

200 16 666 UV
ACT/LUB/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Oktober 2016

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin



betreffend Einspracheentscheid vom 13. Juni 2016

Sachverhalt:

A.

Die 1956 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihren Arbeitgeber bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Mit Bagatellunfall-Meldung vom 23. September 2010 teilte der Arbeitgeber der SUVA mit, die Versicherte habe sich am 5. September 2010 eine Zerrung am linken Oberarm zugezogen als sie ausgerutscht sei und versucht habe, sich noch festzuhalten (Akten der SUVA, [act. II] 1). Im Zusammenhang mit diesem Ereignis erbrachte die SUVA die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen (act. II 2 – 5). Mit Verfügung vom 24. März 2016 (act. II 46) stellte sie die Leistungen per dato ein. Daran hielt die SUVA auf Einsprache (act. II 50) hin mit Entscheid vom 13. Juni 2016 (act. II 54) fest.

B.

Mit Eingabe vom 13. Juli 2016 erhob die Versicherte Beschwerde und beantragte sinngemäss, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und ihr seien für die Folgen des Unfalls vom 5. September 2010 weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. August 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

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. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (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 einzutreten.

1.2 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.3 Anfechtungsobjekt bildet der die Verfügung vom 24. März 2016 (act. II 46) bestätigende Einspracheentscheid vom 13. Juni 2016 (act. II 54). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung.

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 Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Weiter ist nebst anderem ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden notwendig (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

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 Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.3 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine) erreicht ist (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht

allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

3.

3.1 Umstritten ist, ob die Beschwerdeführerin über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per 24. März 2016 (act. II 54) hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Die Beschwerdegegnerin hat im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 5. September 2010 zunächst Leistungen erbracht (act. II 2 – 5) und damit das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – insbesondere die leistungsbegründende natürliche Unfallkausalität – anerkannt (vgl. Entscheidung des Bundesgerichts vom 1. Februar 2011, 8C_895/2010, E. 5.1). Demnach liegt die Beweislast für das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs bei ihr (vgl. E. 2.3 hiervor).

In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Dr. med. B. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 26. März 2012 (act. II 13) bezogen auf die Schultern einen posttraumatischen Schulterschmerz links nach Traumatisierungen vom 3. Juli und 5. September 2010 mit/bei leichter partiell schmerzbedingter Schwäche am Musculus supraspinatus links sowie möglichen Zeichen für leichte Kapselverletzung, Instabilität, evtl. St. n. Subluxation, eine aktuell leichte Reizung auch der Schulter rechts nach Fehlbelastung (S. 1). Die Patientin leide seit September 2010 nach ruckartiger Traumatisierung der linken Schulter an nur partiell regredienten Schulterschmerzen links. Die anfänglichen deutlichen Ruhe- und Nachtschmerzen sowie Bewegungseinschränkungen hätten sich in den letzten Monaten zurückgebildet. Es persistierten aber nicht mehr weiter regrediente, zeitwei-

lig bewegungsabhängige etwas einschiessende Schmerzen. Klinisch finde sich nur eine geringgradige Einschränkung der linken Schulter bei der Beweglichkeit mit Zeichen einer Supraspinatusreizung (S. 2). Radiologisch bestehe einzig ein relativer Humeruskopfhochstand als Ausdruck der Beeinträchtigung der Rotatorenmanschetten. Die Supraspinatussehne scheinne etwas ausgedünnt zu sein (S. 3).

3.1.2 Im Arzt-Zeugnis UVG vom 22. Januar 2013 (act. II 12) nannte Dr. med. C. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, als Diagnose einen posttraumatischen Schulterschmerz links. Die Schulterbeweglichkeit sei normal. Die Druckdolenz im Musculus deltoideus sei mit dem von der Patientin geltend gemachten Ereignis vereinbar und erscheine plausibel.

3.1.3 Am 9. April 2013 wurde ein MRI der linken Schulter durchgeführt (act. II 21). Als Befund wurde ein vermehrtes laterales acromiales Downsloping und eine mässige Ansatzverdickung des Ligamentum coracoacromiale mit geringfügiger Einengung des Subacromialraumes angegeben. Es liege eine Bursitis subdeltoidea/subacromialis und eine grossflächige Aufrauung der bursaseitigen Supraspinatusoberfläche vom muskulotendinösen Übergang bis zum Sehnenansatz vor. Die Supraspinatussehne zeige zudem zentral am Ansatz eine sehr umschriebene, schlitzförmige Unterflächenpartialruptur. Es bestehe keine muskuläre Atrophie.

3.1.4 Dr. med. B. _____ diagnostizierte im Zwischenbericht vom 10. Mai 2013 (act. II 19) einen posttraumatischen Schulterschmerz links nach Traumatisierungen vom 3. Juli und 5. September 2010 mit/bei passagerer teilweise schmerzbedingter Schwäche des Musculus supraspinatus links, chronischem Impingement subacromial links bei acromialem Downsloping, verdicktem Ligamentum coracoacromiale und Unterflächen-Partialruptur der Supraspinatussehne links (MRI 9. April 2013).

3.1.5 Im Zeugnis vom 19. Mai 2015 (act. II 33) vermerkte Dr. med. B. _____ als Diagnosen posttraumatische residuelle Schulterschmerzen links nach Traumatisierungen vom 3. Juli und 5. September 2010 und eine Partialruptur der Supraspinatussehne links (MRI 9. April 2013) mit chronischer Impingementtendenz subacromial links bei acromialem Downsloping,

verdicktem Ligamentum coracoacromiale sowie Tendomyosen im Nacken und Schultergürtel links betont. Es fänden sich weiter residuelle Beschwerden an der Schulterläsion links mit noch leichten Zeichen eines Impingement sowie Supraspinatussehnenempfindlichkeit. Lokal fänden sich Tendomyosen. Klinisch fänden sich keine Zeichen für eine Zunahme der Rupturierung oder neue Läsionen.

3.1.6 In der ärztlichen Beurteilung vom 4. Februar 2016 (act. II 42) hielt der Kreisarzt der SUVA, Dr. med. D. _____, Facharzt für Chirurgie, fest, unfallkausale strukturelle Läsionen hätten durch ein MRI ausgeschlossen werden können. Dadurch sei es durch das Ereignis lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes gekommen, d.h. die Zerrung habe zu einer Aktivierung der vorbestehenden Impingementsituation bei eingengtem Subacromialraum mit degenerativen Begleitveränderungen der Supraspinatussehne geführt. Damit sei der Status quo sine bei fehlendem Bone bruise nach zwei Wochen erreicht gewesen und das Ereignis habe im Beschwerdebild danach keine Rolle mehr gespielt. Der Status quo sine sei also schon im Jahr 2010 erreicht gewesen (S. 2).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Her-

kunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.4 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. Juni 2016 (act. II 54) massgeblich auf den kreisärztlichen Bericht von Dr. med. D. _____ vom 4. Februar 2016 (act. II 42). Dieser erfüllt die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an den Beweiswert ärztlicher Berichte (vgl. E. 3.3 hiervor) und überzeugt. Daran vermag nichts zu ändern, dass der Kreisarzt von einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin abgesehen hat, sind doch Aktenberichte nach der Praxis nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Dies war vorliegend der Fall; insbesondere stand dem Kreisarzt auch der MRI-Befund der linken Schulter vom 9. April 2013 (act. II 21) zur Verfügung. Gestützt darauf geht der Kreisarzt davon aus, dass unfallkausale strukturelle Läsionen ausge-

geschlossen worden sind (act. II 42 S. 2). Dies deckt sich mit den Angaben des behandelnden Rheumatologen Dr. med. B._____, der im Bericht vom 10. Mai 2013 rapportierte, eine „relevante“ Rotatorenmanschettenläsion sei im MRI nicht gefunden worden (act. II 19 S. 2 lit. b). Daran ändert nichts, dass Dr. med. B._____ von „Einrisszeichen“ im Bereich der Supraspinatussehne berichtet, die wahrscheinlich bei den Traumata entstanden seien (a.a.O.); denn die Supraspinatussehne ist Teil der Rotatorenmanschette, in welcher Hinsicht der behandelnde Arzt eine relevante Läsion ja gerade ausschliesst. Zudem weist Dr. med. B._____ darauf hin, dass das Erreichen einer Beschwerdefreiheit erschwert werde durch die (chronische) Impingementsituation bei Verengung des Subacromialraumes bei ungünstiger Situation am Acromion, vergrösserter Bursa etc. (act. II 19 S. 2), welche Erscheinungen offenkundig nicht unfallbedingt sind. Soweit die Beschwerdeführerin beschwerdeweise vorbringt, vor dem Unfall nie Probleme mit dem linken Arm bzw. der linken Schulter gehabt zu haben (vgl. Beschwerde), ist zu beachten, dass für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung die Formel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3).

Mangels unfallkausaler struktureller Läsion überzeugt die weitere Schlussfolgerung des Kreisarztes ohne Weiteres, dass allein eine vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes bestand (act. II 42 S. 2), zumal auch Dr. med. B._____ bereits in seinem Bericht von 26. März 2012 (und damit zeitlich nach dem Ereignis vom 5. September 2010) hinsichtlich der Schulter von degenerativen Veränderungen am Glenoid und einer ausgedünnten Supraspinatussehne berichtete (act. II 13 S. 2 f.). Der Zeitpunkt der Leistungseinstellung ist nicht zu beanstanden. Ärztliche Berichte, die dieser Darstellung widersprechen würden, finden sich in den Akten nicht.

3.5 Nach dem Dargelegten ist die Einstellung der Versicherungsleistungen per 24. März 2016 nicht zu beanstanden. Demnach erweist sich der

angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Juni 2016 (act. II 54) als rech-
tens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind
keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Be-
schwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1
Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschä-
digung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - SUVA
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

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.