

200 15 854 UV
KOJ/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. Februar 2016

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Bossert

1. Visana AG
2. Visana Services AG
beide Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 15
Beschwerdeführende

gegen

AXA Versicherungen AG
General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur
Beschwerdegegnerin

in Sachen

A. _____

betreffend Einspracheentscheid vom 27. August 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1956 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte) ist seit dem 1. September 2000 bei der B. _____ als ... angestellt und dadurch bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert (Akten der AXA [act. IIa] A1). Am 10. Februar 2015 liess die Versicherte der AXA durch ihre Arbeitgeberin ein Schadenereignis melden, wonach sie am 10. April 2014 in ihrer Wohnung gestürzt sei; als verletzte Körperteile gab sie Arm/Ellbogen/Hand an, wobei die Art der Verletzung unbestimmt/unklar sei (act. IIa A1). In der Folge forderte die AXA die Versicherte auf, schriftlich zu schildern, was sich am 10. April 2014 genau zugezogen habe, woraufhin die Versicherte am 18. Februar 2015 auf einen Sturz verwies (act. IIa A2).

Die AXA holte zudem bei Dr. med. C. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, ein erstes Arztzeugnis ein (act. IIa M1), aus welchem sich unter anderem ergab, dass sich die Versicherte am 27. Januar 2015 am rechten Handgelenk einer Operation unterzogen hatte (act. IIa M2/B1). Nachdem die AXA das Dossier ihrem beratenden Arzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Chirurgie FMH, vorgelegt hatte (act. IIa M3), lehnte sie mit Schreiben vom 29. April 2015 (act. IIa A4) im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Ereignis vom 10. April 2014 ihre Leistungspflicht ab. Mit dieser Leistungsverweigerung war die Versicherte nicht einverstanden (act. IIa A5), weshalb die AXA diesbezüglich am 18. Juni 2015 eine anfechtbare Verfügung erliess (act. IIa A9).

Dagegen erhob die Visana AG (nachfolgend: Visana AG bzw. Beschwerdeführerin), die Krankenversicherung der Versicherten, am 7. Juli 2015 vorsorglich und am 28. Juli 2015 definitiv Einsprache (act. IIa A10, A12). Nachdem die AXA bei Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH und für Handchirurgie FMH, zusätzliche Unterlagen eingeholt hatte (act. IIa A14, M4, M5), wies sie die Einsprache der Visana AG mit Entscheid vom

27. August 2015 ab (act. IIa A16). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, die Versicherte habe den Beweis für das geltend gemachte Unfallereignis nicht erbringen können und selbst wenn ein solches stattgefunden hätte, wären die geltend gemachten Beschwerden nicht natürlich kausal zu diesem Ereignis.

B.

Dagegen erhoben die Visana Services AG und die Visana AG am 23. September 2015 Beschwerde. Sie beantragen, unter Aufhebung des angefochtenen Entscheides sei die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 10. April 2014 zu erbringen und der Beschwerdeführerin die von ihr im Rahmen ihrer Vorleistungspflicht erbrachten Leistungen zurückzuerstatten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1

1.1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide.

1.1.2 Vorliegend erheben sowohl die Visana Services AG als auch die Visana AG Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 27. August 2015 (act. Ila A16), welcher der Visana Services AG eröffnet wurde. Wie in der Beschwerde ausgeführt wird (S. 5 f.), ist die Zustellung offenbar fälschlicherweise nicht an die Visana AG, die Krankenversicherung der Versicherten bzw. die Rechtsträgerin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (vgl. www.zefix.ch), erfolgt. Trotzdem hat die Visana AG Kenntnis vom eröffneten Entscheid erlangt und konnte diesen korrekt anfechten. Die Beschwerdegegnerin äussert sich in der Beschwerdeantwort dazu nicht explizit, führt aber im Rubrum die Visana AG als Partei auf, womit sie das bei der Zustellung des angefochtenen Entscheides erfolgte Versehen implizit bestätigt. Die Visana Services AG ist nicht Rechtsträgerin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; sie führt zwar gemäss Angaben in der Beschwerde (S. 5) die operativen Geschäfte für die Visana AG, eine Ermächtigung zur vertretungsweisen Beschwerdeführung im hier zu beurteilenden Fall liegt dem Gericht jedoch nicht vor, weshalb auf die Beschwerde der Visana Services AG mangels Rechtsschutzinteresses nicht einzutreten ist. Die Visana AG hingegen ist zur Beschwerde legitimiert. Sie ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde der Visana AG einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 27. August 2015 (act. Ila A16). Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin aus obligatorischer Unfallversicherung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalls, eines Nichtberufsunfalls oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens sind vom Leistungsansprecher oder der Leistungsansprecherin glaubhaft zu machen. Wird dieser Forderung nicht nachgekommen, indem unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben gemacht werden, die das Bestehen eines unfallmässigen Schadens als unglaubwürdig erscheinen lassen, besteht keine Leistungspflicht des Unfallversicherers. Im Streitfall obliegt es dem Gericht zu beurteilen, ob die einzelnen Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt sind (BGE 116 V 136 E. 4b S. 140, 114 V 298 E. 5b S. 305; RKUV 2003 U 485 S. 259 E. 5).

Unter Umständen kann auch der medizinische Befund einen Beweis dafür bilden, dass eine Schädigung auf eine ungewöhnliche äussere Einwirkung, also auf ein Unfallereignis, zurückzuführen ist. Der mangelnde Nachweis eines Unfalles lässt sich jedoch selten durch medizinische Feststellungen ersetzen. Diese dienen aber mitunter als Indizien im Beweis für oder gegen das Vorliegen eines Unfalles (BGE 103 V 175; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. März 2011, 8C_999/2010, E. 3.3.2)

2.3 Für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist die Formel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verur-

sacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3).

2.4 Im Sozialversicherungsrecht gilt die Beweismaxime, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a S. 47, 115 V 133 E. 8c S. 143; RKUV 2004 U 515 S. 420 E. 1.2).

2.5 Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221).

2.6 Der den Sozialversicherungsprozess beherrschende Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Gerichts – und der verfügenden Behörde – ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Die Parteien tragen mithin in diesem Verfahrensbereich in der Regel eine 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, durch die Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 222).

3.

3.1 Voraussetzung für jegliche Leistungspflicht des Unfallversicherers ist, dass sich ein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG zugetragen hat (vgl. E. 2.1 hiervor). Dazu enthalten die Akten Folgendes:

3.1.1 Im Arztbericht vom 9. September 2014 (act. IIa M4) hält der (erst-) behandelnde Arzt Dr. med. C._____ fest, dass die Versicherte „seit Mai, nach ausgiebigem Fensterreinigen“ an Handgelenksschmerzen rechts leide. Ein Trauma sei „in der Anamnese nicht eruierbar“ gewesen.

3.1.2 In der Unfallmeldung vom 10. Februar 2015 (act. IIa A1) heisst es zum Unfallhergang lediglich „gestürzt“.

3.1.3 Auf ausdrückliche Nachfrage der Beschwerdegegnerin nach dem *genauen Hergang* des Unfalls und was sich *genau zugetragen* habe, schreibt die Versicherte am 18. Februar 2015 (act. IIa A2) einzig „Sturz“.

3.1.4 Im ersten Arzteugnis UVG vom 23. Februar 2015 (act. II M1) erwähnt Dr. med. C._____ unter Ziff. 2a (Angaben der verunfallten Person, Unfallhergang und Beschwerden): „Seit Umzug am 10. April 2014 Handgelenkss. re“ (= Handgelenksschmerzen rechts).

3.1.5 Im Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 12. Mai 2015 (act. IIa A5) erwähnt die Versicherten wiederum nur einen Sturz.

3.2 Ein Unfallereignis ist unter diesen Umständen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. E. 2.5 hiervor) ausgewiesen: Gegen ein solches Geschehen sprechen neben der ungenauen Schilderung der Versicherten insbesondere die ursprünglichen Angaben von Dr. med. C._____ (Auftreten der Schmerzen seit dem Umzug bzw. nach ausgiebigem Fensterreinigen, anamnestisch kein Trauma [act. IIa M1, M4]), an denen zu zweifeln kein Anlass besteht. Auch wurde weder von der Versicherten (im Nachgang an die leistungsabweisende Verfügung vom 18. Juni 2015 [act. IIa A9]) noch von der Beschwerdeführerin (im anschliessenden Einsprache- und Beschwerdeverfahren) ein konkreter Unfallhergang geschildert. Ein solcher ist demnach nicht erstellt.

3.3 Daran ändert nichts, wenn in der Beschwerde (S. 6 unten) vorgebracht wird, die Versicherte habe den Unfallhergang am 9. Oktober 2014 dem Handchirurgen detailliert geschildert. Im Eintrag unter jenem Datum in der Krankengeschichte der Versicherten (act. Ila M5 S. 1) hält Dr. med. E._____ nur fest, die Versicherte sei „während des Zügelns im April 2014 aus eigener (richtig: einiger?) Höhe auf das extendierte rechte Handgelenk“ gestürzt. Diese Beschreibung ist ebenfalls nur vage und erlaubt keine Rückschlüsse auf den genauen Ablauf des behaupteten Unfallgeschehens. Mit Blick auf den Umstand, dass die „Aussagen der ersten Stunde“ beweisrechtlich höher zu gewichten sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (vgl. E. 2.4 hiervor), kann die Beschwerdeführerin aus der Erwähnung eines Unfallereignisses gegenüber Dr. med. E._____ am 9. Oktober 2014 (act. Ila M5 S. 1) nichts zu ihren Gunsten ableiten, da sie anlässlich der Erstbehandlung bei Dr. med. C._____ am 17. April 2014 (vgl. act. Ila M1) nichts Dergleichen geäussert hatte, hielt jener am 9. September 2014 doch ausdrücklich fest, dass er anamnestisch kein Trauma habe eruieren können (act. Ila M4). Soweit Dr. med. E._____ erwähnt, dass die Versicherte vor dem angeblichen Ereignis immer bzw. völlig beschwerdefrei gewesen sei (Einträge vom 11. Mai 2015 und 3. Juli 2015 [act. Ila M5 S. 2]), ist darauf hinzuweisen, dass die Argumentation post hoc ergo propter hoc (vgl. E. 2.3 hiervor) für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung nicht massgebend ist.

3.4 Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass aufgrund der medizinischen Befunde auf das Vorliegen eines Unfallereignisses zu schliessen sei (Beschwerde S. 7 f.). Dr. med. E._____ hält in der Krankengeschichte am 11. Mai 2015 fest (act. Ila M5 S. 2), die vollständige Ruptur des scapholunären wie auch des lunotriquetralen Fragmentes und mit grosser Wahrscheinlichkeit auch die Fraktur des Os lunatum seien posttraumatisch anzusehen, auch wenn im Rahmen eines Morbus Kienböck ein doch erheblicher Vorschaden bestanden habe. Am 3. Juli 2015 führt Dr. med. E._____ zudem aus (act. Ila M5 S. 2), die ihre Leistungspflicht ablehnende Beschwerdegegnerin solle doch bitte die vollständige Ruptur des scapholunären und des lunotriquetralen Ligamentes, wie diese intra-

operativ unzweifelhaft vorgelegen hätten, erklären. Gewöhnlich fänden sich diese nicht im Rahmen eines Morbus Kienböck. Ein fortgeschrittener Morbus Kienböck führe allenfalls zu einer Frakturierung des Os lunatum. Die Versicherte sei vor dem Unfall völlig beschwerdefrei gewesen, weshalb anzunehmen sei, dass die Fraktur des Os lunatum bei allenfalls vorbestehendem Morbus Kienböck durch den Unfall verursacht worden sei.

Gestützt auf diese Angaben von Dr. med. E. _____ kann nicht davon ausgegangen werden, dass hier einzig eine traumatische Genese der Beschwerden in Frage kommt, zumal er ausdrücklich auch auf den erheblichen Vorschaden hinweist; seine Ausführungen eröffnen zwar eine gewisse Möglichkeit für die Annahme einer posttraumatischen Schädigung, lassen diese aber unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheinen. Dies umso mehr, als der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. D. _____ am 26. März 2015 (act. IIa M3 S. 2) nachvollziehbar darlegt, mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit seien keine der erhobenen Befunde natürlich unfallkausal. Es handle sich um eine sogenannte Lunatummalazie als Form einer aseptischen Knochennekrose des Mondbeins am Handgelenk. Die nachgewiesene Ruptur des scapholunären Ligamentes sei eine krankheitskausale Folge der im Stadium III definitionsgemäss vorliegenden Deformation mit Fragmentation des Mondbeins (Os lunatum). Dass die vorliegende Problematik nach einem nicht genau definierten Sturzereignis aufgetreten sei, bestätige beim vorliegenden Befund ein nicht zutreffendes Kausalitätsbedürfnis nach 10 Monaten Verlauf des fortgeschrittenen Krankheitsbildes. Diese Einschätzung überzeugt. Somit kann die Beschwerdeführerin auch aus dem medizinischen Befund in Bezug auf den Nachweis des geltend gemachten Unfallereignisses nichts Entscheidendes zu ihren Gunsten ableiten (vgl. E. 2.2 hiavor).

Ein früheres bei der Beschwerdegegnerin versichertes Unfallereignis ist nicht aktenkundig und wird auch nicht behauptet, so dass sich Weiterungen unter dem Aspekt Rückfall bzw. Spätfolge erübrigen.

3.5 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Ereignis vom 10. April 2014 ihre

Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung offensichtlich zu Recht verneint. Die Beschwerde der Visana AG ist demnach abzuweisen.

4.

4.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

5.

Das vorliegende Urteil ist auch der am kantonalen Beschwerdeverfahren nicht beteiligten Versicherten zu eröffnen (BGE 127 V 107 E. 2b S. 110).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Auf die Beschwerde der Visana Services AG wird nicht eingetreten.
2. Die Beschwerde der Visana AG wird abgewiesen.
3. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteienschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):
- Visana AG
 - Visana Services AG
 - AXA Versicherungen AG
 - A. _____
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.