

SO_GERICHTE VSBES.2015.319 vom 26. November 2015

SO Obergericht, 2015-11-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.319

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.319 du 26 novembre 2015

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.319 del 26 novembre 2015

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Versicherte A.____, geb. 1960 (fortan: Beschwerdeführer), war bei der B.____ SA angestellt und auf Grund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch unfallversichert (Suva-Akten [...] / Suva II Nr. 5 S. 1). Als er am 2. Oktober 2008 einen schweren Gegenstand heben wollte, zog er sich an der rechten Schulter u.a. eine grosse Unterflächenpartialläsion der Supraspinatussehne zu. Am 22. Oktober 2008 erfolgte eine operative Refixation der Rotatorenmanschette. Die Suva lehnte mangels Unfallereignis Leistungen ab (Suva II Nr. 11 S. 1). 1.2 Der Beschwerdeführer war als [...] für die C.____ tätig und wiederum bei der Suva versichert, als am 30. Juni 2010 ein Sturz zu einer Luxation der rechten Schulter führte (Suva-Akten [...] / SA I Nr. 2). Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (s. Suva I Nr. 24 S. 1). Der Beschwerdeführer arbeitete ab 12. Juli 2010 wieder zu 50 % und ab 9. August 2010 zu 100 % (Suva I Nr. 8 f.). 1.3 Am 24. Oktober 2011 wurde beim Beschwerdeführer eine Ruptur der Supraspinatussehne festgestellt (Suva I Nr. 11). Die Suva verneinte mit Verfügung vom 17. Januar 2013 (Suva I Nr. 24) und Einspracheentscheid vom 17. März 2014 (Suva I Nr. 57) einen Anspruch auf Versicherungsleistungen, da die Ruptur auf einen krankhaften Vorzustand zurückgehe und es daher an der Unfallkausalität fehle. Die dagegen am 30. April 2014 erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (fortan: Versicherungsgericht) mit Urteil vom 13. Juli 2015 ab (Verfahren VSBES.2014.110, Dossier S. 67 ff.). Das Bundesgericht hob indes dieses Urteil sowie den Einspracheentscheid am 26. November 2015 auf und wies das Versicherungsgericht an, zur Klärung der Kausalitätsfrage ein Gerichtsgutachten einzuholen (Verfahren 8C_647/2015).

E. 2

2.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind nach Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. 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 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 Beweismündigkeit; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der 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 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2 und 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1). 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 Beweismündigkeit 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 Nr. U 485 S. 259 E. 5; Urteil des Bundesgerichts 8C_668/2012 vom 26. Februar 2013 E. 6.2).

2.2 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., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; RKUV 2003 Nr. U 487 S. 345 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_151/2012 vom 12. Juli 2012 E. 2). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismündigkeit strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Diese Grundsätze gelten nicht nur für angestellte Ärzte, sondern auch für Ärzte, die mit einem Versicherungsträger institutionell zusammenarbeiten, insbesondere ständige Vertrauensärzte.

E. 3.1

3.1.1 Der Bericht des [Spitals] E.____ vom 13. Juli 2010 (SA I Nr. 4) diagnostizierte eine traumatische antero-inferiore Luxation der rechten Schulter. Die aktive Beweglichkeit sei derzeit relativ gut und die Wiederaufnahme der Arbeit mit angepasster Belastung möglich. Eine MRT-Untersuchung vom 14. Juli 2010 ergab gemäss Befundung durch Dr. med. F.____ (Oberarzt am E.____) eine «vorwiegend» intakte Supraspinatussehne. Am Sehnenansatz sei extraartikulär ein wenig Kontrastmittel ausgetreten, doch lasse sich das Leck wegen Artefakten nicht darstellen (SA I Nr. 54). Gestützt darauf gelangte man im E.____ am 29. Juli 2010 zum Schluss, eine Läsion der Rotatorenmanschette bzw. eine Reruptur sei auszuschliessen (SA I Nr. 7).

Am 9. August 2010 nahm der Beschwerdeführer wieder sein angestammtes ganztägiges Arbeitspensum als [...] auf (SA I Nr. 8 f.).

3.1.2 Eine erneute MRT-Untersuchung ergab am 24. Oktober 2011 eine komplette Ruptur der Supraspinatussehne (SA I Nr. 11).

Der Suva-Kreisarzt Dr. med. G.____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH) hielt in seinem Bericht vom 13. Dezember 2011 (SA I Nr. 13) dafür, der Riss der Rotatorenmanschette und die sich daraus ergebenden Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal. Der Unfall vom 30. Juni 2010 habe gemäss MRT vom 14. Juli 2010 nicht zu einer Verletzung der Rotatorenmanschette geführt. Die aktuelle Läsion gehe zweifelsfrei auf den Vorzustand im Jahr 2008 zurück.

Dr. med. H.____ (Chefarzt-Stellvertreter am [Spital] I.____, Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) diagnostizierte in seinem Bericht vom 28. Juni 2012 (SA I Nr. 18) eine Reruptur der rechten Supraspinatussehne mit kranialer Teilläsion der Infraspinatus- und Subscapularissehne. Die Reruptur gehe auf eine traumatische Schulterluxation zurück. Im Bericht vom 25. November 2013 (SA I Nr. 50) ergänzte Dr. med. H.____, die MRI-Untersuchung vom 30. Juni [recte: 14. Juli] 2010 zeige eine im zentralen Bereich insertionsnah ausgedünnte Supraspinatussehne, doch sei überall zumindest eine bursaseitige Schicht erhalten. Retrospektiv lasse sich nicht beurteilen, ob diese Veränderungen allein im Rahmen von regulären Heilvorgängen nach Rekonstruktion der Rotatorenmanschette zu sehen seien, oder ob es sich teilweise auch um traumatische Veränderungen im Sinne einer Partiailläsion der Supraspinatussehne handle. Der Beschwerdegegnerin sei insoweit beizupflichten, als damals keine vollständige transmurale Läsion der Rotatorenmanschette vorgelegen habe. Die erneute Untersuchung am 24. Oktober 2011 zeige nun eine eindeutige transmurale Ruptur der Supraspinatussehne. Eine Schulterluxation nach grösserer Rekonstruktion der Rotatorenmanschette stelle ein schweres Trauma dar. Die Luxation habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer nicht transmuralen Teilverletzung geführt, welche sich während des folgenden Jahres zu einer vollständigen transmuralen Ruptur entwickelt habe. Die Hypothese, der Beschwerdeführer habe während der zwei Jahre bis zur Schulterluxation über eine gut funktionierende operierte Rotatorenmanschette verfügt, und erst im dritten postoperativen Jahr sei es unabhängig vom Trauma zu einem grossen degenerativen Defekt der Supraspinatussehne gekommen, erscheine ihm deutlich weniger wahrscheinlich.

Der Suva-Arzt Dr. med. J.____ (Facharzt für Chirurgie), gelangte in seinem Bericht vom 6. März 2014 (SA I Nr. 56) zum Schluss, eine strukturelle Läsion im Sinne einer Reruptur der Rotatorenmanschette sei am 14. Juli 2010 nicht nachgewiesen worden. Gestützt werde dies dadurch, dass der Beschwerdeführer anschliessend über ein Jahr lang wieder als [...] gearbeitet habe. Die dann eingetretene Läsion der Rotatorenmanschette sei als Krankheitsfolge zu werten. Schon 2008 hätten degenerative Veränderungen bestanden, welche zum Riss der Rotatorenmanschette geführt hätten. Bei einer mehr als fünfzigjährigen Person sei eine derart veränderte Sehne erfahrungsgemäss anfällig für weitere Degeneration bis zur Reruptur. Zwar könne eine Schulterluxation durchaus eine Verletzung der Rotatorenmanschette bewirken. Allerdings sei es nicht sehr wahrscheinlich, dass die Manschette zunächst morphologisch und bildgebend erhalten sei, um dann während 16 Monaten langsam vor sich hinzureissen. Die Reruptur sei damit nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal.

Dr. med. K.____ (leitende Ärztin am I.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates), erklärte in ihrem Bericht vom 5. August 2014 (Beschwerdebeilage im Verfahren VSBES.2014.110), die traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette im Oktober 2008 sei erfolgreich chirurgisch behandelt worden. Der Austritt von Kontrastmittel bei der Untersuchung vom 14. Juli 2010 sei ein klarer Hinweis auf eine unterbrochene Kontinuität der Rotatorenmanschette, d.h. eine frische Ruptur. Die normale Trochik deutete auf die Integrität der Manschette vor dem Sturz hin. Ausserdem sei am 8. und 20. Juli 2010 im ventralen Bereich des Oberarms ein grosses Hämatom dokumentiert worden. Ein solches spreche sehr stark für eine traumatische Läsion der Rotatorenmanschette. Die Schulterfunktion habe sich nie mehr komplett erholt, Ende Juli 2010 hätten noch leichte Schmerzen und eine Funktionseinschränkung bestanden. Das MRI im März 2011 zeige sodann einen chronischen Zustand als Folge einer traumatischen Ruptur nach Schulterluxation im Juni 2010.

Der Suva-Arzt Dr. med. L.____ (Facharzt für Chirurgie FMH sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), hielt in seiner Stellungnahme vom 28. August 2014 (Dossier VSBES.2014.110, S. 42 ff.) fest, im Herbst 2008 seien plötzlich, ohne Unfallereignis, einschliessende Schmerzen aufgetreten. Die Arbeitsfähigkeit habe operativ wieder hergestellt werden können (S. 49). Zwei Wochen nach der Luxation vom 30. Juni 2010 sei bei der MRT-Untersuchung etwas Kontrastmittel in den Subakromialraum ausgetreten. Die Supraspinatussehne sei indes breitflächig. Ein kleiner Defekt wie ein «Leck» unterbreche daher die Kontinuität der Sehne nicht, d.h. die Kraftübertragung vom Muskel auf den Knochen sei immer noch gewährleistet. Die 2010 abgebildeten Unregelmässigkeiten seien nach der Refixierung einer Sehne nicht ungewöhnlich. Ein Defekt oder gar eine Unterbrechung der Kontinuität komme nicht zur Darstellung. Das Hämatom lasse sich durch den Aufprall der Schulter zwanglos erklären. Die Ende Juli 2010 vorhandenen Restbeschwerden seien angesichts des Sturzes einen Monat zuvor vollumfänglich erklärbar (S. 50). Da die Schulter damals «kraftvoll» bewegt worden sei, sei die refixierte Supraspinatussehne als funktionstüchtig anzusehen, d.h. sie sei am 30. Juni 2010 nicht gerissen. Es stelle sich nun die Frage, ob die 2011 nachgewiesene Ruptur Ausdruck eines eigengesetzlich fortschreitenden degenerativen Verschleissleidens sei. Eine nicht transmurale Teilverletzung, welche sich in der Folge zu einer vollständigen transmuralen Ruptur entwickelt habe, sei nur eine Hypothese und nicht überwiegend wahrscheinlich. Zusammenfassend habe seit 1980 ein degeneratives Verschleissleiden der Rotatorenmanschette bestanden, welches 2008 operativ behandelt worden sei. Die zeitnah durchgeführten bildgebenden und körperlichen Untersuchungen hätten keine Hinweise ergeben, dass die rekonstruierte Manschette beim Unfall vom 30. Juni 2010 verletzt worden sei (S. 51). Vor allem der fehlende Nachweis eines strukturellen Defizits sowie der fehlende Funktionsausfall sprächen gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Schulterluxation und dem Rezidivdefekt (S. 52).

3.1.3 Das Versicherungsgericht hielt gestützt auf die vorstehenden Berichte im Urteil vom 13. Juli 2015 dafür, die SUVA-Ärzte würden überzeugend darlegen, dass die Ruptur der Supraspinatussehne einerseits ohne weiteres mit dem Fortschreiten der vorbestehenden, krankhaften Degenerationserscheinungen an der rechten Schulter erklärt werden könne. Andererseits werde festgehalten, dass zwei Wochen nach dem Unfall noch keine Ruptur im Sinne einer unterbrochenen Sehnenkontinuität nachweisbar gewesen sei. Daher sei es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Unfall vom 30. Juni 2010 zur Sehnenruptur geführt

bzw. einen vorbestehenden Krankheitszustand richtungsweisend verschlimmert habe.

Das Bundesgericht entschied demgegenüber am 26. November 2015, die versicherungsexternen fachärztlichen Stellungnahmen würden bezüglich einer Teilkausalität des Unfalls vom 30. Juni 2010 zumindest geringe Zweifel an der Beweiskraft der versicherungsinternen Beurteilungen begründen (E. 5.1, A.S. 5 f.).

3.2 Dr. med. D.____ führte im Gerichtsgutachten vom 3. Mai 2016 (A.S. 19 ff.) aus, der Beschwerdeführer klage aktuell über Bewegungs- und Belastungsschmerzen in der rechten Schulter. Die Beschwerden seien durch Elevation des rechten Armes mit Gewichtsbelastung um ca. 110 Grad sowie durch Innenrotation hinter den Rücken auslösbar. Die Flexion des rechten Armes ohne Gewichtsbelastung sei langsam und kontrolliert vollständig möglich. Der Beschwerdeführer schildere eine merkliche Schwäche des rechten Arms bei Abduktion und Flexion sowie ein Instabilitätsgefühl der rechten Schulter in Abduktions- und Aussenrotations-Position. Der Nachtschlaf sei stark gestört, beim Liegen auf der rechten Schulter entstünden so starke Schmerzen, dass es zu einem Erwachen komme. Nach einem Arbeitstag mit den gewohnten Belastungen sei die rechte Schulter regelmässig schmerzhaft, jedoch in einem erträglichen Mass, sodass nur selten Analgetika genommen würden. Seit der Erstluxation am 30. Juni 2010 sei die rechte Schulter noch dreimal in verschiedenen Situationen luxiert (A.S. 19), womit eine chronische Instabilität vorliege. Aktuell werde für die Tätigkeit als [...] eine Arbeitsunfähigkeit über 50 % bescheinigt, dies für die volle Arbeitszeit, jedoch mit nur 50 % Arbeitsbelastung. Alle Arbeiten bis Schulterhöhe und mit wenig Gewichtsbelastung könnten ausgeführt werden. Zusätzlich arbeite der Beschwerdeführer auf dem [...]; er verrichte jedoch hauptsächlich Maschinenarbeit, was ohne grössere Einschränkungen gehe (A.S. 20).

Zusammenfassend seien folgende Diagnosen zu stellen (A.S. 21):

- Verletzung der Muskeln und Sehnen der Rotatorenmanschette (S46.0)
- Luxation des Schultergelenkes (Glenohumeralgelenk mit Luxation des Humerus nach vorne, S43.01)

Nach der Schulterarthroskopie am 22. Oktober 2008 und der Rehabilitation sei der Beschwerdeführer wieder uneingeschränkt und mit voller Belastbarkeit der rechten Schulter als [...] einsetzbar gewesen. Dies spreche für eine komplette Heilung der zuvor rekonstruierten Rotatorenmanschette. Seit dem Unfall vom 30. Juni 2010 sei die rechte Schulter wegen der schmerzhaften Bewegungseinschränkung und der Schmerzen bei Gewichtsbelastung nicht mehr voll belastbar. Das Arthro-MRI vom 14. Juli 2010 zeige keine eindeutig komplette Ruptur mit Retraktion des Sehnenstumpfes der zuvor rekonstruierten Supra- und Subscapularissehne, jedoch eine subtotale Ruptur der Supraspinatussehne mit nur noch filamentartigen Verbindungen der Sehne zum knöchernen Footprint des Tuberculum majus (A.S. 21). Die Literaturrecherche zum Thema Rotatorenmanschetten-Ruptur bei antero-inferiorer Schulterluxation ergebe, dass Rerupturen nach erfolgter Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion häufiger in der frühen postoperativen Periode bis zu drei Monate nach dem Eingriff auftreten würden und mit einem schlechten postoperativen Verlauf assoziiert seien. Da hier die rechte Schulter nach erfolgter Rehabilitation wieder kraftvoll und schmerzfrei einsetzbar gewesen sei, sei das Auftreten einer atraumatischen Reruptur in der Zeitspanne von knapp drei Jahren (erneutes Arthro-MRI mit Nachweis einer Ruptur am 24. Oktober 2011) eher unwahrscheinlich. Der

Beschwerdeführer sei zum Zeitpunkt des zu beurteilenden Ereignisses 50 Jahre alt gewesen. Gemäss Literatur erreiche die Rupturrate von Rotatorenmanschetten bei initialer antero-inferiorer Schulterluxation und Individuen von über 35 Jahren bis zu 64,3 %, bei Patienten von mehr als 40 Jahren bis zu 70 %. Bei einer zuvor bereits rekonstruierten Rotatorenmanschette sei die Reissfestigkeit des Sehngewebes eher geringer als bei gesundem Sehngewebe, weshalb die Wahrscheinlichkeit eines möglichen Sehnenrisses bei Luxation eher als hoch zu bewerten sei. Die Literatur weise zudem darauf hin, dass der Verdacht auf einen Riss der Rotatorenmanschette hoch sei (76,7 %), wenn wie hier im posttraumatischen Verlauf nach vorderer Schulterluxation der betroffene Arm zwei Wochen nach dem Ereignis nicht mehr als 90 Grad eleviert werden könne. Der Bericht zur Verlaufskontrolle im E.____ vom 29. Juli 2010 beschreibe die aktive Beweglichkeit der rechten oberen Extremität als kraftvoll möglich mit Abduktion 90 Grad, Flexion 120 Grad sowie Innen- und Aussenrotation 80/0/10. Diese Beschreibung der Kraftentfaltung sei sehr pauschal und genüge nicht zur ausreichenden Darstellung der Kraftübertragung bei einer möglichen Rotatorenmanschetten-Läsion. Hier wäre die Einteilung in Kraftgrade nach Janda in einer Skala von 0 bis 5 sinnvoll, wobei fünf Kraftgrade 100 % der physiologischen Muskelkraft darstellten. Bereits vier von fünf Kraftgraden seien eine gute Kraftentwicklung (A.S. 22), was aber auch bei einer kleinen transmuralen oder subtotalen Rotatorenmanschetten-Ruptur möglich sei. Der Hinweis von Dr. med. L.____ auf die kraftvoll möglichen Schulterbewegungen am 29. Juli 2010 schliesse daher eine Läsion der Rotatorenmanschette nicht aus (A.S. 23).

Sowohl die Massenruptur der Rotatorenmanschette mit konsekutiv eingeschränkter Kraft und Funktionalität sowie progredienten Schmerzbeschwerden als auch die chronische antero-inferiore Instabilität der rechten Schulter mit rezidivierenden Luxationen stellten eine Folge des Unfalls vom 30. Juni 2010 dar. Unfallfremde Beschwerden lägen nicht vor. Der Unfall sei vollends als kausal für den aktuellen Gesundheitsschaden zu betrachten. Die rechte Schulter sei nach der Rekonstruktion der Rotatorenmanschetten wieder voll belastbar gewesen. Dies setze eine vollständige Heilung und Wiederherstellung der Sehneninsertion am Oberarmknochen voraus, ohne die eine schmerzfreie Kraftübertragung und Schulterbelastung unter den Einsatzbedingungen eines [...] nicht möglich gewesen wäre (A.S. 23).

Der Beschwerdeführer erreiche bei der klinischen Untersuchung eine nahezu volle Mobilität der rechten Schulter ohne Gewichtsbelastung (A.S. 23). Gegenwärtig sei er vollzeitlich mit einer Arbeitsbelastung von 50 % als [...] tätig. Es würden hauptsächlich Tätigkeiten mit geringer Gewichtsbelastung und ohne Armelevation ausgeführt. Abends könnten nach zu ausgeprägter Belastung Schmerzen in der rechten Schulter auftreten. Unfallfremde Beschwerden spielten keine Rolle, da die Symptomatik einzig auf die posttraumatische Rotatorenmanschetten-Ruptur zurückgehe. Was eine angepasste Tätigkeit betreffe, so sei die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit eine zweitägige Untersuchung in einer speziell dafür ausgerüsteten Institution und lasse sich im Rahmen der Begutachtung in der Praxis nicht durchführen. Eine optimale Nutzung der Ressourcen erfordere eine Tätigkeit, welche eine Gewichtsbelastung von max. 3 bis 5 kg und keine Bewegungen des rechten Armes oberhalb der Horizontalen beinhalte. Diese Tätigkeit könnte vollzeitlich ausgeübt werden, also acht Stunden pro Tag exklusive Pausen (A.S. 24).

Nach der Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion müsse die rechte Schulter als geheilt gelten, da sie bei der körperlich anspruchsvollen Arbeit als [...] gut und schmerzfrei

einsetzbar gewesen sei. Zur Zeit des Unfalls am 30. Juni 2010 habe demnach kein krankhafter Vorzustand bestanden. Im Verlauf nach dem Unfall mit antero-inferiorer Schulterluxation sei es zu weiteren Luxationen und einem chronisch instabilen Schultergelenk gekommen. Dies spreche für eine kontinuierliche Verschlechterung des Status der rechten Schulter bzw. eine Persistenz auf einem schlechteren Niveau als dem Ausgangsniveau zum Zeitpunkt des Unfalls. Der Status quo ante bzw. sine sei also nicht erreicht (A.S. 25).

Bei einer irreparablen Massenruptur der Rotatorenmanschette und beginnender Omarthrose sei die Implantation einer inversen Schultertotalendoprothese indiziert. Dies würde den Versicherten wohl von seinen Schmerzen und der Gelenkinstabilität befreien, jedoch wäre eine Arbeitstätigkeit mit wiederkehrenden, wenn auch nur geringen Gewichtsbelastungen nicht sinnvoll. Der Beschwerdeführer müsste nicht nur seine Beschäftigung als [...] aufgeben, sondern auch viele Tätigkeiten auf dem [...] reduzieren oder sistieren. Solange die Schmerzbeschwerden u.a. mit Hilfe von bedarfsweise eingenommenen Analgetika gut toleriert würden, sei es sinnvoll, mit einer Schultertotalendoprothese noch zuzuwarten (A.S. 25).

Der Unfall habe eine dauerhafte Beeinträchtigung der Integrität des Beschwerdeführers verursacht. Nach der SUVA-Tabelle «Integritätsschädigung gemäss UVG», Tabelle 1, betrage der Integritätsschaden bei habitueller Schulterluxation, was einer chronischen Instabilität entspreche, 10 %. Ebenso verwende die Tabelle den Begriff der Periarthrosishumeroscapularis. Da beim Beschwerdeführer die Weichteile sowohl in Form des gelenkstabilisierenden Kapsel-Band-Apparates als auch der Rotatorenmanschette schwer geschädigt seien, sei von einer schweren Form der Periarthrosis zu sprechen, was einen Integritätsschaden von 25 % nach sich ziehe (A.S. 26).

Gemäss Akten sei dem Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis bis zum 11. Juli 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowie bis 8. August 2010 von 50 % attestiert worden. Eine Reduktion auf 0 % sei nicht schriftlich festgehalten. Die Nachbehandlung nach den weiteren Schulterluxationen im Januar 2013, Juni 2014 und Oktober 2015 habe jeweils aus einer zehntägigen Ruhigstellung der Schulter in einer Schulterbandage sowie Physiotherapie bestanden, was sicher immer zu einem hundertprozentigen Arbeitsausfall geführt habe. Weitere Angaben zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit seien nicht möglich (A.S. 26).

Zusammenfassend sei die durch das Unfallereignis verursachte Schulterluxation mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für die erneute Läsion der Rotatorenmanschetten kausal (A.S. 26).

3.3 Von einem gerichtlichen Gutachten darf nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469; Urteil des Bundesgerichts 8C_595/2012 vom 18. Februar 2013 E. 4.1). Das vom Versicherungsgericht eingeholte schulterorthopädische Gutachten erfüllt die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine Expertise (s. dazu E. II. 2.2 hiervor). Es ist umfassend, indem es die für den vorliegenden Fall bedeutsamen Aspekte abdeckt, und stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher die Vorakten studiert, den Beschwerdeführer gründlich untersucht und die Untersuchungsergebnisse detailliert festgehalten hat. Der Gutachter begründet seine Schlussfolgerungen anhand der Anamnese, der klinischen und radiologischen Befunde sowie der einschlägigen Literatur überzeugend und nachvollziehbar. Er nennt die Überlegungen, auf denen seine Auffassung

beruht, befasst sich mit den abweichenden Arztberichten, beantwortet die gestellten Fragen klar und bleibt in seinen Ausführungen widerspruchsfrei. Das Gutachten besitzt daher vollen Beweiswert und widerlegt die Beurteilung der versicherungsinternen Kreisärzte. Die Parteien erheben denn auch zu Recht keinerlei Einwände gegen das Gerichtsgutachten.

Gestützt auf die klare Feststellung im Gutachten ist das Anspruchserfordernis der natürlichen Kausalität zwischen den gesundheitlichen Beschwerden und dem Unfall vom 30. Juni 2010 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Da die Beschwerdegegnerin die Leistungsverweigerung allein mit dem Fehlen dieser Kausalität begründet hat, muss sie nun prüfen, inwieweit die übrigen Anspruchsvoraussetzungen der einzelnen Leistungsarten (Heilbehandlung, Taggelder, Rente, Integritätsentschädigung) erfüllt sind. Die Beschwerde wird folglich in dem Sinne gutgeheissen, als die Sache zurück an die Beschwerdegegnerin gewiesen wird, damit sie darüber entscheidet, welche konkreten Leistungen dem Beschwerdeführer zustehen.

E. 4

4.1 Bei diesem Verfahrensausgang, d.h. angesichts des formellen Obsiegens, hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine volle Parteientschädigung, welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127 V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57). Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GebT, BGS 615.11, in der ab 15. Juli 2016 geltenden Fassung).

4.2 Die vom Vertreter eingereichte Kostennote (A.S. 34 f.) weist für die Verfahren VSBES.2014.110 und VSBES.2015.319 einen Zeitaufwand von insgesamt 11,75 Stunden aus. Dieser ist wie folgt zu kürzen:

· Da der Vertreter bereits am Einspracheverfahren beteiligt war, ist nach der neuen Praxis des Versicherungsgerichts das Studium des Einspracheentscheides im Beschwerdeverfahren nicht zu entschädigen (3. April 2014: 45 Minuten).

· Die Kostennote beinhaltet sog. Kanzleiaufwand, welcher im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Es betrifft dies praxisgemäss die Zustellung von Dokumenten zur Kenntnis an den Beschwerdeführer (s. Sammelpositionen vom 10. und 17. Mai, 5. und 6. August sowie 6. September 2014, 25. August und 11. Dezember 2015 sowie 25. Januar und 11. Mai 2016: Pauschalabzug von 25 Minuten), Fristerstreckungsgesuche ohne besondere Begründung (5. Juli, 21. September und 13. Oktober 2014: 15 Minuten) sowie die Einreichung der beiden Kostennoten (27. Februar 2015 und 27. Juni 2016: 20 Minuten).

Zusammenfassend verbleibt somit ein zu entschädigender Aufwand von zehn Stunden.

Was die Auslagen von CHF 218.00 angeht, so sind die 137 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GebT, in der ab 15. Juli 2016 geltenden Fassung) und nicht wie geltend gemacht mit CHF 1.00. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 149.50. Die Parteientschädigung beläuft sich folglich mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 250.00, einschliesslich CHF 211.95 Mehrwertsteuer, auf total CHF 2861.45.

5. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die Angelegenheit zurück an die Beschwerdegegnerin gewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfährt.

2. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 2'861.45 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

E. 4.2

Die vom Vertreter eingereichte Kostennote (A.S. 34 f.) weist für die Verfahren VSBES.2014.110 und VSBES.2015.319 einen Zeitaufwand von insgesamt 11,75 Stunden aus. Dieser ist wie folgt zu kürzen: · Da der Vertreter bereits am Einspracheverfahren beteiligt war, ist nach der neuen Praxis des Versicherungsgerichts das Studium des Einspracheentscheides im Beschwerdeverfahren nicht zu entschädigen (3. April 2014: 45 Minuten). · Die Kostennote beinhaltet sog. Kanzleiaufwand, welcher im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Es betrifft dies praxismässig die Zustellung von Dokumenten zur Kenntnis an den Beschwerdeführer (s. Sammelpositionen vom 10. und 17. Mai, 5. und 6. August sowie 6. September 2014, 25. August und 11. Dezember 2015 sowie 25. Januar und 11. Mai 2016: Pauschalabzug von 25 Minuten), Fristerstreckungsgesuche ohne besondere Begründung (5. Juli, 21. September und 13. Oktober 2014: 15 Minuten) sowie die Einreichung der beiden Kostennoten (27. Februar 2015 und 27. Juni 2016: 20 Minuten). Zusammenfassend verbleibt somit ein zu entschädigender Aufwand von zehn Stunden. Was die Auslagen von CHF 218.00 angeht, so sind die 137 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GebT, in der ab 15. Juli 2016 geltenden Fassung) und nicht wie geltend gemacht mit CHF 1.00. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 149.50. Die Parteientschädigung beläuft sich folglich mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 250.00, einschliesslich CHF 211.95 Mehrwertsteuer, auf total CHF 2'861.45. 5. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

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