



Fall-Nr.: UV 2014/75
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 07.06.2016
Entscheiddatum: 07.06.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 07.06.2016

Art. 6 UVG, Art. 11 UVV: Das Dahinfallen einer (teilweisen) Unfallkausalität lässt sich anhand der vorliegenden medizinischen Aktenlage nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisen.

Rückweisung der Streitsache an die Beschwerdegegnerin zu weiteren medizinischen Abklärungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Juni 2016, UV 2014/75).Entscheid vom 7. Juni 2016

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Ralph Jöhl; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

UV 2014/75

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Max Imfeld, Oberer Graben 26, 9000 St. Gallen,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern,



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war bei der B.____ AG angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsgesellschaft (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert (vgl. dazu Suva-act. 14/2), als er am 20. April 2000 in C.____ eine Treppe hinunterstürzte und sich an der linken Schulter verletzte. Am 30. Mai 2001 fand eine Untersuchung durch Suva-Kreisarzt Dr. med. D.____, Spezialarzt FMH für orthopädische Chirurgie, statt (Suva-act. 1, 10). Aus dem gleichentags erstellten Untersuchungsbericht geht hervor, dass beim Versicherten nach der bei seiner Rückkehr erfolgten Konsultation seines Hausarztes Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH, bei Verdacht auf ein Schulter-Impingement und zum Ausschluss einer Rotatorenmanschettenläsion am 15. Mai 2000 eine MRI-Untersuchung des Acromioclavicular(AC-)gelenks im Röntgeninstitut Dr. med. F.____ durchgeführt worden war und sich dabei eine spongiöse ausgedehnte Frakturierung des Tuberculum majus ohne Dislokation, der Verdacht auf eine nicht ganz durchgreifende Läsion der Supraspinatussehne ansatznah sowie eine leichte hypertrophierende AC-Arthrose ergeben hatte. Die Tuberculum majus-Frakturierung war offensichtlich konservativ behandelt worden. Dr. D.____ diagnostizierte in seinem Untersuchungsbericht vom 30. Mai 2001 eine Impingement-Problematik der Schulter links sowie einen Status nach Sturz am 20. April 2000 und stellte fest, dass der Versicherte seit dem Unfall anhaltende Beschwerden habe, die, wenn auch nicht gravierend, doch in letzter Zeit eher zugenommen hätten (Suva-act. 1). Am 28. Dezember 2001 führte Dr. med. G.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, beim Versicherten eine Arthroskopie mit Bursektomie und subacromialer Dekompression durch. Die Supra- und Infraspinatussehne hatte sich dabei unauffällig gezeigt (Suva-act. 3, 10). Am 14. Oktober 2002 berichtete Dr. G.____ über eine immer



St.Galler Gerichte

wiederkehrende Schmerzsymptomatik (Bericht nicht bei den Akten, vgl. Suva-act. 10), worauf im Herbst 2002 und Frühjahr 2003 durch ihn sowie die Ärzte der Klinik für orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen subacromiale Infiltrationen durchgeführt wurden, welche jedoch keine nachhaltige Besserung brachten (vgl. Suva-act. 5 ff., 10).

A.b Am 18. August 2003 erfolgten die kreisärztliche Abschlussuntersuchung sowie eine Beurteilung des Integritätsschadens durch Dr. D.____. Dieser erhob beim Versicherten den Befund residueller Beschwerden in der linken Schulter bei Status nach Bursektomie und subacromialer Dekompression, Status nach spongiöser ausgedehnter Frakturierung des Tuberculum majus ohne Dislokation sowie Status nach Treppensturz vom 20. April 2000 und schätzte gestützt darauf den Integritätsschaden im Sinne einer residuellen Impingementproblematik in Analogie zu einer Arthrose mässigen Grades auf 5% (Suva-act. 9 f.). Basierend auf diesem Wert sprach die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 26. August 2003 eine Integritätsentschädigung in der Höhe von Fr. 5'340.-- zu (Suva-act. 11).

A.c Am 20. Mai 2008 reichte Dr. med. H.____, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, Sportmedizin (SGSM), der Suva ein Arztzeugnis UVG für Rückfall ein, in welchem eine Behandlung vom 28. April 2008, als Angaben des Versicherten zunehmende Schulterschmerzen links, als Folge eines Unfalls ein Status nach partieller Rotatorenmanschettenläsion links 2000 sowie die Diagnosen Rotatorenmanschettenläsion und Impingement der linken Schulter festgehalten waren (Suva-act. 14). Am 23. Mai 2008 wurde die überwiegend wahrscheinliche Kausalität des gemeldeten Rückfalls zum Unfall vom 20. April 2000 kreisärztlich bejaht (Suva-act. 15).

A.d Am 19. August 2011 berichtete Dr. H.____, dass die Schmerzen des Versicherten in der linken Schulter im Verlauf der Zeit zugenommen hätten. Er verwies auf ein aus C.____ mitgebrachtes MRI-Bild der linken Schulter, welches qualitativ und von der Schnittführung ungenügend sei. Man erkenne eine AC-Gelenkarthrose mit Impingement und höchstwahrscheinlich eine komplette Supraspinatussehnenruptur mit einem Defekt von ca. 6 cm. Dr. H.____ stellte die Diagnosen eines Verdachts auf eine komplette Ruptur der Supraspinatussehne, eines Impingements bei AC-Gelenkarthrose



St.Galler Gerichte

sowie eines Zustands nach arthroskopischer subacromialer Dekompression 12/01 (Suva-act. 16). Am 27. März 2012 erfolgte erneut die kreisärztliche Bejahung einer Rückfallkausalität durch Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH (Suva-act. 19; vgl. dazu auch Suva-act. 20 ff.).

A.e Am 5. Juni 2012 führte Dr. med. J.____, Facharzt für medizinische Radiologie FMH, beim Versicherten eine MRI-Untersuchung der linken Schulter durch, wobei sich keine durchgehende Rotatorenmanschettenläsion nachweisen liess (Suva-act. 23). Am 25. September 2012 folgte eine arthroskopische Bursektomie und Acromioplastik durch Dr. H.____. Die Rotatorenmanschette wurde im Operationsbericht vom 26. September 2012 als intakt beschrieben (Suva-act. 35). Am 7. Februar sowie 6. März 2013 erstellte Dr. H.____ ärztliche Zwischenberichte (Suva-act. 39, 42).

A.f Während der Versicherte der Suva am 2. Mai 2013 berichtet hatte, dass sich sein Zustand ein wenig gebessert habe, jedoch nach wie vor eine Einschränkung vorhanden sei (Suva-act. 45), meldete er am 24. September 2013 eine erneute Zustandsverschlechterung (Suva-act. 46). Am 4. Oktober 2013 unterzog sich der Versicherte einer weiteren MRI-Untersuchung bei Dr. med. K.____, Facharzt für Radiologie, Spital L.____, der anlässlich der Befundung vom 16. Oktober 2013 einen kompletten Riss der Supraspinatus- und der Infraspinatussehne ausmachte (Suva-act. 48).

A.g Nach Einholung einer kreisärztlichen Beurteilung von med. pract. M.____ vom 29. November 2013 (Suva-act. 49) eröffnete die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 10. Dezember 2013, dass die heute bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. Der Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden habe (Status quo ante), sei gemäss kreisärztlicher Beurteilung wieder erreicht. Was die Unfallfolgen betreffe, müsse der Schadenfall sofort abgeschlossen und ein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen abgelehnt werden. Die bisherigen Versicherungsleistungen (Heilkosten) würden auf diesen Zeitpunkt eingestellt (Suva-act. 50).

B.



St.Galler Gerichte

B.a Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 17. Dezember 2013 Einsprache (Suva-act. 51).

B.b Am 6. August 2014 legte die Suva den Schadenfall nochmals ihrem Kreisarzt Dr. I. ___ zur Beantwortung der Frage vor, ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Unfallfolgen mehr gegeben seien (Suva-act. 54). Dr. I. ___ reichte am 7. August 2014 seine Beurteilung ein (Suva-act. 55).

B.c Mit Einspracheentscheid vom 21. August 2014 hielt die Suva an ihrer Auffassung, dass am 10. Dezember 2013 keine Unfallfolgen mehr vorgelegen hätten und folglich kein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen der Suva mehr bestehe, fest und wies die Einsprache ab (Suva-act. 56).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Max Imfeld, St. Gallen, am 1. Oktober 2014 Beschwerde mit den folgenden Anträgen: Der Entscheid vom 21. August 2014 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien in Abänderung der Verfügung vom

10. Dezember 2013 weiterhin die bisher erbrachten Versicherungsleistungen zu gewähren. Eventualiter sei ein Obergutachten anzuordnen, um die Ursache des am 16. Oktober 2013 diagnostizierten Risses der Sehne des Beschwerdeführers rechtsgenügend festzustellen. Dem Beschwerdeführer sei eine angemessene Frist zur ergänzenden, einlässlichen Begründung einzuräumen. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und in Person des unterzeichneten Rechtsanwalts ein unentgeltlicher Prozessvertreter beizustellen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).

C.b Am 5. November 2014 zog der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung zurück und sah von einer Beschwerdeergänzung ab (act. G 4).

C.c In der Beschwerdeantwort vom 10. Dezember 2014 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G 6).



St.Galler Gerichte

C.d Mit Replik vom 2. März 2015 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an seinem Hauptantrag betreffend Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids und weiterer Ausrichtung von Versicherungsleistungen über den 10. Dezember 2013 hinaus sowie am Eventualantrag bezüglich Anordnung eines Obergutachtens fest (act. G 10).

C.e Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet (act. G 11).

C.f Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften und die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die beim Beschwerdeführer über den 10. Dezember 2013 (Datum des Verfügungserlasses bzw. der Leistungseinstellung) hinaus anhaltenden Schulterbeschwerden links und damit insbesondere die bei ihm am 4. Oktober 2014 radiologisch mit MRI erhobene komplette Supra- und Infraspinatussehnenruptur links (Suva-act. 48) auf den Unfall vom 20. April 2000 zurückzuführen sind und infolgedessen ein Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Versicherungsleistungen der Beschwerdegegnerin besteht.

2.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht,



Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl., Bern 2014, § 70 Rz. 58 f.).

2.2 Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, welche besondere revisionsrechtliche Tatbestände im Sinn von Art. 22 UVG darstellen (vgl. BGE 118 V 293; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326). Praxisgemäss handelt es sich bei einem Rückfall um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit bzw. vermeintlich geheilter Unfallfolgen, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise zu einer weiteren Arbeitsunfähigkeit kommt, während von Spätfolgen dann gesprochen wird, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Lauf längerer Zeit organische oder psychische Folgen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen folglich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Dementsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c).

2.3 Ist die Unfallkausalität des Rückfalls einmal mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, so entfällt eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erst dann, wenn der Rückfall nicht mehr eine natürliche und adäquate Ursache des Grundfalls darstellt, d.h. wenn die rückfallmässig gemeldeten Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. 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 Vorzustands auch ohne Unfall früher



oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4). Da es sich beim Dahinfallen der Unfallkausalität um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 263 f. E. 3b). Selbstverständlich greift die genannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 222 E. 6, 117 V 264 E. 3b, je mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

2.4 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss, zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs



gestatten. Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht bisweilen auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen (BGE 129 V 181 E. 3.1; PVG 1984 Nr. 82, 174; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Den Berichten versicherungsinterner Ärzte oder Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.).

3.

3.1 Die beim Unfall direkt erlittene Verletzung, welche durch die Unfalldiagnose beschrieben wird, bildet grundsätzlich den massgebenden Ausgangspunkt für die Beurteilung traumatischer Folgeschäden. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine ursprünglich erlittene, schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit wissenschaftlich anerkannten (BGE 134 V 231) - apparativen/bildgebenden Abklärungen (MRI, CT, Röntgen, Arthroskopie) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 E. 9, 117 V 359 E. 5d/aa; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Angesichts des Gesagten gilt es im Zusammenhang mit der Kausalitätsfrage insbesondere auch einen Blick auf den Grundfall zu werfen.



3.2 Der Beschwerdeführer erlitt am 20. April 2000 unbestrittenermassen einen Unfall mit Sturz auf die linke Schulter, wobei er sich laut Ergebnis einer MRI-Untersuchung des linken Schultergelenks vom 15. Mai 2000 eine Fraktur des Tuberculum majus ohne Dislokation zuzog. Bezüglich einer Rotatorenmanschetten- bzw. Supraspinatussehnenläsion wurde gestützt auf die MRI-Bildgebung lediglich eine Verdachtsdiagnose gestellt. Zur Darstellung kam ausserdem ein degenerativer Vorzustand bzw. eine initiale Sekundärveränderung in Form einer leicht hypertrophierenden AC-Gelenkarthrose (Suva-act. 1). Beim Beschwerdeführer kam es zu ärztlichen Behandlungen, begleitet von einer Physiotherapie, und zu Arbeitsunfähigkeiten. Ab dem 26. Juni 2000 bestand wieder eine volle Arbeitsfähigkeit und im Juli 2000 wurden auch die ärztliche Behandlung und die Physiotherapie abgeschlossen. Am 28. Dezember 2001 führte Dr. G.____ beim Beschwerdeführer arthroskopisch eine Bursektomie und subacromiale Dekompression durch, wobei sich die Supra- und Infraspinatussehne unauffällig zeigte. Der Operation folgten erneut Arbeitsunfähigkeiten, ärztliche Nachkontrollen sowie eine Physiotherapie (Suva-act. 3, 10). Die Beschwerdegegnerin anerkannte im Rahmen des gesamten dargelegten Grundfalls ihre Leistungspflicht. Sie kam für die Kosten der diesbezüglichen Heilbehandlungen auf und richtete für die entsprechenden Arbeitsunfähigkeiten Taggelder aus. Mit Verfügung vom 26. August 2003 sprach sie dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 5% zu (vgl. dazu Art. 24 UVG). Sie stützte sich dabei auf den von Kreisarzt Dr. D.____ anlässlich der Abschlussuntersuchung vom 18. August 2003 erhobenen Befund residueller Beschwerden in der linken Schulter bei Status nach Bursektomie und subacromialer Dekompression, Status nach spongiöser, ausgedehnter Frakturierung des Tuberculum majus ohne Dis-lokation sowie Status nach Treppensturz vom 20. April 2000, den Dr. D.____ im Sinne einer residuellen Impingementproblematik sah und diese wiederum in Analogie zu einer Arthrose mässigen Grades setzte (Suva-act. 9 ff.), die gemäss Feinrastertabelle der Suva Nr. 5.2 mit 5% bewertet wird. Angesichts des dargelegten Sachverhalts ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Grundfalls von dauernden und erheblichen Unfallrestfolgen im Sinne einer residuellen Impingementproblematik ausging.

4.



4.1 Nach Abschluss des Grundfalls kam es im Frühjahr 2008 zu einem ersten Rückfall. Der Beschwerdeführer litt unter zunehmenden Schulterschmerzen links und begab sich deswegen erstmals am 28. April 2008 bei Dr. H.____ in ärztliche Behandlung. Dieser hielt als Unfallfolge einen Status nach partieller Rotatorenmanschettenläsion links 2000 fest und diagnostizierte gestützt auf verschiedene Rotatorenmanschettentests sowie Tests zur Bestätigung eines Impingement-Syndroms (Schürzengriff, Painful arc, Hawkins-Test) eine Rotatorenmanschettenläsion und ein Impingement der linken Schulter. Dr. H.____ schlug eine Operation vor (Suva-act. 14). Die Beschwerdegegnerin bzw. deren kreisärztlicher Dienst prüfte die Rückfallkausalität zum Unfall vom 20. April 2000 und bejahte diese am 23. Mai 2008 (Suva-act. 15).

4.2 Am 19. August 2011 berichtete Dr. H.____ über eine Zunahme der Schulterschmerzen links beim Beschwerdeführer mit häufiger Analgetikaeinnahme. Nach Durchführung verschiedener Rotatorenmanschettentests, deren Befunde teilweise auffällig gewesen waren, stellte er nun wieder bloss eine Verdachtsdiagnose auf eine komplette Ruptur der Supraspinatussehne, die er auf ein qualitativ ungenügendes, in Italien erstelltes MRI-Bild der linken Schulter stützte. Weiter diagnostizierte Dr. H.____ ein Impingement bei AC-Gelenkarthrose links sowie einen Zustand nach arthroskopischer subacromialer Dekompression 12/01. Er hielt fest, dass nach erfolgloser konservativer Behandlung bei entsprechendem Leidensdruck nur die chirurgische Revision bleibe. Vorgängig müsse jedoch nochmals ein MRI angefertigt werden (Suva-act. 16). Am 27. März 2012 bejahte Dr. I.____ auch dieses Mal eine Rückfallkausalität zum Unfall vom 20. April 2000 (Suva-act. 19), worauf die Beschwerdegegnerin Versicherungsleistungen für einen weiteren Rückfall erbrachte (Suva-act. 20 ff.).

4.3 Am 5. Juni 2012 erfolgte die MRI-Untersuchung durch Dr. J.____. Sie zeigte eine Verschmälerung des Subacromialraums mit Supraspinatussehnen-Impingement, eine etwas degenerierte, auf 3 cm Länge ausgedünnte und wenig entzündlich aktivierte Supraspinatussehne, eine leichtgradige fettreiche Atrophie des Supraspinatusmuskels, eine mässiggradige etwas entzündlich aktivierte AC-Gelenkarthrose, eine Chronodropathie glenohumeral Grad I sowie eine diskrete Bursitis subacromialis. Eine durchgehende Rotatorenmanschettenläsion wurde nicht festgestellt (Suva-act. 23). Gestützt auf dieses radiologische Untersuchungsergebnis bzw. die Diagnose eines



Impingements der linken Schulter bei mässiger AC-Gelenkarthrose und Bursitis subacromialis führte Dr. H.____ am 25. September 2012 eine arthroskopische Bursektomie und Acromioplastik durch. Seine Verdachtsdiagnose vom 19. August 2011 liess sich nicht bestätigen, d.h. die Arthroskopie brachte eine intakte Rotatorenmanschette zur Darstellung (Suva-act. 35). Die Nachkontrollen durch Dr. H.____ vom Februar und März 2013 zeigten einen Schürzengriff von -15 bzw. -12 cm links, einen Painful arc bei 60 bzw. 90 Grad, dolente Rotatorenmanschettenkomponenten bzw. einen dolenten horizontalen Bogen und Hawkinstest (Suva-act. 39, 42).

4.4 Am 24. September 2013 teilte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin mit, dass sich sein Zustand erneut verschlechtert habe (Suva-act. 46). Eine neue, in C.____ durch Dr. K.____ durchgeführte MRI-Untersuchung vom 4. Oktober 2013 ergab einen kompletten Riss bzw. eine Läsion der Supra- und Infraspinatussehne. Weiter zeigten sich arthrotische Veränderungen im AC-Gelenk, die im Bericht vom 16. Oktober 2013 als Ursache des subacromialen Impingements bezeichnet wurden. Ergüsse in der Bursa subacromialis-subdeltoidea waren keine erkennbar (Suva-act. 48).

5.

Gemäss den in den Erwägungen 3 und 4 dargelegten medizinischen Akten ist - in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin - festzustellen, dass beim Beschwerdeführer eine (komplette) Rotatorenmanschettenruptur, konkret der Supra- und Infraspinatussehne, erst mit dem MRI vom 4. Oktober 2013 eindeutig erhoben wurde (Suva-act. 48). Zuvor, d.h. insbesondere auch im Rahmen des Grundfalls, war eine Rotatorenmanschettenläsion wiederholt nur als Verdachtsdiagnose gestellt worden (vgl. Suva-act. 1, 16), die sich aber letztlich mit apparativer Diagnostik nicht objektivieren liess (vgl. Suva-act. 10, 23, 35). Nach dem Gesagten kann zusammenfassend Folgendes festgehalten werden: Es lässt sich nicht überwiegend wahrscheinlich nachweisen, dass der Beschwerdeführer direkt beim Unfall vom 20. April 2000 eine strukturelle Verletzung in Form einer Rotatorenmanschettenläsion erlitten hatte.

6.



Im Folgenden stellt sich die Frage, ob damit eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für eine Behandlung der am 4. Oktober 2013 erhobenen kompletten Risse von Supra- und Infraspinatussehne bereits ausser Betracht fällt. Wie erwähnt, stellte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 10. Dezember 2013 (Datum des Verfügungserlasses; Suva-act. 50) ein. Eine (operative) Behandlung der Rotatorenmanschettenrupturen ist bis zu diesem Zeitpunkt in den Akten nicht dokumentiert.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützt ihre Leistungseinstellung auf die Beurteilungen von med. pract. M.____ und Dr. I.____ vom 29. November 2013 bzw. 7. August 2014 (Suva act. 49, 55). Der Umstand, dass die beiden Kreisärzte diese Beurteilungen aufgrund der Akten abgegeben und den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht haben, steht ihrem Beweiswert grundsätzlich nicht entgegen. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 370 E. 5b). Med. pract. M.____ und Dr. I.____ verneinen eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität der fraglichen Sehnenrisse. Sie gehen davon aus, dass diese aufgrund der fortschreitenden Degeneration ohne erneutes Unfallereignis aufgetreten und damit als krankheitsbedingt anzusehen seien. Zur Begründung führen sie an, dass im Operationsbericht von Dr. H.____ vom 25. (richtig: 26.) September 2012 (vgl. Suva-act. 35) eine intakte Rotatorenmanschette bzw. bis zum fraglichen Operationsbericht keine Läsion der Rotatorenmanschette beschrieben werde. Die im MRI vom 4. Oktober 2013 sichtbar gewordene komplette Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne könne daher erst in der Zeit zwischen Operation und erstelltem MRI eingetreten sein. Im früheren MRI vom 5. Juni 2012 (vgl. Suva-act. 23) werde eine degenerative Veränderung der Supraspinatussehne und des Muskels erwähnt, der Infraspinatus werde als intakt beschrieben. Nachfolgend gilt es zu prüfen, ob auf diese Beurteilungen abgestellt werden kann.

6.2

6.2.1 Unbestritten ist, dass eine Rotatorenmanschettenruptur grundsätzlich rein traumatisch bedingt sein kann und damit als primäre unfallkausale gesundheitliche Störung aufzutreten vermag. Die von med. pract. M.____ und Dr. I.____ angeführten und



nicht in Frage zu stellenden Fakten des konkreten Falls lassen jedoch, wie in Erwägung 5 dargelegt, eine beim Unfall vom 20. April 2000 erlittene Rotatorenmanschettenrupturen ausser Betracht fallen. Ebenfalls unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis vom 20. April 2000 keinen weiteren Unfall erlitten hat, bei welchem er sich eine Rotatorenmanschettenruptur hätte zuziehen können. Insofern kann den Ausführungen der Suva-Kreisärzte ohne Weiteres gefolgt werden. Eine Rotatorenmanschettenruptur stellt laut medizinischer Literatur denn auch häufiger eine degenerative Gesundheitsschädigung dar (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. Berlin 2014, S. 1870, 1939 unter „Sehnenruptur“; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1681 unter „Sehnenriss“; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 628, 725, 728). Eine Gesundheitsschädigung kann jedoch indirekt durch ein Trauma entstanden sein und damit eine Begleiterscheinung oder Spätfolge eines solchen darstellen. In dieser Form gilt sie in der Regel in ihrer ganzen Entwicklung als (teilweise) unfallkausal und damit als Unfallrestfolge. Ausgenommen ist der Fall, bei dem ein prätraumatischer Vorzustand vorlag, bezüglich dem nun von einem Status quo sine ausgegangen werden muss (vgl. Erwägung 2.3).

6.2.2 In den medizinischen Akten erscheint wiederholt die Diagnose eines Impingements, welche eine schmerzhafte Funktionseinschränkung der Gelenkbeweglichkeit beinhaltet, jedoch noch keine konkrete pathologisch-anatomische Gesundheitsstörung definiert. Die durch ein Impingement begründete Einschränkung der Beweglichkeit im Bereich des Schultergelenks kann gemäss medizinischer Literatur verschiedene Ursachen haben; insbesondere degenerative Prozesse in Form einer Bursitis oder AC-Gelenkarthrose, aber auch Verletzungen im Bereich der Rotatorenmanschette, Schleimbeutel, Knorpel und Knochen (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 727 ff.; Pschyrembel, a.a.O., S. 1005; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 915). Ein Impingementmechanismus fördert seinerseits aber auch wieder die Schädigung der Rotatorenmanschette, indem diese durch die Einengung unter dem Schulterdach gereizt bzw. durch Reibung mechanisch ausgefranst wird (Debrunner, a.a.O., S. 728; Pschyrembel, a.a.O., S. 1005; <https://www.schulthess-klinik.ch/de/fachbereiche/medizinische-zentren/schulterchirurgie-ellbogenchirurgie/fachinformationen/impingement-syndrom/>, <http://gelenk-doktor.de/schulter-gelenk/schulterschm>



erzen-ruptur-der-rotatorenmanschette-der-schulter, <http://www.schulter-zentrum.de/supra-spinatus-sehne.html>, <http://orthopaedie-unfallchirurgie.universimed.com/artikel/die-rotatorenmanschettenruptur-verletzung-oder-schaden>, alle abgerufen am 1. Juni 2016)

6.3

6.3.1 Angesichts der Darlegungen in Erwägung 6.2, insbesondere den Zusammenhängen zwischen traumatischen Verletzungen und degenerativen Gesundheitsschäden, stellt sich die Frage, ob der alleinige Umstand, dass die komplette Supra- und Infraspinatussehnenruptur erst in der Zeit zwischen der Operation vom 25. September 2012 und dem MRI vom 4. Oktober 2013 entstanden ist, als zentrale Begründung für eine Verneinung ihrer Unfallkausalität genügt. Zwar konnte die erst am 4. Oktober 2013 erhobene Rotatorenmanschettenruptur nicht Teil der mit Verfügung vom 26. August 2003 angenommenen und mit einer Integritätsentschädigung abgefundenen erheblichen und dauernden Unfallrestfolge bilden (Suva-act. 11), jedoch anerkannte die Beschwerdegegnerin damals gestützt auf die Beurteilung von Dr. D.____ und auch im Zusammenhang mit der Operation vom 25. September 2012 eine unfallkausale Gesundheitsschädigung in Form einer (residuellen) Impingementproblematik (vgl. dazu Erwägungen 3.2 f. und 4.2 f.), die, wie dargelegt, zu Rotatorenmanschettenrissen führen kann. Laut MRI-Untersuchungsbericht vom 5. Juni 2012 war die Supraspinatussehne damals bereits degenerativ angegriffen, womit die weitere Entwicklung eines Risses nicht abwegig erscheint. Auch die ärztlichen Zwischenberichte des operierenden Arztes Dr. H.____ vom 7. Februar und 6. März 2013 enthalten Hinweise darauf, dass die Impingement- und Rotatorenmanschettenproblematik des Beschwerdeführers zumindest noch nicht ausgestanden war. So zeigte der Beschwerdeführer bei den Untersuchungen zwei bzw. fünf Monate nach der Operation Schmerzen bei der Abduktion des linken Arms (Painful arc) bei 60 bzw. 90 Grad, beim Schürzengriff -15 bzw. -12 cm zu Lasten der linken Schulter und fünf Monate postoperativ einen dolenten horizontalen Bogen und Hawkinstest (Suva-act. 39, 42). Am 24. September 2013 machte der Beschwerdeführer, wie bereits erwähnt, eine massgebende Zustandsverschlechterung geltend (Suva-act. 46), infolge derer nun radiologisch die Diagnose der kompletten



Risse der Supra- und Infraspinatussehnen gestellt wurde (Suva-act. 48), deren Unfallkausalität hier strittig ist.

6.3.2 Insgesamt lässt sich damit grundsätzlich eine zusammenhängende und an sich lückenlose Kausalkette herstellen, die sich in Richtung einer zumindest teilweisen Unfallkausalität begründen liesse. Inwiefern diese im konkreten Fall durchbrochen worden ist, wird von med. pract. M.____ sowie von Dr. I.____ nicht dargelegt. Die Argumentation der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 10. Dezember 2014 (act. G 6), vom Unfall vom 20. April 2000 bis zur radiologischen Feststellung der kompletten Supra- und Infraspinatussehnenruptur seien mehr als 13 Jahre vergangen, vermag nicht zu überzeugen. Die vorgenannte Latenzzeit wird nämlich durch den Umstand, dass eine Impingementproblematik bzw. ein Engpass unter dem Schulterdach (Akromion) schädlich für die Rotatorenmanschette ist und diese dabei einer ständigen Belastung ausgesetzt ist, in deren Verlauf es zu Schädigungen kommen kann, relativiert.

6.3.3 Der im MRI-Untersuchungsbericht vom 16. Oktober 2013 festgehaltene Befund „arthrotische Veränderungen im Akromioklavikulargelenk, die ein subakromiales Impingement verursachen“ könnte zwar dahingehend ausgelegt werden, dass die vorbestandene Arthrose (vgl. dazu Erwägung 3.2) allein für die Impingementproblematik verantwortlich gewesen ist. Entsprechend wies auch med. pract. M.____ in ihrer Beurteilung vom 29. November 2013 auf die im MRI vom 4. Oktober 2013 gefundenen arthrotischen Veränderungen im AC-Gelenk hin, die ein subakromiales Impingement verursachen würden. Andererseits ist festzustellen, dass der mit Verfügung vom 26. August 2003 anerkannte Integritätsschaden in Form einer residuellen Impingementproblematik offensichtlich unabhängig vom Vorzustand der damaligen leicht hypertrophierenden AC-Gelenkarthrose bzw. trotz desselben angenommen (vgl. Suva-act. 9 f.) und die Arthrose auch im Rahmen der MRI-Untersuchung vom 5. Juni 2012 (Suva-act. 23) und anlässlich der Arthroskopie vom 25. September 2012 (Suva-act. 35) - inzwischen sogar mässiggradig - erhoben worden ist. Obwohl sich demnach der Schweregrad der AC-Arthrose bis zur Sehnenruptur sogar etwas geändert hatte, anerkannte die Beschwerdegegnerin zwischenzeitlich nochmals eine Unfall- bzw. Rückfallkausalität (Suva-act. 19 ff.). Immerhin hielt Dr. J.____ in seinem Bericht vom 5. Juni 2012 über die gleichentags durchgeführte MRI-Untersuchung



zudem auch eine Verschmälerung des Subacromialraums mit Supraspinatussehnen-Impingement fest (Suva-act. 23). Insgesamt ist mithin davon auszugehen, dass die Impingementproblematik offenbar nicht nur als Folge der AC-Arthrose, sondern eben auch als Folge von ursprünglichen unfallkausalen Schädigungen betrachtet wurde.

6.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beurteilungen von med. pract. M.____ und Dr. I.____ die wesentliche Frage einer Teilursächlichkeit des Unfalls vom 20. April 2000 für die vorliegende Schulterproblematik, insbesondere unter dem in den Erwägungen 6.2 und 6.3 aufgezeigten Gesichtspunkt der Impingementproblematik, unzureichend beleuchten und insofern nicht gänzlich überzeugen. Eine Gesamtbetrachtung im Sinne der vorangegangenen Erwägungen lässt nicht ohne Weiteres die von den Kreisärzten gezogene Schlussfolgerung zu, dass der am 4. Oktober 2013 radiologisch mit MRI festgestellte komplette Riss der Supra- und Infrapinatussehne unfallfremd sei. Dem Gericht ist es mithin anhand der vorliegenden medizinischen Akten nicht möglich, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob es sich bei den fraglichen Rotatorenmanschettenrissen um zumindest teilweise sekundäre traumatische Unfallfolgen oder um rein degenerative Gesundheitsschäden handelt bzw. ob das Unfallereignis vom 20. April 2000 per 10. Dezember 2013 jede kausale Bedeutung verloren hat. Für eine abschliessende Beurteilung dieser Frage sind weitere medizinische Abklärungen notwendig, welche die Beschwerdegegnerin - allenfalls unter Beizug externer Fachspezialisten - durchzuführen haben wird.

7.

7.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 21. August 2014 (Suva-act. 56) teilweise gutzuheissen und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

7.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei hingegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als volles Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Angesichts der



Schwierigkeit des Falles sowie der Art und des Umfangs der Bemühungen erscheint eine Parteienschädigung, wie in vergleichbaren Fällen üblich, von pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

Entscheid

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 21. August 2014 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteienschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.