



Fall-Nr.: UV 2017/25
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 16.08.2018
Entscheiddatum: 16.08.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 16.08.2018

Art. 6 UVG: Kausalitätsbeurteilung linksseitiger Rotatorenmanschettenrupturen. Die für die Kausalitätsbeurteilung massgebenden Kriterien - Unfallbeschreibung, echtzeitliche Unfalldiagnose und Befunde, zeitlicher Ablauf - sprechen im konkreten Fall für eine Unfallbeteiligung der linken Schulter bzw. für eine traumatische Verursachung der Rotatorenmanschettenrupturen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. August 2018, UV 2017/25). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_651/2018.

Entscheid vom 16. August 2018

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin

Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2017/25

Parteien

A.____,



Beschwerdeführer,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Postautochauffeur bei der B.____ AG tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 20. November 2015 meldete die Arbeitgeberin einen Sturz des Versicherten von der Treppe vom 13. November 2015 mit Platzwunde am Schädel und Quetschung der rechten Schulter (Suva-act. 1). Eine Erstbehandlung hatte am Unfalltag bei Dr. med. C.____, Innere Medizin FMH, stattgefunden, der nach einer Röntgenuntersuchung der rechten Schulter und des linken Handgelenks einen Status nach Stolpersturz diagnostiziert und den Versicherten ab 23. (richtig wohl: 13.) November 2015 arbeitsunfähig geschrieben hatte (Suva-act. 6). Mit Schreiben vom 23. November 2015 sicherte die Suva dem Versicherten die Vergütung der Heilbehandlungskosten sowie die Entrichtung von Taggeldern zu (Suva-act. 3).

A.b Am 24. Dezember 2015 ersuchte das Kantonsspital St. Gallen (nachfolgend: KSSG) die Suva um Kostengutsprache für eine Hospitalisation des Versicherten zur Behandlung einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur (Supraspinatus transmural, Subscapularis transmural) rechts (Suva-act. 10, 15, 49). Nach Erteilung der Kostengutsprache (Suva-act. 17) führte Dr. med. D.____, Klinik für Orthopädische



Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am KSSG, beim Versicherten am 11. Januar 2016 eine Schulterarthroskopie rechts mit Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion (Subscapularis, Supraspinatus) und Bizepsstenotomie durch (Suva-act. 19 f.). Dem Versicherten wurde weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (Suva-act. 26 f., 29, 31, 56).

A.c Anlässlich einer Befragung vom 7. März 2016 durch die Suva beschrieb der Versicherte Beschwerden an der linken Schulter (Suva-act. 22). Schulterbeschwerden links wurden weiter auch von Dr. D.____ in einem Bericht vom 8. April 2016 über eine Untersuchung vom 7. April 2016 festgehalten (Suva-act. 31). Mit Bericht vom 8. Juli 2016 über eine klinische Untersuchung vom 7. Juli 2016 sowie eine am selben Tag durchgeführte röntgenologische Untersuchungen beider Schultern (Suva-act. 52 f.) stellte Dr. D.____ die Diagnosen Status nach Schulterarthroskopie mit Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion (Subscapularis und Supraspinatus) Schulter rechts am 11. Januar 2016 und subacromiales Impingement Schulter links (Suva-act. 36). Dem Versicherten wurde eine Physiotherapieverordnung zur Behandlung beider Schultern ausgestellt (Suva-act. 38). Am 14. September 2016 wurde die Physiotherapieverordnung erneuert (Suva-act. 43). Am 15. November 2016 wurde in der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des KSSG eine MRI-Untersuchung des linken Schultergelenks durchgeführt, welche eine ansatznahe transmurale Ruptur der Subscapularissehne mit Retraktion des Sehnenstumpfes auf Höhe des Glenoids, eine transmurale und kurzstreckige interstitielle ansatznahe Ruptur der Supraspinatussehne im ventralen Anteil sowie eine ausgeprägte Teilruptur der langen Bizepssehne mit SLAP-Läsion Typ II vom anterioren Subtyp zeigte (Suva-act. 54). Gestützt auf das radiologische Untersuchungsergebnis erklärte Dr. D.____ am 15. November 2016 eine Schulterarthroskopie links mit Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion und Bizepsstenotomie als indiziert (Suva-act. 44). Mit Schreiben vom 18. November 2016 lehnte die Suva gegenüber dem Versicherten ihre Leistungspflicht für die Schulterbeschwerden links mangels eines sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs zum Ereignis vom 13. November 2015 ab (Suva-act. 46). Nachdem der Versicherte am 29. November 2016 um nochmalige Überprüfung der Leistungsablehnung ersucht (Suva-act. 47) und das KSSG am 3. Dezember 2016 ein Gesuch um Kostengutsprache für eine Hospitalisation des Versicherten mit Behandlung einer Rotatorenmanschettenruptur links eingereicht hatte (Suva-act. 50),



St.Galler Gerichte

legte die Suva den Schadenfall ihrer Kreisärztin, med. pract. E.____, Fachärztin für Chirurgie, vor. Diese verneinte in einer Kurzbeurteilung vom 16. Dezember 2016 einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang der Schulterbeschwerden links inklusive Operation mit dem "inkriminierten" Ereignis (Suva-act. 48). Inzwischen hatte die Suva den Versicherten am 12. Dezember 2016 ausserdem zum Unfallhergang befragt (Suva-act. 56).

A.d Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung hielt die Suva mit Verfügung vom 16. Dezember 2016 an ihrer Leistungsablehnung betreffend der Schulterbeschwerden links fest (Suva-act. 57).

B.

B.a Eine gegen diese Verfügung erhobene Einsprache des Versicherten ging der Suva am 19. Dezember 2016 zu (Suva-act. 59).

B.b Gleichentags führte Dr. D.____ beim Versicherten eine Schulterarthroskopie links mit Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion (Subscapularis, Supraspinatus) durch (Suva-act. 62, 73).

B.c Nach Einholung einer Beurteilung ihrer Kreisärztin med. pract. E.____ (Suva-act. 61, 63) lehnte die Suva die am 19. Dezember 2016 bei ihr eingegangene Einsprache mit Einspracheentscheid vom 7. März 2017 ab (Suva-act. 66).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) mit Eingabe vom 5. April 2017 Widerspruch (richtig: Beschwerde) und beantragte sinngemäss, der Entscheid sei aufzuheben und es seien für seine linksseitigen Schulterbeschwerden inklusive Operation die gesetzlichen Leistungen zu erbringen (act. G 1). Zusammen mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. D.____ vom 17. März 2017 über die Nachkontrolle vom 16. März 2017 ein, worin sich dieser auch zur Kausalität zwischen der linksseitigen Schulterproblematik und dem Unfall vom 13. November 2015 äusserte (act. G 1.2).



St.Galler Gerichte

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 19. Mai 2017 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) Abweisung der Beschwerde (act. G 3). Sie stützte sich dabei unter anderem auf eine von Dr. med. F.____, Facharzt Chirurgie und Unfallchirurgie, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, am 16. Mai 2017 erstellte chirurgische Beurteilung (Suva-act. 75).

C.c Der Beschwerdeführer verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G 4 f.).

C.d Mit Schreiben vom 2. Juli 2018 ersuchte das Versicherungsgericht Dr. C.____ um Einreichung der von ihm im Nachgang zum Unfall vom 13. November 2015 notierten Krankengeschichte inklusive Behandlungseinträge und wies den Arzt darauf hin, dass seine Angaben im Arztzeugnis UVG vom 25. November 2015 (Suva-act. 6) nicht eindeutig seien. Zur Klärung des Sachverhalts wurde Dr. C.____ deshalb gefragt, ob er die linke Schulter des Beschwerdeführers anlässlich der Erstbehandlung vom 13. November 2015 untersucht habe; falls ja, welche Untersuchungen er konkret durchgeführt habe und zu welchen Ergebnissen diese geführt hätten (act. G 8). Am 6. Juli 2018 reichte Dr. C.____ die gewünschten Unterlagen ein und nahm zu den ihm gestellten Fragen Stellung (act. G 9, G 9.1).

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 Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2015 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.



2.1 Der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung setzt zunächst einen Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) voraus. Als solcher gilt eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Als weitere Voraussetzung der Leistungspflicht des Unfallversicherers ist sodann die natürliche und adäquate Kausalität zwischen dem Unfall und der festgestellten Gesundheitsschädigung verlangt (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; 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 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; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a).

2.2 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 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, BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). 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). Auch ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Kreisärztin med. pract. E.____ und von Dr. F.____ erstellt wurden, sind nicht an sich unzuverlässig, 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).

2.3 Der im Sozialversicherungsprozess herrschende Untersuchungsgrundsatz (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 183 f. E. 3.2) schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen aber eine Beweislast insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Wird also auf dem Wege der Beweiserhebung das Vorliegen eines (leistungsbegründenden) natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall nicht wenigstens mit Wahrscheinlichkeit erstellt - die blosser Möglichkeit genügt nicht - so hat dieses als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten der den Anspruch erhebenden Person auswirkt (BGE 129 V 177 E. 3.1, 117 V 360 E. 4a, je mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b, 119 Nr. U 86 S. 50; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f.; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4).

3.

3.1 Vorliegend liess die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt zunächst durch ihre Kreisärztin med. pract. E.____ prüfen (Kurzbeurteilung vom 16. Dezember 2016; Suva-act. 48) und verneinte ihre Leistungspflicht mit Verfügung vom gleichen Tag (Suva-act. 57) bzw. angefochtenem Einspracheentscheid vom 7. März 2017 (Suva-act. 66) gestützt auf die neuerliche Beurteilung der Kreisärztin vom 13. Februar 2017 (Suva-act. 63). Erst nach Beschwerdeerhebung, d.h. zusammen mit der Beschwerdeantwort vom 19. Mai 2017 (act. G 3), reichte sie die chirurgische



Beurteilung von Dr. F.____ vom 16. Mai 2017 (Suva-act. 75) zu der ihm gestellten Kausalitätsfrage ein. Es ist deshalb zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit diesem Vorgehen das Prinzip des Devolutiveffekts verletzt hat.

3.2 Als ordentlichem Rechtsmittel kommt der Beschwerde nach Art. 56 ATSG Devolutiveffekt zu. Eingeschränkt wird jedoch der Devolutiveffekt durch Art. 53 Abs. 3 ATSG, welcher bestimmt, der Versicherungsträger könne eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen den Beschwerde erhoben wurde, so lange wiederwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt. Die formgültige Beschwerdeerhebung begründet die alleinige Zuständigkeit des kantonalen Versicherungsgerichts, über das in der angefochtenen Verfügung bzw. im angefochtenen Entscheid geregelte Rechtsverhältnis zu entscheiden. Somit verliert die Verwaltung die Herrschaft über den Streitgegenstand, und zwar insbesondere auch in Bezug auf die tatsächlichen Verfügungs- und Entscheidungsgrundlagen. Die Beschwerdeinstanz hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen zu ermitteln und ist nicht an die Begehren der Parteien gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG). Folgerichtig ist es der Verwaltung grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung des Rechtsmittels weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen, soweit sie den Streitgegenstand betreffen und auf eine allfällige Änderung der angefochtenen Verfügung durch Erlass einer neuen abzielen. Die gegenteilige Auffassung hat eine Vermengung von Verwaltungs- und erstinstanzlichem Beschwerdeverfahren zur Folge. Es bliebe diesfalls unklar, welchen beweisrechtlichen Regeln die pendente lite durch die Verwaltung angeordneten Abklärungsmassnahmen unterworfen sind und überhaupt, wie sich die Rechtsstellung der versicherten Person im Verfahren bestimmt. Eine solche Prozessgestaltung weckt auch deswegen Bedenken, weil damit allfällige Versäumnisse der Verwaltung bezüglich ihres gesetzlichen Abklärungsauftrags korrigiert würden und dem Rechtsmittelverfahren im Ergebnis eine Ersatzfunktion für die administrative Untersuchungspflicht überbunden würde (vgl. BGE 136 V 5 E. 2.5, 127 V 231 f. E. 2b/aa mit Hinweisen).

3.3 Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht sollte gemäss Art. 61 lit. a ATSG einfach und rasch sein. Die anzustrebende Raschheit des Verfahrens schliesst es aus, dass die Verwaltung während des kantonalen Verfahrens umfangreiche und zeitraubende Zusatzabklärungen tätigt. Aufgrund der gebotenen Einfachheit des



Prozesses kann der Versicherungsträger im Weiteren rechtsprechungsgemäss keine Abklärungsmassnahmen treffen, welche der Mitwirkung der versicherten Person bedürften. Erlaubt sind der Verwaltung demgegenüber in aller Regel punktuelle Abklärungen (wie das Einholen von Bestätigungen, Bescheinigungen oder auch Rückfragen bei medizinischen Fachpersonen oder anderen Auskunftspersonen). Wegleitende Gesichtspunkte für die Beantwortung der Frage, was im kantonalen Verfahren noch zulässiges Verwaltungshandeln darstellt, bilden die inhaltliche Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung und die zeitliche Intensität allfälliger weiterer Abklärungsmassnahmen (BGE 136 V 6 E. 2.7 mit Hinweisen auf BGE 127 V 231 ff. E. 2b/aa und bb).

3.4 Bei der 9-seitigen chirurgischen Beurteilung von Dr. F.____ handelt es sich zwar um eine umfassende und umfangreiche Stellungnahme (Suva-act. 75). Die Beschwerdegegnerin hat jedoch den massgeblichen medizinischen Sachverhalt bereits vor Erlass ihrer Verfügung und des angefochtenen Einspracheentscheids durch ihre Kreisärztin med. pract. E.____ abklären lassen, deren Stellungnahme vom 13. Februar 2017 (Suva-act. 63) mit umfassender Anamnese und ärztlicher Beurteilung ebenfalls als ausführlich bezeichnet werden kann. Der Beschwerdegegnerin kann damit nicht vorgeworfen werden, sie habe die notwendigen Abklärungsmassnahmen in ein späteres Verfahren verschoben. Die interne versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung durch Dr. F.____ wurde sodann ohne Mitwirkung des Beschwerdeführers erstellt und hat keine namhafte zeitliche Verzögerung des Beschwerdeverfahrens verursacht. Im Übrigen hat der Beschwerdeführer mit der Beschwerde einen neuen Bericht von Dr. D.____ vom 17. März 2017 über eine Nachkontrolle vom 16. März 2017 (act. G 1.2) vorgelegt. Dieser beinhaltete eine Beurteilung der Kausalitätsfrage der linksseitigen Schulterproblematik, was wiederum eine versicherungsinterne ärztliche Überprüfung durch die Beschwerdegegnerin als sachgerecht erscheinen lässt. Die Einholung der fraglichen Beurteilung war mithin zulässig (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2014, 8C_284/2014, E. 5.5, und 15. Januar 2014, 8C_410/2013, E. 5). Die Aktenbeurteilung von Dr. F.____ wurde dem Beschwerdeführer zusammen mit der Beschwerdeantwort der Beschwerdegegnerin zugestellt und er konnte sich im Rahmen der Replik dazu äussern, weshalb auch nicht von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs ausgegangen werden kann. Ausserdem wurde eine Verletzung des Devolutiveffekts vom



Beschwerdeführer nicht gerügt. So ist die chirurgische Beurteilung von Dr. F.____ vom 16. Mai 2017 im vorliegenden Beschwerdeverfahren zu berücksichtigen, was auch aus verfahrensökonomischen Gründen als gerechtfertigt erscheint.

4.

Streitig und zu prüfen ist, ob zwischen den Beschwerden in der linken Schulter des Beschwerdeführers bzw. der arthroskopischen Behandlung seiner Rotatorenmanschettenruptur links (Subscapularis transmural, Supraspinatus transmural) vom 19. Dezember 2016 (Suva-act. 73) und seinem Unfall vom 13. November 2015 ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Rotatorenmanschetten können als Folge eines Traumas ein- oder abreißen, sind aber häufig degenerativer Natur (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 412, 628, 724 f., 728 ff.; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1681; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch 2017, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 1576, 1646). Während die Beschwerdegegnerin insbesondere gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von med. pract. E.____ vom 13. Februar 2017 (Suva-act. 63) und die chirurgische Beurteilung von Dr. F.____ vom 16. Mai 2017 (Suva-act. 75) davon ausgeht, eine Unfallkausalität der Rotatorenmanschettenruptur links sei nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, der Unfall habe für die fragliche Schulterproblematik mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine kausale Rolle gespielt. Zur Unterstreichung seiner Auffassung reichte er den bereits erwähnten Bericht von Dr. D.____ vom 17. März 2017 über eine Nachkontrolle vom 16. März 2017 ein (act. G 1.2). Nachfolgend ist damit zu entscheiden, von welcher Kausalität (Krankheits- oder Unfallkausalität) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszugehen ist.

5.

Der Beschwerdeführer hat am 13. November 2015 unstreitig einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG erlitten, indem er auf einer Treppe gestürzt ist und sich dabei anerkanntermassen eine Rotatorenmanschettenruptur rechts sowie eine Rissquetschwunde supraorbital rechts zugezogen hat (vgl. Suva-act. 6, 15; RUMO-



JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 40; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 176). Die Beschwerdegegnerin hat die entsprechenden Heilbehandlungskosten übernommen und für die daraus resultierten Arbeitsunfähigkeiten Taggelder ausgerichtet (vgl. Suva-act. 3, 16 f.). Im vorliegenden Beschwerdeverfahren ist jedoch eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Beschwerden des Beschwerdeführers an der linken Schulter streitig. Es erscheint offensichtlich, dass in der Regel nur ein vom Unfall betroffener Körperteil eine unfallbedingte Verletzung mit nachfolgenden Beschwerden zeitigen kann. Zu prüfen ist damit, ob respektive inwieweit vom Sturz auf der Treppe auch die linke Schulter tangiert worden ist. Eine Unfallbeteiligung der linken Schulter wäre etwa zu bejahen, wenn der Beschwerdeführer auch mit der linken Schulter auf dem Boden aufgeschlagen oder es beim Unfall zu einer indirekten Gewalteinwirkung auf seine linke Schulter gekommen wäre. Eine Verletzung führt sodann regelmässig zu Schmerzen, welche unmittelbar im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah auch im entsprechenden Umfang wahrgenommen und im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung diagnostiziert werden. Insofern bilden der Unfallmechanismus, die Unfalldiagnose bzw. die echtzeitlich erhobenen Befunde, die subjektiv geltend gemachten Beschwerden und folgerichtig der zeitliche Ablauf massgebende Kriterien für die Beurteilung der Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung.

6.

6.1 Med. pract. E.____ wertet in der Beurteilung vom 13. Februar 2017 (Suva-act. 63) den zeitlichen Ablauf im konkreten Fall als Anhaltspunkt gegen eine Unfallkausalität und geht, wie gesagt, von einer degenerativen Verursachung der Rotatorenmanschettenruptur aus. Sowohl die Schadenmeldung UVG vom 20. November 2015 (Suva-act. 1), das Arzzeugnis UVG von Dr. C.____ vom 25. November 2015 (Suva-act. 6) als auch der erste Untersuchungsbericht von Dr. D.____ vom 23. Dezember 2015 (Suva-act. 15) befassten sich nur mit der rechten Schulter. Die linke Schulter werde weder als beschwerdehaft noch als untersucht angeführt. In der Folge sei dann auch die rechte Schulter operativ angegangen worden. Erstmalig Erwähnung finde die linke Schulter im Sprechstundenbericht von Dr. D.____ vom 8. April 2016 (Suva-act. 31). Untersucht worden sei die linke Schulter dort nicht. Es sei aber festgehalten worden, dass bei der nächsten Kontrolle - betreffend die rechte Schulter



in drei Monaten - auch die linke Schulter untersucht werden solle, vorrangig mit einer MRI- und einer Röntgenuntersuchung.

6.2

6.2.1 Aus den im Rahmen der Abklärungen des Versicherungsgerichts von Dr. C.____ eingegangenen Unterlagen (act. G 9, vgl. auch act. G 8) lässt sich schliessen, dass med. pract. E.____ das Arztzeugnis UVG von Dr. C.____, auf welchem ihre Darstellung des zeitlichen Ablaufs schwergewichtig aufbaut, insofern falsch interpretiert, als sie den Vermerk "Schmerzen links" unter der Rubrik "Angaben des Patienten" (Suva-act. 6, Ziff. 2) nur auf das Handgelenk und nicht auch auf die linke Schulter bezieht. Dr. C.____ klärte mit Schreiben vom 6. Juli 2018 auf, soweit er sich erinnern könne, habe der Beschwerdeführer anlässlich der Erstbehandlung vom 13. November 2015 auch Schmerzen in der linken Schulter angegeben. Weil jedoch die Schmerzen in der rechten Schulter sowie im linken Handgelenk im Vordergrund gestanden hätten, sei er in der körperlichen Untersuchung auf diese eingegangen (act. G 9). Mit den echtzeitlich dokumentierten Schulterbeschwerden links ist - wie bezüglich der rechten Schulter und dem linken Handgelenk unangefochten angenommen - auch ein massgebender Hinweis für eine direkte oder indirekte Beteiligung der linken Schulter gegeben.

6.2.2 Vor diesem Hintergrund überzeugt nun aber auch die von med. pract. E.____ festgestellte bzw. hervorgehobene Verzerrung der vom Beschwerdeführer anlässlich der Befragung vom 12. Dezember 2016 (Suva-act. 56) durch die Beschwerdegegnerin angegebenen zeitlichen Abläufe nicht. Der Beschwerdeführer hatte angesichts des in Erwägung 6.2.1 Gesagten bei der Befragung wahrheitsgetreu angegeben, er habe nach dem Sturz Schmerzen in beiden Schultergelenken gehabt. Die rechte Schulter habe er nicht mehr bewegen können. Auch links sei die Beweglichkeit eingeschränkt gewesen. Er sei sofort zu seinem Hausarzt Dr. C.____ gegangen, der nur die rechte Schulter geröntgt habe. Dieser hat denn auch in seinem Schreiben vom 6. Juli 2018 bestätigt, am 13. November 2015 die linke Schulter nicht untersucht zu haben (act. G 9). Irrelevant ist demnach, dass die weitere Aussage des Beschwerdeführers (Suva-act. 56) - Dr. C.____ habe einen Krafttest von beiden Schultern gemacht, welcher ergeben habe, dass er in der linken Schulter weniger Kraft gehabt habe als in der rechten Schulter - nicht nachvollziehbar ist und auch nicht mehr bewiesen bzw. ergründet



werden kann. Der Aussage sollte jedoch ohnehin kein allzu grosses Gewicht beigemessen werden, weil der Beschwerdeführer ohne weiteres auch rechts und links verwechselt haben könnte. Im Einklang mit den Akten steht sodann wieder die Aussage des Beschwerdeführers, man habe sich dann entschieden, vorerst nur die rechte Schulter zu behandeln. Zwar erstaunt es, dass der Beschwerdeführer angeblich Dr. C.____ mehrmals darauf hingewiesen haben soll, in der linken Schulter unter starken Schmerzen zu leiden, und dieser trotzdem nie entsprechende Untersuchungen veranlasste. An der grundsätzlichen Richtigkeit der Sachverhaltsschilderung vermag dies indessen nichts zu ändern. Nachvollziehbar erscheint zumindest allgemein, dass traumatisch beeinträchtigte paarige Körperteile nicht gleichzeitig operativ behandelt werden und die Therapie der Verletzung am dominanten Arm vorgezogen wird. Stimmig erscheint die Darstellung des Beschwerdeführers vor allem auch angesichts der Ausführungen von Dr. D.____ im Untersuchungsbericht vom 8. April 2016, worin dieser eine erneute klinische Verlaufskontrolle der rechten Schulter in drei Monaten ankündigte, hier bei Beschwerden auch an der linken Schulter. Vorrangig seien eine MRI- sowie eine Röntgenuntersuchung der linken Schulter durchzuführen, welche in der nächsten Kontrolle besprochen würden (Suva-act. 31). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer bereits bei der Befragung durch die Beschwerdegegnerin vom 7. März 2016, d.h. vor derjenigen vom 12. Dezember 2016 und vor der Berichterstattung durch Dr. D.____ vom 8. April 2016, erzählt hatte, in beiden Schultern Probleme zu haben. Der Hausarzt habe jedoch gesagt, dass man die linke Schulter erst anschauen, wenn die rechte Schulter besser sei (Suva-act. 22). Diese Schilderung entspricht denn auch genau den Untersuchungsergebnissen von Dr. D.____ vom 7. April 2016. Drei Monate nach der Arthroskopie der rechten Schulter stellte dieser einen zeitgerechten postoperativen Verlauf fest, mit dem auch der Beschwerdeführer zufrieden war. Schmerzen hatte der Beschwerdeführer nur bei forcierter Mobilisation der rechten Schulter und unter intensiver Physiotherapie hatte eine zufriedenstellende Beweglichkeit erreicht werden können. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde nun konkret das weitere Vorgehen bezüglich der linken Schulter geplant (Suva-act. 31). Eine Gesamtbetrachtung im Sinne der vorangegangenen Erwägungen drängt damit - entgegen der Auffassung von med. pract. E.____ - den Schluss auf, dass der Beschwerdeführer die zeitlichen Abläufe richtig dargestellt hat.



6.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beurteilung von med. pract. E.____ vom 13. Februar 2017 (Suva-act. 63) auf zwei Begründungen basiert, denen die Aussagekraft abzuspochen ist. So sind den Akten verschiedene Hinweise zu entnehmen, welche gemeinsam die Schlussfolgerung stützen, dass im Zeitpunkt der Erstbehandlung am Unfalltag durch Dr. C.____ auch linksseitig eine Schulterproblematik vorgelegen hat und zudem nicht von einer zusammenhanglosen erstmaligen Erwähnung der linken Schulter im Besprechungsprotokoll der Beschwerdegegnerin vom 12. Dezember 2016 gesprochen werden kann. Der Nachweis von Brückensymptomen ist insbesondere mit der Erläuterung des Arztzeugnisses UVG vom 25. November 2015 (Suva-act. 6) durch Dr. C.____ im Schreiben vom 6. Juli 2018 (act. G 9; vgl. Erwägung 6.2.1) und mit den Angaben von Dr. D.____ im Untersuchungsbericht vom 8. April 2016 (Suva-act. 31; vgl. Erwägung 6.2.2) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbracht. Entsprechend kommt Dr. D.____ in seinem Bericht vom 17. März 2017 (act. G 1.2) überzeugend zum Schluss, er sehe die linksseitige Rotatorenmanschettenruptur nach Zusammenschau der Befunde im Zusammenhang mit dem Unfall vom 13. November 2015. Er bestätigte nochmals, dass die rechtsseitigen Schulterbeschwerden nach dem Sturz für den Beschwerdeführer deutlich im Vordergrund gestanden hätten; nach der Verbesserung der Situation an der rechten Schulter mittels Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion hätten dann die Beschwerden auf der linken Seite im Vordergrund gestanden.

7.

Die von Dr. F.____ in seiner chirurgischen Beurteilung vom 16. Mai 2017 vorgetragene Argumente gegen eine überwiegend wahrscheinlich durch den Unfall vom 13. November 2015 verursachte linksseitige Schulterproblematik sind ebenso wenig stichhaltig (Suva-act. 75).

7.1 Dr. F.____ geht zunächst wegweisend davon aus, der Sturz des Beschwerdeführers vom 13. November 2015 sei nur zur rechten Seite hin erfolgt, wofür allerdings der überwiegend wahrscheinliche Beweis nicht erbracht ist. Zwar erhob Dr. C.____ anlässlich seiner klinischen Erstuntersuchung vom 13. November 2015 (Suva-act. 6) - wie von Dr. F.____ angeführt - die Befunde einer Prellmarke der rechten Schulter und einer Riss-/Quetschwunde an der rechten Stirnseite. Allerdings nehmen auch Dr. F.____



und die Beschwerdegegnerin an, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Erstbehandlung durch Dr. C.____ vom 13. November 2015 ebenso unter massgebenden Handgelenksschmerzen links litt, derentwegen Dr. C.____ eine röntgenologische Untersuchung durchführte (Suva-act. 6, act. G6). Allgemein ist zudem einzuräumen, dass ein plötzlich und unerwartet eintretendes bzw. sich schnell abspielendes Geschehen, wie ein Sturz auf einer Treppe, nicht immer in sämtlichen Einzelheiten wahrgenommen wird, womit die Aussage des Beschwerdeführers anlässlich der Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 12. Dezember 2016 (Suva-act. 56), er könne nicht mehr sagen, ob er mehr auf die linke oder rechte Seite gefallen sei, wenig erstaunt. Immerhin glaubt er sich daran zu erinnern, dass er auf beide Hände gefallen sei und dabei die Arme ausgestreckt habe. Jedenfalls ist damit generell eine linkskörperseitige Unfallbeteiligung nicht von der Hand zu weisen, was seine Bestätigung in den vorgenannten, echtzeitlich erhobenen Handgelenksschmerzen links findet. Hinzu kommt, dass eine Abstütztraumatisierung bei einem Treppensturz ohne Weiteres vorstellbar erscheint und damit gerade ein laut medizinischer Literatur geeigneter und typischer Verletzungsmechanismus für eine indirekt traumatisch verursachte Schädigung der Rotatorenmanschette vorliegt (vgl. dazu <https://gelenklinik.de/orthopaedische-erkrankung/schulter/ruptur-rotatorenman-schette.html>; <http://orthopaedie-unfallchirurgie.universimed.com/artikel/die-rotatorenman-schetteruptur-verletzung>; <http://www.orthozentrum.ch/de/Schulter-Ellbogen-Hand/Rotato-renmanschetteruptur-und-Impingement>; <http://www.orthozentrum.ch/de/Schulter-Ellbo-gen-Hand/Rotatorenmanschetteruptur-und-Impingementsyndrom>), alle abgerufen am 6. August 2018).

7.2 Angesichts des Gesagten überzeugt auch die weitere Schlussfolgerung von Dr. F.____ - die echtzeitlich erhobenen Befunde würden dagegen sprechen, dass sich der Beschwerdeführer mit den Händen noch vor dem Aufprall ausreichend habe abstützen können, denn die Energie des Aufpralls sei erst beim Kontakt zwischen der Schulter rechts und der rechten Stirnseite "vernichtet" worden und habe so zu den beschriebenen Verletzungen geführt - nicht (Suva-act. 75). Wie dargelegt, kann eine Unfallbeteiligung des linken Arms nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Der weitere Hinweis von Dr. F.____ - die fehlende Dokumentation äusserer Verletzungszeichen (keine Schwellung, keine Prellmarke) spreche gegen die Einleitung einer relevanten schädigenden Kraft in den



linken Arm - vermag sodann allein nicht zu überzeugen. So erscheinen Handgelenksschmerzen als klinische Symptomatik nach einem Abfangen mit der Hand grundsätzlich als eine nachvollziehbare Verletzungsfolge und weisen auf eine Kraftereinwirkung auf das Handgelenk hin.

7.3 Im Rahmen der MRI-Untersuchung vom 15. November 2016 kamen zusätzlich degenerative Gesundheitsschäden wie eine hypertrophe AC-Gelenkarthrose mit geringem Gelenkserguss und Knochenmarksödem mit geringer arthrotischer Einengung des Subakromialraums, eine Synovialhypertrophie und osteophytäre Veränderungen ventral im Tuberculum minus sowie eine anatomische Akromionform Typ 2 mit gering verdicktem Ligamentum coracoacromiale zur Darstellung (Suva-act. 54). Angesichts der Leichtgradigkeit der genannten degenerativ bedingten Veränderungen sowie der anatomischen Situation erschliesst sich jedoch dem Gericht nicht, inwiefern keine davon gesonderte traumatische Rotatorenmanschettenruptur entstehen können. Dr. D.____ hat sodann im Bericht vom 17. März 2017 festgestellt, es hätten sich in der MRI-Untersuchung vom 15. November 2016 keine Hinweise für eine linksseitige chronische, muskuläre Degeneration finden lassen, was offensichtlich mit dem MRI-Befund bzw. MRI-Untersuchungsbericht übereinstimmt ("normale übrige Muskelqualität und -volumen der Rotatorenmanschette [Goutallier Grad 1 und negatives Tangenzzeichen]; Suva-act. 54). Der allgemeine Hinweis von Dr. F.____, dass auch epidemiologisch betrachtet, d.h. in Bezug auf die Altersgruppe des Beschwerdeführers (geboren 1960), von einer degenerativen Sehnenproblematik auszugehen sei (Suva-act. 75), verändert die in den Erwägungen 6.2 bis 7.2 dargestellte Sachlage, welche insgesamt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit für eine traumatische Verursachung der Rotatorenmanschettenruptur links spricht, nicht.

8.

Wenngleich der Beschwerdegegnerin darin zuzustimmen ist, dass mit der Argumentation des Beschwerdeführers - er habe vor dem Unfall vom 13. November 2015 niemals Probleme mit der linken Schulter gehabt (act. G 3, Ziff. 5.3) - grundsätzlich nur eine zeitliche Einordnung vorgenommen wird und der zeitliche Aspekt allein keine wissenschaftlich genügende Erklärungskraft besitzt (vgl. dazu UELI



KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 4 N 69; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205 [Beweisführung nach der Formel "post hoc ergo propter hoc"]; SVR 2009 UV Nr. 13, S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb), erweist sich der Hinweis im vorliegenden Fall als untauglich. Richtungweisend ist hier vielmehr die Anamnese mit einem typischen Bewegungsablauf für eine Rotatorenmanschettenruptur mit unmittelbar darauf aufgetretenen Schmerzen, derentwegen der Beschwerdeführer noch am Unfalltag seinen Hausarzt konsultierte. Die Gründe für die zeitlich verzögerte radiologische Erhebung und Behandlung der Rotatorenmanschettenruptur links wurden in Erwägung 6.2.2 dargelegt. Die blosse zeitliche Abfolge stellt nur in solchen Fällen einen ungenügenden Hinweis dar, in welchen das Vorliegen einer strukturellen Verletzung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden kann.

9.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich aus der medizinischen und übrigen Aktenlage hinsichtlich der Beurteilungen von med. pract. E.____ und Dr. F.____ vom 13. Februar 2017 (Suva-act. 63) bzw. 16. Mai 2017 (Suva-act. 75) verschiedene Zweifel ergeben. Im konkreten Fall ist in Bezug auf die echtzeitliche Beschwerdesymptomatik bzw. die initial erhobenen Befunde, die Unfallbeschreibung und die Darstellung des zeitlichen Ablauf seitens des Beschwerdeführers ein Sachverhalt ausgewiesen, der eine (indirekte) Unfallbeteiligung der linken Schulter bzw. eine traumatische Verursachung der Rotatorenmanschettenruptur links als wahrscheinlicher erscheinen lässt als eine degenerative Schulterproblematik. Demgemäss ist ein Anspruch des Beschwerdeführers auf diesbezügliche Leistungen der Beschwerdegegnerin zu bejahen.

10.

10.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 7. März 2017 (Suva-act. 66) gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die Kosten der



Heilbehandlung der linken Schulter, insbesondere die Kosten der arthroskopischen Behandlung seiner Rotatorenmanschettenruptur links (Suva-act. 20), zu vergüten.

10.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

10.3 Die im Beschwerdeverfahren entstandenen medizinischen Abklärungskosten von Fr. 80.-- (act. G 9.2) sind von der Beschwerdegegnerin zu tragen. Denn die entsprechenden Kosten wurden durch die diesbezüglich unzureichenden medizinischen Abklärungen im Verwaltungsverfahren verursacht. Mit Blick auf die Untersuchungspflicht der Verwaltung ist dieser Mangel dem Risikobereich der Beschwerdegegnerin zuzuschreiben (vgl. KIESER, a.a.O., N 17 zu Art. 45, mit Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 7. März 2017 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, dem Beschwerdeführer die Kosten der Heilbehandlung der linken Schulter, insbesondere die Kosten der arthroskopischen Behandlung seiner Rotatorenmanschettenruptur links, zu vergüten.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat die im Gerichtsverfahren angefallenen medizinischen Abklärungskosten von Fr. 80.-- zu bezahlen.