

SO_GERICHTE VSBES.2016.300 vom 2. Oktober 2017

SO Obergericht, 2017-10-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.300_d20171002

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.300 du 2 octobre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.300 del 2 ottobre 2017

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 20. Oktober 2016 sowie die diesem zugrundeliegende Verfügung vom 23. Juni 2016 seien aufzuheben.

E. 2

Dem Beschwerdeführer seien über den 7. April 2016 hinaus weiterhin Taggelder nach Massgabe einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit zu entrichten und die vollumfänglichen Kosten für Heilbehandlungen zu übernehmen.

E. 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 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 leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang (BGE 117 V 360 E. 4a; 376 E. 3a, je mit Hinweisen) muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (BGE 117 V 360 E. 4a und 376 E. 3a; 115 V 142 E. 8b mit Hinweisen). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 76 E. 4b). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundsatz als auch bei Rückfällen und Spätfolgen (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f., mit Hinweisen). 3.

E. 3

Eventualiter sei dem Beschwerdeführer eine UVG-Invalidenrente nach Massgabe eines 100%igen Invaliditätsgrades sowie eine in ihrer Höhe noch zu bestimmende Integritätsentschädigung zu entrichten und seien die Kosten für die Heilbehandlungen nach Massgabe von Art. 21 UVG zu übernehmen.

E. 3.1

Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_725/2012 vom 27. März 2013 E. 4.1.1; SVR 2010 AIV Nr. 2 S. 3, 8C_269/2009 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 3.2

Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Arzt muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des Bundesgerichts 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). 3.3 Die Rechtsprechung hat den Berichten von versicherungsinternen medizinischen Fachpersonen sowie von ständigen Vertrauensärzten eines Versicherungsträgers stets Beweiswert zuerkannt. Ihnen kommt jedoch praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu. 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). Solche Zweifel können sich namentlich aus einem nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes ergeben. Der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung genügt in diesem Zusammenhang nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

E. 4

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers seien die Berichte des Suva-Arztes Dr. med. C. ____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 24. Mai 2016 und 19. Oktober 2016 ohne seine Mitwirkung im Sinne von BGE 137 V 210 erstellt und seinem Anwalt auch nicht zur Kenntnis- und Stellungnahme unterbreitet worden. Damit habe die Beschwerdegegnerin den verfassungsmässigen Anspruch des

Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör verletzt. Sodann habe das Bundesgericht in seiner Rechtsprechung je länger je mehr – völlig zu Recht – Berichten versicherungsinterner bzw. beratender Ärzte die Beweiskraft abgesprochen. Vorliegend bestünden erhebliche Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. C.____, weshalb keinesfalls auf diese abgestellt werden könne. Dies schon nur, weil Dr. med. C.____ den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht habe. Nach den vom Bundesgericht aufgestellten Beweisregeln reichten schon nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, damit ergänzende Abklärungen vorzunehmen seien. Um geringe Zweifel hervorzurufen, würde bereits ein anderslautender Bericht eines Hausarztes reichen. Im hier zu beurteilenden Fall liege jedoch eine eingehende Beurteilung des Facharztes Dr. med. D.____ vor, welcher der Einschätzung von Dr. med. C.____ diametral widerspreche. Dies allein wecke erhebliche Zweifel an den Feststellungen von Dr. med. C.____, womit die Beschwerdegegnerin nach der oben erwähnten bundesgerichtlichen Rechtsprechung gehalten gewesen wäre, ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wobei es nicht ausreiche, die Sache einfach nochmals dem versicherungsinternen Arzt vorzulegen. Festzuhalten sei, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht ihre Leistungspflicht nach Unfallereignis anerkannt habe. Entsprechend sei es rechtsprechungsgemäss an ihr, das Dahinfallen jeglicher Kausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu beweisen. Die blosse Möglichkeit des Erreichens eines Status quo ante oder sine reiche nicht. Dr. med. D.____ halte fest, dass unfallbedingt eine subacromiale Reizung sowie auch eine Strukturschädigung der Rotatorenmanschette anhand des MRIs objektiviert sei. Diese hätten zur Nachbehandlung und schliesslich zur Operation geführt. Damit sei der Unfall zumindest teilweise Ursache der nachfolgenden Beschwerden sowie auch Operationsgrund. Es habe sich in der Folge die Komplikation einer Frozen Shoulder ergeben. Insgesamt sei die heutige Problematik zumindest als teilweise kausal zum Unfallereignis zu qualifizieren. Das Erreichen des Status quo ante oder sine sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Entgegen dem Bericht von Dr. med. C.____ sei es, wie Dr. med. D.____ bestätige, sodann sehr wohl zu posttraumatischen strukturellen Läsionen an der Rotatorenmanschette gekommen. Dr. med. C.____ interpretiere diesbezüglich die Antwort von Dr. med. D.____ auf die Frage 2 völlig falsch. Dr. med. D.____ führe in seinem Bericht vom 31. August 2016 klar auf, welche Gesundheitsschädigungen auf das Unfallereignis zurückzuführen seien und welche nicht. Er halte unter anderem Folgendes fest: «Dieser Reizzustand als auch das entzündlich veränderte Schultergelenk können als Folge des Unfallereignisses gewertet werden.» Aus dem Bericht von Dr. med. D.____ gehe somit inhaltlich klar hervor, was Unfallfolge sei und was eben nicht. Dr. med. C.____ interpretiere fälschlicherweise aufgrund des Gebrauchs des Wortes «können», dass keine überwiegende Wahrscheinlichkeit gegeben sei, denn es könne alles Unfallfolge sein. Auch die Auseinandersetzung von Dr. med. C.____ mit dem Unfallmechanismus sei absolut unzureichend. Es verhalte sich nicht so, dass der Beschwerdeführer einfach eine normale Kontusion der Schulter, im Sinne eines Anschlagens derselben, erlitten hätte, wie dies Dr. med. C.____ ausführe. Der Beschwerdeführer sei von seinem Motorrad, ohne auf den Unfall gefasst zu sein und in unnatürlicher Körperhaltung gestürzt und habe sich dabei die Schulterverletzung zugezogen und sei sogar zeitweise bewusstlos gewesen. Es hätten somit erhebliche Kräfte auf die Schulter gewirkt, anders als dies bei einem normalen Anschlagen der Fall sei. Wenn Dr. med. C.____ überdies ausführe, mit grosser Wahrscheinlichkeit hätte die Schulter auch ohne Unfall früher oder später zu diesen Beschwerden geführt, so seien seine Ausführungen schlicht zu vage, als dass darauf abgestellt werden könnte. Demgegenüber vertritt die

Beschwerdegegnerin die Ansicht, Dr. med. C.____ habe am 24. Mai 2016 sowie am 19. Oktober 2016 Kenntnis der gesamten Akten genommen und festgehalten, dass die linke Schulter des Versicherten degenerative Veränderungen aufweise, was vom behandelnden Arzt Dr. med. D.____ auch bestätigt werde. Posttraumatische strukturelle Läsionen hätten jedoch keine festgestellt werden können. Zudem entspreche es einer medizinischen Tatsache, dass direkte Schulterkontusionen nicht zu Läsionen der Rotatorenmanschette führen könnten, sodass der Unfallmechanismus gar nicht geeignet gewesen sei, diesen Schaden herbeizuführen. Im Weiteren sei die Stellungnahme von Dr. med. D.____ hauptsächlich mit dem Argument begründet worden, dass der Versicherte vor dem Ereignis vom 7. November 2015 bezüglich seiner linken Schulter beschwerdefrei gewesen sei. Gemäss geltender Rechtsprechung genüge jedoch eine zeitliche Begründung im Sinne der Formel «post hoc ergo propter hoc», nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung als durch den Unfall verursacht gelte, weil sie nach diesem aufgetreten sei, nicht. Auch weise der Bericht von Dr. med. D.____ Widersprüche auf, indem er insbesondere eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes festhalte (Antwort 4), gleichzeitig aber von einem Status quo sine vel ante ausgehe (Antwort 6). Es bestünden folglich keine genügenden Argumente, welche die Beurteilung von Dr. med. C.____ widerlegen würden. Dr. med. C.____ erkläre überzeugenderweise, dass von einer vorübergehenden Traumatisierung eines Vorzustandes auszugehen sei, dies während 4 - 5 Monaten. Mit der Übernahme der Kosten bis zum 7. April 2016 seien 5 Monate übernommen worden, sodass die konkreten Umstände genügend berücksichtigt worden seien. Der Vollständigkeit halber sei noch zu präzisieren, dass die Taggelder bis 30. April 2016 bezahlt worden seien, wobei auf eine Rückforderung ausdrücklich verzichtet worden sei. Das Bundesrecht schreibe nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen seien. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gelte der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 40 BZP in Verbindung mit Art. 19 VwVG; Art. 95 Abs. 2 OG in Verbindung mit Art. 113 und 132 OG). Danach hätten Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers verfüge Dr. med. C.____ als Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates über das genügende Fachwissen, um zu dem vorliegenden Fall Stellung zu nehmen. Er habe Einsicht in die gesamten Akten (inkl. Bilder) der Beschwerdegegnerin genommen. Seine Beurteilungen seien nachvollziehbar, begründet und setzten sich mit den Ausführungen des behandelnden Arztes Dr. med. D.____ auseinander. Eine Verpflichtung, den Versicherten persönlich zu untersuchen, gebe es nicht. Ein externes Gutachten sei auch nicht zwingend erforderlich, um die natürliche Kausalität verneinen zu können. Ebenfalls entspreche es einer medizinischen Tatsache, dass direkte Kontusionen keine Läsionen der Rotatorenmanschette verursachen könnten. An dieser Stelle sei auch festzuhalten, dass Dr. med. D.____ während seiner ersten Untersuchung von einem Sturz wohl auf die rechte Seite berichtet habe. An genaueres könne sich der Patient jedoch nicht erinnern. Dass erhebliche Kräfte auf die linke Schulter gewirkt hätten, anders als dies bei einem normalen Anschlagen der Fall sei, wie in der Beschwerde geltend gemacht, sei folglich nicht erwiesen. Streitig und zu prüfen ist somit, ob der Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 7. November 2015 (noch) gegeben ist. Dabei sind für die richterliche Beurteilung die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Einspracheentscheides, mithin der 20. Oktober 2016, massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_228/2017 vom 14. Juni 2017

E. 4.1.2 mit Hinweisen). 5. Vorab ist auf die Frage einzugehen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt hat. Der Beschwerdeführer rügt in diesem Zusammenhang, dass die Berichte des Suva-Arztes Dr. med. C. ____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 24. Mai 2016 und 19. Oktober 2016 ohne seine Mitwirkung erstellt und seinem Anwalt nicht zur Kenntnis- und Stellungnahme unterbreitet worden seien. Damit habe die Beschwerdegegnerin den verfassungsmässigen Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör verletzt. 5.1 Der Anspruch auf rechtliches Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt er ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines in seine Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Ferner stehen der Partei Teilnahmerechte offen. Sie hat etwa den Anspruch darauf, bei einem Augenschein teilnehmen zu können (vgl. BGE 121 V 152 f.), bei Besprechungen – etwa mit einem Arbeitgeber (vgl. SVR 1998 UV Nr. 18, E.1.d) – anwesend sein zu können oder an Zeugenbefragungen teilnehmen zu können (vgl. BGE 92 I 260 f.). Aus den verfassungsrechtlichen Mindestanforderungen lässt sich allerdings nur ableiten, jedenfalls nachträglich zu den erhobenen Beweisen Stellung beziehen zu können (vgl. BGE 125 V 401 E. 3e S. 405). 5.2 Dem Beschwerdeführer wurden die Berichte von Dr. med. C. ____ vom 24. Mai 2016 und 19. Oktober 2016 im Verwaltungsverfahren nicht zur Stellungnahme zugestellt. Es ist aber bereits fraglich, ob es sich hierbei um zusätzliche Beweiserhebungen im oben genannten Sinne handelt. So nahm Dr. med. C. ____ in seinen Berichten lediglich zu den vorhandenen medizinischen Unterlagen Stellung, welche dem Beschwerdeführer bereits bekannt waren. Selbst wenn vorliegend von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs ausgegangen würde, wäre diese höchstens als leicht anzusehen. Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels zudem selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, könnte eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend ohne weiteres als geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen, zumal sich der Vertreter des Beschwerdeführers in seinen Rechtsschriften zu den genannten Berichten von Dr. med. C. ____ hat äussern können. Im Übrigen wäre eine Partei aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile 8C_325/2007 vom 18. Februar 2008 und I 329/05 vom 10. Februar 2006 E. 2.3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 8C_758/2009, E. 2.3 und 2.4), was im vorliegenden Fall ohne Weiteres zu verneinen ist. 6. Zur Beurteilung der vorliegenden Angelegenheit sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang: 6.1 Die Schadenmeldung UVG (VA 1) nennt als betroffene Körperteile Oberarm und Oberschenkel rechts und links, als Art der Schädigung eine

leichte Gehirnerschütterung, einen Bänderriss und Prellungen. Im Arztbericht des erstbehandelnden Hausarztes des Beschwerdeführers, Dr. med. B.____, vom 14. November 2015 (VA 2) wurden als Befunde eine grosse Diffusion gluteal i.e. lateral sowie multiple Kontusionen angegeben. Als Diagnose wurde eine Commotio cerebri bei kurzer retrograder Amnesie genannt. Ossäre Läsionen seien keine gegeben. 6.2 Im Bericht der F.____ betreffend MRT Arthrographie des linken Schultergelenkes vom 20. November 2015 (VA 3) wurden folgende Befunde festgehalten: «Ausgeprägte AC-Gelenksarthrose mit ödematösen Begleitveränderungen, kleine subchondrale Zyste am lateralen Klavikulaende und hypertrophe Gelenkkapsel. Leicht nach kaudal gebogene Form des Akromions Typ II nach Bigliani. Keine osteophytären Anbauten am Akromionunterpol. Kein Osacromiale. Schwere Tendinopathie der Subskapularissehne etwa 1 cm vor dem Ansatz am Tuberculum majus über eine Strecke von etwa 9 mm in der Rechts-Links-Ausdehnung. Keine transmurale Rotatorenmanschettenruptur. Regelrechter Ansatz der Infraspinatussehne. Die kranialen Fasern der Subskapularissehne sind kurz vor dem Ansatz am Tuberculum minus ebenfalls aufgetrieben signalalteriert, die grösseren Anteile der Subskapularissehne stellen sich intakt dar. Regelrechter Verlauf der Bizepssehne im Sulcus bicipitalis. Normaler bicipitolabraler Komplex. Leichte Signalalteration der Bizepssehne im Rotatorenintervall, keine Pulley-Läsion Flüssigkeit in der Bursa subacromialis und subdeltoidea. Kein Knochenmarködem am Humeruskopf.» Zur Beurteilung wurde festgehalten: • Schwere AC-Gelenksarthrose • Leichte Bursitis subacromialis und subdeltoidea • Ausgeprägte Tendinopathie der Supraspinatussehne und auch mässiggradige Tendinopathie der kranialen Fasern der Subskapularissehne. Keine transmurale Rotatorenmanschettenruptur • Tendinopathie der Bizepssehne im Rotatorenintervall. • Keine Fraktur 6.3 Im Bericht von Dr. med. D.____ des E.____ vom 14. Dezember 2015 (VA 5) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei Rechtshänder und arbeitet als Hausmeister im G.____. Er sei mit dem Motorrad gegen ein sich schliessendes Garagentor gefahren und wohl auf die rechte Seite gestürzt. An Genaueres könne sich der Patient nicht erinnern, er sei ohnmächtig gewesen. Seit dem Unfall habe er jedoch auch Schmerzen in der linken Schulter bei Belastung und nachts beim Liegen auf der linken Seite. Das Arthro-MRI der linken Schulter vom F.____ vom 20. November 2015 zeige eine Partiaalläsion der Supraspinatussehne mit nur leichter Atrophie des Muskels ohne deutliche Verfettung. Eine transmurale Rissbildung sei nicht sicher erkennbar. Zudem bestünden eine Tendinopathie der langen Bizepssehne und eine aktivierte AC-Gelenksarthrose. 6.4 In seinem Bericht vom 18. Februar 2016 (VA 9) hielt Dr. med. D.____ fest, die Infiltration vor 4 Wochen habe die Schmerzen deutlich bessern können. Lediglich bei unkontrollierten, plötzlichen Belastungen habe der Beschwerdeführer lateral über dem Oberarm ein Stechen, was schnell verschwinden würde. Aktuell bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Physiotherapie werde zweimal die Woche wahrgenommen, Fortschritte in der Mobilitätssteigerung seien vorerst nicht zu erkennen. 6.5 Aufgrund persistierender Beschwerden führte Dr. med. D.____ am 3. Mai 2016 eine Schulterarthroskopie links mit partieller Synovektomie, eine Kapselotomie, eine AC-Gelenksresektion, eine Tenotomie der langen Bizepssehne und Acromioplastik sowie eine Supraspinatussehnenlängung durch (VA 18). 6.6 In der orthopädischen Beurteilung von Dr. med. C.____, Suva, Versicherungsmedizin, vom 24. Mai 2015 (VA 21) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe am 7. November 2015 einen Sturz mit dem Motorrad mit diversen Kontusionen erlitten. Anfänglich habe man eine grosse Diffusion gluteal rechts lateral gefunden. In der Folge sei es zu Schulterbeschwerden links gekommen und die Abklärungen hätten keine posttraumatischen strukturellen Läsionen, jedoch

deutliche Vorzustände, wie schwere AC-Gelenksarthrose, Impingement-Zeichen und Tendinopathien ergeben. Es sei ja auch so, dass eine direkte Schulterkontusion nicht zu Läsionen der Rotatorenmanschette führe. Dies habe auch hier mit dem MRI gut bewiesen werden können. Normalerweise würden Kontusionen im Bereiche der Schulter innert ein paar Monaten folgenlos abklingen. Bei einem deutlichen Vorzustand gehe es etwas länger, etwa 4 - 5, allerhöchstens 6 Monate. Der durchgeführte Eingriff sei nicht aufgrund von Unfallfolgen, sondern wegen dem Vorzustand durchgeführt worden. Mit grosser Wahrscheinlichkeit hätte die Schulter auch ohne den Unfall früher oder später zu diesen Beschwerden geführt, da ja die Befunde sehr deutlich seien. Die Operation sei also überwiegend wahrscheinlich nicht mehr im Zusammenhang mit dem Unfall zu sehen. 6.7 Im Bericht von Dr. med. D.____ vom 23. Juni 2016 (VA 23) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer komme zur ersten postoperativen Kontrolle. Wie schon etwas befürchtet, auch auf Grund des Diabetes und der psychischen Belastung, habe sich eine massive Schultersteife entwickelt. Er habe massive Schmerzen und nehme täglich Dafalgan und Tramal. Als Befunde gibt Dr. med. D.____ an, die aktive und passive Mobilität seien massiv eingeschränkt, ein Schürzengriff in der Innenrotation sei nicht erreichbar, die Aussenrotation betrage 20°, die Flexion 100°, die horizontale Abduktion 0°. Eine Kraftprüfung sei nicht möglich. 6.8 In seiner Stellungnahme vom 31. August 2016 (VA 31a) zuhanden des Vertreters des Beschwerdeführers gab Dr. med. D.____ an, die Befunde des MRI's und auch der ersten klinischen Untersuchung ergäben Hinweise auf eine subacromiale Reizung sowie auch eine Strukturschädigung der Rotatorenmanschette, ohne dass die Sehnen durch die gesamte Dicke oder Breite defekt gewesen wären. Dieser Reizzustand als auch das entzündlich veränderte Schulterreckgelenk könnten als Folge des Unfallereignisses gewertet werden. Des Weiteren zeigten sich jedoch auch eindeutige degenerative Veränderungen insbesondere des Schulterreckgelenkes. Der Muskel der auch lädierten Supraspinatussehne selber erweise sich als leicht atroph, was als Hinweis für einen schon länger anhaltenden Sehnenschaden gewertet werden müsse. Bezüglich nicht unfallbedingter Ursachen hielt Dr. med. D.____ fest, es lägen degenerative Veränderungen des Supraspinatusmuskels und auch dessen Sehne sowie eine Schulterreckgelenksarthrose vor. Bezüglich der Frage, ob der Unfall vom 7. November 2015 zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt habe, führte Dr. med. D.____ aus, entsprechend der Patientenaussage bei der Erstkonsultation vom 10. Dezember 2015 und auch der hausärztlichen Überweisung habe vor dem genannten Unfallereignis kein Schulterproblem bestanden. Mit diesem Hintergrund habe das Unfallereignis vom 7. November 2015 zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt. Auf die Frage, ob unfallfremde Ursachen auch ohne das Unfallereignis vom 7. November 2015 aus ihrer eigenen Dynamik heraus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigt hätten, hielt Dr. med. D.____ fest, degenerative Veränderungen wie oben beschrieben der Rotatorenmanschetten-Anteile so wie auch des Schulterreckgelenkes seien mit zunehmendem Alter die Regel. Eine Beschwerdeentwicklung hieraus und eine daraus folgende auch Erwerbsunfähigkeit hätte sich mit der Wahrscheinlichkeit des Möglichen entwickeln können. Eine konkrete Bestimmung des Zeitpunktes und des Umfanges sei rein spekulativ und könne nicht näher präzisiert werden. Des Weiteren führte Dr. med. D.____ aus, bei der ersten postoperativen Kontrolle zeige sich nun eine deutliche Schulterereinstellung. Eine solche entwickle sich häufiger bei Patienten mit einem Diabetes mellitus, unter welchem auch der Beschwerdeführer leide. Die Rehabilitation mit physiotherapeutischer und

Eigenbehandlung werde sich über Monate hinstrecken. Eine genaue Bestimmung des zu erreichenden status quo sine bzw. quo ante sei nicht hinreichend begründbar. 6.9 In seiner Stellungnahme vom 19. Oktober 2016 (VA 33) hielt Dr. med. C.____, Suva, Versicherungsmedizin, fest, auf die Frage, ob die Gesundheitsschäden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise Folge des Unfalles vom 7. November 2015 seien oder nicht, habe Dr. med. D.____ geantwortet, man habe einen Reizzustand gefunden als auch ein entzündlich verändertes Schulterreckgelenk und dies könnte Folge des Unfallereignisses sein. So zeigten sich aber in der Folge auch eindeutige degenerative Veränderungen und insbesondere des Schulterrecks. Da der Muskel auch etwas atroph sei, deute dies schon auf einen länger anhaltenden Schaden hin. Hierzu hielt Dr. med. C.____ als Bemerkung fest, Unfallfolge könne alles sein, es brauche aber einen überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang. Dies sei in diesem Fall nicht so, denn bei diesem 52-jährigen Patienten könne man schon degenerative Veränderungen finden, wie die Sachen, die Dr. med. D.____ bestätigt habe. Dieser bestätige unter der Frage 3 auch, dass degenerative Veränderungen des Supraspinatusmuskels und auch dessen Sehne und Schultergelenkarthrose vorhanden seien ohne Unfallfolgen. Unter Punkt 4 begründe er einen Zusammenhang mit dem Unfallereignis, da vor dem Ereignis keine Schulterprobleme bestanden hätten, deshalb sei es zu einer richtunggebenden Verschlimmerung gekommen. Die Begründung, da vor dem Unfall keine Beschwerden vorhanden gewesen seien, sei deshalb alles danach Unfallfolge, könne jedoch nicht herangezogen werden im Sinne von «post hoc ergo propter hoc». Zudem müsste es zu eindeutigen posttraumatischen Schäden kommen, wenn man von einer richtunggebenden Veränderung sprechen möchte. Dies sei hier nicht der Fall gewesen. Unter Punkt 5 bestätige auch Dr. med. D.____, dass degenerative Veränderungen mit zunehmendem Alter die Regel seien. Eine Beschwerdeentwicklung hätte sich auch ohne Unfall entwickeln können. Eine konkrete Bestimmung des Zeitpunktes und des Umfanges sei rein spekulativ und Dr. med. D.____ könne dies nicht präzisieren. Unter Punkt 6 könne er den Status quo sine nicht sicher definieren, auch bei Patienten mit Diabetes mellitus könne eine Schultersteife eintreten. Aber ein Status quo sine beziehungsweise ante könne nur erreicht werden, wenn es nicht zu einer richtunggebenden Veränderung gekommen sei, also widerspreche sich hier Herr Dr. med. D.____. 7. Vorweg kann festgehalten werden, dass Dr. med. D.____, auf dessen Bericht vom 23. Juni 2016 sich der Beschwerdeführer beruft, den Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom

E. 7

November 2015 und den noch vorliegenden Beschwerden nicht beweismässig zu begründen vermag. Dr. med. D.____ führt zwar aus, die Befunde des MRI und auch der ersten klinischen Untersuchung ergäben Hinweise auf eine subacromiale Reizung sowie auch eine Strukturschädigung der Rotatorenmanschette, ohne dass die Sehnen durch die gesamte Dicke oder Breite defekt gewesen wären. Dieser Reizzustand als auch das entzündlich veränderte Schulterreckgelenk, könnten (bzw. «können») als Folge des Unfallereignisses gewertet werden. Wie Dr. med. C.____ hierzu in seiner Stellungnahme vom 19. Oktober 2016 zu Recht festhält, braucht es zur Bejahung des Kausalzusammenhangs eine überwiegende Wahrscheinlichkeit. Bereits aufgrund der Formulierung von Dr. med. D.____ – «können als Folge des Unfallereignisses gewertet werden» – erscheint es fraglich, ob dieser einen Kausalzusammenhang als überwiegend wahrscheinlich oder eher nur als möglich erachtet. Sodann begründet Dr. med. D.____ den seiner Ansicht nach gegebenen Kausalzusammenhang kaum nachvollziehbar und nur wenig schlüssig. Mit dem Hinweis

auf eine subacromiale Reizung sowie auch eine Strukturschädigung der Rotatorenmanschette, welche in der Folge zu einer Operation geführt hätten, lässt sich der Nachweis, dass diese durch das Unfallereignis verursacht wären, jedenfalls nicht erbringen. Zumal auch Dr. med. D. ___ in seinem Bericht einräumt, degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschetten-Anteile sowie auch des Schultergelenkes seien mit zunehmendem Alter die Regel. Eine Beschwerdeentwicklung hieraus und einer daraus folgenden auch Erwerbsunfähigkeit hätte sich mit der Wahrscheinlichkeit des Möglichen entwickeln können. Im Übrigen kann entgegen der Ansicht von Dr. med. D. ___ aus der Tatsache, dass sich die Schulterbeschwerden erst nach dem Unfallereignis manifestiert haben, nicht einfach – in Anwendung der Formel «post hoc, ergo propter hoc», wonach ein Gesundheitsschaden schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, weil er nach diesem aufgetreten ist (vgl. BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb) – auf einen Zusammenhang geschlossen werden. Seine Schlussfolgerung, wonach das Unfallereignis vom 7. November 2015 im Lichte dessen zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt habe, ist damit nicht verwertbar. In diesem Zusammenhang ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärzte oder behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb dem Bericht von Dr. med. D. ___ vom 31. August 2016 auch deswegen vergleichsweise geringer Beweiswert zuzumessen ist. Dagegen erscheint die Aktenbeurteilung von Dr. med. C. ___ vom 24. Mai 2016 im Lichte der vorhandenen Unterlagen als schlüssig und nachvollziehbar. In diesem Zusammenhang ist vorzuschicken, dass es den isolierten, ausschliesslich durch ein Trauma verursachten Supraspinatussehnenriss jedenfalls bei Personen im Alter des Beschwerdeführers praktisch nicht gibt (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 434). Eine erhebliche degenerative Vorschädigung der Schultern ist im vorliegenden Fall unter anderem durch die festgestellte AC-Gelenksarthrose erstellt. Reisst die Rotatorenmanschette ein, das heisst, reisst der Sehnenmantel der Rotatormuskeln, so ist wie im vorliegenden Fall meistens die Supraspinatussehne betroffen, wobei zumindest ein vollständiger Riss der Rotatorenmanschette bereits im Bericht der F. ___ vom 20. November 2015 verneint wurde. So liege keine transmurale Rotatorenmanschettenruptur vor (transmural = vollständig). Wenn Dr. med. C. ___ diesbezüglich ausführt, die bildgebenden Abklärungen hätten keine posttraumatischen strukturellen Läsionen, jedoch deutliche Vorzustände, wie schwere AC-Gelenksarthrose, Impingement-Zeichen und Tendinopathien ergeben, ist dies aufgrund der Aktenlage und der bildgebenden Abklärung der F. ___ vom 20. November 2015 durchaus nachvollziehbar. So ist im genannten Bericht der F. ___ nicht von einer Läsion die Rede. Diese wird erst von Dr. med. D. ___ in seinem Bericht vom 14. Dezember 2015 erwähnt, wobei er sich diesbezüglich ebenfalls auf den Bericht der F. ___ bezieht. Ob nun in casu eine Rotatorenmanschetten bzw. Supraspinatussehnenläsion bejaht wird oder nicht, sagt aber noch nichts darüber aus, ob eine solche Verletzung unfallkausal ist oder nicht. So sprechen viele der vorliegenden medizinischen Umstände gegen eine frische Läsion bzw. gegen eine Unfallkausalität. In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf die festgestellte AC-Gelenksarthrose sowie die fehlende Einblutung hinzuweisen, welche eher gegen eine frische Läsion sprechen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 434). Wenn Dr. med. C. ___ weiter anführt, eine direkte Schulterkontusion könne nicht zu einer Läsion der Rotatorenmanschette bzw. Supraspinatussehne führen, ist ihm insofern zuzustimmen, dass es äusserst fraglich erscheint, ob eine Unfallmechanik gegeben war, die eine solche

Verletzung herbeiführen konnte. Zum Unfallhergang liegen von Seiten des Beschwerdeführers zwar praktisch keine Angaben vor, da er sich nicht mehr daran erinnern könne (vgl. VA 5). Jedoch ist erstellt, dass der Beschwerdeführer mit seinem Motorfahrrad in die Garage fuhr, hierbei mit dem sich schliessenden Garagentor kollidierte und in der Folge stürzte (wobei eher von einem Sturz auf die rechte Seite ausgegangen wurde, vgl. VA 2 und VA 5). Bei diesem Vorgang darf erfahrungsgemäss von Schritttempo ausgegangen werden. Geeignete Mechanismen, um eine Ruptur der Supraspinatussehne hervorzurufen, wären beispielsweise eine Schulterverrenkung oder ein massives plötzliches Hoch- oder Rückwärtsreissen des Armes, z.B. beim Hängenbleiben mit dem Arm bei erheblicher Beschleunigung des Körpers oder Sturz auf den nach hinten ausgestreckten Arm (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 432 f.). Derartige Verletzungsmechanismen sind angesichts des mutmasslichen Unfallherganges äusserst fraglich. Vielmehr weist die Aktenlage auf einen Hergang hin, der eben gerade nicht geeignet ist, eine solche Verletzung hervorzurufen bzw. bei dem eine Zugbeanspruchung mit unnatürlicher Längendehnung der Sehne des Supraspinatus nicht eintritt: «Direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag), da die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und Delta-Muskel gut geschützt ist» (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 433). Des Weiteren wurden gemäss Arzzeugnis UVG des Hausarztes Dr. med. B.____ vom 14. November 2015 (VA 2) anlässlich der Erstbehandlung vom 10. November 2015 offenbar keine Schulterbeschwerden links genannt, was ebenfalls dagegen spricht, dass durch dieses Ereignis eine richtunggebende Traumatisierung der Rotatorenmanschette stattgefunden hat (vgl. Schönberger / Mehrstens / Valentin, a.a.O., S. 434). Des Weiteren ist die Aussage von Dr. med. C.____, wonach Kontusionen im Bereiche der Schulter normalerweise innert ein paar Monaten folgenlos abklingen würden, ebenfalls nicht zu beanstanden. So entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass Prellungen (Kontusionen), Verstauchungen oder Zerrungen der Wirbelsäule ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit, in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden. Dasselbe gilt allgemein bei harmlosen Traumen mit fehlenden strukturellen Schädigungen der Gelenke und Knochen; diese heilen selbst bei degenerativen Vorzuständen normalerweise innert kurzer Zeit ab. Dieser medizinische Erfahrungssatz darf, zumal er der herrschenden Lehrmeinung entspricht, im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2, E. 3.2 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Februar 2007, U 357/06, E. 4.5). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers erscheint es zudem durchaus einleuchtend, wenn Dr. med. C.____ ausführt, mit grosser Wahrscheinlichkeit hätte die Schulter auch ohne Unfall früher oder später zu diesen Beschwerden geführt. So ist bildgebend ein eindrücklicher degenerativer Vorzustand erstellt und auch Dr. med. D.____ hielt in seinem Bericht vom 31. August 2016 auf die Frage, ob unfallfremde Folgen allenfalls die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigen könnten, zumindest fest, dass degenerative Veränderungen mit zunehmendem Alter die Regel seien. Eine Beschwerdeentwicklung hätte sich auch ohne Unfall ergeben können. Auch die übrigen vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen vermögen am Beweiswert der Beurteilung von Dr. med. C.____ nichts zu ändern. So bedarf es zur Beurteilung der natürlichen Kausalität eines Unfalles nicht zwingend einer persönlichen Untersuchung durch den beurteilenden Arzt. Es darf als gerichtsnotorisch gelten, dass es gerade in Fällen wie dem

vorliegenden, wo es darum geht, zu prüfen, ob das Unfallereignis zu einer richtunggebenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes geführt hat, ausreichen kann, den Sachverhalt aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten und bildgebenden Untersuchungen zu beurteilen. Im Übrigen vermag die entgegenstehende Meinung von Dr. med. D.____ auch nicht geringe Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. C.____ hervorzurufen, nachdem der Bericht von Dr. med. D.____ vom 31. August 2016 als kaum beweiswertig anzusehen ist. Damit ist davon auszugehen, dass im vorliegenden Fall die Kontusion zwar das auslösende Moment für das Auftreten der Symptomatik gewesen sein kann, aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer richtunggebenden Verschlimmerung auszugehen ist. 8. Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass die noch geltend gemachten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallkausal angesehen werden können. Die vom Unfallversicherer mit Verfügung vom 23. Juni 2016 und mit Einspracheentscheid vom 20. Oktober 2016 bestätigte Leistungsverneinung ab 7. April 2016 erfolgte daher zu Recht, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 9. Bezüglich weiterer Beweismassnahmen ist auf die Praxis des EVG zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 162 E.1d, 104 V 211 E.a). 10. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf Zusprechung einer Parteientschädigung. Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

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