt, weil aus der Formulierung der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 30. März 2023 hervorgeht, dass diese nicht aufgrund von ärztlichen, insbesondere auch bildgebenden Berichten erstellt wurde, sondern gestützt auf den Begleitbrief von Dr. C.____ sowie die Angaben des Beschwerdeführers, und die Berichte auch vor der zweiten medizinischen Beurteilung nicht eingeholt worden sind (vgl. dazu die Ausführungen in UV-act. 17: «[...] Die Kopien der handschriftlichen KG-Einträge des HA, Dr. med. C.____ sind nicht entzifferbar. Gemäss der beigelegten Zusammenfassung hat er den Patienten erst am 15.11.2022 wegen präkordialen Schmerzen beim Aufwärtsgehen gesehen. Die kardiologische Abklärung zeigte eine schwere koronare Herzerkrankung und am 19.12.2022 wurde eine koronare Bypass-Op. im USZ durchgeführt. [...]»). Zudem heisst es in der Beurteilung: «Irgendwelche objektivierbaren Unfallfolgen nach den beiden Sturzereignissen sind nicht dokumentiert worden. [...] Anhand der eingereichten Unterlagen lässt sich keine unfallbedingte und nachvollziehbar begründete längere Leistungsminderung begründen» (UV-act. 17-2). Angesichts dieser Aussage hätte die Beschwerdegegnerin ihrer Untersuchungspflicht nachkommen müssen. Insbesondere hätte sie weitere Arztberichte einholen müssen. Damit bleibt auch unklar bzw. ist nicht nachvollziehbar, wie Dr. D.____ zum Schluss kommt, dass von einer vorübergehenden Verschlimmerung auszugehen sei, zumal sie ihre Aussage unbegründet lässt (UV-act. 14-1). Mithin bestehen wesentliche Zweifel daran, dass die versicherungsmedizinischen Beurteilungen auf einer vollständigen Aktenlage beruhen. Denn eine zuverlässige Beurteilung setzt voraus, dass die Entscheidungsgrundlagen vorhanden sind. Dies ist vorliegend, wie gesagt, nicht der Fall. Demzufolge hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt abschliessend abzuklären, und die Sache ist zur Beurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Insbesondere ist diese auch gehalten, die nicht entzifferbare Krankengeschichte von Dr. C.____ in einem solchen Format zu verlangen, dass die erforderlichen Informationen in die versicherungsmedizinische Beurteilung einfließen können. Ferner sei angemerkt, dass nicht klar ist, wer die Second Medical Opinion vom 30. März 2023 erstellt hat. Gemäss dieser erfolgte die Beurteilung durch «kf2bc0h» (UV-act. 17-2). Ob damit Dr. D.____ oder eine andere Versicherungsmedizinperson aus der erforderlichen Fachrichtung gemeint ist, erschliesst sich nicht. Auch diese Information wäre für das Gericht von Bedeutung gewesen. Die reinen Aktengutachten entbehren somit jeglicher Beweiskraft, da kein lückenloser Befund besteht und eine fachärztliche Beurteilung eines nicht feststehenden medizinischen Sachverhalts vorliegt. Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass auch Angaben zum

derzeitigen gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers fehlen und damit auch die Beurteilung einer vorübergehenden Verschlimmerung – wie sie Dr. D.____ annimmt – hinsichtlich Heilungsdauer nicht möglich ist. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass keine medizinische Beurteilung bei den Akten liegt, welche es dem Gericht erlauben würde, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob der heutige Gesundheitsschaden, dessen Mass im Übrigen auch unklar ist, auf die traumatischen Verletzungen vom 1. und 3. Oktober 2022 zurückzuführen sind. Die Beschwerdegegnerin wäre gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen hinsichtlich der Unfallkausalität verpflichtet gewesen. Insbesondere hätten auch die erforderlichen Akten zur koronaren Herzerkrankung eingefordert werden müssen. Die Angelegenheit ist nach dem Gesagten zur Veranlassung der besagten und allfälligen weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerde vom 20. Februar 2024 ist nach dem Gesagten dahingehend gutzuheissen, dass der Einspracheentscheid vom 23. Januar 2024 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Bei Streitigkeiten über Leistungen ist das Verfahren kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist (Art. 61 lit. f bis ATSG). Im UVG ist eine solche Kostenpflicht nicht vorgesehen. Das Verfahren ist deshalb kostenlos. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als volles Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 132 V 235 E. 6.2). Mangels Rechtsvertretung und mangels geltend gemachter anderweitiger ausserordentlicher Aufwendungen fällt die Zusprache einer Parteientschädigung für den obsiegenden Beschwerdeführer vorliegend jedoch nicht in Betracht (vgl. BGE 110 V 132 E. 4d; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 217 zu Art. 61). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde vom 20. Februar 2024 wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 23. Januar 2024 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

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