

SO_GERICHTE VSBES.2018.224 vom 13. August 2018

SO Obergericht, 2018-08-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.224

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.224 du 13 août 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.224 del 13 agosto 2018

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1963 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) war seit Juli 2001 bei der B.____ AG angestellt und aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Basler Versicherungen AG (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 6. November 2015 meldete die Arbeitgeberin der Beschwerdegegnerin, die Beschwerdeführerin sei am 9. Oktober 2015 beim Hinuntersteigen auf der Treppe ausgerutscht und gestürzt (Akten der Basler Versicherungen AG [BA] 1). Die Beschwerdegegnerin zog die medizinischen Unterlagen bei. Gemäss einer internen Beurteilung vom 22. Februar 2016 (BA 7) sei das Knie seit Januar 2016 beschwerdefrei, die anhaltenden Beschwerden im Bereich der Schulter seien weiterhin unfallkausal und die Behandlung sachgerecht. Die Beschwerdegegnerin kam dementsprechend für die Kosten der ärztlichen Behandlung und Physiotherapie auf.

1.2 Nach einer weiteren internen Aktenbeurteilung vom 7. Juli 2016 (BA 12) teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin am 2. August 2016 mit, sie erachte die fortbestehenden Beschwerden bis maximal am 30. Juni 2016 als unfallkausal und stelle ihre Leistungen mit diesem Datum ein (BA 13). Die Beschwerdeführerin erhob dagegen am 4. August 2016 Einwände (BA 14), welche sie am 8. August 2016 telefonisch bekräftigte (BA 15). Die Beschwerdegegnerin stellte ihr daraufhin einen Fragebogen zu, welchen die Beschwerdeführerin am 5. September 2016 ausgefüllt und unterzeichnet retournierte (BA 18) und mit einem Begleitschreiben ergänzte (BA 19 f.). Die Beschwerdegegnerin nahm zudem einen Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. C.____, Leitender Arzt, Orthopädische Klinik, D.____, vom 23. September 2016 zu den Akten (BA 23). Weiter holte sie eine Stellungnahme ihrer beratenden Ärztin Dr. med. E.____ vom 25. Oktober 2016 ein (BA 24).

1.3 Mit Verfügung vom 7. November 2016 (BA 26) entschied die Beschwerdegegnerin, die Leistungen für das Unfallereignis vom 9. Oktober 2015 würden per 1. Juli 2016 eingestellt. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 2

2.1 Anfang April 2017 teilte die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin sinngemäss mit, sie werde sich einer Schulteroperation unterziehen, welche sie auf die Unfallfolgen zurückführe (BA 39). Die Beschwerdegegnerin zog den Operationsbericht vom 21. April 2017 (BA 44) bei und holte eine interne Aktenbeurteilung vom 4. Mai 2017 (BA 50) ein. Am 11. Mai 2017 teilte sie der Beschwerdeführerin mit, ihrer Beurteilung nach stehe die Operation vom 21. April 2017 nicht im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 9. Oktober 2015 (BA 51). Die Beschwerdeführerin meldete sich am 26. Mai 2017 telefonisch bei der Beschwerdegegnerin (BA 54), welche daraufhin neue medizinische

Berichte einholte (BA 55 ff.). Die Beschwerdeführerin reichte am 13. September 2017 eine schriftliche Stellungnahme ein (BA 59).

2.2 Mit Verfügung vom 29. September 2017 lehnte es die Beschwerdegegnerin ab, im Zusammenhang mit der Operation vom 21. April 2017 und der damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung zu erbringen. Zur Begründung wurde erklärt, es lägen weder ein Rückfall noch Spätfolgen oder Wiedererwägungsgründe betreffend das Unfallereignis vom 9. Oktober 2015 vor (BA 62).

2.3 Am 24. Oktober 2017 wandte sich med. pract. F.____, Assistenzarzt Orthopädie, Klinik G.____, mit der Bitte an die Beschwerdegegnerin, «den Fall erneut zu begutachten und die Kostenübernahme zu gewährleisten» (BA 67). Die Beschwerdegegnerin teilte der Beschwerdeführerin am 7. November 2017 mit, das Schreiben von med. pract. F.____ gelte nicht als Einsprache (BA 70), woraufhin die Beschwerdeführerin am 8. November 2017 schriftlich erklärte, sie erhebe Einsprache gegen die Verfügung vom 29. September 2017 (BA 71). Die Beschwerdegegnerin trat mit Einspracheentscheid vom 26. Januar 2018 wegen Verspätung nicht auf die Einsprache ein (BA 79). Auf Beschwerde der Beschwerdeführerin hin (BA 87) hob das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) diesen Einspracheentscheid mit Urteil VSBES.2018.60 vom 26. April 2018 auf und wies die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit sie die Einsprache materiell behandle (BA 93).

2.4 Die Beschwerdegegnerin veranlasste daraufhin ein orthopädisches Aktengutachten bei Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, welches am 27. Juli 2018 erstattet wurde (BA 98).

2.5 Mit Einspracheentscheid vom 13. August 2018 (BA 99; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.) wies die Beschwerdegegnerin die Einsprache gegen die Verfügung vom 29. September 2017 ab.

E. 3

3.1 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 entfielen (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der ■.erwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs 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).

3.2 Die in Rechtskraft erwachsene Verweigerung weiterer Leistungen durch den obligatorischen Unfallversicherer schliesst die spätere Entstehung eines Anspruchs, der sich aus demselben Ereignis herleitet, nicht unter allen Umständen aus. Vielmehr steht ein solcher Entscheid unter dem Vorbehalt späterer Anpassung an geänderte unfallkausale Verhältnisse. Dieser in der Invalidenversicherung durch das Institut der Neuanmeldung (Art. 87 Abs. 3 und 4 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in Verbindung mit Art. 17 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) geregelte Grundsatz gilt auch im Unfallversicherungsrecht, indem es der versicherten Person jederzeit freisteht, einen Rückfall oder Spätfolgen eines rechtskräftig beurteilten Unfallereignisses geltend zu machen (vgl. Art. 11 Verordnung über die Unfallversicherung [UVV, SR 832.202]) und erneut Leistungen der Unfallversicherung zu beanspruchen. 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 anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1 S. 253 f.). Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar. Diesem Umstand ist auch dann Rechnung zu tragen, wenn zu einem früheren Zeitpunkt ein Leistungsanspruch verneint wurde. Unter diesen Titeln kann daher nicht eine uneingeschränkte neuerliche Prüfung vorgenommen werden. Vielmehr ist von der rechtskräftigen Beurteilung auszugehen, und die Anerkennung eines Rückfalls oder von Spätfolgen setzt eine nachträgliche Änderung der anspruchrelevanten Verhältnisse voraus (BGE 144 V 245 E. 6.2 S. 254).

4. Wie dargelegt, hat es die Beschwerdegegnerin mit der rechtskräftigen Verfügung vom 7. November 2016 abgelehnt, für den Unfall vom 9. Oktober 2015 über den 30. Juni 2016 hinaus Leistungen zu erbringen. Ein Anspruch auf die nunmehr streitigen Leistungen für den Zeitraum ab April 2017 erfordert deshalb grundsätzlich, dass die Voraussetzungen eines Rückfalls oder von Spätfolgen erfüllt sind (vgl. E. II. 3.2 hiavor). Eine Leistungszusprechung unter dem Titel eines Rückfalls oder von Spätfolgen verlangt eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nach der Verfügung vom 7. November 2016.

4.1 Bei Erlass der Verfügung vom 7. November 2016 (BA 26) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

4.1.1 Seitens des linken Knies ergab eine MRI-Untersuchung vom 30. November 2015 laut dem Bericht des Radiologen Dr. med. J.____, FMH Radiologie, vom gleichen Datum (BA 4) einen geringgradigen bis mittelgradigen Knorpelschaden femoropatellär, einen geringgradigen Knorpelschaden femorotibial medial sowie ein unspezifisches Ödem des medialen Gastrocnemiuskopfes ursprungsnah und in der Gelenkkapsel posteromedial. Der mediale Meniskus und das mediale Kollateralband waren intakt. Am 18. Januar 2016 war das linke Knie beschwerdefrei (Bericht von Dr. med. C.____, D.____, vom 20. Januar 2016, BA 6).

4.1.2 Die Arthro-MR-Untersuchung der linken Schulter vom 1. Dezember 2015 ergab gemäss dem gleichentags verfassten Bericht des Radiologen Dr. med. K.____, FMH Radiologie (BA 5), eine Tendinopathie der Supra- und Infraspinatussehne mit geringer, gelenkseitiger Partialruptur der Supraspinatussehne (normale Muskelvolumina), ein fokales Knorpelulkus über eine Distanz von etwa 1 cm am kranio-medialen Humeruskopf, keinen

Nachweis okkultter Frakturen.

4.1.3 Dr. med. C.____, Leitender Arzt, Orthopädische Klinik, D.____, diagnostizierte in seinem Bericht vom 20. Januar 2016 (BA 6) an der linken Schulter eine Tendinopathie der Supra- und Infraspinatussehne, eine Partialruptur der Supraspinatussehne sowie eine Bursitis subacromialis. In der Beurteilung wird ausgeführt, die Beschwerden und der klinische Befund an der linken Schulter korrelierten mit dem MRT-Befund. In der Folge wurden zwei Infiltrationen durchgeführt, deren Wirkung stark, aber zeitlich begrenzt war (vgl. Berichte von Dr. med. C.____ vom 8. März 2016, 28. April 2016 und 23. Juni 2016, BA 8, 10 und 11). In seinem Bericht vom 23. September 2016 (BA 23) diagnostizierte Dr. med. C.____ an der linken Schulter weiterhin eine Tendinopathie der Supra- und Infraspinatussehne, eine Partialruptur der Supraspinatussehne, eine Bursitis subacromialis sowie zudem einen chondralen Kalottenschaden. Bei Status nach zwei lokalen Infiltrationen an der linken Schulter habe man vereinbart, den aktuellen Verlauf abzuwarten. Die Prognose sei eher günstig, aber noch nicht sicher beurteilbar. Eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht attestiert worden und habe nach Patientenangaben nach dem Unfall auch nicht bestanden.

4.1.4 Die beratende Ärztin der Beschwerdegegnerin, Dr. med. E.____, führte in ihrer Stellungnahme vom 25. Oktober 2016 (BA 24) aus, in der Arthro-MRT der linken Schulter vom 1. Dezember 2015 seien keine strukturellen Organkorrelate einer unfallbedingten Läsion objektivierbar. Insbesondere könnten kein Bone bruise, keine Hämarthrose und kein Kontusionsherd gegenüber dem fokalen Knorpelschaden an der mediokraniellen Humeruskopffirkumferenz objektiviert werden. Hingegen imponiere ein anlagebedingter und degenerativer Vorzustand. Durch das Ereignis vom 9. Oktober 2015 sei es zu keiner richtungsgebenden Verschlimmerung dieses Vorzustands gekommen. Der Status quo sine vel ante sei bei der Durchführung der Arthro-MRT (1. Dezember 2015) erreicht. Die diskret ausgeprägte Tendinopathie der Supra- und Infraspinatussehne sowie die diskrete, gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne seien auf eine subakromiale Enge (Impingement) zurückzuführen. Auf dieser Grundlage verneinte die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 7. November 2016 (BA 26) einen fortdauernden Kausalzusammenhang und stellte ihre Leistungen mit dem 30. Juni 2016 ein.

4.2 Zum weiteren Verlauf enthalten die Akten die folgenden Angaben:

4.2.1 Dr. med. C.____ bestätigte in seinem Bericht vom 8. November 2016 (BA 29) die zuvor gestellten Diagnosen und nannte neu zusätzlich eine Subluxation des Sternoclaviculargelenks links. In der Beurteilung führt er aus, die Physiotherapie habe eine leichte Besserung gebracht, mit welcher die Beschwerdeführerin im Alltag zurechtkomme. Die Beschwerdeführerin möchte aktuell kein operatives Vorgehen. Er sehe die Tendinopathie sowie die Claviculaluxation im Sternoclaviculargelenk in Folge des Unfallereignisses.

4.2.2 Eine erneute Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter vom 6. März 2017 zeigte gemäss dem Bericht der Universitätsklinik G.____, Radiologie (BA 36; vgl. BA 32), die bekannte artikulare Partialruptur der Supraspinatussehne mit deutlich besser abgrenzbarer interstitieller Komponente in der Supraspinatussehne sowie am Vorderrand der Infraspinatussehne. Die Darstellung der Oberrandläsion sowie der tendinopathischen Veränderungen der Subscapularissehne seien stationär. Weiter bestünden progrediente degenerative Veränderungen glenohumeral mit progredientem Knorpeldefekt superior am

Humeruskopf.

Dr. med. L.____, Oberarzt Orthopädie, Universitätsklinik G.____, führte in Kenntnis dieser Ergebnisse am 6. März 2017 aus (BA 35), bei der Beschwerdeführerin bestehe klinisch wie auch MR-tomographisch bestätigt eine partielle Supraspinatussehnenläsion sowie eine Subscapularisläsion der Schulter links und eine flächige Knorpelläsion am Humeruskopf superior, nebenbefundlich auch eine AC-Gelenksarthrose. Als Therapieoption sei unter anderem eine Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion der Supraspinatussehne, Subscapularissehne sowie eine AC-Gelenks-Resektion und Mikrofrakturierung der Knorpelläsion besprochen worden. Dieser operative Eingriff wurde in der Folge am 21. April 2017 durchgeführt (vgl. Operationsbericht, BA 44).

4.2.3 PD Dr. med. M.____, Oberarzt Schulterchirurgie, Universitätsklinik G.____, der die Operation vom 21. April 2017 vorgenommen hatte, berichtete am 13. Juni 2017, insgesamt hätten sich die starken Schmerzen nach der Operation im Verlauf der letzten sechs Wochen gebessert. Insgesamt bestehe ein protrahierter Verlauf nach der Operation mit eigentlich gut wiederhergestellter Beweglichkeit für sechs Wochen postoperativ. Nachdem die Beschwerdeführerin vor der Schulterdistorsion vom 9. Oktober 2015 über keinerlei Beschwerden an der Schulter geklagt habe und die bestehenden Beschwerden klar auf dieses Unfallereignis zurückgeführt werden könnten, sei seitens der behandelnden Ärzte eine traumatische Genese der oben genannten Pathologie plausibel (BA 55). Am 6. September 2017 hielten PD Dr. med. M.____ und med. pract. F.____ fest, fünf Monate postoperativ zeige sich eine schöne Beweglichkeit der Schulter, dies jedoch leider nur passiv. Es zeige sich noch eine deutliche muskuläre Insuffizienz der linken Schulter (BA 58).

4.2.4 Med. pract. F.____, Assistenzarzt Orthopädie, Universitätsklinik G.____, führte in seiner Stellungnahme an die Beschwerdegegnerin vom 24. Oktober 2017 (BA 67) aus, klinisch sowie MR-tomographisch handle es sich aus seiner Sicht um eine Traumafolge, welche auf das Ereignis vom 9. Oktober 2015 zurückzuführen sei. Seitdem gebe die Beschwerdeführerin intermittierend Schmerzen an, welche posttraumatisch plötzlich aufgetreten seien. Konservative Therapien (Physiotherapie, Infiltrationen) hätten nur temporär zur Besserung geführt. Bei Beschwerdepersistenz und dem Wunsch der Beschwerdeführerin, ein proaktives Vorgehen zu verfolgen, habe man sich für ein operatives Vorgehen entschieden.

4.2.5 Das durch die Beschwerdegegnerin veranlasste Aktengutachten von Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 27. Juli 2018 (BA 98) enthält zunächst eine zusammengefasste Wiedergabe der Vorakten. In seiner Beurteilung führte Dr. med. H.____ aus, das MRI der linken Schulter vom 1. Dezember 2015 habe keine frischen traumatischen Läsionen gezeigt, hingegen eine Impingement-Situation mit Acromionform Typ II nach Bigliani, AC-Gelenksarthrose, Tendinopathie der Supra- / Infraspinatussehne sowie einen Knorpelschaden am Humeruskopf. Zweimalige Infiltrationen sowie Physiotherapie hätten jeweils eine kurzfristige Besserung der Beschwerden bewirkt. Im Verlauf habe die Beschwerdeführerin auch über Beschwerden im Bereich des Sternoclavikulargelenks links berichtet; hier sei klinisch wie radiologisch eine Subluxation im SC-Gelenk beschrieben worden. Neue Röntgenbilder der linken Schulter in der Klinik G.____ vom 16. Januar 2017 erwähnten diesen Befund nicht mehr, auch sei er jeweils nie in den MRI erwähnt worden. Auch im späteren Verlauf seien von Seiten des SC-Gelenks keine Schmerzen mehr erwähnt worden.

Wegen persistierender Beschwerden habe die Beschwerdeführerin dann die Universitätsklinik G.____ aufgesucht. Hier sei am 17. Januar 2017 die Diagnose einer Supraspinatus-Partialruptur mit Bursitis subacromialis gestellt worden, ein neues MRI habe die bisherigen degenerativen Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette bestätigt, wobei die Degeneration inzwischen fortgeschritten gewesen sei mit zusätzlicher interstitieller Rupturkomponente im Bereich der Supraspinatussehne und interstitieller Partialruptur am Vorderrand der Infraspinatussehne. Der Bizeps-Anker sei inzwischen etwas signalalteriert im Sinne von degenerativen Veränderungen, es gebe auch eine leichte Tendinopathie der intraartikulären Anteile der Bizepssehne. Der Knorpeldefekt im Bereich des Humeruskopfes habe ebenfalls zugenommen. Am 21. April 2017 sei der operative Eingriff mit arthroskopischer Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion, Bizepsstenotomie, AC-Resektion mit vorderer Acromioplastik sowie einem Microfracturing des Humeruskopfs links erfolgt. Der postoperative Verlauf sei protrahiert gewesen, die Beschwerdeführerin habe wegen Schwäche und Gefühlsstörungen im linken Arm zweimal die Notfallstation aufgesucht; eine Plexusläsion bzw. Radikulopathie C7/8 sei elektrophysiologisch ausgeschlossen worden. Eine MRI-Abklärung vom 29. Mai 2017 der HWS habe eine breitbasige Diskusprotrusion C5/6 sowie linksseitig mässige Spondylarthrosen C7/Th1 gezeigt.

Wie bereits durch die vorbeurteilenden Ärzte festgehalten worden sei, handle es sich bei den Veränderungen im Bereich des linken Schultergelenks um degenerative Veränderungen, welche eine zunehmende Tendenz zeigten (Zunahme der Knorpelläsion am Humeruskopf / Glenoid). Frische traumatische Läsionen im Bereich der Schulter hätten nie nachgewiesen werden können. Anlässlich des Unfalls vom 9. Oktober 2015 (Sturz auf einer Treppe) sei es durch Zug am Arm (die Beschwerdeführerin habe sich am Treppengeländer festgehalten) zu einer Zerrung im Bereich des Schultergelenks gekommen. Der Status quo sine sei spätestens Ende Juni 2016 eingetreten. Sowohl von der Beschwerdeführerin als auch von med. pract. F.____ (Schreiben vom 24. Oktober 2017) sei geltend gemacht worden, dass die Beschwerden unfallkausal seien, da die Beschwerdeführerin vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei und seit dem Unfall Beschwerden bestünden. Dies stütze sich also rein auf den zeitlichen Ablauf, die mehrfach erhobenen radiologischen und auch intraoperativen Befunde seien nicht gewertet worden. Gerade diese bildgebenden Befunde und intraoperativ gefundenen Veränderungen sprächen ganz klar für rein degenerative Veränderungen, welche im Verlauf zugenommen hätten im Sinne einer Zunahme der Degeneration des Schultergelenks.

Die Frage, ob die Befunde an der linken Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 9. Oktober 2015 stünden, verneinte Dr. med. H.____. Zur Begründung führte er aus, bei den mit bildgebenden Verfahren und intraoperativ erhobenen Befunden handle es sich überwiegend wahrscheinlich um vorbestehende degenerative Veränderungen infolge einer Impingement-Symptomatik bei Acromiontyp II nach Bigliani und AC-Gelenksarthrose. Dadurch bedingt sei es neben der Bursitis subacromialis zu einer Tendinopathie der Supra- / Infraspinatussehne mit geringgradiger Partialruptur gelenksseitig der Supraspinatussehne, einer Tendinopathie der Subscapularissehne und dem Knorpeldefekt am Humeruskopf und dann auch später am Glenoid mit fortschreitender Degeneration gekommen. Das Ereignis vom 9. Oktober 2015 sei lediglich geeignet, an der linken Schulter vorübergehend zu Beschwerden bei einer degenerativ vorgeschädigten Schulter zu führen.

Es sei davon auszugehen, dass der Status quo sine spätestens Ende Juni 2016 überwiegend wahrscheinlich eingetreten sei und auch die unfallmedizinische Behandlung zu diesem Zeitpunkt habe abgeschlossen werden können.

E. 5

5.1 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 7. November 2016 (BA 26) einen Anspruch auf Leistungen für das Unfallereignis vom 9. Oktober 2015 für die Zeit ab dem 1. Juli 2016 verneint. Sie stützte sich dabei auf die Stellungnahme ihrer beratenden Ärztin Dr. med. E.____ vom 25. Oktober 2016 (BA 24). Dr. med. E.____ gelangte insbesondere zum Ergebnis, die diskret ausgeprägte Tendinopathie der Supra- und Infraspinatussehne sowie die diskrete, gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne seien auf eine subakromiale Enge (Impingement) zurückzuführen und somit nicht unfallkausal. Da die damalige Leistungseinstellung in Rechtskraft erwachsen ist, stellt sich im vorliegenden Verfahren die Frage, ob gegenüber der damaligen Situation eine erhebliche Veränderung eingetreten ist, welche unter dem Aspekt eines Rückfalls oder von Spätfolgen einen Leistungsanspruch begründet.

5.2 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrer Beurteilung auf das Gutachten von Dr. med. H.____ vom 27. Juli 2018 (BA 98). Bei dessen Einholung wurden die Verfahrensgrundsätze gemäss BGE 137 V 210, welche das Bundesgericht im Zusammenhang mit Art. 44 ATSG entwickelt hat und welche auch für die Unfallversicherung gelten (BGE 138 V 318 E. 6.1.4 S. 323), nicht beachtet. Dem Gutachten kann somit lediglich der Stellenwert einer versicherungsinternen Stellungnahme zukommen. Soll ein Fall auf dieser Basis entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 64 f., 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

5.3 Die Stellungnahme von Dr. med. H.____ basiert auf den vollständigen Vorakten. Durch diese sind umfassende Abklärungs- und Untersuchungsergebnisse dokumentiert. Der Umstand, dass Dr. med. H.____ die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht hat, stellt daher den Beweiswert seiner Einschätzung nicht infrage. Diese erscheint auch inhaltlich als plausibel: Dr. med. H.____ bestätigt die Beurteilung von Dr. med. E.____, wonach die bildgebend ausgewiesenen Befunde an der linken Schulter, insbesondere die Partialruptur der Supraspinatussehne und die Tendinopathie der Supra- und Infraspinatussehne, nicht als unfallkausal, sondern als degenerativer Natur zu interpretieren sind. Seinen Ausführungen lässt sich weiter entnehmen, dass eine gewisse Zunahme der degenerativen Befunde zu beobachten ist, während das Unfallereignis lediglich geeignet war, eine vorübergehende Verschlimmerung zu bewirken. Neue, nach dem 7. November 2016 aufgetretene Befunde, welche dem Unfall vom 9. Oktober 2015 zugeordnet werden könnten, nennt Dr. med. H.____ nicht. Seine Ausführungen sind nachvollziehbar und bilden grundsätzlich eine geeignete Beurteilungsgrundlage.

Aus den übrigen Unterlagen, namentlich auch den abweichenden Stellungnahmen der behandelnden Ärzte, ergeben sich jedenfalls in Bezug auf die hier interessierende Fragestellung keine auch nur geringen Zweifel an der Verlässlichkeit der Beurteilung von Dr. med. H.____. PD Dr. med. M.____, der die Operation vom 21. April 2017 durchführte, erklärt zwar in seinem Bericht vom 13. Juni 2017, eine traumatische Genese der

Beschwerden sei plausibel, nachdem die Beschwerdeführerin vor der Schulterdistorsion vom 9. Oktober 2015 über keinerlei Beschwerden an der Schulter geklagt habe und die bestehenden Beschwerden klar auf dieses Ereignis zurückführen könne. Diese Aussage basiert aber neben der Wiedergabe der Einschätzung der Beschwerdeführerin einzig auf dem Grundsatz «post hoc ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Beeinträchtigung auf ein Unfallereignis zurückgeht, weil sie nach diesem aufgetreten ist.

Kausalitätsbeurteilungen, welche einzig auf dieser Argumentation beruhen, sind beweisrechtlich nicht zu verwerten (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341; Urteil des Bundesgerichts 8C_523/2018 vom 5. November 2018 E. 3.2). Die Aussage von PD Dr. med. M.____ vermag aber die hier relevante Rückfallkausalität auch deshalb nicht zu begründen, weil sie davon ausgeht, es habe durchgängig ein unfallkausales Beschwerdebild an der linken Schulter bestanden. Diese Frage wurde aber durch die Verfügung vom 7. November 2016 bereits rechtskräftig verneint und ein Leistungsanspruch würde eine Beeinträchtigung voraussetzen, welche damals nicht oder nicht mehr vorlag und später (erstmalig oder erneut) aufgetreten ist. Eine solche These lässt sich dem Bericht von PD Dr. med. M.____ jedoch nicht entnehmen. Dasselbe gilt für das Schreiben von med. pract. F.____ vom 24. Oktober 2017 (BA 67), denn auch dieser Arzt geht von Beschwerden aus, welche seit dem Ereignis vom 9. Oktober 2015 intermittierend angegeben würden und posttraumatisch plötzlich aufgetreten seien. Eine nach dem 7. November 2016 eingetretene erhebliche Verschlechterung lässt sich daraus nicht ableiten. Dieselbe Argumentation, nämlich dass Beschwerden an der linken Schulter vor dem Unfall nicht bestanden hätten, seither aber vorlägen, liegt auch der Bestätigung von Dr. med. I.____ vom 9. November 2018 (Beschwerdebeilage) zugrunde. Dieser erklärte, er behandle die Beschwerdeführerin seit Oktober 2009, habe sie aber vor dem 9. Oktober 2015 nie wegen Schulterbeschwerden links behandelt. Diese Bestätigung folgt ebenfalls dem unzulässigen Argumentationsmuster «post hoc ergo propter hoc» und vermag zudem keine erhebliche Verschlechterung aufzuzeigen, welche nach dem 7. November 2016 aufgetreten wäre und Anlass zu den anschliessenden medizinischen Massnahmen, insbesondere der Operation vom 21. April 2017, gegeben hätte.

5.4 Zusammenfassend besteht nach Lage der Akten keinerlei Grundlage für die Annahme einer erheblichen Verschlechterung unfallkausaler Befunde, welche nach dem Erlass der Verfügung vom 7. November 2016 eingetreten wäre und die anschliessenden medizinischen Vorkehren veranlasst hätte. Eine solche Verschlechterung wäre jedoch erforderlich, damit in der hier gegebenen verfahrensrechtlichen Situation ein Leistungsanspruch bestehen könnte. Der Einspracheentscheid vom 13. August 2018 (A.S. 1 ff.) ist daher zu bestätigen. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 6

6.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

6.2 Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

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

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Jäggi

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