



Fall-Nr.: UV 2016/43
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 11.07.2018
Entscheiddatum: 11.07.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 11.07.2018

Art. 6 UVG. Der Beschwerdegegnerin misslingt mit den vorhandenen medizinischen Unterlagen der überwiegend wahrscheinliche Beweis, dass der Status quo sine/ante per Leistungseinstellungszeitpunkt erreicht ist. Nachdem der (medizinische) Sachverhalt noch nicht spruchreif abgeklärt ist, wird die Streitsache zu weiteren (medizinischen) Abklärungen (inkl. externe orthopädische Begutachtung) an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Juli 2018, UV 2016/43).

Entscheid vom 11. Juli 2018

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi

Geschäftsnr.

UV 2016/43

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Robert Baumann, Advokatur



St.Galler Gerichte

Robert Baumann AG, Waisenhausstrasse 17, Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.____ (nachfolgend: Versicherter) war von Anfang März 1998 bis Ende Juni 2015 bei der B.____ AG als Zimmermann tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert (Suva-act. I/59).

B.

B.a Am 16. August 2013 stürzte der Versicherte auf einer Baustelle in C.____ aus einer Höhe von rund zwei Metern von einer wegrutschenden Leiter seitlich links hinunter. Er landete vorerst auf den Füßen, fiel danach aber auf die linke Hüfte (Suva-act. I/1, I/11). Anlässlich der Erstbehandlung vom 28. August 2013 diagnostizierte Dr. med. D.____, Allgemeinmedizin FMH, gemäss Arzzeugnis UVG vom 9. September 2013 eine Kontusion der LWS und der Hüfte links mit Bursitis trochanterica und attestierte dem Versicherten bis 6. September 2013 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Per 7. September 2013 bestand beim Versicherten wieder eine volle Arbeitsfähigkeit als Zimmermann (Suva-act. I/5). Die Suva anerkannte mit Schreiben vom 16. September 2013 ihre Leistungspflicht für das Ereignis vom 16. August 2013 (Suva-act. I/6 ff.), kam für die Behandlungsmassnahmen auf und entrichtete Taggelder.



St.Galler Gerichte

B.b Am 11. Oktober 2013 rutschte der Versicherte bei der Montage eines Dachfensters in C.____ auf einem nassen Eternitdach aus und prellte sich dabei den linken Ellbogen (Suva-act. II/1, II/31). Die Suva anerkannte mit Schreiben vom 26. November 2013 ihre Leistungspflicht für das Ereignis vom 11. Oktober 2013 (Suva-act. II/3 ff.). Dr. D.____ diagnostizierte bei Erstbehandlung am 21. Oktober 2013 mit Arztzeugnis UVG vom 3. Januar 2014 eine Kontusion Ellbogen links mit posttraumatischer Epicondylitis radialis humeri links (Suva-act. II-14). Der Heilverlauf präsentierte sich ondulierend mit mehreren Phasen von Arbeitsunfähigkeiten (Suva-act. II/10 f., II/18-2, II/22 ff., II/27, II/30). Am 24. Februar 2014 wurde ein MRI am linken Ellbogen durchgeführt (Suva-act. II/28). Das Ende der Arbeitsunfähigkeit wurde von Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, per 22. März 2014 festgelegt (Suva-act. II/36). Am 26. Mai 2014 wurde beim Versicherten bei lateraler Epicondylopathie bei posttraumatischer lateraler Kollateralbandläsion und funktioneller postero-lateraler Instabilität Ellbogen links eine diagnostische Ellbogenarthroskopie mit Plicaresektion sowie posterolateraler Stabilisierung mittels LUCL-Rekonstruktion (Tricepssehne) und Extensorenfixierung Ellbogen links durchgeführt (Suva-act. II/50). Entsprechend kam es zu erneuten Arbeitsunfähigkeiten (Suva-act. II/51-2: vom 26. Mai bis 18. Juli 2014, Suva-act. II/70: bis 22. September 2014).

B.c Bereits am 26. März 2014 war der Versicherte gemäss Meldung der Arbeitgeberin vom 27. Mai 2014 auf einer Baustelle in F.____ auf nassem Boden ausgerutscht und auf die rechte Schulter gestürzt (Suva-act. III/1). Dr. med. G.____, Arzt m.b.F. der Orthopädie des Spitals H.____, hatte nach durchgeführtem MRI des rechten Schultergelenks (am 13. Mai 2014; Suva-act. I/42-4) mit Bericht vom 23. Mai 2014 eine symptomatische SLAP II-III-Läsion der glenoidalen Bizepssehneninsertion als auch Pulleyläsion mit gelenkseitiger Supraspinatus- als auch kranialer Subscapularissehnenläsion Schulter rechts sowie posttraumatische Schulterbeschwerden mit Verdacht auf Rotatorenmanschettenbeteiligung Schulter rechts bei Status nach Schulterdistorsionstrauma vom 26. März 2014 diagnostiziert. Die SLAP-Läsion sei sicherlich mit einer Unfallkausalität in Verbindung zu setzen (Suva-act. I/13). Am 3. September 2014 führte der Versicherte anlässlich eines Gesprächs mit der Suva aus, dass er zwischen zwei Gerüstebenen auf einem nach unten gestellten nassen Gerüstbrett ausgerutscht und auf das Gesäss gefallen sei. Dabei habe er zuerst



St.Galler Gerichte

mit dem rechten Ellbogen aufgeschlagen, wobei es ihm einen heftigen Stoss, verbunden mit einem Zwick in der Schulter, versetzt habe. Er habe aufgrund des sofortigen Auftretens von Schmerzen in der Schulter gemerkt, dass etwas nicht in Ordnung sei (Suva-act. III/14-2).

B.d Am 17. September 2014 wurde der Versicherte durch Kreisarzt Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, untersucht. In seinem Bericht führte dieser Arzt zusammengefasst aus, dass aufgrund des vorliegenden MRI-Befundes mit Nachweis einer SLAP-Läsion an der rechten Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang zum geschilderten Unfall vom 26. März 2014 bestehe. Die bildgebend nachgewiesene Bursitits trochanterica sei bei durchgehender Schmerzsymptomatik ebenfalls unfallkausal. Im weiteren Behandlungsverlauf sei zunächst eine Forcierung der physiotherapeutischen Behandlung bezüglich des linken Ellbogengelenks anzuraten. Insbesondere sollte versucht werden, das Streckdefizit des linken Ellbogengelenks zu verbessern (Suva-act. III/17-7).

B.e Vom 26. März bis 23. April 2015 kam es bei protrahiertem Heilverlauf zu einem Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik Bellikon (Suva-act. II/106). Während dieser Zeit wurde am 7. April ein weiteres MRI der rechten Schulter (Suva-act. II/107-3) und am 9. April ein solches des linken Ellbogens durchgeführt (Suva-act. II/107-1 f.).

B.f Am 2. Juli 2015 wurde der Versicherte durch Kreisarzt Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, untersucht (Suva-act. I/42). Mit Bericht vom 6. Juli 2015 kam dieser Arzt zum Schluss, dass sämtliche vom Versicherten im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung angegebenen Beschwerden und demonstrierten Funktionseinschränkungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr in kausalem Zusammenhang mit den verschiedenen Unfallereignissen vom 16. August 2013, 11. Oktober 2013 und 26. März 2014 stünden, da die vom Versicherten erlittenen Unfallfolgen mit Prellung des linken Hüftgelenks, linken Ellbogengelenks und rechten Schultergelenks in der Zwischenzeit folgenlos verheilt seien. Der Status quo sei in allen Fällen spätestens ein Jahr nach dem jeweiligen Schadenereignis eingetreten (Suva-act. I/42-10).



St.Galler Gerichte

B.g Mit Verfügung vom 20. Juli 2015 stellte die Suva die Versicherungsleistungen per 31. Juli 2015 ein und verneinte den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen (Suva-act. I/43).

C.

Am 7. September 2015 liess der Versicherte gegen die Verfügung vom 20. Juli 2015 durch die Orion Rechtsschutz-Versicherung AG Einsprache erheben (Suva-act. I/50). Mit Eingabe vom 30. November 2015 ergänzte sie die Einsprachebegründung (Suva-act. I/54-1 ff.) und verwies dabei insbesondere auf den neu eingereichten Bericht von Dr. med. K.____, Arzt Orthopädie des Spitals H.____, vom 17. November 2015 (Suva-act. I/54-ff.). Nachdem die Dossiers und der vorerwähnte Bericht dem Kreisarzt zur Stellungnahme vorgelegt worden waren, wobei dieser mit Beurteilung vom 4. Januar 2016 vollumfänglich an seinen Einschätzungen vom 6. Juli 2015 (vgl. vorstehende lit. B.f) festgehalten hatte (Suva-act. I/57), wies die Suva die Einsprache mit Einspracheentscheid vom 25. Mai 2016 ab (Suva-act. I/59).

D.

D.a Gegen den Einspracheentscheid vom 25. Mai 2016 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 27. Juni 2016 durch seinen neuen Rechtsvertreter (Fürsprecher Urs Kröpfli, Frauenfeld) Beschwerde erheben mit folgenden Rechtsbegehren: 1. Der Einspracheentscheid vom 25. Mai 2016 und damit die Verfügung vom 20. Juli 2015 seien aufzuheben; 2. Es sei die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu verpflichten, weitere fachärztliche medizinische Abklärungen vorzunehmen; 3. Es sei festzustellen, dass die geklagten Beschwerden Folgen der Unfallereignisse vom 16. August 2013, vom 11. Oktober 2013 und vom 26. März 2014 seien, und es seien dem Beschwerdeführer weiterhin die gesetzlichen Leistungen nach UVG zu erbringen; 4. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, den Beschwerdeführer angemessen ausserrechtlich zu entschädigen (act. G 1).

D.b Mit Schreiben vom 20. Juli 2016 informierte Rechtsanwalt lic. iur. Robert Baumann, St. Gallen, das Versicherungsgericht dahingehend, dass der Beschwerdeführer neu ihn mit der Wahrung seiner Interessen beauftragt habe (act. G 5).



St.Galler Gerichte

D.c In der Beschwerdeantwort vom 16. August 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde vom 27. Juni 2016 und die Bestätigung des Einspracheentscheids

vom 25. Mai 2016 (act. G 7).

D.d Mit Replik vom 23. November 2016 liess der Beschwerdeführer unverändert an seinen Anträgen und deren Begründungen festhalten (act. G 16). Zudem liess er einen Bericht von Dr. med. L.____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 8. Juli 2016 sowie von Dr. med. M.____, Orthopädie N.____, vom 19. September 2016 einreichen (act. G 16.1 f.). Die Beschwerdegegnerin reichte am 20. Dezember 2016 eine Duplik ein, wobei auch sie an den Anträgen und deren Begründungen gemäss Beschwerdeantwort festhielt (act. G 18).

D.e Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss den Übergangsbestimmungen werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor Inkrafttreten der Änderung ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend stehen Unfälle aus den Jahren 2013 und 2014 zur Diskussion. Es finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

Im angefochtenen Entscheid vom 25. Mai 2016 sind die Bestimmungen über den Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 UVG, Art. 10 UVG



[Heilbehandlung], Art. 16 UVG [Taggelder]) sowie die Grundsätze über den für die Leistungspflicht des Unfallversicherers nebst anderem vorausgesetzten natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 mit Hinweisen) zutreffend dargelegt. Gleiches gilt für die Ausführungen zur Sachverhaltsabklärung und zur antizipierten Beweiswürdigung, zu Beweismass und Beweislast, zum Beweiswert von Arztberichten sowie zum Status quo sine vel ante (act. G 1.2). Darauf wird verwiesen.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat für die vom Beschwerdeführer im Zusammenhang mit den Unfallereignissen vom 16. August 2013 (Hüfte links), 11. Oktober 2013 (Ellbogen links) und 26. März 2014 (Schulter rechts) geklagten Beschwerden Ansprüche anerkannt und bis am 31. Juli 2015 Leistungen erbracht. Strittig und zu prüfen ist, ob sie ihre Leistungspflicht über dieses Datum hinaus zu Recht unter Hinweis auf die fehlende Unfallkausalität der noch geltend gemachten Gesundheitsstörungen verneinte. Dies ist der Fall, wenn ihr der überwiegend wahrscheinliche Beweis gelingt, dass per Leistungseinstellungsdatum keine unfallkausalen Restfolgen mehr bestanden haben bzw. der Zustand, wie er unmittelbar vor den Unfällen bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines Vorzustands auch ohne die Unfälle früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht war (vgl. dazu ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54). Renten- und/oder Integritätsentschädigungsansprüche stehen nicht zur Beurteilung. Diesbezüglich fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand. Die in der Verfügung enthaltene „Ablehnung“ des Anspruchs auf „weitere Versicherungsleistungen“ lässt gesamthaft und mit Blick auf den folgenden Satz, der sich auf Taggeld und Heilbehandlung beschränkt, nicht auf eine implizite Prüfung anderer Leistungen schliessen.

4.

Während der Beschwerdeführer gestützt auf die Arztberichte (insbesondere diejenigen von Dr. K.____ vom 17. November 2015 [act. G 1.3] und Dr. M.____ vom 19. September



2016 [act. G 16.1; bezüglich Ellbogenproblematik]) eine Kausalität der geklagten Beschwerden weiterhin als erwiesen erachtet bzw. die Vornahme weiterer fachärztlicher medizinischer Abklärungen für notwendig hält, stellt die Beschwerdegegnerin auf die kreisärztlichen Berichte von Dr. J.____ vom 6. Juli 2015 (Suva-act. I/42) und 4. Januar 2016 (Suva-act. I/57) ab, welche die aus den Unfällen vom 16. August 2013 (Hüfte links), 11. Oktober 2013 (Ellbogen links) und 26. März 2014 (Schulter rechts) erlittenen Verletzungen spätestens per 31. Juli 2015 als abgeheilt beurteilen.

4.1 Ergänzend zu den Ausführungen der Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid bleibt anzumerken, dass hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts entscheidend ist, 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung 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 die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1). Reinen Aktengutachten kann gleichfalls voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 8. Februar 2007, U 223/06, E. 5.1.2). Auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, können beweistauglich sein. An deren Beweiswürdigung sind indes strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3).

4.2



4.2.1 Dr. J.____ führt mit Bericht vom 6. Juli 2015 in Bezug auf die Problematik an der linken Hüfte (Unfall vom 16. August 2013; vgl. vorstehende lit. B.a) aus, dass die Kontusion der Lendenwirbelsäule und des linken Hüftgelenks mit vermutlich posttraumatischer Bursitis trochanterica unfallabhängig sei. Unfallunabhängig seien eine chronische Insertionstendopathie der Gluteus medius-Sehne petrochantär links sowie der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung (Suva-act. I/42-7). Im Anschluss an das Ereignis vom 16. August 2013 beschreibe Dr. D.____ als erstbehandelnder Arzt eine Druckdolenz und schmerzhafte Inklination der unteren Wirbelsäule und einen Druckschmerz über dem grossen Rollhügel (trochanter Major) linksseitig. Hämatome, Schürfwunden oder eine erhebliche Funktionseinschränkung des linken Hüftgelenks und der Wirbelsäule würden sich in der Erstdokumentation vom 9. September 2013 nicht finden. In der Folge sei eine Bursitis trochanterica und Ansatz-Tendinose am Trochanter linksseitig diagnostiziert und behandelt worden. Unter Berücksichtigung der Echtzeitdokumentation sei allenfalls von einer minimalen Prellung des linken Hüftgelenkbereichs und der Lendenwirbelsäule ohne relevante Gewalteinwirkung und ohne bildgebend objektivierbare strukturelle Veränderungen auszugehen. Die anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 2. Juli 2015 beklagte Beschwerdesymptomatik und demonstrierte Belastungsunfähigkeit des linken Beins stehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in keinem kausalen Zusammenhang mit dem angegebenen Schadenereignis, sondern beruhe ausschliesslich auf unfallunabhängigen Erkrankungen der Sehnenansätze, des Tractus iliotibialis und des peritrochantären Schleimbeutelkomplexes (Suva-act. I/42-8). Die Prellung des linken Hüftgelenks sei folgenlos ausgeheilt, der Status quo spätestens ein Jahr nach dem Schadenereignis eingetreten (Suva-act. I/42-10).

4.2.2 Dr. K.____ führt mit Bericht vom 17. November 2015 in Bezug auf die Hüftproblematik aus, dass bezüglich der Trochanterbeschwerden resp. der Bursitis das Trauma zum Zeitpunkt der Einstellung der Leistungen im Juli 2015 zwei Jahre her sei. Noch am 22. September 2014, d.h. über ein Jahr nach dem Initialtrauma, sei das Problem noch als Unfallfolge akzeptiert worden. Warum dies jetzt nicht mehr der Fall sein solle, sei nicht zu verstehen. Es handle sich wohl um eine chronifizierte posttraumatische Bursitis, die ohne Trauma sicherlich nicht entstanden wäre, zumal kontralateral auch keine Bursitis bestehe. Die Hüftproblematik sei auch aktuell noch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Traumafolge zu sehen (Suva-act. I/54-6).



4.2.3 Mit kreisärztlichem Bericht vom 4. Januar 2016 führt Dr. J.____ aus, dass ein Zeitintervall von sieben Monaten, in denen der Beschwerdeführer weder eine ärztliche Leistung wegen der von ihm erlittenen Kontusion der Lendenwirbelsäule noch des linken Hüftgelenks/Trochanter in Anspruch genommen habe, auffällig sei. Bei der persönlichen Einsichtnahme der bildgebenden Dokumente des Kernspintomogramms des Beckens vom 30. April 2014 hätten sich keine Echoalterationen dargestellt, die nach einer Zeit von sieben Monaten unter Berücksichtigung eines Zeitintervalls ohne relevante Brückensymptomatik als Spätfolge einer Kontusion dieses Bereichs interpretiert werden könnten. Vielmehr müssten die Echoalterationen, die sich im Übrigen in identischer Weise auf der Gegenseite darstellen würden, als Zeichen einer degenerativ bedingten Insertionstendinopathie der Gluteus medius- und minimus-Sehne am Trochanter angesehen werden. Ein kausaler Zusammenhang der vom Beschwerdeführer weiterhin beklagten Beschwerdesymptomatik – die eher den Symptomen einer chronischen unfallunabhängigen Insertionstendinopathie entspreche – mit dem angeschuldigten Ereignis sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen (Suva-act. I/57-3 f.).

4.2.4 Bereits initial hatte Dr. D.____ mit Arztzeugnis vom 9. September 2013 (bei Erstbehandlung am 28. August 2013) eine Kontusion der Hüfte links mit Bursitis trochanterica diagnostiziert (Suva-act. I/5). Diese Diagnose wurde durchgehend bestätigt, einerseits durch das MRI vom 30. April 2014 (Suva-act. I/15), insbesondere aber auch von Dr. J.____ im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 2. Juli 2015 (Suva-act. I/42-7). Die Bursitis trochanterica wurde unbestrittenermassen überwiegend wahrscheinlich durch den Unfall vom 16. August 2013 verursacht, war entsprechend nicht vorbestehend und bestand zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Juli 2015 weiterhin. Damit weckt die Beurteilung von Dr. J.____, dass die Hüftproblematik nicht mehr unfallkausal sei, zumindest gewisse Zweifel, welche auch mit seiner Beurteilung vom 4. Januar 2016 nicht ausgeräumt wurden. Zwar deutet die fehlende Brückensymptomatik über mehrere Monate darauf hin, dass die Beschwerden rückläufig waren, sie bestätigt aber nicht überwiegend wahrscheinlich, zumal weitere (gravierendere und daher prioritär zu behandelnde) Gesundheitsschäden hinzugekommen sind, einen Status quo sine/ante spätestens per 31. Juli 2015. In dem Sinne ist die Sache in Bezug auf die Hüftbeschwerden noch nicht spruchreif. Es sind weitere medizinische Abklärungen zu tätigen. Ergeben diese Abklärungen keinen



Status quo sine/ante, so sind die temporären Leistungen aufgrund des Hüftleidens bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen des jeweiligen Leistungsanspruchs grundsätzlich weiter zu erbringen bzw. ist bei keiner zu erwartenden namhaften Besserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG über einen allfälligen Renten- und Integritätsentschädigungsanspruch zu befinden.

4.3

4.3.1 Dr. J.____ diagnostiziert mit Bericht vom 6. Juli 2015 in Bezug auf die Ellbogenproblematik links (Unfall vom 11. Oktober 2013; vgl. vorstehende lit. B.b) eine unfallabhängige Kontusion des linken Ellbogengelenks nach direktem Anprall am Olecranon links. Unfallunabhängig seien eine chronische Epikondylopathie humeroradialis linksseitig, ein Zustand nach Stabilisierungsoperation linkes Ellbogengelenk bei Verdachtsdiagnose einer lateralen Kollateralbandläsion und funktioneller posterolateraler Instabilität Ellbogengelenk links, ein Zustand nach Ellbogenarthroskopie mit Plica-Resektion und posterolateraler Stabilisation Ellbogengelenk links und ein Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung (Suva-act. I/ 42-7). In Würdigung der Akten sei es vermutlich durch den leichten Anprall des Ellbogengelenks zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden enthesiopathischen Ansatzveränderungen der Extensoren am Epikondylus laterales und einer leichten Überdehnung der ulnaren und lateralen Kollateralbandanteile des linken Ellbogens gekommen. Im fachradiologischen Befundbericht vom 24. Februar 2014 würden keine relevanten strukturellen Läsionen, knöcherner Ödeme und Kontinuitätsunterbrechungen der Kollateralbänder beschrieben. Im Erstbehandlungsbericht vom 21. Oktober 2013 seien durch Dr. D.____ eine Druckdolenz des Epikondylus radialis linksseitig und typische klinische Zeichen einer chronischen Überlastung der Extensoren-Ansätze am Ellbogengelenk dokumentiert. Zeichen einer Traumatisierung des Ellbogengelenks mit Schürfwunden, Hämatomen, deutlicher Einschränkung der Funktionsfähigkeit (Beweglichkeit) des linken Ellbogengelenks würden im Erstbericht keine Erwähnung finden. Ebenfalls werde keine Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der vom Beschwerdeführer angegebenen Anprallstelle am Olecranon beschrieben. Die durchgeführte Stabilisationsoperation des linken Ellbogengelenks sei angesichts der klinischen und bildgebenden Befunde im Anschluss an das Schadenereignis und unter Berücksichtigung der objektifizierbaren



bildgebenden Befunde nicht nachvollziehbar und adressiere keine Folgen des Ereignisses. Die aktuell angegebene Beschwerdesymptomatik am linken Ellbogengelenk stehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in keinem kausalen Zusammenhang zum Schadenereignis vom 11. Oktober 2013, sondern beruhe ausschliesslich auf den klinischen Auswirkungen einer chronischen Epikondylopathie humeroradialis linksseitig und den Folgen der Ellbogengelenkoperation vom 26. Mai 2014 (Suva-act. I/42-8 f.). Die Prellung des linken Ellbogengelenks sei folgenlos ausgeheilt, der Status quo spätestens ein Jahr nach dem Schadenereignis eingetreten (Suva-act. I/42-10).

4.3.2 Dr. K.____ führt mit Bericht vom 17. November 2015 in Bezug auf die Ellbogenproblematik aus, dass Dr. G.____ neben der Insertionstendinopathie eine Instabilität des Gelenks und sogar eine OP-Indikation gesehen habe. Die Argumentation von Dr. J.____, dass eine Traumafolge ausgeschlossen sei, unter anderem weil im MRI über vier Monate postoperativ keine Kollateralbandläsion beschrieben werde, sei nicht haltbar, da die Bänder sechs Wochen posttraumatisch wieder vernarbt seien. Zudem beschreibe Dr. med. O.____, FMH Radiologie und FMH Nuklearmedizin, eine ödematöse Alternierung der Kollateralbänder, was zumindest auf eine Partialruptur schliessen lasse. Die Ellbogenproblematik links sei auch aktuell noch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Traumafolge zu sehen (Suva-act. I/54-6).

4.3.3 Mit kreisärztlichem Bericht vom 4. Januar 2016 führt Dr. J.____ aus, dass sowohl der erstbehandelnde Dr. D.____ als auch Dr. E.____ die vom Beschwerdeführer in der Folgezeit geäusserten Beschwerden als durch eine Kontusion ausgelöste Aktivierung einer vorbestehenden Enthesiopathie der Strecksehnenansätze im Sinne einer Epycondylopathia radialis links interpretieren würden. Es werde bei den Untersuchungen keine Instabilität des radialen oder ulnaren Kollateralbandapparates festgestellt. Auf den bildgebenden Dokumenten würden sich neben typischen tendinopathischen Verschleisserscheinungen der Strecksehnenansätze auch verschleissbedingte Veränderungen der proximalen Anteile des radialen als auch ulnaren Kollateralbandes darstellen. Die beschriebene Signalerhöhung im Sinne einer Flüssigkeitseinlagerung im Bereich der Ansätze der Kollateralbänder entspreche laut dem Radiologen und auch nach persönlicher Einsichtnahme entzündlichen Veränderungen und nicht traumatisch bedingten narbigen Verdickungen. Die von Dr.



K.____ erwähnte Interpretation einer Partialruptur sei ebenso wie die von Dr. G.____ gestellte Diagnose einer Instabilität des ulnaren Kollateralbandapparates angesichts der kernspintomographischen Befunde und der klinischen Voruntersuchung nicht nachvollziehbar. Auch wenn der Indikationsstellung zur arthroskopischen Abklärung der typischen Symptomatik einer therapieresistenten Epycondylopathia radialis noch gefolgt werden könne, sei die intraoperative Entscheidung einer Rekonstruktion des ulnaren Streckapparates angesichts des bekannten Unfallhergangs, der kernspintomographischen Befunde und auch der Voruntersuchungen durch verschiedene qualifizierte Ärzte nicht nachvollziehbar. Das (negative) Operationsergebnis unterstütze diese Aussage. Ein kausaler Zusammenhang der vom Beschwerdeführer weiterhin beklagten Ellbogensymptomatik mit dem erlittenen Anprall des Ellbogengelenks sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen (Suva-act. I/57-4 f.).

4.3.4 Dr. M.____ führt mit Bericht vom 19. September 2016 aus, dass die aktuellen Beschwerden weiterhin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise Folge der Unfälle seien. Zwar hätten in der Erstbehandlung nach dem Unfall zwei Ärzte keine Instabilität am Ellbogen links feststellen können. Dies könne aber auch noch kompensiert worden sein durch den guten Muskelmantel, der dann nach einigen Wochen schwinde und so eine Instabilität resultiere. So könne es sein, dass die Instabilität mit beginnender Partialruptur und dann vollständiger Ruptur erst später erkannt worden sei. Dr. G.____ habe die richtige Diagnose und Indikation für den Eingriff gestellt. Das MRT sei nicht zu 100% sensitiv und es könne sein, dass es sich auch ohne beschriebene Kollateralbandläsion um eine Vernarbung der Bänder handle. Die MRT-Untersuchung sei keine dynamische Untersuchung und könne bei dynamischer Veränderung keine Aussage geben (act. G 16.1).

4.3.5 Die Einwände der Dres. K.____ und M.____ in Bezug auf eine allfällig durch den Unfall erlittene Kollateralbandläsion/Instabilität schüren genügend Zweifel an der grundsätzlich umfassenden Würdigung durch Dr. J.____. Gerade die Ausführungen von Dr. M.____, dass durch einen guten Muskelmantel eine Instabilität kompensiert werden kann, leuchten ein. Auch in Bezug auf die Indikation zur Ellbogenoperation vom 26. Mai 2014 widersprechen sich die Beurteilungen von Dr. J.____ und offensichtlich die des operierenden Arztes Dr. G.____, aber auch von Dr. M.____. Es liegen damit verschiedene



gleichwertige Einschätzungen im Recht, wobei ohne weitere medizinische Abklärungen die Kausalitätsfrage nicht beantwortet werden kann. Falls sich ergeben sollte, dass die Operation nicht indiziert gewesen wäre, wäre allenfalls die Übernahme der Folgekosten gestützt auf Art. 6 Abs. 3 UVG zu prüfen. Insgesamt misslingt der Beschwerdegegnerin mit den vorhandenen medizinischen Unterlagen der rechtsgenügende Beweis, dass spätestens per 31. Juli 2015 die Unfallfolgen bezüglich des linken Ellbogens als abgeheilt zu betrachten sind. Die Sache ist noch nicht spruchreif und es sind weitere medizinische Abklärungen zu tätigen.

4.4

4.4.1 Dr. J. ___ diagnostiziert mit Bericht vom 6. Juli 2015 in Bezug auf die Schulterbeschwerden rechts (Unfall vom 26. März 2014; vgl. vorstehende lit. B.c) eine unfallabhängige Prellung des rechten Schultergelenks. Unfallunabhängig seien eine degenerative Supra- und Subscapularissehnen-Teilläsion, eine degenerativ bedingte Pulley Läsion, eine degenerativ bedingte Veränderung des oberen Gelenklippenkomplexes (Verdacht auf SLAP II-Läsion) und ein Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung (Suva-act. I/42-7). Eine Echtzeitdokumentation von Unfallfolgen des vom Beschwerdeführer angegebenen Ereignisses sei nicht aufzufinden. Erst im Sprechstundenbericht des Spitals H. ___ vom 7. Mai 2014, sieben Wochen nach dem inkriminierten Ereignis, würden die Beschwerden auf Seiten des rechten Schultergelenks erstmals erwähnt. In der Folge sei kritiklos die Diagnose „posttraumatische Schulterbeschwerden mit Verdacht auf Rotatorenmanschettenbeteiligung Schulter rechts“ in allen Berichten übernommen worden. Auf dem MRI des rechten Schultergelenks vom 13. Mai 2014 würden sich keine Anzeichen einer relevanten Gewalteinwirkung in Form von Knochenödemen des Oberarmkopfes, Flüssigkeitskolektion oder Hämatom im Bereich des das Schultergelenk umgebenden Weichteilmantels oder ein intraartikulärer Gelenkerguss finden. Es finde sich eine fortgeschrittene degenerative Verschleisserkrankung des AC-Gelenks, aktivierte AC-Gelenksarthrose und ansatznahe kleinste partielle Gewebeausdünnungen der Supra-spinatussehne im Sinne einer längerstreckigen, unfallunabhängigen Ansatz-Tendinose der Rotatorenmanschette. Weiterhin werde eine Schädigung des oberen Gelenklippenkomplexes mit Ausdehnung in den signalveränderten Bizepssehnenanker beschrieben und eine SLAP-Läsion Grad III bis



IV diagnostiziert. In einer späteren kernspintomographischen Untersuchung des rechten Schultergelenks werde diese Aussage relativiert und die Diagnose einer SLAP II-Schädigung beschrieben. Unklar sei, um welche Art einer Schädigung des Gelenklippenkomplexes es sich bei unterschiedlichen Einschätzungen der bildgebenden Dokumente handle und ob diese tatsächlich vorliege. Der vom Beschwerdeführer geschilderte Hergang mit Anpralltrauma des rechten Schultergelenks sei weder geeignet, eine Rissbildung im Bereich des Ansatzes der Supraspinatussehne noch die als Verdachtsdiagnose beschriebene Schädigung des Gelenklippenkomplexes hervorzurufen. Dieser Verletzungsmechanismus sei, und dabei bestehe uneingeschränkte Einigkeit in der Fachliteratur, nicht geeignet, die festgestellten Schäden der Sehnenmanschette und des Pulley-Komplexes hervorzurufen. Schädigungen in der Rotatorenmanschette und des Pulley-Komplexes seien mit zunehmendem Alter häufige Folge von Abnutzungserscheinungen und könnten ohne ursächliches Unfallereignis vorkommen (Suva-act. I/42-9 f.). Die Prellung des rechten Schultergelenks sei folgenlos ausgeheilt, der Status quo spätestens ein Jahr nach dem Schadenereignis eingetreten (Suva-act. I/42-10).

4.4.2 Dr. K.____ führt mit Bericht vom 17. November 2015 aus, dass auch die Schulterproblematik rechts weiterhin überwiegend wahrscheinlich eine kausale Unfallfolge sei. Es bestehe nach wie vor eine doch um zehn Grad reduzierte Innenrotationsfähigkeit, welche entweder konstitutionell oder eben eine Traumafolge, z.B. im Sinne einer Kapselreaktion, sei. Gemäss MRI würden sicherlich alters- und belastungsentsprechende Veränderungen bestehen. Andererseits werde auch eine mögliche ventrale Kapselruptur als mögliche Traumafolge beschrieben, zudem eine aktivierte AC-Gelenksarthrose und eine Bursitis subacromialis mit Tendinose resp. intratendinösen Rissen der Supraspinatussehne. Zudem werde eine SLAP II-Läsion beschrieben. Entgegen der Beurteilung durch Dr. J.____ könnten all diese Schäden sehr wohl zumindest traumatisch aktiviert und chronifiziert sein. Inwiefern hier ein Status quo ante nach gut einem Jahr vorliege, sei ebenfalls schwierig zu beurteilen. Jedenfalls habe der Beschwerdeführer bis zu dem Unfall vom 26. März 2014 mit der Schulter körperlich und angeblich beschwerdefrei gearbeitet. Auch die Schulterbeschwerden rechts seien aktuell als Traumafolge zu sehen, jedoch mit deutlichen degenerativen Vorschädigungen, sodass nach ein bis zwei Jahren von einem Status quo ausgegangen werden könne (Suva-act. I/42-6).



4.4.3 Mit kreisärztlichem Bericht vom 4. Januar 2016 führt Dr. J.____ aus, dass das zwölf Tage nach dem Unfallereignis erstellte MRI des rechten Schultergelenks keine Echoalterationen darstellen würde, die für eine relevante Traumatisierung des rechten Schultergelenks sprechen würden. Es würden sich weder Flüssigkeitskolektionen, Knochenödeme, ein intraartikulärer Gelenkerguss, Signalerhöhungen im Bereich der das Schultergelenk umgebenden Weichteile noch anderweitige unfallspezifische Veränderungen, die den vom Beschwerdeführer geschilderten Unfallhergang bestätigten, finden. Die Echoerhöhungen des AC-Gelenks seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einem aktiven Zustand einer vorbestehenden Verschleisserkrankung (Arthrose) zuzuordnen und stünden nicht im Zusammenhang mit dem inkriminierten Ereignis, da sich kollaterale Veränderungen des das Schultergelenk umgebenden Weichteilmantels nicht darstellen würden. Aufgrund der bildgebenden Befunde sei allenfalls von einer minimsten Prellung des rechten Schultergelenks auszugehen. Es werde auf die gängige Literatur verwiesen, wonach Verletzungen der Rotatorenmanschette, des Pulley-Apparates und eine Schädigung des oberen Gelenklippenkomplexes (SLAP) als Folge eines Anpralls einhellig ausgeschlossen würden. Ein kausaler Zusammenhang der vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerdesymptomatik des rechten Schultergelenks mit dem behaupteten Unfallereignis vom 26. März 2014 sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen (Suva-act. I/57-5).

4.4.4 Die Beurteilungen von Dr. K.____ und Dr. J.____ variieren hinsichtlich des Status quo sine/ante nur insoweit, als Dr. J.____ diesen spätestens per 31. Juli 2015 annimmt, Dr. K.____ dagegen von einem solchen ein oder zwei Jahre nach dem Unfallereignis vom 26. März 2014 ausgeht. Dr. J.____ legt seiner Beurteilung ein Anpralltrauma des rechten Schultergelenks und als Diagnose eine Prellung zugrunde (Suva-act. I/47-7, 9). Bei diesem Unfallhergang erscheinen die Einschätzungen von Dr. J.____ schlüssig und nachvollziehbar in dem Sinne, als das Anpralltrauma nicht geeignet ist, die kernspintomographisch objektivierten Schädigungen der Rotatorenmanschette und des Pulley-Komplexes zu verursachen. Der Unfallhergang, wie er in der Schadenmeldung UVG beschrieben ist (Suva-act. III/1), wurde vom Beschwerdeführer indes anlässlich einer Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 3. September 2014 präzisiert (Suva-act. III/14-2; vgl. vorstehende lit. B.c). Jener Unfallmechanismus (mit Anprall am rechten Ellbogen und Zwick in der rechten Schulter), welcher zum



damaligen Zeitpunkt erstmals präzise erfragt wurde, erscheint glaubhaft – weil detailliert und nachvollziehbar – und wurde von Dr. J.____ nicht in seine Beurteilung einbezogen, womit es an einer umfassenden Würdigung fehlt. Weiter fällt auf, dass Dr. J.____ bei seiner Beurteilung vom 4. Januar 2016, die Schulterproblematik betreffend, in zeitlicher Hinsicht und nicht irrelevant ungenau ist. Er spricht von zeitnahen, zwölf Tage nach dem Unfallereignis erstellten, kernspintomographischen Bildern, auf welchen sich keinerlei Echoalterationen dargestellt hätten, die für eine relevante Traumatisierung sprechen würden (Suva-act. I/57-5). Zwölf Tage nach dem Unfallereignis wurde kein MRI erstellt. Das erste MRI der Schulter rechts datiert vom 13. Mai 2014 (Suva-act. Suva-act. I/42-4), über sechs Wochen nach dem Unfallereignis vom 26. März 2014, das zweite vom 7. April 2015 (Suva-act. II/107-3). Offensichtlich verwechselte Dr. J.____ die Jahre 2014 und 2015, nachdem er im vorgenannten Bericht als Unfalldatum einmal den 26. März 2015 erwähnt (Suva-act. I/57-5) und das zweite MRI genau zwölf Tage nach diesem Datum, am 7. April 2015, durchgeführt wurde. Insgesamt bestehen damit auch in Bezug auf die Schulterproblematik rechts Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilungen durch Dr. J.____, weshalb der (medizinische) Sachverhalt auch in diesem Punkt nicht spruchreif ist und weitere Abklärungen zu tätigen sind.

5.

5.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Aufgrund der bereits im Recht liegenden unterschiedlichen medizinischen Beurteilungen drängt sich eine externe, zumindest orthopädische Begutachtung auf.

5.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Hingegen hat der obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung gegenüber der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, diese ermessensweise – wie in vergleichbar aufwändigen Fällen üblich – auf pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen.

Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 25. Mai 2016 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

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