



Fall-Nr.: UV 2015/28
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 29.08.2019
Entscheiddatum: 16.03.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 16.03.2017

Art. 6 UVG, Art. 11 UVV: Erforderlichkeit weiterer medizinischer Abklärungen zur Frage des Bestehens einer Rückfallkausalität bzw. von unfallkausalen Spätfolgen und einer erheblichen Verschlimmerung von Unfallrestfolgen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. März 2017, UV 2015/28).

Entscheid vom 16. März 2017

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Daniel Furrer

Geschäftsnr.

UV 2015/28

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen

ÖKK Kranken- und Unfallversicherung,



St.Galler Gerichte

Bahnhofstrasse 9, 7302 Landquart,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Martin Schmid, Hartbertstrasse 11, Postfach 611,
7001 Chur,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war bei der Schulgemeinde B.____ als Lehrer angestellt und dadurch bei der ÖKK Kranken- und Unfallversicherung (nachfolgend: ÖKK) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 12. März 2008 beim Tennisspielen auf die rechte Schulter stürzte und sich dabei eine dislozierte Claviculafraktur des mittleren Schaftdrittels rechts zuzog (act. 1, 11). Die Fraktur wurde am 13. März 2008 im Spital C.____ mittels einer Reko-Platte osteosynthetisch versorgt (act. 10). Nachfolgend kam es zu einer Wundheilungsstörung, die am 24. April 2008 ein Wunddébridement, eine Spülung und eine Jetlavage erforderlich machte (act. 7). Der Versicherte hielt sich hierfür bis 26. April 2008 wiederum im Spital C.____ auf (act. 8). Am 9. Mai 2008 musste sich der Versicherte wegen einer Nahtdehiszenz mit freiliegender Platte im medialen Wundwinkel und leicht geröteten Wundrändern erneut ins Spitals C.____ begeben, wo die Indikation zur Plattenentfernung mit Wunddébridement gestellt wurde, welche am 14. Mai 2008 vorgenommen wurde (act. 12 f.). Die ÖKK erbrachte für den Unfall vom 12. März 2008 Heilkosten- und Taggelderleistungen (act. 18 f.).

A.b Wegen fortdauernder persistierender Schulterbeschwerden befand sich der Versicherte ab 11. Juni 2008 bei Dr. med. D.____, Spezialarzt FMH für physikalische Medizin und Rheumaerkrankungen, in Behandlung (act. 28), auf dessen Zuweisung am 23. Juni 2008 eine Arthro-MRI-Untersuchung des Schultergelenks und der Clavikula rechts durch Dr. med. E.____, FMH Radiologie, MR Institut der Klinik F.____, erfolgte.



Diese zeigte eine intakte Rotatorenmanschette, eine Tendinopathie der Supraspinatussehne mit begleitender Bursitis subacromialis-subdeltoidea, eine Kapselschrumpfung caudal, eine leichte AC-Aktivierung und eine deutliche Deformierung der Clavicula rechts bei Zustand nach osteosynthetisch versorgter Claviculafraktur, jedoch keinen Nachweis einer Osteomyelitis (act. 22). Auf Zuweisung von Dr. D.____ folgte sodann am 3. Oktober 2008 eine erste Konsultation bei Dr. med. G.____, Leitender Arzt Orthopädie, Klinik F.____, anlässlich welcher der Versicherte über ein gewisses Spannungsgefühl im Bereich der rechten Clavikula mit Dellenbildung im Bereich des proximalen Musculus pectoralis klagte (act. 44). Bei einer nächsten Konsultation vom 18. Mai 2009 beschrieb der Versicherte ein weiterhin störendes "Schraubstockgefühl" der rechten Schulter, subjektiv unter der Clavicula lokalisiert (act. 54), bezüglich welchem Dr. G.____ gründend auf einer klinischen Untersuchung klar von weichteil-/narbenbedingten Restbeschwerden ausging (act. 54). Im Untersuchungsbericht über eine Konsultation vom 27. Mai 2010 hielt Dr. G.____ sodann gestützt auf ein gleichentags erhobenes MRI-Untersuchungs-Ergebnis mit Darstellung eines narbigen, partiellen Abrisses des kaum atrophen und nicht retrahierten Pectoralis major Muskels an der lateralen Clavicula fest, dass bei völliger Therapie-Resistenz allenfalls eine Reinsertion des Pectoralis-Muskels in Betracht komme, wobei das zu erwartende Resultat etwas unsicher zu beurteilen sei (act. 58). Der Versicherte lehnte besagten Eingriff ab (act. 64). Am 24. November 2010 wurde der Versicherte durch den Vertrauensarzt der ÖKK, Dr. med. H.____, FMH Rheumatologie, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, FA Sportmedizin, FA Interventionelle Schmerztherapie, Medizinisches Center I.____, untersucht, der laut Untersuchungsbericht vom 29. November 2010 den Zeitpunkt für die Bestimmung des Integritätsschadens als gekommen ansah. Es sei weder mit einer wesentlichen Verbesserung noch mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands zu rechnen (act. 65).

A.c Mit Verfügung vom 5. Januar 2011 sprach die Solida Versicherungen AG (Partnerin der ÖKK für die langfristigen Leistungen) dem Versicherten eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritätseinbusse von 10% zu (act. 66). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

A.d Mit Verfügung vom 14. Mai 2012 eröffnete die ÖKK dem damaligen Rechtsvertreter des Versicherten, Rechtsanwalt lic. iur. R. Hochreutener, St. Gallen,



St.Galler Gerichte

dass sämtliche Versicherungsleistungen per Ende Januar 2011 eingestellt würden (act. 79). Am 13. August 2012 verfügte die ÖKK die Leistungseinstellung ab 1. Februar 2011 nochmals gegenüber dem Versicherten (act. 90).

A.e Die gegen diese Verfügung vom Versicherten am 12. September 2012 erhobene Einsprache (act. 97) wies die ÖKK mit Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2012 ab (act. 101).

A.f Der Versicherte erhob gegen den Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2012 Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit dem sinngemässen Antrag, der Entscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen über den 30. Januar 2011 hinaus auszurichten (Heilkostenleistungen und Taggelder, eventualiter Invalidenrente). Eventualiter sei der Entscheid aufzuheben und eine weitere Untersuchung anzuordnen (act. 104).

A.g Mit Entscheid vom 13. August 2013 wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 23. Oktober 2012 ab. Es erwog, dass beim Beschwerdeführer infolge seiner Verletzung der rechten Clavicula vom 12. März 2008 über das Datum der Leistungseinstellung (31. Januar 2011) hinaus gewisse organische Restfolgen - eine Deformation von Weichteilstrukturen; narbiger, partieller Abriss des Musculus pectoralis major an der lateralen Clavicula - bestünden und die Kausalität der vom Versicherten geklagten Beschwerden im Bereich der rechten Clavikula - insbesondere das von ihm beschriebene "Spannungs- bzw. Schraubstock-gefühl", aber auch eine gewisse Einschränkung der Beweglichkeit im rechten Schultergelenk - zu den Unfallrestfolgen nicht in Frage gestellt würden. Die Beschwerdegegnerin habe zu Recht per 31. Januar 2011 den Fallabschluss vorgenommen bzw. die Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen eingestellt. In Bezug auf die angestammte Tätigkeit des Versicherten als Lehrer ausserhalb der Sportstunden und in der Schuladministration/ Praxisbegleitung/Teamarbeit könne keine Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Aus der Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen resultiere kein rentenbegründender Invaliditätsgrad bzw. der Invaliditätsgrad entspreche dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 0%, weshalb die ÖKK zu Recht einen Rentenanspruch des Versicherten abgelehnt habe (Verfahren UV 2012/95; act. 107).



B.

B.a Am 30. Dezember 2014 reichte der Versicherte der ÖKK einen Bericht von Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Medizinisches Zentrum K.____, vom 19. Dezember 2014 ein. Der Versicherte hatte Dr. J.____ am 19. Dezember 2014 wegen Schulterschmerzen rechts mit einem Panzergefühl über der Clavicula konsultiert (act. 108). Auf Zuweisung von Dr. J.____ wurden beim Versicherten am 19. Dezember 2014 und 8. Januar 2015 MRT-Untersuchungen der Thoraxapertur und der rechten Schulter durch Dr. med. L.____, Facharzt für Radiologie, Radiologie M.____, durchgeführt (act. 114).

B.b Auf Ersuchen der ÖKK reichte der Versicherte am 12. Januar 2015 eine formelle Rückfallmeldung ein. Er schilderte seit Monaten zunehmende, teils sehr starke Schmerzen in der rechten Schulter, beinahe schon Lähmungssymptome. Dieses "Zwangsjackengefühl" sei oft unerträglich und beeinträchtige die Beweglichkeit, den Schlaf und die Psyche. Als Rückfalldatum führte der Versicherte das 2. Halbjahr 2014, als erstbehandelnde Ärztin med. pract. N.____, als nachbehandelnder Arzt Dr. J.____ und als Arbeitgeberin das O.____ an (act. 109 f.).

B.c Am 16. Januar 2015 fand eine weitere Konsultation des Versicherten bei Dr. J.____ statt (act. 119).

B.d Am 20. Januar 2015 reichte med. pract. N.____ das von der ÖKK erbetene Arztzeugnis UVG ein. Als Datum der Erstbehandlung war der 3. September 2014 und als Diagnose Schulterschmerzen rechts bei Status nach Claviculafraktur Operation 2008 vermerkt. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde verneint (act. 112, 115). Mit Schreiben vom 6. Februar 2015 teilte der Personaldienst des Kantons P.____ der ÖKK mit, dass der Versicherte vom 26. August bis 28. Februar 2014 zu 20% und vom 1. März bis 30. September 2014 zu 100% krankgeschrieben gewesen sei. Mangels Krankentaggeldversicherung im Jahr 2013 sei es zu keinen Taggeldleistungen gekommen. Anfangs Juli 2014 sei im gegenseitigen Einvernehmen die Auflösung des Arbeitsverhältnisses mit dem O.____ per 31. Januar 2015 erfolgt (act. 117). Am 13. Februar 2015 ging bei der ÖKK die Honorarrechnung von Dr. J.____ betreffend die Konsultationen vom 19. Dezember 2014 und 16. Januar 2015 ein (act. 119).



B.e Nach Einholung einer Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. med. Q.____ (act. 118) teilte die ÖKK dem Versicherten mit Schreiben vom 3. März 2015 mit, dass aufgrund der aktuellen medizinischen Berichte von med. pract. N.____, Dr. J.____ und Dr. L.____ ein Zusammenhang zwischen den aktuell geklagten Beschwerden und dem Ereignis vom 12. März 2008 eher unwahrscheinlich sei. Ein Rückfall werde somit abgelehnt und es bestehe kein Leistungsanspruch aus der Unfallversicherung. Die Leistungserbringer seien deshalb betreffend Kostenübernahme an den Krankenversicherer des Versicherten verwiesen worden und die Rechnung von Dr. J.____ erhalte der Versicherte zur direkten Erledigung zurück (act. 119).

B.f Nachdem sich der Versicherte mit dieser Leistungsablehnung nicht einverstanden erklärt hatte (act. 120 f.), erliess die ÖKK am 12. März 2015 eine anfechtbare Verfügung (act. 123).

C. Die gegen diese Verfügung vom Versicherten am 19. März 2015 erhobene Einsprache (act. 127) wies die ÖKK mit Einspracheentscheid vom 28. April 2015 ab (act. 131).

D.

D.a Gegen den Einspracheentscheid vom 28. April 2015 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) mit Eingabe vom 26. Mai 2015 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, die erneut verschlimmerten Schmerzen in der rechten Schulter seien als Folge des Unfalls vom 12. März 2008 anzuerkennen und die diesbezüglich bei med. pract. N.____, Dr. J.____ und Dr. L.____ entstandenen Behandlungs- und Untersuchungskosten seien durch die ÖKK (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu bezahlen (act. G 1). Zusammen mit der Beschwerdeeingabe reichte der Beschwerdeführer insbesondere verschiedene Rechnungskopien bzw. Rückforderungsbelege für im Rahmen des gemeldeten Rückfalls durchgeführte ärztliche Behandlungen und Untersuchungen ein (act. G 1.2).

D.b Mit Beschwerdeantwort vom 30. Juni 2015 liess die ÖKK, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. M. Schmid, Chur, Abweisung der Beschwerde beantragen, soweit darauf eingetreten werden könne (act. G 5).



D.c Mit Replik vom 27. August 2015 bestätigte der Beschwerdeführer seinen Beschwerdeantrag (act. G 7). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 9).

D.d Auf die weiteren Begründungen und Ausführungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Als Unfall gilt nach Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) 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. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person nach einem Unfall Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie zufolge Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

1.2 Angesichts der in Erwägung 1.1 aufgeführten gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung. 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.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf



Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherer praktisch keine Rolle (BGE 118 V 291 f. E. 3a, 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein bzw. verneint werden können (THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl.. Bern 2014, § 70 N. 58 f.).

1.3 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 (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Insofern sind auch Berichte und Gutachten, welche Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten einholen, beweistauglich, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert wird (BGE 125 V 352 E. 3).

1.4 Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, welche revisionsrechtliche Tatbestände im Sinn von Art. 22 UVG darstellen (vgl. BGE 118 V 293; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326). Beim Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Schädigung, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu einer weiteren Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können (BGE 123 V 138 E. 3a). Rückfälle und Spätfolgen



schliessen sich somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c). Lagen im Zeitpunkt der rechtsverbindlich gewordenen Rentenablehnung Unfallrestfolgen vor, ist weiter vorausgesetzt, dass diese eine erhebliche Verschlimmerung erfahren haben (vgl. dazu Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 30. Mai 2001, U 390/99, E. 1a). Die Frage, ob eine erhebliche Verschlimmerung vorliegt, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der ursprünglichen Verfügung mit demjenigen im Zeitpunkt des die Neuanmeldung betreffenden Einspracheentscheids (RKUV 1989 Nr. U 65 S. 70). Der Unfallversicherer darf eine umfassende Neuprüfung vornehmen und ist nicht mehr an seine früheren Erwägungen gebunden. Entsprechend hat sich im Rahmen des Beschwerdeverfahrens auch das Gericht mit allen rechtlich zutreffenden Begründungen einer Leistungspflicht bzw. -abweisung auseinanderzusetzen (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. Juni 2016, UV 2015/2, E. 3.4).

2.

2.1 Mit dem seinerzeitigen Entscheid vom 13. August 2013 hat das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die von der Beschwerdegegnerin am 13. August 2012 verfügte und mit Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2012 bestätigte Einstellung der Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen ohne Rentenzusprechung als rechtmässig erachtet. Dieser Entscheid ist in Rechtskraft erwachsen.

2.2 Streitig und zu prüfen ist, ob hinsichtlich der vom Beschwerdeführer am 12. Januar 2015 gemeldeten Beschwerden in der rechten Schulter (act. 110) ein Rückfall oder Spätfolgen des Unfalls vom 12. März 2008 vorliegen, bezüglich welcher weiter von einer zwischenzeitlich erfolgten Verschlimmerung der Unfallrestfolgen gesprochen werden kann (vgl. Erwägung 1.4). Der Beschwerdeführer hatte sich wegen der Schulterbeschwerden rechts am 3. September sowie 3. Dezember 2014 bei med. pract. N.____ (act. 115, act. G 1.2) und am 19. Dezember 2014 sowie 16. Januar 2015



bei Dr. J.____ (act. 108, act. 127) in Behandlung begeben und war am 19. Dezember 2014 sowie 8. Januar 2015 durch Dr. L.____ radiologisch untersucht worden (act. 114). Der Beschwerdeführer beantragt dafür die Zusprechung von Heilbehandlungskosten, wofür - wie gesagt - die Unfallkausalität eine Anspruchsvoraussetzung bildet. Zur Beurteilung der Streitfrage der erheblichen Verschlimmerung der Unfallrestfolgen wäre im konkreten Fall der Sachverhalt, wie er im Entscheid des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 13. August 2013 (act. 107) bestätigt wurde, zu vergleichen mit dem Sachverhalt, wie er im Zeitpunkt der Verfügung vom 12. März 2015 (act. 123) bzw. des Einspracheentscheids vom 28. April 2015 (act. 131) bestand. Die Beschwerdegegnerin verneint bereits einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den aktuell geklagten Schulterbeschwerden rechts und dem Ereignis vom 12. März 2008 und stützt sich dabei auf die Aktenbeurteilung ihres beratenden Arztes Dr. Q.____ (act. 118). Wohl aufgrund dieser Beurteilung enthalten die Verfügung und der Einspracheentscheid keine Erwägungen zur weiteren Frage der erheblichen Zustandsverschlimmerung der Unfallrestfolgen.

3.

3.1 Laut rechtskräftigem Entscheid des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 13. August 2013 ist beim Beschwerdeführer von gewissen Restfolgen des am 12. März 2008 erlittenen Unfalls mit dislozierter Claviculafraktur des mittleren Schaftdrittels rechts auszugehen - einem narbigen, partiellen Abriss des Musculus pectoralis major an der lateralen Clavicula mit einer Deformation der entsprechenden Weichteilstrukturen (act. 107/7 ff., vgl. dazu auch act. 58 und act. 60/6). Dem Beschwerdeführer war deswegen mit Verfügung vom 5. Januar 2011 eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritätseinbusse von 10% zugesprochen worden (act. 66). Die Unfallrestfolgen hatten sich im Arthro-MRI des rechten Schultergürtels der Klinik F.____ vom 23. Juni 2008 gezeigt (act. 22). Die Rotatorenmanschette präsentierte sich damals intakt, andererseits zeigte sich eine Tendopathie der Supraspinatussehne mit begleitender Bursitis subacromialis und Bursitis subdeltoidea sowie eine kaudale Kapselschrumpfung. Das AC-Gelenk war aktiviert. Eine Osteomyelitis konnte ausgeschlossen werden (vgl. act. 60/1). Als damalige Beschwerden wurden vom Beschwerdeführer ein "Spannungs- bzw. Schraubstockgefühl" im Bereich der Clavicula, ein schmerzhaftes nächtliches Liegen



auf der rechten Seite sowie eine gewisse Einschränkung der Beweglichkeit im rechten Schultergelenk beschrieben (act. 28, 44, 54 f.). Die Kausalität dieser Beschwerden im Bereich der rechten Clavikula zu den radiologisch erhobenen Unfallfolgen - des narbigen, partiellen Muskelabrisses mit Deformation der entsprechenden Weichteilstrukturen - wurde im rechtskräftigen Versicherungsgerichtsentscheid angesichts der damaligen medizinischen Akten anerkannt (act. 107/7 f.).

3.2 Dem Rückfallverfahren bzw. der Beurteilung der Rückfallkausalität liegen die Ergebnisse der MRT-Untersuchung des Thorax vom 19. Dezember 2014 sowie der Arthro-MRT-Untersuchung der rechten Schulter vom 8. Januar 2015, beide durchgeführt durch Dr. L.____, zugrunde (act. 114). Im Thorax-MRT hatte sich eine weitestgehend symmetrische Ausprägung der Muskulatur an der oberen Thoraxapertur, insbesondere kein Hinweis auf eine Atrophie des Musculus pectoralis major rechts, gezeigt. Die rechte Clavicula hatte posttraumatisch/postoperativ eine etwas vermehrte Biegung aufgewiesen (act. 114/3). Auf dem Arthro-MRT der rechten Schulter hatte eine moderate Gelenksarthrose ausgemacht werden können. Dr. L.____ hatte sodann im gleichentags erstellten Untersuchungsbericht die folgenden weiteren Befunde festgehalten: Soweit dies methodisch zu beurteilen sei einen etwas reduzierten Subacromialraum, eine geringe Flüssigkeitsmarkierung der subacromialen Bursa als Zeichen einer bursalen Reizung, eine moderate insertionsnahe Supraspinatustendinopathie mit minimaler interstitieller Partialruptur am Footprint, eine insertionsnahe Tendinopathie auch der Infraspinatussehne mit degenerativen Knochenzystchen am Humeruskopf, einen fokalen Knorpeldefekt relativ zentral in der Cavitas glenoidalis mit angrenzend geringer Knorpelunterminierung, Ausfransungen des anteroinferioren Labrums sowie einen basisnahen Einriss des posterioren Labrums, jedoch keine Muskelatrophie (act. 114/2). Der Beschwerdeführer selbst beschreibt sodann aktuell - vergleichbar mit früher - ein "Zwangsjackengefühl" bzw. "Panzergefühl" im Bereich der rechten Schulter respektive über der Clavicula und übereinstimmend Schmerzen beim Liegen während der Nacht (act. 108, 110). Die Schulterbeweglichkeit hatte sich anlässlich der Untersuchung durch Dr. J.____ vom 19. Dezember 2014 erhalten gezeigt. Aufgrund der klinisch erhobenen Befunde hatte Dr. J.____ jedoch neu eine gewisse Impingementproblematik vermutet (act. 108). Im MRI vom 19. Dezember 2014 liess sich aber eine solche offensichtlich nicht erhärten. Der



entsprechende Untersuchungsbericht enthält jedenfalls keinen entsprechenden Hinweis (act. 114/3).

3.3

3.3.1 Dr. Q.____ hält in seiner medizinischen Beurteilung vom 3. März 2014 zur Frage der Rückfallkausalität fest, dass sich im MRT der oberen Thoraxapertur vom 19. Dezember 2014 und des rechten Schultergelenks vom 8. Januar 2015 keine posttraumatischen substantiellen Veränderungen feststellen liessen. Insbesondere würden auch keine muskulären Atrophien beschrieben. Dies spreche dafür, dass die betroffene Schultergürtelmuskulatur nicht über einen längeren Zeitraum geschont worden sei. Die degenerativen Veränderungen in der Rotatorenmanschette seien als altersentsprechend zu interpretieren und nicht Folge des Unfalls vom 12. März 2008, könnten aber die Beschwerden erklären. Die Untersuchungsbefunde von Dr. J.____ vom 19. Dezember 2014 würden ausser einer leichten Impingementsymptomatik keine relevanten Pathologien ergeben. Ein Zusammenhang zwischen den jetzt geklagten Beschwerden und dem Ereignis vom 12. März 2008 sei somit eher unwahrscheinlich. Nachfolgend gilt es zu prüfen, ob der Beurteilung von Dr. Q.____ für die Beantwortung der Frage der Rückfallkausalität ein genügender Beweiswert zukommt.

3.3.2 Der Umstand, dass es sich bei der Beurteilung von Dr. Q.____ vom 3. März 2014 (act. 118) um eine reine Aktenbeurteilung handelt, spricht noch nicht gegen ihren Beweiswert. Eine Aktenbeurteilung ist nicht an sich beweisuntauglich. Die direkte ärztliche Auseinandersetzung mit der zu begutachtenden Person rückt dann in den Hintergrund, wenn es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen; in einem solchen Fall kann auch ein reines Aktengutachten voll beweiswertig sein (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C_681/2011, E. 4.1 mit Hinweisen). Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist aber, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 370 E. 5b).

3.3.3 Schlüssig und nachvollziehbar ist, wenn Dr. Q.____ hinsichtlich der am 19. Dezember 2014 und 8. Januar 2015 radiologisch erhobenen Untersuchungsergebnisse von degenerativen Veränderungen in der Rotatorenmanschette spricht. Eine Arthrose,



Tendinopathie sowie Bursitis stellen im Regelfall degenerative Veränderungen bzw. krankheitsbedingte Leiden dar, die im Rahmen eines normalen Alterungsprozesses oder durch Überbeanspruchung entstehen. Die genannten Gesundheitsschäden können sich höchstens sekundär, d.h. als (Spät-)Folge einer primären Unfallverletzung, beispielsweise nach einer Fraktur oder Ruptur, entwickeln (zum Gesagten vgl. ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl., Bern 2005, S. 579 ff., S. 628, S. 700 f., S. 725 ff, S. 735, S. 740 f., S. 1107; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. Berlin 2014, S. 175 f., S. 334; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 134, S. 280, S. 1808; PROMETHEUS, LernAtlas der Anatomie, Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem, 4. Aufl. Stuttgart 2014, S. 63). Knorpelschäden, Rupturen sowie Risse können demgegenüber degenerativ sowie traumatisch bedingt sein (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 123 f., S. 628; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 1623, S. 1681). Die Rotatorenmanschette sowie das Labrum haben sich unfallnah im Rahmen der radiologischen Untersuchungen intakt, d.h. ohne solche traumatischen Veränderungen gezeigt (vgl. act. 22).

3.3.4 Allein mit den Schlussfolgerungen von Dr. Q.____, es liessen sich in den MRT des Thorax und des rechten Schultergelenks vom 19. Dezember 2014 bzw. 8. Januar 2015 keine posttraumatischen substanziellen Veränderungen feststellen, die degenerativen Veränderungen in der Rotatorenmanschette seien als altersentsprechend zu interpretieren und nicht Folge des Unfalls vom 12. März 2008, erscheint jedoch die Verneinung des Vorliegens unfallkausaler Spätfolgen nicht genügend, d.h. mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit begründet. In Bezug auf den konkreten Fall ist gerade zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer am 12. März 2008 einen Unfall mit Verletzung der Schulter, konkret mit einer Claviculafraktur durchgemacht hat, welche klare unfallkausale Strukturveränderungen - einen narbigen, partiellen Abriss des Pectoralis major Muskels an der lateralen Clavicula mit Deformation der entsprechenden Weichteilstrukturen - zur Folge gehabt hat (act. 107/7 ff., vgl. auch act. 58, act. 60/6). Eine Reinsertion des Pectoralis-Muskels hat nicht stattgefunden (vgl. dazu act. 58, act. 64). Laut medizinischer Literatur leisten Muskeln einen massgebenden Beitrag zur Stabilisierung eines Gelenks (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 135 ff., S. 715, S. 736). Gemäss Arthro-MRI des Schultergelenks rechts vom 23. August 2008 hat sodann die Clavicula rechts des Beschwerdeführers infolge der Claviculafraktur bzw. deren osteosynthetischen



Versorgung eine deutliche Deformierung erfahren (act. 22, act. 28, act. 114). Nachdem die Clavicula zusammen mit dem Schulterdach (Akromion) das Schulterreckgelenk (= AC-Gelenk)

bildet, rechtfertigt sich die Frage, ob eine Veränderung der Stellung bzw. eine Inkongruenz der Cavicula infolge Fraktur nicht auch zu einer anatomischen Abweichung des Schulterreckgelenks von der normalen Form oder zu einer unphysiologischen Beanspruchung und damit zu weiteren Verschleisserscheinungen - wie beispielsweise der vorliegend erhobenen AC-Gelenksarthrose - führen könnte (vgl. dazu <https://gelenklinik.de/orthopaedische-erkrankung/schulter/schulterreckgelenk-arthrose.html>, abgerufen am 6. Februar 2017; DEBRUNNER, a.a.O., S. 580). Immerhin liess sich im Arthro-MRI vom 23. Juni 2008 eine leichte AC-Aktivierung erkennen, was zumindest als Hinweis auf einen gewissen, bereits damals bestandenen Zusammenhang zwischen Unfall und AC-Gelenk gesehen werden könnte (vgl. act. 22). Das Schulterreckgelenk wird sodann durch die Rotatorenmanschette stabilisiert und dessen Bewegungen werden durch sie koordiniert. Die Rotatorenmanschette liegt im engen Zwischenraum zwischen dem Humeruskopf und dem das Schultergelenk schützenden knöchernen Dach, das aus Akromion und Korakoid sowie dem verbindenden Ligamentum coracoacromiale besteht. Insofern liesse sich weiter fragen, ob Veränderungen im Bereich des AC-Gelenks mit Verschmälerung des Abstandes zwischen dem Schlüsselbein und dem Schulterdach zu degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschette hätten führen können (vgl. dazu <https://gelenk-klinik.de/orthopaedische-erkrankung/schulter/schulterreckgelenk-arthrose.html>, abgerufen am 6. Februar 2017; DEBRUNNER, a.a.O, S. 724 ff.). Die Cavitas glenoidalis liegt schliesslich zusammen mit dem Labrum unmittelbar unter dem Acromion und liesse sich somit ebenfalls in eine sekundär traumatische Kausalkette einfügen.

3.3.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer insgesamt von einer komplexen Schulterproblematik auszugehen ist, angesichts welcher die alleinige Aussage, die degenerativen Veränderungen in der Rotatorenmanschette seien als altersentsprechend zu interpretieren, ohne weitere Begründung nicht überzeugt. Insbesondere die Frage, ob und inwiefern die Claviculafraktur des Beschwerdeführers mit den ausgewiesenen Unfallrestfolgen nicht zu unfallkausalen Spätfolgen in der gegebenen Form geführt hat, ist damit nicht umfassend und nachvollziehbar



beantwortet. Die weitere Feststellung von Dr. Q.____, dass die Untersuchungsbefunde von Dr. J.____ vom 18. Dezember 2014, ausser einer leichten Impingementsymptomatik, keine relevante Pathologie ergeben hätten, vermag als Begründung für eine fehlende Unfallkausalität der vorliegenden Gesundheitsschäden ebenfalls nicht zu genügen. Zwar traf das Untersuchungsergebnis von Dr. J.____ im Zeitpunkt der von ihm durchgeführten klinischen Untersuchung vom 18. Dezember 2014 zu. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass er den Beschwerdeführer erst nachfolgend den am 19. Dezember 2014 und 8. Januar 2015 durchgeführten MRI-Untersuchungen (vgl. act. 114) zugewiesen hat und sich daraus die radiologischen Untersuchungsergebnisse ergeben haben. Der Hinweis auf eine fehlende Atrophie des Musculus pectoralis major rechts im MRT der Thoraxapertur vom 19. Dezember 2014 gereicht schliesslich ebenso nicht einer umfassenden Antwort für die dargelegten offenen Fragen.

3.4 Zur Kausalität wurde schliesslich med. pract. N.____ befragt, welche die Kausalitätsfrage im Arztzeugnis UVG vom 20. Januar 2015 offen liess und erklärte, diese sei nicht sicher zu beantworten (act. 115). Aus dieser Feststellung kann nicht abgeleitet werden, die Kausalitätsfrage bzw. ein diesbezüglich überwiegend wahrscheinlicher Sachverhalt sei auch im Rahmen weiterer medizinischer Abklärungen nicht zu ermitteln, womit Beweislosigkeit bestehe, deren Konsequenzen der Beschwerdeführer zu tragen habe (vgl. dazu RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4 f.). Med. pract. N.____ ist keine Fachspezialistin der Orthopädie, wovon offensichtlich auch sie selbst ausging und sich deshalb einer Antwort enthielt.

4.

Im Sinne der Darlegungen in den Erwägungen 3.3 f. ist mithin festzustellen, dass gestützt auf die vorliegenden Aktenlage keine überzeugende Schlussfolgerung hinsichtlich Kausalität der ab 3. September 2014 behandelten Schulterbeschwerden rechts gezogen werden kann. Insbesondere der Beweiswert der Aktenbeurteilung von Dr. Q.____ ist als gering einzustufen und daher für eine Verneinung einer Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nicht ausreichend. Sie ist zu fragmentarisch, d.h. beschränkt sich grundsätzlich nur auf Schlussfolgerungen und lässt zusätzliche begründende Ausführungen dazu vermissen. Vor diesem Hintergrund wäre die Beschwerdegegnerin gestützt auf den in Art. 43 Abs. 1 ATSG kodifizierten Untersuchungsgrundsatz zur



Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen zur Frage der Kausalität verpflichtet gewesen und wird nun solche nachzuholen haben. Zusätzlich zur Kausalitätsfrage bzw. im Falle einer Bejahung von unfallkausalen Spätfolgen wird sodann abzuklären sein, ob die Unfallrestfolgen medizinisch eine erhebliche Verschlimmerung erfahren haben (vgl. Erwägung 1.4). Die weiteren konkreten Voraussetzungen für einen Anspruch auf Heilbehandlung (vgl. 10 UVG; vgl. auch RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 101) sind erst zu prüfen, wenn die vorgenannten Tatfragen zu bejahen sind. Die Angelegenheit ist mithin zur Veranlassung einer fachmedizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sollten auch die weiteren Abklärungen den Nachweis für das Vorliegen unfallkausaler Schädigungen nicht zu erbringen vermögen, müsste die Beweislosigkeit zu Ungunsten des Beschwerdeführers ausfallen (vgl. dazu BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4 f., 54 f.).

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 26. Mai 2015 unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 28. April 2015 teilweise gutzuheissen und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Eine Parteientschädigung fällt ausser Betracht, nachdem der Beschwerdeführer nicht anwaltlich vertreten ist.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 28. April 2015 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Publikationsplattform

St.Galler Gerichte



Es werden keine Gerichtskosten erhoben.