

SO_GERICHTE VSBES.2014.207 vom 2. Juli 2014

SO Obergericht, 2014-07-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2014.207

FR: SO_GERICHTE VSBES.2014.207 du 2 juillet 2014

IT: SO_GERICHTE VSBES.2014.207 del 2 luglio 2014

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1974 geborene A.____, [...] (nachfolgend: Beschwerdeführer 1), war zum Unfallzeitpunkt vom 4. Februar 2013 bei der [...], als Sanitärtechniker in einem Arbeitspensum von 100 % angestellt und in dieser Funktion gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), versichert. 1.2 Mit Bagatellunfall-Meldung UVG vom 5. März 2013 (Suva-Aktennummer [Suva-Nr.] 1) wurde der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, der Beschwerdeführer 1 sei am 4. Februar 2013 in [...] beim Skifahren gestürzt. Dabei habe er eine Prellung der linken Schulter erlitten. Die Beschwerdegegnerin erbrachte daraufhin entsprechende Versicherungsleistungen (Suva-Nr. 2). Am 6. März 2013 wurde durch Dr. med. C.____, FMH Radiologie/diagnostische Neuroradiologie, [...], eine MRT Arthrographie des linken Schultergelenks durchgeführt (Suva-Nr. 4). Diese wurde wie folgt beurteilt: «Tendinopathie der Supraspinatussehne am Ansatz am Tuberculum majus, keine transmurale Rotatorenmanschettenruptur; Zeichen einer leichten Bursitis subacromialis/subdeltoidea; ausgeprägte AC-Gelenksarthrose». Die Beschwerdegegnerin holte sodann die beiden Arztberichte von Dr. med. D.____, Leitender Arzt, Orthopädische Klinik, [...], vom 22. Mai bzw. 8. Juli 2013 (vgl. Suva-Nrn. 5, 6) ein. 2. Mit Schadenmeldung UVG vom 3. Oktober 2013 (Suva-Nr. 9) wurde der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, der Beschwerdeführer 1 habe am 9. Oktober 2013 einen Rückfall zum Skiunfall vom 4. Februar 2013 erlitten. Da keine Besserung erfolgt sei, werde er am 15. Oktober 2013 operiert. Nach Beizug des Berichts von Dr. med. D.____ vom 25. September 2013 (Suva-Nr. 10) holte die Beschwerdegegnerin eine Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. E.____ ein, die vom 9. Oktober 2013 datiert (Suva-Nr. 11). Gestützt auf diese teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer 1 am 11. Oktober 2013 (Suva-Nr. 12) mit, es bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 4. Februar 2013 und der geplanten Operation vom 15. Oktober 2013, weshalb keine Leistungen erbracht würden. Es werde ihm empfohlen, sich für die weitere Behandlung beim Krankenversicherer B.____, [...] (nachfolgend: Beschwerdeführer 2), zu melden. Der Beschwerdeführer 1 zeigte sich damit indes nicht einverstanden (Suva-Nr. 13 f.). Aufgrund der beim Kreisarzt Dr. med. E.____ eingeholten ärztlichen Beurteilung vom 23. Oktober 2013 (Suva-Nr. 16) verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 29. November 2013 ihre Leistungspflicht (Suva-Nr. 19). Dagegen erhoben sowohl der Beschwerdeführer 2 am 5. Dezember 2013 bzw. 11. Februar 2014 (Suva-Nrn. 21, 33) als auch der Beschwerdeführer 1 am 19. Dezember 2013 und 24. Januar 2014 (Suva-Nrn. 27, 32) Einsprache. Gestützt auf die chirurgische Beurteilung von Dr. med. F.____, Arzt für Chirurgie FMH, Arbeitsarzt, vom 13. Juni 2014 (Suva-Nr. 40), hielt die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 2. Juli 2014 an ihrer Verfügung fest

(A.S. [Akten-Seiten] 1 ff.).

E. 3

3.1 Dagegen lässt der Beschwerdeführer 1 am 19. August 2014 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (VSBES.2014.207, A.S. 8 ff.): Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die Heilbehandlungskosten für den medizinischen Eingriff vom 15. Oktober 2013 zu erstatten und ihm für die Zeit der ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit Taggelder zu leisten. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 3.2 Der Beschwerdeführer 2 erhebt am 20. August 2014 beim Versicherungsgericht ebenfalls fristgerecht Beschwerde und stellt die folgenden Rechtsbegehren (VSBES.2014.209, A.S. 8 ff.): Der Einspracheentscheid vom 2. Juli 2014 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, für die Schulterbeschwerden des Versicherten aufzukommen; eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten zur Abklärung der Unfallkausalität zu erstellen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 4. Mit Verfügung vom 16. September 2014 werden die beiden Verfahren VSBES.2014.207 und VSBES.2014.209 vereinigt und unter der Verfahrensnummer VSBES.2014.207 weitergeführt (A.S. 24 f.). 5. Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 9. Oktober 2014 (A.S. 27 ff.) auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerden. 6. Mit Verfügung vom 13. Oktober 2014 wird von der Vertretung der Beschwerdegegnerin durch Rechtsanwalt Beat Frischkopf [...], Kenntnis genommen (A.S. 34 f.). 7. Der Beschwerdeführer 2 verzichtet am 27. Oktober 2014 (A.S. 38) auf das Einreichen einer Replik. Der Beschwerdeführer 1 lässt mit Eingabe vom 3. November 2014 an seinen Rechtsbegehren festhalten (A.S. 39 ff.). 8. Die Beschwerdegegnerin lässt mit Eingabe vom 11. Dezember 2014 an ihrem Einspracheentscheid festhalten (A.S. 44 ff.). 9. Mit Verfügung vom 26. Januar 2016 (A.S. 51 ff.) teilt der Präsident des Versicherungsgerichts den Parteien mit, zur Streitfrage, ob der Beschwerdeführer 1 Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin für die Operation vom 15. Oktober 2013, die entsprechenden Beschwerden und die mit der Operation verbundene Arbeitsunfähigkeit habe, werde ein gerichtliches monodisziplinäres orthopädisches Gutachten eingeholt. Den Parteien werden zudem zwei Experten vorgeschlagen, denen es überlassen sei, ob sie eine erneute Untersuchung für erforderlich halten, oder ob die Akten dazu genügen. Ferner wird den Parteien der Fragenkatalog unterbreitet und Frist gesetzt, um sich zu den vorgeschlagenen Gutachtern zu äussern und Zusatzfragen einzureichen. Die Parteien lassen sich dazu am 29. Januar, 9. und 11. Februar 2016 (A.S. 56 f., 59 f., 61) vernehmen. 10. Mit Verfügung vom 16. Februar 2016 (A.S. 62 f.) wird als Gutachter Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, [...], bestimmt. Die von der Beschwerdegegnerin beantragte Abänderung der Fragen 2 und 3 wird abgewiesen. 11. Zu dem von Dr. med. H.____ am 19. August 2016 erstatteten Gutachten (A.S. 68 ff.) äussern sich der Beschwerdeführer 1 am 13. September 2016 (A.S. 79 ff.), wobei sein Vertreter gleichzeitig eine Kostennote einreicht, und die Beschwerdegegnerin am 12. September 2016 (Eingang: 15. September 2016; A.S. 83 ff.). Der Beschwerdeführer 2 verzichtet auf eine Stellungnahme (vgl. A.S. 86 f.). 12. Zur Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 12. September 2016 lässt der Beschwerdeführer 1 am 21. September 2016 nochmals Stellung nehmen (A.S. 88 ff.) und beantragen, es sei auf das Gutachten von Dr. med. H.____ vom 19. August 2016 abzustellen, eventuell sei die Stellungnahme der Beschwerdegegnerin dem Experten zur Rückäusserung zu unterbreiten. Zudem reicht der Vertreter des Beschwerdeführers 1 seine Kostennote ein. Kopien dieser Eingaben gehen mit Verfügung

vom 26. September 2016 (A.S. 91) an die beiden anderen Parteien. 13. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. Gemäss Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. 2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2). 2.2 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen). 2.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann 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 Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher

Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_463/2011 vom 4. November 2011 E. 3.2, 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 4.1, 8C_721/2014 vom 27. April 2015 E. 4.2). 3. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 2003 U 487 S. 341 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C_791/2014 vom 1. April 2015 E. 2.2). Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 U 275 S. 191 E. 1c). Ist die Unfallkausalität zwischen Rückfall bzw. Spätfolge und Unfallereignis nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn entweder der status quo ante oder der status quo sine erreicht ist. Die Beweislast hierfür trägt der Unfallversicherer (RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

E. 4

4.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom

3. November 2010 E. 4.2, 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1). 4.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweismwürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis; RKUV 2003 U 485 S. 259 E. 5; Urteile des Bundesgerichts 8C_668/2012 vom 26. Februar 2013 E. 6.2, 8C_84/2015 vom 19. Mai 2015 E. 2.2.1). 4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; Urteile des Bundesgerichts 8C_725/2012 vom 27. März 2013 E. 4.1.1, 8C_247/2014 vom 2. Mai 2014 E. 4.2, 8C_881/2014 vom 12. Mai 2015 E. 4). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, Zürich, Basel, Genf, 2015, 3. Aufl., Art. 52 ATSG N 60 mit weiteren Hinweisen). 4.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten 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 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, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; Urteil des Bundesgerichts 8C_620/2015 vom 24. März 2016 E. 3.2). 4.5 Nach der Rechtsprechung weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten «nicht ohne zwingende Gründe» von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 353 mit Hinweisen). 4.6 Nach der Rechtsprechung sind auch reine Aktengutachten voll beweiswertig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteile des Bundesgerichts 8C_181/2012 vom 8. Juni 2012 E. 5.2, 8C_119/2012 vom 30. März 2012 E. 4 mit Hinweis, 8C_674/2015 vom 2. Februar 2016 E. 2.2.1). 5. Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen, welche sie im Anschluss an das Unfallereignis vom 4. Februar 2013 ausrichtete, zu Recht im August 2013 aufgrund des Erreichens des Status quo sine eingestellt hat, oder ob sie aufgrund der Schadenmeldung vom 3. Oktober 2013 weitere Versicherungsleistungen hätte erbringen müssen. In diesem Zusammenhang ist namentlich zu prüfen, ob zwischen der

Operation vom 15. Oktober 2013 und dem Unfallereignis vom 4. Februar 2013 ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 6. Die vorliegend relevante medizinische Aktenlage präsentierte sich im Zeitpunkt des Einspracheentscheidens vom 2. Juli 2014 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen wie folgt: 6.1 Dr. med. C.____, FMH Radiologie/diagnostische Neuroradiologie, [...], führte am 6. März 2013 eine «MRT Arthrographie des linken Schultergelenkes» durch (Suva-Nr. 4). Dabei beschrieb er folgende Befunde: Regelrechte Darstellung der Supraspinatussehne, der Infrapinatussehne und auch der Subscapularissehne ohne Nachweis einer Ruptur, wobei die Sehne des Musculus supraspinatus am Ansatz am Tuberculum majus etwas aufgetrieben und verdickt sei. Regelrechte Darstellung des Labrums ohne Hinweise auf einen Einriss oder eine Ablösung. Etwas Flüssigkeit in der Bursa subdeltoidea und auch Bursa subacromialis. Ausgeprägte Hypertrophie der Kapsel im AC-Gelenk sowie auch angrenzende ödematöse Veränderungen. Keine Muskelbauchatrophie, kein Knochenmarködem. Die Beurteilung lautet wie folgt: «Tendinopathie der Supraspinatussehne am Ansatz am Tuberculum majus, keine transmurale Rotatorenmanschettenruptur; Zeichen einer leichten Bursitis subacromialis/subdeltoidea; ausgeprägte AC-Gelenksarthrose». 6.2 Dr. med. D.____, Leitender Arzt, Orthopädische Klinik, [...], stellte in seinem Bericht vom 22. Mai 2013 aufgrund der Sprechstunde mit dem Beschwerdeführer 1 folgende Diagnosen (Suva-Nr. 5 S. 3 f.): Verdacht auf Affektion Supraspinatussehne und lange Bizepssehne linke Schulter; Status nach Sturz Anfang Februar 2013 Die klinische und die MRI-Untersuchung zeigten eine Reizung der Supraspinatussehne, welche etwas verdickt erscheine, transmurale Rissbildungen seien nicht erkennbar, eine Auflockerung der Sehnenstruktur ohne dass Kontrastmittel hin-einfliesse, sei nicht gänzlich ausgeschlossen. Das Akromion drücke mit etwas vermehrtem Down slope zusammen mit dem hypertrophen AC-Gelenk auf die Supraspinatussehne. Die lange Bizepssehne erscheine, so man es im MRT beurteilen könne, unauffällig. Das mediale Pulley-System am Subscapularis-Oberrand erweise sich als eher erweitert, Läsionen seien hier nicht auszuschliessen, aber nicht als solche sicher erkennbar. Bezüglich der therapeutischen Optionen erkläre er eine Schulterarthroskopie zur subakromialen Dekompression und lateralen Klavikula-Resektion und bei allfälligen Auffälligkeiten der langen Bizepssehne mit Tenodesse der langen Bizepssehne. Dieser Weg würde die bessere, auch längerfristige Erfolgswahrscheinlichkeit bieten. Auch aus terminlichen Gründen möchte der Beschwerdeführer 1 davon jedoch noch Abstand und eine alternativ erklärte subakromiale und ACG-Infiltration in Anspruch nehmen. Die Infiltration finde diesen Freitag statt, eine Verlaufskontrolle hiernach in sechs Wochen. 6.3 Im Bericht vom 8. Juli 2013 hielten Dr. med. D.____ und Dr. med. I.____, Assistenzarzt, Orthopädische Klinik, [...], die folgenden Diagnosen fest (Suva-Nr. 6): Verdacht auf Affektion Supraspinatussehne und lange Bizepssehne linke Schulter, Status nach Sturz Anfang Februar 2013 - Status nach AC-Gelenks- und subakromialer Infiltration therapeutisch Bereits wenige Tage nach therapeutischer Infiltration habe beim Beschwerdeführer 1 eine absolute Beschwerdefreiheit bestanden. Heute, sechs Wochen nach der Infiltration, sei der technische Kaufmann vollständig beschwerdefrei und 100 % im Beruf tätig. Es seien keine Einschränkungen im Alltag oder in der Freizeit gegeben. Die Physiotherapie sei seit der Infiltration nicht besucht worden. Der Beschwerdeführer 1 befinde sich in einem guten Allgemeinzustand. Das SC-Gelenk, die Klavikula und das AC-Gelenk seien indolent. Es bestehe kein Hinweis auf eine Schulterinstabilität. Die Elevation sei seitengleich bis 180 ° möglich, der Jobe-Test sei negativ, der Kraftgrad M5, Palm up negativ. Auch der O'Brien sei negativ. Die Innenrotation sei bis LWK 1/BWK 12

möglich, der Kraftgrad M5, die Lift-off-Test und Lift-off-lag seien negativ. Die Aussenrotation betrage 60 °, es bestehe keine Aussenrotationslage. Zudem sei eine gute muskuläre Führung ohne Hinweise auf Instabilität gegeben. Dem Beschwerdeführer 1 werde noch einmal der MRT-Befund erläutert mit hypertrophem AC-Gelenk und Einengung des Subakromialraumes. Zudem werde die Wiedervorstellung des Beschwerdeführers 1 bei erneut auftretenden Beschwerden vereinbart. 6.4 Dr. med. D.____ wies im Bericht vom 25. September 2013 aufgrund der Sprechstunde vom 23. September 2013 folgende Diagnosen aus (Suva-Nr. 10 S. 2 f.): - Chronisch rezidivierende Schulterschmerzen bei Verdacht auf Affektion Supraspinatussehne und lange Bizepssehne linke Schulter, Status nach Schultersturz Februar 2013 - Status nach zweimaliger Schulterinfiltration Die Infiltration habe nur eine vorübergehende Kupierung der Schulterbeschwerden erbracht. Aktuell gebe es seit wenigen Wochen deutlich zunehmende diffuse Schmerzen der linken Schulter, insbesondere nachts, die Belastungen müssten den Beschwerden angepasst werden. Der Beschwerdeführer 1 komme nun mit dem Wunsch nach einer schon erklärten Operation. In der linken Schulter sei eine intakte Sensomotorik, ein unauffälliges Relief bei kräftigem Muskelmantel festgestellt worden. Es bestünden diffuse Schmerzen bei jeglicher Bewegungstestung im Anschlag. Auch bei der Prüfung der Rotatorenmanschette sei eine diffuse und ausgeprägte Schmerzhaftigkeit gegeben, die O'Brian und Hawkins- sowie der Jobe-Test seien deutlich positiv ausgefallen. Es bestehe ein dolentes Schultergelenk. Die Schultermobilität sei frei. Es würden nochmals inklusive Alternativen, Komplikationsmöglichkeiten, der Verlauf und die Erfolgswahrscheinlichkeiten eine Schulterarthroskopie besprochen zur vor allem subakromialen Dekompression und Schulterreckgelenkresektion. Eine Operationserweiterung mit möglichen Sehnenrevisionen sei entsprechend der MRI-Bilder nicht geplant, aber als Option erläutert worden. Aktuell scheine die Schulter massiv schmerzhaft zu sein, zu einer Kapselsteife sei es jedoch nicht gekommen, Infektzeichen bestünden ebenfalls nicht. Operationstermin sei der 15. Oktober 2013. 6.5 Der Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 9. Oktober 2013 (Suva-Nr. 11) in Bezug auf die geplante Operation vom 15. Oktober 2013 an der linken Schulter sowie die Arbeitsunfähigkeit ab dem Operationsdatum fest, diese stünden nur in einem möglichen kausalen Zusammenhang zum Ereignis vom 4. Februar 2013. Im MRI-Befund der linken Schulter vom 6. März 2013 seien keine strukturellen Unfallfolgen beschrieben worden. Die im MRI beschriebenen Veränderungen entsprächen unfallunabhängigen Krankheitsbildern (z.B. Bursitis subacromialis, Tendinopathie der Supraspinatussehne, AC-Gelenksarthrose). Eine geplante Arthroskopie der Schulter sei auf unfallunabhängige Krankheitsbilder zurückzuführen. Der Status quo sine sei sicherlich circa vier Monate nach dem Unfall erreicht worden. 6.6 Dr. med. D.____ stellte im Operationsbericht vom 18. Oktober 2013 folgende Diagnosen (Suva-Nr. 36): Subakromiales Impingement mit ausgeprägter Bursitis, kleiner Partiaalläsion Supraspinatussehne nicht transmural, Labrumläsion und ACG-Arthrose linke Schulter Am 15. Oktober 2013 sei eine «Schulterarthroskopie mit subakromialer Dekompression, Bursektomie, laterale Clavicula-Resektion Labrum- und Supraspinatus-Sehnenglättung linke Schulter» durchgeführt worden. Nach dem Skisturz im Februar 2013 hätten posttraumatische Schulterbeschwerden rechts (recte: links) resultiert. Im Arthro-MRI vom 6. März 2013 sei eine erkennbare Reizung der Supraspinatussehne ohne erkennbare transmurale Rissbildung festgestellt worden. Im Mai 2013 sei dann die Operationsbesprechung erfolgt, woraufhin ein Infiltrationsversuch mit Wirkung für einige

Wochen stattgefunden habe. Da auch die physiotherapeutischen Bemühungen wenig Erfolg gebracht hätten, habe sich der Beschwerdeführer 1 nun zum vorgeschlagenen Eingriff entschieden. Es seien unter anderem unauffällige und regelrechte glenohumerale Bänder, eine unauffällige Subscapularissehne sowie ein unauffälliges Pulley-System festgestellt worden. Die lange Bizepssehne sei stabil geführt ohne Tendinitis oder Läsion, die Knorpelbeläge seien schadlos. Leichte Labrumrisse in der Ventral-Zirkumferenz sowie am Bizepssehnen-Anker seien mit dem VAPR verödet worden. Die Supraspinatussehne weise auf circa 1 cm ap-Länge artikulärseitig eine nur 2 mm breite Auffaserung auf. Hier sei eine Glättung mit dem VAPR erfolgt. Das Arthroskop sei anschliessend in den Subakromialraum umgesteckt worden und es sei eine Resektion einer sehr stark entzündeten Bursa durchgeführt worden. Auch die Supraspinatussehne erscheine fleckenweise gerötet. Eine kleinere bursale Läsion von 4 mm Durchmesser zeigte sich ventral am Tuberculum majus-Insertionspunkt. Der Sehnen Schaden sei gesamthaft betrachtet zu klein, als dass eine Sehnenrevision zumutbar wäre. Es seien eine dosierte Akromioplastik und eine Resektion des lateralen Claviculaendes mit direkter optischer Bestätigung der kompletten Resektion durchgeführt worden. Unter «Prozedere» gab Dr. med. D. ___ eine schmerzadaptierte Beübung ohne vorgegebenes Limit und die Nutzung der Mitella-Schleife für zwei bis vier Wochen nach Comfort an. Für insgesamt vier Wochen dürften keine gröberen Schulterbelastungen erfolgen. Die Fadenentfernung erfolge in zwei, die klinische Kontrolle in vier Wochen. 6.7 Am 23. Oktober 2013 erstellten die Kreisärzte Dr. med. E. ___ und Dr. med. J. ___, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, eine ärztliche Beurteilung (Suva-Nr. 16). Sie führten aus, die geplante Operation an der linken Schulter vom 15. Oktober 2013 sowie die Arbeitsunfähigkeit ab dem Operationsdatum stünden nicht in einem kausalen Zusammenhang zum Ereignis vom 4. Februar 2013. Der Beschwerdeführer 1 habe im Rahmen eines Sturzes beim Skifahren eine Prellung der linken Schulter erlitten. Etwa vier, allerhöchstens sechs Monate nach dem Ereignis sollten die Beschwerden abgeheilt sein. Im MRI-Befund vom 6. März 2013 seien keine strukturellen Unfallfolgen beschrieben worden. Es handle sich bei den beschriebenen Veränderungen im MRI der linken Schulter um eine Bursitis subacromialis, Tendinopathie der Supraspinatussehne und eine AC-Gelenksarthrose. Diese Veränderungen seien alle krankhafter Natur und nicht unfallbedingt. Es sei durch die Prellung der linken Schulter zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes gekommen. 6.8 Dr. med. D. ___ führte im Bericht vom 13. Januar 2014 aus (Beschwerdebeilage Nr. 4), schon bei der ersten Konsultation habe der Beschwerdeführer 1 auf konkretes Anfragen hin berichtet, dass vor dem Unfallereignis keine Schulterbeschwerden bestanden hätten. Nach der Operation vom 15. Oktober 2013 habe sich der postoperative Verlauf unter Schonung und Physiotherapie komplikationslos gestaltet. Eine 50%ige Arbeitsaufnahme sei am 1. Dezember 2013 erfolgt, wobei aber körperliche Aussendienstarbeiten noch nicht angeraten worden seien. Eine volle Arbeitsaufnahme sei dann vom 22. Dezember 2013 an assistiert worden. Dr. med. D. ___ stellte die Diagnose einer «traumatischen Partialläsion Supraspinatussehne links». Gemäss seiner Einschätzung sei von einer Unfallkausalität des Schulterleidens, der Schulteroperation und der hiermit verbundenen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Versicherungstechnisch gemeldet und anerkannt bestehe ein Status nach adäquatem Trauma. Vor dem Ereignis hätten keinerlei Schulterbeschwerden nach anamnestischer Angabe bestanden. Das Arthro-MRI habe keinen sicheren Hinweis für eine Läsion der Rotatorenmanschetten-Sehne, wohl aber für eine entzündliche Veränderung gezeigt. Die

Ursache hierfür sehe er im Zusammenhang mit dem zeitlich vorausgegangenem Unfallereignis. Von der Beschwerdegegnerin nicht berücksichtigt erschienen ihm die dokumentierten Befunde intraoperativ. Erst die Arthroskopie habe einen Einriss in der Rotatorenmanschette dokumentiert, was sich somit von einer «Prellung» der Schulter unterscheide. Es sei daher von einem partiellen Sehnenschaden auszugehen, der mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit unfallbedingt zu bewerten sei. Eine 100%ige Beweismöglichkeit bestehe bekanntermassen bei derartigen Sehnenverletzungen nicht. Weder im MRT noch bei klinischer oder operativer Untersuchung hätten Hinweise für einen vorbestehenden degenerativen Schaden der Rotatorenmanschette oder ihrer Muskulatur erkannt werden können. Die beschriebene Arthrose des Schultergelenkes sei sicher degenerativer Natur. Eine solche könne Beschwerden machen, in diesem konkreten Fall hätten die Beschwerden erst nach dem Unfallereignis eingesetzt. Auch bisherige sportliche Betätigungen im Fitness- und Krafttraining hätten keine solchen Beschwerden provozieren können. Daher werte er den Unfall auch für Beschwerden des Schultergelenkes als Teilursache.

6.9 Die Beschwerdegegnerin liess Dr. med. F. ____, M.H.A., Arzt für Chirurgie FMH, Arbeitsarzt, am 13. Juni 2014 zur Einschätzung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen der Operation vom 15. Oktober 2013 und dem Unfall vom 4. Februar 2013 eine chirurgische Beurteilung vornehmen (Suva-Nr. 40). Er führte aus, im Dossier liege kein Anfangszeugnis vor. Die vier Wochen nach dem Sturz beim Skifahren durch Dr. med. C. ____, durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRT) am linken Schultergelenk habe keine tatsächliche strukturelle Läsion, welche einem Sturz beim Skifahren vier Wochen zuvor kausal zuordenbar sei, dargestellt. Insbesondere das Fehlen von Knochenmarködemen belege, dass eine grössere Gewalteinwirkung auf den knöchernen Gelenkbereich und die am Knochen ansetzenden Sehnen in dieser Region nicht stattgefunden habe. So sei auch die Dokumentation im Bericht aus dem [...] in diesem Sinne zu verstehen. Dr. med. D. ____, habe betreffend die Untersuchung vom 22. Mai 2013 (3,5 Monate nach dem Unfallereignis) eine subakromiale Dekompression vorgeschlagen, die nicht der Behandlung von unfallkausalen strukturellen Läsionen diene, sondern die Beseitigung der vorbestehenden Impingementsymptomatik zum Ziel habe. Die auf Wunsch des Beschwerdeführers 1 zunächst durchgeführte Infiltration des Schultergelenkes und des subakromialen Raumes entspreche einer Behandlung unfallfremder Pathologien und habe einen durchschlagenden Erfolg gezeigt. Dies habe Dr. med. D. ____, dem Hausarzt des Beschwerdeführers 1 im Bericht vom 8. Juli 2013 mitgeteilt. Dies bedeute versicherungsmedizinisch, dass spätestens zu diesem Zeitpunkt, sechs Monate nach dem versicherten Ereignis, der Status quo sine erreicht worden sei. Die Rückfallmeldung sei zwei Monate nach Erreichen des Status quo sine eingereicht worden. Als neues medizinisches Dokument liege der Operationsbericht vom 15. Oktober 2013 vor. Keine der darin gestellten Diagnosen sei tatsächlich neu, denn der intraoperative Befund bestätige die bildgebend auf den Tomogrammen vom 6. März 2013 ausgewiesenen Pathologien. Es handle sich auch unter Berücksichtigung der detaillierten Befundbeschreibung durch Dr. med. D. ____, weiterhin ausschliesslich und vollumfänglich um degenerative Veränderungen innerhalb des linken Schultergelenkes. Notabene könnten die beschriebenen Pathologien auch nicht unter irgendeine Listendiagnose nach Art. 9 Abs. 2 Verordnung über die Unfallversicherung [UVV, SR 832.202] subsumiert werden: Weder sei eine Sehne gerissen noch liege eine Bandläsion vor. Den Feststellungen von Dr. med. D. ____, in seiner Kausalitätsbeurteilung an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers 1 könne in den wesentlichen Aussagen versicherungsmedizinisch nicht zugestimmt werden. So weise

Dr. med. D.____ auf die prätraumatische Beschwerdefreiheit hin, unterlasse allerdings bei der Beurteilung der Rückfallkausalität den Hinweis auf die völlige Beschwerdefreiheit des Beschwerdeführers 1 nach erfolgreicher Behandlung . Für die Beurteilung der Rückfallkausalität bedeute diese – begrifflich im rein zeitlichen Sinn verwendet – posttraumatische Beschwerdefreiheit, dass gar keine Brückensymptomatik vorgelegen habe. Auch die Ausführungen betreffend den partiellen Sehnenschaden der Supraspinatussehne würden nicht überzeugen. Die Verdickung der Supraspinatussehne im Ansatzbereich am Oberarmknochen und die dort erkennbaren Signalstörungen innerhalb der Sehne seien sehr wohl als degenerative Veränderungen im Zusammenhang mit der von Dr. med. D.____ später operierten Impingementsymptomatik zu verstehen. Die Abbildung 1 zeige, wie die Supraspinatussehne zwischen dem (arthrotisch veränderten) Schultergelenk und dem Oberarmkopf eingeklemmt werde; dies sei das Wesen eines Impingementsyndroms am Schultergelenk: Der Konflikt zwischen dem Schulterdach und dem Oberarmkopf, durch welchen im Wesentlichen die Supraspinatussehne unter konstanter Druckbelastung gerate, was nach entsprechender Zeit zu Schäden an dieser Sehne führe. Diese Interpretation habe Dr. med. D.____ in seiner Beurteilung vom 22. Mai 2013 selbst bestätigt. Versicherungsmedizinisch liessen sich folgende Feststellungen treffen: Eine tatsächliche, strukturelle, unfallkausale Läsion am rechten (recte: linken) Schultergelenk sei weder bildgebend noch intraoperativ objektiviert worden; nach erfolgreicher Behandlung der durch das Ereignis ausgelösten Schulterbeschwerden habe Beschwerdefreiheit bestanden; der Status quo sine sei nach dem versicherten Ereignis vom 2. Februar 2013 (recte: 4. Februar 2013) spätestens im August 2013 erreicht worden. Somit bestehe zwischen der Operation vom 15. Oktober 2013 und dem Unfall vom 4. Februar 2013 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang. 6.10 Dr. med. D.____ nahm mit Bericht vom 25. Juli 2014 zur Beurteilung von Dr. med. F.____ Stellung (Suva-Nr. 44; Beschwerdebeilage Nr. 5). Er führte aus, als nicht unfallkausal sei sicher die Arthrose des Schultergelenkes anzusehen. Hingegen dokumentierten die intraoperativen Bilder einen Sehnenschaden von der Gelenksinnenfläche her. Dies sei nicht beweisend, aber eher typisch für traumatische Abschermechanismen. Das vom Versicherungsarzt angeführte Argument der fehlenden Brückensymptome nach erfolgreicher Schulterinfiltration werte Dr. med. D.____ als nicht beweisend gegen eine Unfallanamnese. Eine Infiltration mit einem Corticoidpräparat lindere in der Regel die schmerzhafte Entzündungsreaktion, dies häufiger eben auch bei läsionsbedingten Sehnenreizungen. Bekanntermassen könne keine Garantie gegeben werden, wie lange eine derartige Schulterinfiltration Wirkung zeige. In der Regel seien dies drei bis vier Monate. In diesem Sinne sehe er die Schulterinfiltration als temporären Erfolg einer Entzündungsrückbildung. Aufgrund der verbleibenden Strukturauffälligkeiten der Sehne hätten die Beschwerden wiederum mit abnehmender Wirkung des Medikamentes eingesetzt. Es müsse betont werden, dass die Infiltration sowohl ins Schultergelenk als auch um die besagte Supraspinatussehne durchgeführt worden sei und somit eine allfällige auch unfallkausale Pathologie temporär oder auf längere Sicht auch wirksam hätte beeinflussen können. 6.11 Dr. med. F.____ hielt in seiner chirurgischen Beurteilung vom 9. September 2014 (Suva-Nr. 53) zusammenfassend fest, auch in Kenntnis und Würdigung des Schreibens von Dr. med. D.____ vom 25. Juli 2014 sehe er keine Veranlassung, von seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 13. Juni 2014 abzurücken: Er gehe weiterhin davon aus, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Ereignis und der Operation vom 15. Oktober 2013 in Ermangelung einer tatsächlichen und

bildgebend objektivierten strukturellen Läsion an einem degenerativ bereits erheblich vorgeschädigten Schultergelenk und einem hierdurch in Mitleidenschaft gezogenen Schultergelenk nicht gegeben sei. Das von Dr. med. D.____ vorgetragene Argument, die von ihm bei der Operation auf der Unterseite der Supraspinatussehne vorgefundene Pathologie sei Folge eines Unfalls, überzeuge insbesondere deshalb nicht, da eine ausschliesslich degenerativ veränderte Supraspinatussehne optisch denselben Aspekt biete, mithin die Unterscheidung zwischen krankhafter und traumatischer Sehnenveränderung im vorliegenden Fall nicht möglich gewesen sei. 6.12 Dr. med. H.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie, speziell Schulterchirurgie, [...], gibt in seinem durch das Versicherungsgericht eingeholten Gutachten vom 19. August 2016 zunächst Berichte von Dr. med. D.____ (vgl. E. II. 6.2, 6.3, 6.6 hiervor) zusammengefasst wieder. Er hält fest, laut dem Operationsbericht vom 18. Oktober 2013 seien intraoperativ die folgenden relevanten Befunde festgestellt worden: Eine Unterflächenläsion der Supraspinatussehne auf einer Länge von 1 cm und einer Tiefe von 2 mm; subakromial eine stark entzündete Bursa; eine Oberflächenläsion der Supraspinatussehne von 4 mm Durchmesser; eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose, welche bereits im MR-Befund beschrieben worden sei. Zur Unfallkausalität führt der Gutachter aus, die Oberflächenläsion der Supraspinatussehne sowie die AC-Gelenksarthrose hätten mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits vor dem Unfallereignis bestanden, seien jedoch asymptomatisch gewesen. Mit erhöhter Wahrscheinlichkeit posttraumatisch seien dagegen die Unterflächenläsion der Supraspinatussehne und die ausgeprägte Schleimbeutelentzündung. Ursächlich für die Beschwerden, welche seit dem Unfallereignis bestanden hätten, sei nicht die Unterflächenläsion der Supraspinatussehne, sondern die ausgeprägte subakromiale Bursitis und die posttraumatisch aktivierte AC-Gelenksarthrose. Bei einem Sturz auf die Schulter werde der proximale Humerus mit Rasanz unter das Acromion gedrückt. Es erfolge also ein traumatisches Impingement, also eine Quetschung der subakromialen Weichteile unter dem Schulterdach. Hiernach könne es sowohl zu einer akuten Reizung mit Einblutung und Ödem der postero-superioren Rotatorenmanschette kommen, als auch zu einer akuten Reizung mit Einblutung und entzündlichem Erguss der Bursa subacromialis/subdeltoidea. Beides werde im ca. einen Monat nach dem Unfall durchgeführten MRI (vgl. E. II. 6.1 hiervor) beschrieben. Nach akuter, im Falle des Beschwerdeführers posttraumatischer Schleimbeutelentzündung könne es zu einer chronischen Verdickung des Bursagewebes kommen. Dies werde im Operationsbericht (E. II. 6.6 hiervor) so beschrieben. Eine chronisch verdickte Bursa führe zu einem erhöhten subakromialen Druck und somit zu einer chronischen druckbedingten Reizung und schmerzhaften Entzündung des Schleimbeutels. Dies verursache dann die chronische Impingementsymptomatik. Der positive Effekt der von Dr. med. D.____ durchgeführten subakromialen Steroidinjektion – vorübergehende Schmerzfreiheit – stütze diese Argumentation, denn gemäss in der Literatur beschriebener medizinischer Erfahrung führe eine solche Injektion bei entzündlichen Pathologien wie einer Bursitis subacromialis zu einer Beschwerdelinderung, nicht dagegen bei einer Rotatorenmanschettenpathologie. Somit sei nicht die Sehnenpathologie für die Beschwerdesymptomatik verantwortlich, sondern in erster Linie die chronische Bursitis. In welchem Ausmass die posttraumatische aktivierte Arthrose des linken AC-Gelenks zur Symptomatik vor und nach Abklingen der Steroidwirkung beigetragen habe, könne aus den Unterlagen nicht entnommen werden. Der MRI-Befund vom 6. März 2013 (E. II. 6.1 hiervor) ergebe eine ausgeprägte Hypertrophie der Kapsel des AC-Gelenks sowie auch angrenzende ödematöse Veränderungen. Dies spreche bei vor dem

Unfallereignis asymptomatischer AC-Gelenksarthrose für eine posttraumatische Aktivierung der Arthrose mit entsprechendem organischem Korrelat in der MR-Untersuchung. Falls nach Abklingen des Steroideffekts das AC-Gelenk ebenfalls wieder symptomatisch gewesen sei, sei dies einerseits zurückzuführen auf eine mögliche sturzbedingte Instabilität des AC-Gelenks bei leichter Verletzung und Dehnung des Kapsel-Band-Apparates im Sinne einer Tossy-I-Luxation und/oder eine vermehrte mechanische Belastung des Gelenks bei posttraumatisch, schmerzhaft verändertem glenohumeralem und scapulo-thorakalem Rhythmus, was zu erhöhter Beanspruchung des bereits arthrotisch veränderten Gelenks führe. Somit seien die Beschwerden insgesamt als Unfallfolge einzuschätzen. Ursächlich für die Symptomatik sei jedoch nicht, wie ursprünglich angenommen, die Unterflächenläsion der Supraspinatussehne, sondern die chronische Bursitis subacromialis und gegebenenfalls die posttraumatisch aktivierte AC-Gelenksarthrose. Die chronisch verdickte Bursa subacromialis habe durch ihr vergrößertes Volumen zu einer permanenten Erhöhung des subacromialen Drucks geführt. Die chronische Bursitis mit Verdickung des Schleimbeutelgewebes sei eine Ursache eines subakromialen Impingements. Diese Form des Impingements lasse sich nur durch die operative Entfernung des Bursagewebes therapieren. Somit sei die Operation vom 15. Oktober 2013 hierfür indiziert gewesen. Die Standardtherapie der symptomatischen AC-Arthrose sei die arthroskopische oder offen-chirurgische Resektion der lateralen Clavicula zur Erweiterung des akromio-claviculären Gelenkspalts. Die vermutlich vor dem Unfallereignis vorbestehende hypertrophe, jedoch asymptomatische AC-Arthrose, welche durch das Sturztrauma aktiviert worden und symptomatisch geworden sei, sei somit durch den Operateur richtig behandelt worden. Der Eingriff sei auch diesbezüglich indiziert gewesen. Im Sinne einer Abklärungsmassnahme sei der Eingriff sinnvoll gewesen, um die Pathologie der Supraspinatussehne näher abklären und differenzieren zu können und um die entzündete Bursa darzustellen, was mr-tomographisch nicht so prägnant möglich sei. Was die Arbeitsunfähigkeit anbelange, liege eine postoperative Rehabilitationszeit von sechs Wochen mit hundertprozentiger Arbeitsunfähigkeit im Rahmen des normalen postoperativen Prozederes nach Schulterarthroskopie mit Acromioplastik und AC-Gelenksresektion. Da mit dem subacromialen Debridement, der Acromioplastik und der AC-Resektion nur unfallkausale Pathologien behandelt worden seien, stehe auch die postoperative Arbeitsunfähigkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall. Zur Frage nach der Bedeutung der Ende Mai 2013 vorgenommenen Infiltration und der danach festgestellten Beschwerdefreiheit führt der Gutachter aus, auch eine temporäre Symptomfreiheit nach Applikation von Corticosteroiden mittels subacromialer Injektion und Infiltration des AC-Gelenks sei – entgegen der Beurteilung von Dr. med. F.____ (E. II. 6.9 und 6.11 hiervor) – nicht als Erreichen des status quo sine zu werten. Nach Applikation von Steroiden werde die Expression von Entzündungsmediatoren intrazellulär gehemmt, was zu einer temporären Reduktion der Entzündung und der assoziierten Symptome führe. Nach Abklingen der anti-inflammatorischen Wirkung könne es bei persistierenden strukturellen Schäden (hypertrophes Bursagewebe und aktivierte AC-Gelenksarthrose) zu einem Rezidiv der Symptomatik kommen. 7. Wie dargelegt (vgl. E. II. 4.5 hiervor), weicht das Gericht von einem Gerichtsgutachten, das die allgemeinen Anforderungen erfüllt, nur dann ab, wenn zwingende Gründe für ein Abweichen vorliegen. Es ist daher nachfolgend zu prüfen, ob dem durch das Versicherungsgericht in Auftrag gegebenen Gutachten von Dr. med. H.____ vom 19. August 2016 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) grundsätzlich Beweiswert zuzusprechen ist: 7.1 Das schulterorthopädische Aktengutachten von Dr.

med. H.____ erfüllt die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine Expertise (vgl. dazu E. II. 4.4 hiervor). Es ist umfassend, indem es die für den vorliegenden Fall bedeutsamen Aspekte abdeckt, und stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher die Vorakten gründlich studiert sowie seine Beurteilungen und Einschätzungen detailliert erörtert hat. Der Gutachter begründet seine Schlussfolgerungen anhand der ihm vorliegenden Befunde, Diagnosestellungen und ärztlichen Würdigungen überzeugend und in nachvollziehbarer Weise. Er legt verständlich und plausibel dar, dass und warum er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem relativ komplexen Wirkungszusammenhang ausgeht, der durch den Unfall ausgelöst wurde und die Beschwerden bewirkte, welche Gegenstand der Operation vom 15. Oktober 2013 bildeten. Der Gutachter belegt die Überlegungen, auf denen seine Auffassungen beruhen, beantwortet die ihm gestellten Fragen klar und bleibt in seinen Ausführungen widerspruchsfrei. Das Gerichtsgutachten bildet daher grundsätzlich eine taugliche Grundlage für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts. Dass der Experte in seinem Gutachten auf eigene Untersuchungen verzichtete, ist nicht zu beanstanden, zumal ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. E. II. 4.6 hiervor).

7.2 Die in der Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 12. September 2016 (A.S. 83 ff.) vorgebrachten formellen Einwände gegen die Beweiskraft des Gerichtsgutachtens sind wie folgt zu beurteilen: Die Beschwerdegegnerin macht zunächst geltend, dem Gutachten fehle es an einer Einleitung mit Beschreibung des medikolegalen Kontextes der Auftragserteilung. Es trifft zu, dass der Gutachter nicht festhält, wer ihm aus welchem Grund den Auftrag zur Begutachtung erteilt hat. Ein Mangel des Gutachtens, der dessen Beweiskraft schmälern würde, ist darin aber nicht zu erkennen, denn es handelt sich nicht um eine medizinische Frage und die Antwort ist allen Beteiligten bekannt. Die Schlüssigkeit der medizinischen Beurteilung hängt nicht davon ab, ob ein Gutachten solche Ausführungen enthält. Die Rüge, es fehle an einer Aktenzusammenfassung, verfängt ebenfalls nicht, denn der Gutachter gibt den nach seiner Beurteilung relevanten Inhalt der bis zur Operation erstellten Berichte des behandelnden Arztes Dr. med. D.____ wieder. Auf die Beurteilungen von Dr. med. F.____ vom 13. Juni 2014 und 9. September 2014, namentlich dessen zentrales Argument, die durch die Ende Mai 2013 erfolgte Infiltration erreichte Beschwerdefreiheit sei als Erreichen des status quo sine zu werten, nimmt der Gerichtsgutachter in seinen Ausführungen Bezug. Die Stellungnahmen der Kreisärzte Dr. med. E.____ vom 9. Oktober 2013 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) bzw. Dr. med. E.____ und Dr. med. J.____ vom 23. Oktober 2013 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) basieren auf einer Argumentation, welche andere Punkte beschlägt als das Gerichtsgutachten. Insbesondere enthalten die Stellungnahmen keine Begründung für die These, die Bursitis subacromialis sei unfallfremd. Daher war eine Auseinandersetzung mit diesen Berichten weder notwendig noch möglich. Warum vor dem Hintergrund der bereits vorliegenden Befunde eine explizite, im Gutachten beschriebene eigene Befundung der bildgebenden Aufnahmen notwendig gewesen sein sollte, ist nicht ersichtlich.

7.3 Was die inhaltlichen Aspekte anbelangt, nimmt die Beschwerdegegnerin zur für das Ergebnis zentralen, detailliert dargelegten Argumentation des Gutachters, der Sturz auf die Schulter vom 4. Februar 2013 habe im Rahmen eines relativ komplexen Wirkungszusammenhangs letztlich eine chronische Impingementsymptomatik bewirkt, zu deren Behebung die Operation vom 15. Oktober 2013 indiziert gewesen sei, gar nicht Stellung. Schon deshalb sind die in der Eingabe vom 12. September 2016 erhobenen Einwände nicht geeignet, das Ergebnis des Gerichtsgutachtens zu erschüttern oder auch nur in Frage zu stellen. Aber auch die

vorgebrachten Einwände, die andere, für das Ergebnis nicht entscheidende Ausführungen des Gutachters betreffen, vermögen nicht zu überzeugen: Die Schulterreckgelenkssprengung Tossy I, welche nach Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht hinreichend nachgewiesen ist, wird vom Gutachter nicht bzw. jedenfalls nicht mit dieser exakten Bezeichnung erwähnt und bildet ausserdem nur eine von zwei möglichen Erklärungen für allenfalls nach der Infiltration wieder aufgetretene Beschwerden am AC-Gelenk. Der Einwand betrifft also kein zentrales Element des Gutachtens. Der geltend gemachte Widerspruch zur Beurteilung von Dr. med. D.____, der den Unterflächenschaden (an der Supraspinatussehne) als unfallkausal und den Oberflächenschaden als unfallfremd beurteilt habe, besteht nicht. Wie aus den vorstehend wiedergegebenen Darlegungen (vgl. E. II. 6.10 hiervor) deutlich wird, betrachtet Dr. med. H.____ die Oberflächenläsion der Supraspinatussehne als vorbestehend, während er die Unterflächenläsion als mit erhöhter Wahrscheinlichkeit posttraumatisch ansieht. Seine Einschätzung stimmt somit (auch) in diesem Punkt mit derjenigen von Dr. med. D.____ überein. Die Bejahung der Unfallkausalität für die Entzündung der oberhalb der Supraspinatussehnen-Oberfläche liegenden Bursa hat der Gutachter ausführlich und nachvollziehbar begründet. Inwiefern der durch ihn beschriebene Wirkungsmechanismus, dessen prinzipielle Plausibilität die Beschwerdegegnerin nicht bestreitet, voraussetzen sollte, dass der Unfall zu einem Oberflächenschaden an der Supraspinatussehne geführt hat, ist nicht ersichtlich. Zur Wirkungsweise der Infiltration hat der Experte nachvollziehbar dargelegt, dass diese zwar eine vorübergehende Verbesserung der Symptomatik, nicht aber der ihr zugrunde liegenden, als unfallkausal beurteilten Pathologie bewirken kann. Damit ist auch gesagt, dass die anschliessend wieder auftretenden, identischen und auf denselben Gesundheitsschaden zurückgehenden Beschwerden weiterhin als unfallkausal zu betrachten sind. Diese Einschätzung, die mit derjenigen von Dr. med. D.____ (vgl. E. II. 6.10 hiervor) übereinstimmt, wird ausführlich und überzeugend begründet.

7.4 Zusammenfassend sind die von der Beschwerdegegnerin erhobenen Einwände nicht geeignet, die Ergebnisse des Gerichtsgutachtens in Zweifel zu ziehen. Dasselbe gilt für die vorhandenen ärztlichen Stellungnahmen. Diese waren Dr. med. H.____ bekannt und enthalten keine Feststellungen, welche den von ihm angenommenen und ausführlich beschriebenen Kausalzusammenhang zu widerlegen oder auch nur in Frage zu stellen vermöchten. Es sind daher keine zwingenden Gründe ersichtlich, um von den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. med. H.____ abzuweichen (vgl. E. II. 4.5 hiervor). Dessen Beurteilung ist somit massgebend. Die natürliche Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 4. Februar 2013, dem operativen Eingriff vom 15. Oktober 2013 und der damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit (100 % bis 30. November 2013, anschliessend 50 % bis 21. Dezember 2013) ist zu bejahen. Die mit der Operation behandelten Beschwerden basierten auf einem objektiv nachweisbaren, organischen Gesundheitsschaden, so dass sich eine Adäquanzprüfung erübrigt.

8. Nach dem Gesagten stehen die mit der Operation vom 15. Oktober 2013 behandelten Beschwerden in einem rechtlich relevanten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 4. Februar 2013. Die Beschwerdegegnerin hat daher den Eingriff vom 15. Oktober 2013 als Heilbehandlung gemäss Art. 10 UVG zu übernehmen und für die damit verbundene Arbeitsunfähigkeit Taggelder auszurichten. Die Beschwerde ist dementsprechend gutzuheissen.

E. 9

9.1 Der obsiegende Beschwerdeführer 1 hat bei diesem Verfahrensausgang Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der

Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Der Richter setzt die Kosten der berufsmässigen Vertretung nach dem Aufwand fest, welcher für eine sorgfältige und pflichtgemässe Vertretung erforderlich ist (§ 160 Abs. 1 i.V.m. § 161 Gebührentarif [GebT, BGS 615.11]). Rechtsanwalt Dätwyler macht in seiner am 21. September 2016 eingereichten Kostennote (A.S. 90) einen Aufwand von 10 Stunden 40 Minuten geltend. Dieser enthält – dies ergibt sich aus den am 13. September 2016 eingereichten detaillierten Positionen (A.S. 81 f.) – einen vorprozessualen Aufwand von insgesamt 3 Stunden (für die Zeit vom 12. Dezember 2013 bis 15. Mai 2014), der nicht zu vergüten ist. Es sind zudem vereinzelt Positionen aufgeführt, welche als Kanzleiaufwand zu betrachten und daher im Stundenansatz eines Anwalts bereits enthalten und nicht separat zu entschädigen sind («Eing Korr» vom 10. Juli 2014, «Eing Korr» vom 6. August 2014, «Ein Aus Korr» vom 27. Juli 2015 und «Aus Korr» vom 4. Juli 2016 à je 5 Minuten), total 20 Minuten. Damit beträgt der Aufwand noch 7 Stunden 20 Minuten, was als angemessen erscheint. Mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 250.00 ergibt sich ein Honorar von CHF 1'833.35. Unter Einbezug der Auslagen von 3 %, entsprechend CHF 55.00, und der Mehrwertsteuer von 8 % (CHF 151.05) resultiert eine Parteientschädigung von CHF 2'039.40.

9.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG). Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

9.3 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind dem obligatorischen Unfallversicherer aufzuerlegen, wenn das Gutachten notwendig wurde, weil dieser den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hatte (vgl. BGE 140 V 70 E. 6 S. 75 ff.). Dies trifft hier zu, da die chirurgische Beurteilung des Arbeitsarztes Dr. med. F.____ vom 13. Juni 2014 (vgl. E. II 6.9 hiervor), auf welche die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 2. Juli 2014 im Wesentlichen abgestellt hat, in Bezug auf die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang nicht beweiskräftig war. So wurden insbesondere aufgrund der dieser Beurteilung entgegenstehenden Einschätzungen von Dr. med. D.____ zumindest geringe Zweifel hervorgerufen. Solche ergaben sich, wie bereits in der Verfügung vom 26. Januar 2016 festgehalten wurde, auch in Bezug auf die Aussage von Dr. med. F.____, die nach der Infiltration erreichte Beschwerdefreiheit stelle ein Erreichen des status quo sine dar. Folglich hat die Beschwerdegegnerin den ihr obliegenden Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verletzt. Die Kosten des Gerichtsgutachtens von Dr. med. H.____ vom 19. August 2016 von CHF 5'000.00 sind somit der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

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