



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 22. Oktober 2020 (725 19 92 / 253)

Unfallversicherung

Unfallkausalität einer komplexen Schulterverletzung aufgrund eines Gerichtsgutachtens bejaht. Gutheissung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist.

_____ Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Daniel Riner, Advokat, Steinentorstrasse 13, Postfach 204, 4010 Basel

gegen

SWICA Versicherungen AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 37, Postfach, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin

_____ Betreff Leistungen

A. Der 1958 geborene A._____ war als Hauswart bei der Einwohnergemeinde B._____ angestellt und in dieser Eigenschaft bei der SWICA Versicherungen AG (Swica) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert, als er am 4. Juli 2017 als Lenker eines Motorrads einen schweren Verkehrsunfall und in dessen Folge ein Polytrauma, eine distale Radiusfraktur rechts, ein Schädelhirntrauma mit kleiner traumatischer Subarachnoidalblutung, eine Sternumfraktur mit Toraxwandhämatom links, eine minimal dislozierte Absprengung am Dornfortsatz BWK 10 und

am Rippenfortsatz links LWK 2 und 3, ein Monokelhämatom rechts sowie eine Prellung am rechten Kniegelenk erlitt. Im weiteren Verlauf wurde am rechten Knie durch den durch die Swica herangezogenen medizinischen Experten eine Meniskusläsion mit einem kleinen Riss und einem retropatellären Knorpelschaden bzw. durch den Hausarzt des Versicherten ein Teilriss des Seitenbandes am rechten Kniegelenk erhoben. Ausserdem wurde festgestellt, dass sich der Versicherte mehrere Rippen gebrochen hatte. Eine am 7. November 2017 durchgeführte MRI-Untersuchung der rechten Schulter ergab schliesslich nebst Ödemen im Bereich der ventralen Supraspinatussehne und im Bereich der superioren Subskapularissehne eine artikuläre Partialläsion der langen Bizepssehne mit Verletzung des Bizepssehnenankers. Ein in der Folge anfangs November 2017 begonnener Arbeitsversuch musste nach kurzer Zeit schmerzbedingt wieder abgebrochen werden. Im weiteren Verlauf wurde an der rechten Schulter am 15. Februar 2018 eine Bizepssehnenentodese, eine arthroskopische Akromioplastik, eine Schultergelenksarthroskopie sowie ein intraartikuläres Débridement durchgeführt.

B. Nach Einholung einer versicherungsinternen Einschätzung ihres beratenden Expertenarztes Dr. med. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 25. Oktober 2017 teilte die Swica dem Versicherten am 30. Januar 2018 mit, dass die geklagten Beschwerden an der rechten Schulter und am rechten Knie nicht unfallbedingt seien und hierfür weder Heilbehandlungskosten noch Taggelderleistungen erbracht würden. Seit dem 1. November 2017 bestehe in der angestammten Tätigkeit ausserdem eine hälftige Arbeitsfähigkeit, welche bis Ende des Jahres 2017 auf 100% gesteigert werden könne. Ab 1. Februar 2018 bestehe mit Ausnahme der Heilkosten für die rechte Hand daher kein Leistungsanspruch mehr. Daran hielt sie mit Verfügung vom 17. April 2018 fest. Eine hiergegen erhobene Einsprache des Versicherten vom 17. Mai 2018 wies die Swica mit Einspracheentscheid vom 13. Februar 2019 nach ergänzender Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse ab.

C. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte, vertreten durch Advokat Dr. Daniel Riner, am 15. März 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte, dass ihm in Aufhebung des angefochtenen Entscheids die gesetzlichen Leistungen auszurichten seien, unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung liess er im Wesentlichen vorbringen, dass die über das Datum der Leistungseinstellung hinaus weiter andauernden Beschwerden sowohl an der rechten Schulter als auch am rechten Knie sehr wohl unfallkausal seien. Mit Vernehmlassung vom 26. April 2019 schloss die Swica auf Abweisung der Beschwerde.

D. Anlässlich der Urteilsberatung vom 18. Juli 2019 gelangte das Kantonsgericht zum Schluss, dass die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren keine verlässliche Entscheidungsgrundlage bilden würden, und sich der massgebende Sachverhalt als ungenügend abgeklärt präsentiere. Es beschloss daher, den Fall auszustellen und ein orthopädisches Gerichtsgutachten bei Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie, anzuordnen. Dieses erging am 14. Oktober 2019.

E. Der Beschwerdeführer hielt in seiner Stellungnahme vom 18. Dezember 2019 fest, dass die Beschwerdeführerin gestützt auf die Ergebnisse des Gerichtsgutachtens die gesetzlichen

Leistungen nicht nur für die Verletzungen an der rechten Schulter und am rechten Knie, sondern auch für die Unfallfolgen im Zusammenhang mit den noch immer vorhandenen Problemen im Bereiche des Zwerchfells und an der Wirbelsäule zu erbringen und in diesem Zusammenhang für die Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit auch nach dem Erreichen des Endzustandes für ein weiteres Jahr ergänzende Physiotherapieleistungen zu übernehmen habe. Dies führe im Ergebnis zur Gutheissung der Beschwerde. Die Beschwerdegegnerin hielt ihrerseits mit Stellungnahme vom 30. Dezember 2019 fest, dass sie sich den nachvollziehbaren und überzeugenden Schlussfolgerungen des Gerichtsgutachters hinsichtlich des Kausalzusammenhanges der geklagten Schulter- und Kniebeschwerden anschliesse. Da es sich bei den verbleibenden Beschwerden an der rechten Schulter und am rechten Knie um Unfallfolgen handle, seien die entsprechenden Heilbehandlungskosten zu übernehmen. Nicht einverstanden sei sie hingegen mit der gutachterlichen Feststellung, dass zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit trotz Erreichens des Endzustandes für die Dauer eines Jahres noch weitere Physiotherapieleistungen zu erbringen seien. Diese Leistungen bildeten nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens. Die Sache sei in teilweiser Gutheissung der Beschwerde an die Swica zur Prüfung und zum Erlass eines entsprechenden Leistungsentscheids zurückzuweisen.

F. Mit Eingabe vom 17. Januar 2020 wies der Beschwerdeführer darauf hin, dass eine Rückweisung zum Erlass eines Leistungsentscheids, wie es die Beschwerdegegnerin beantragt habe, einer vollständigen Gutheissung der Beschwerde gleichkomme. Sodann ersuchte er aus prozessökonomischer Sicht um eine ergänzende Begründung beim Gerichtsgutachter zur Frage, weshalb ohne weitere Physiotherapieleistungen das Risiko einer Abnahme der Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Beschwerdegegnerin ihrerseits stellte es mit Stellungnahme vom 31. Januar 2020 in das Ermessen des Gerichts, beim Gerichtsgutachter eine entsprechende Ergänzung einzuholen.

G. Am 5. Februar 2020 ersuchte das Kantonsgericht den Gerichtsgutachter in Ergänzung seines Gutachtens vom 14. Oktober 2019 um entsprechende Begründung, ob und weshalb eine Physiotherapie bezüglich Zwerchfell und Wirbelsäule zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit auch nach dem Erreichen des Endzustands notwendig sei. Die entsprechende Antwort des Gerichtsgutachters erging am 24. Februar 2020, in deren Folge der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 20. März 2020 unter Hinweis ergänzender medizinischer Akten beantragte, die Beschwerdegegnerin habe trotz einer zwischenzeitlich eingetretenen Verbesserung der thorakalen Beschwerden im Bereich des Brustbeins insbesondere die in diesem Zusammenhang zusätzlich erfolgten Behandlungskosten für einen stationären Aufenthalt in der Zeit vom 13. Juni 2018 bis 21. Juni 2018 zu übernehmen. Die Beschwerdegegnerin hielt mit Stellungnahme vom 3. April 2020 zusammenfassend fest, dass eine Leistungszusprache weiterer Heilkosten nach Erreichen des Endzustandes weder medizinisch ausgewiesen noch rechtlich geschuldet sei.

Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser im Kanton Basel-Landschaft, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht und einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist damit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Vorab ist zu klären, was Streitgegenstand der Beschwerde bildet. Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind nur jene Rechtsverhältnisse zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt vorliegend der vorinstanzliche Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist mit anderen Worten nur jenes Rechtsverhältnis, das Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids bildet, und zwar in dem Ausmass, als die Regelung des Rechtsverhältnisses nach den Parteianträgen im Beschwerdeverfahren noch streitig ist (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 46; BGE 125 V 414 f. E. 1b).

1.3 In ihrem Einspracheentscheid vom 13. Februar 2019 verneinte die Swica lediglich den rechtserheblichen Kausalzusammenhang hinsichtlich des Unfalls vom 4. Juli 2017 in Bezug auf die Beschwerden am rechten Knie des Versicherten und dessen Beschwerden an der rechten Schulter. In diesem Einspracheentscheid bestätigte sie durch die Abweisung der Einsprache des Versicherten ausserdem die am 17. April 2018 verfügte Einstellung von über den 31. Januar 2018 hinausgehenden Taggeldleistungen und Heilbehandlungskosten. Ob und wie weit zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit trotz Erreichens eines Endzustandes im Zusammenhang mit Beschwerden am Zwerchfell und an der Wirbelsäule weitere Physiotherapieleistungen zu erbringen sind, hat die Swica hingegen weder in ihrem Einspracheentscheid vom 13. Februar 2019 noch in ihrer vorangehenden Verfügung vom 17. April 2018 zum Prozessthema gemacht. Unbeachtet des Umstands, dass das Kantonsgericht den Gerichtsgutachter in Ergänzung seines Gutachtens vom 14. Oktober 2019 aufgrund übereinstimmender Parteivorbringen um entsprechende Begründung gebeten hat, ob und weshalb eine Physiotherapie bezüglich Zwerchfell und Wirbelsäule zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit auch nach dem Erreichen des Endzustands noch notwendig sei, bilden diese Fragestellungen demnach nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde kann in streitgegenständlicher Hinsicht demnach nur hinsichtlich der Leistungspflicht im Zusammenhang mit den geklagten Beschwerden am rechten Knie und an der rechten Schulter sowie in Bezug auf

die Einstellung der Heilbehandlungskosten und Taggelleistungen per Ende Januar 2018 eingetreten werden.

2. Strittig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem am 4. Juli 2017 erlittenen Unfall ihre gesetzlichen Leistungen in Bezug auf die rechten Knie- und die Beschwerden an der rechten Schulter zu Recht verneint und ihre Leistungen mit Ausnahme der Heilungskosten für die rechte Hand per 1. Februar 2018 eingestellt hat. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des vorliegend angefochtenen Einspracheentscheids vom 13. Februar 2019 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

2.1 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1984 sowie der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich – wie im vorliegenden Fall – nach dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die nach diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach neuem Recht gewährt (vgl. Übergangsbestimmung in Art. 118 Abs. 1 UVG e contrario).

2.2 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld.

2.3 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt – unter anderem – voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt daher, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel. Für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität eines Beschwerdebilds genügt mithin eine Teilursächlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5), wobei sich die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen erstreckt (Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2016, 8C_620/2015, E. 3.1). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das

Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.4 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

2.5 Solange der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Dies gilt selbst dann, wenn die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil eine Krankheitsfolge darstellt. Dies bedeutet, dass die versicherte Person unter Umständen Anspruch auf einen operativen Eingriff mit anschliessender zweckmässiger Behandlung hat, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Beschwerden diene und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juni 2008, 8C_326/2008). Art. 36 UVG setzt mit anderen Worten voraus, dass der Unfall und der Vorzustand derart zusammenwirken, dass von einer gemeinsamen Verursachung des Gesundheitsschadens zu sprechen ist. Beide Ursachen sind in einem solchen Fall für den gleichen Schaden kausal.

Keine gemeinsame Verursachung liegt jedoch vor, und Art. 36 UVG ist dann nicht anwendbar, wenn die beiden Einwirkungen einander nicht beeinflussende Schäden verursacht haben, so etwa wenn der Unfall und der Vorzustand verschiedene Körperteile betreffen und sich damit die Krankheitsbilder gerade nicht überschneiden (BGE 126 V 116 E. 3a; BGE 121 V 326 E. 3). Mit Art. 36 UVG wird das Kausalitätsprinzip mit anderen Worten teilweise durchbrochen. Der Unfallversicherer hat für Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie Taggelder und Hilflosenentschädigungen ohne Einschränkung aufzukommen (Art. 36 Abs. 1 UVG). Liegt eine gemeinsame Schadenverursachung vor, kann deshalb auch keine Aufteilung der Leistungen nach Kausalitätsanteilen erfolgen (BGE 121 V 326 E. 3c).

3.1 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2).

3.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall

ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. 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 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3). Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht indessen nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein allfälliger Grund für ein Abweichen kann dann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist, oder wenn gegensätzliche Meinungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen (BGE 125 V 352 f. E. 3b/aa mit Hinweisen).

4.1 In seinem Beschluss vom 18. Juli 2019 hatte das Kantonsgericht festgestellt, dass den Einschätzungen des beratenden Expertenarztes der Beschwerdegegnerin vom 25. Oktober 2017 und vom 24. Januar 2018 keine ausschlaggebende Beweiskraft zukomme. Hintergrund bildete der Umstand, dass Dr. C._____ die Frage, ob der erlittene Unfall eine Mitursache der festgestellten gesundheitlichen Störungen darstellt, zunächst verneint (Akten der Beschwerdegegnerin, Dok 48, S. 7, ad Frage 7.2), an anderer Stelle jedoch bejaht hatte (a.a.O., Dok 66, S. 3, ad Frage 1.2). An diesem Widerspruch vermochte nichts zu ändern, dass Dr. C._____ die rechtsseitig beklagten Schulterbeschwerden in seiner Zweitbeurteilung vom 24. Januar 2018 lediglich möglicherweise als durch den Unfall verursacht beurteilt hat. Seine diesbezügliche Argumentation erwies sich vielmehr insofern als aktenwidrig, als der Versicherte nicht erst anlässlich der Exploration durch Dr. C._____, sondern bereits schon deutlich früher und zeitnah zum erlittenen Unfallereignis erstmals über rechtsseitige Schulterbeschwerden geklagt hatte. Zudem hatte sich Dr. C._____ im Anschluss an seine Einschätzungen in keiner Weise mit der am 15. Februar 2018 durchgeführten Schulteroperation auseinandergesetzt, gestützt auf welche der behandelnde Operateur in seiner Berichterstattung vom 28. Mai 2018 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Vorliegen einer Unfallkausalität ausgegangen war (a.a.O., Dok 92, S. 2, ad Frage 6 und 7). Trotz degenerativer Vorzustände sowohl in der rechten Schulter als auch am rechten Knie fehlte es in den Einschätzungen von Dr. C._____ schliesslich an einer Auseinandersetzung mit der Thematik der Teilkausalität. Mit Blick auf das rechte Knie des Versicherten galt dies umso mehr, weil Dr. C._____ in seiner Erstbeurteilung vom 25. Oktober 2017 davon ausgegangen war, dass sich der Versicherte anlässlich des erlittenen Unfalls eine Distorsionsverletzung des rechten Kniegelenks mit einer Innenbandläsion Grad II zugezogen hatte. Ob diese unfallkausale Verletzung den degenerativen Meniskusschaden im Sinne einer Teilursächlichkeit überhaupt erst ausgelöst oder nur verschlimmert hat, hatte Dr. C._____ indessen unbeantwortet gelassen.

4.2 Weil letztlich mehr als nur geringe Zweifel an der vorinstanzlichen Abklärung des massgebenden Sachverhalts vorlagen und auch die übrigen bei den Akten liegenden Unterlagen keine verlässliche Entscheidungsgrundlage bildeten, ist das Kantonsgericht in der Folge zum Schluss gekommen, den Fall auszustellen und ein Gerichtsgutachten einzuholen. Damit steht nunmehr das in Auftrag gegebene Gerichtsgutachten von PD Dr. D._____ vom 14. Oktober 2019 im Zentrum der medizinischen Beurteilung. Diesem Gerichtsgutachten zufolge stellt das erlittene Unfall-

ereignis vom 4. Juli 2017 eine überwiegend wahrscheinliche Mitursache sowohl der rechtsseitigen Schulterbeschwerden als auch der Beschwerden am rechten Knie dar. So sei es nachvollziehbar, dass die Beschwerden an der rechten Schulter erst nach einer rund dreimonatigen Latenz aufgetreten seien, da sich die Problematik der langen Bizepssehne erst bei Überkopfarbeiten äussere. Mit diesen Überkopfarbeiten habe der Versicherte aber erst nach rund zwei Monaten wieder begonnen, da er zuvor durch die Rippenserienfrakturen derart stark eingeschränkt gewesen sei, dass an Überkopfarbeiten nicht zu denken gewesen sei und ausserdem auch starke Medikamente habe einnehmen müssen. Die zeitliche Latenz sei daher entgegen der Einschätzung von Dr. C.____ kein Argument für ein überwiegend wahrscheinlich degeneratives Leiden. Zudem lägen intraoperative Bilder der Schulteroperation vom 15. Februar 2018 vor, auf welchen sich eine Ausfransung des Bizepssehnenankers im Sinne einer SLAP-Läsion zeige. Degenerative SLAP-Läsionen seien meist nicht mit einer derartigen Ausfransung verbunden. Die entsprechende Operation vom 15. Februar 2018 wäre ohne das erlittene Unfallereignis nicht notwendig geworden. Mit Blick auf die erlittenen Rippenserienfrakturen im Bereich der rechten Thoraxhälfte und die Fraktur BWK 12 müsse schliesslich aus biomechanischer Sicht von einem starken Trauma der rechten Thoraxhälfte ausgegangen werden. Es sei nicht von der Hand zu weisen, dass dabei auch die rechte Schulter in Mitleidenschaft gezogen worden sei. In Bezug auf die rechten Kniebeschwerden ist dem Gerichtsgutachten sodann zu entnehmen, dass dem Unfallereignis ebenfalls ein auslösender Faktor zukomme, da es hierbei zu einer Innenbandläsion mit entsprechender Innenmeniskusläsion gekommen sei. Die mediale Meniskusläsion und die Innenbandläsion seien daher ebenfalls überwiegend wahrscheinlich auf den erlittenen Unfall zurückzuführen. Die degenerativen Anteile, wie sich von Dr. C.____ beschrieben worden seien, seien nicht erkennbar. Somit sei es wahrscheinlich, dass auch der Meniskusschaden, obschon degenerativ vorgeschädigt, traumatisch bedingt sein müsse. Auch die aktuell noch tieflumbalen Wirbelsäulenprobleme seien traumatisch bedingt. Schliesslich bestehe eine noch immer vorhandene Problematik infolge des Verdachts auf Verwachsungen am Zwerchfell, welche auf die erlittenen Rippenserienfrakturen zurückzuführen seien. Im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids am 13. Februar 2019 habe noch immer eine unfallkausale Behandlungsbedürftigkeit im Zusammenhang mit der Problematik der Verwachsungen des Zwerchfells und der Wirbelsäulenproblematik bestanden. Eine unfallbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei anlässlich der aktuellen Untersuchung aber keine mehr feststellbar gewesen.

4.3 Was den medizinischen Sachverhalt und dabei insbesondere die strittige Kausalitätsbeurteilung betrifft, kommt dem gerichtlichen Gutachten von Dr. D.____ massgebende Bedeutung zu. Dieses Gutachten erfüllt die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Stellungnahme (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a), weshalb ihm voller Beweiswert zuzuerkennen ist. Es bestehen demnach keine Gründe, von der detaillierten und nachvollziehbar sowie schlüssig begründeten Kausalitätsbeurteilung des Gerichtsgutachters abzuweichen (vgl. oben Erwägung 3.3 hievore). Nachdem in dieser Hinsicht anlässlich der Urteilsberatung des Gerichts vom 18. Juli 2019 nach Lage der damals vorhandenen Akten noch offensichtliche Widersprüche vorhanden gewesen waren, ist nunmehr gemäss den Erläuterungen von Dr. D.____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit insbesondere erstellt, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den über Februar 2018 hinaus geklagten Beschwerden an der rechten Schulter und am rechten Knie und dem am 4. Juli 2017 erlittenen Motorradunfall besteht. Soweit

der Gerichtsgutachter statuiert hat, dass die Schulteroperation vom 15. Februar 2018 ohne das erlittene Unfallereignis nicht notwendig geworden sei, ist ausserdem erstellt, dass die von der Beschwerdegegnerin per Ende Januar 2018 verfügte Einstellung von Heilbehandlungen und allfälligen Taggeldleistungen nicht rechtens gewesen ist. Schliesslich geht aus dem Gerichtsgutachten hervor, dass beim Versicherten über den 1. Februar 2018 hinaus offenbar auch eine unfallkausale Behandlungsbedürftigkeit in Bezug sowohl auf Verwachsungen des Zwerchfells als auch in Bezug auf tieflumbale Probleme an der Wirbelsäule bestanden hat. Gestützt auf das Gerichtsgutachten gehen die Parteien mittlerweile deshalb einig, die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden Prüfung des medizinischen Sachverhalts und zum Erlass eines neuen Leistungsentscheids zurückzuweisen. Dies zu Recht: Es kann an dieser Stelle auf die umfassenden und detaillierten Erwägungen des Gerichtsgutachters verwiesen werden, welche auf einer vollständigen Aktenkenntnis und einer persönlichen beruflichen sowie gesundheitlichen Anamnese beruhen und eine nachvollziehbare und schlüssige medizinische Beurteilung der objektiv und subjektiv erhobenen Befunde wiedergeben. Zumal auch die Beschwerdegegnerin in ihrer Stellungnahme vom 30. Dezember 2019 festgehalten hat, dass das Gerichtsgutachten nachvollziehbar und überzeugend ausgefallen sei, ist angesichts der klaren Schlussfolgerungen des Gerichtsexperten nicht zu beanstanden, dass beide Parteien mittlerweile von einem über den 1. Februar 2018 hinausgehenden natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 4. Juli 2017 und den weiterhin geklagten Beschwerden sowohl an der rechten Schulter und am rechten Knie als auch am Zwerchfell und der Wirbelsäule ausgehen. Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen der erlittenen Gesundheitsschäden per Ende Januar 2018 ist jedenfalls nicht nachgewiesen (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen). Es kann an dieser Stelle auf die umfassenden Ausführungen im gerichtlichen Gutachten verwiesen werden. Damit folgt, dass die Beschwerde den übereinstimmenden Stellungnahmen beider Parteien vom 30. Dezember 2019 und vom 17. Januar 2020 zufolge zur Prüfung der über den 1. Februar 2018 hinausgehenden Leistungspflicht des Unfallversicherers und zum anschliessenden Erlass eines neuen Leistungsentscheids an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

4.5 Als gänzlich Obsiegen gilt grundsätzlich auch eine Rückweisung der Angelegenheit an den Versicherungsträger zur weiteren Abklärung (BGE 132 V 235 E. 6.2; UELI KIESER, a.a.O., Art. 61 Rz. 117). Die im angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. Februar 2019 und in der vorangehenden Verfügung der Swica vom 17. April 2018 umstrittenen Fragen sind vorliegend vollumfänglich im Sinne der Beschwerdeanträge des Beschwerdeführers entschieden worden. Soweit darauf eingetreten werden kann (oben, Erwägung 1.3 hiervor), ist die Beschwerde im Ergebnis deshalb nicht nur teilweise, sondern gänzlich gutzuheissen.

5.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

5.2 Nach Art. 45 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung zu übernehmen, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Wie

das Bundesgericht in BGE 137 V 210 ff. entschieden hat, sind in den Fällen, in denen zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt, die Kosten der durch das Gericht in Auftrag gegebenen Begutachtung den Versicherungsträgern zu auferlegen. Dies sei, so das Bundesgericht weiter, mit der zitierten Bestimmung von Art. 45 Abs. 1 ATSG durchaus vereinbar (BGE 137 V 265 f. E. 4.4.2). Vorliegend war das Kantonsgericht anlässlich seiner Urteilsberatung vom 18. Juli 2019 zum Ergebnis gelangt, dass an der Einschätzung des beratenden Expertenarztes der Beschwerdegegnerin aus verschiedener Sicht Zweifel bestanden haben. Da auch die übrigen vorhandenen medizinischen Akten keine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs des Versicherten zugelassen haben, erwies sich die gerichtliche Begutachtung durch Dr. med. D. _____ für eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruches des Versicherten mithin als unerlässlich. Im Lichte der geschilderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind die Kosten für die gerichtliche Begutachtung in der Höhe von insgesamt Fr. 10'340.-- (Rechnungen vom 13. Dezember 2019 und vom 24. Februar 2020) demnach der Beschwerdegegnerin zu auferlegen.

5.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Der Beschwerdeführer ist mit seinen in der Beschwerde formulierten Anträgen letztlich vollständig durchgedrungen. In prozessualer Hinsicht gilt er demnach als vollends obsiegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 f.; BGE 132 V 235 E. 6.2, jeweils mit Hinweisen), und es ist ihm dem Ausgang des Verfahrens entsprechend eine angemessene Parteientschädigung zuzusprechen. Dessen Rechtsvertreter hat in seiner Honorarnote vom 21. April 2020 einen Zeitaufwand von 24,05 Stunden sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 325.90 geltend gemacht. Darin enthalten ist jedoch ein Aufwand von 2,5 Stunden für die Teilnahme an der ersten Urteilsberatung vom 18. Juli 2019. Da diese fakultativ ist, und ein Fernbleiben keinerlei Rechtsnachteile nach sich zieht, wird der entsprechende Aufwand gemäss geltender Praxis des Kantonsgerichts nicht entschädigt. Entschädigungsberichtig ist allerdings der in diesem Zusammenhang angefallene Aufwand für die Nachbesprechung des Beschlusses des Kantonsgerichts vom 18. Juli 2019, welcher auf eine halbe Stunde festzulegen ist. Der im Übrigen geltend gemachte Aufwand ist in Anbetracht der in der Angelegenheit wiederholt notwendigen Stellungnahmen der Parteien letztlich nicht zu beanstanden, und der geltend gemachte Aufwand ist mithin im Ergebnis um zwei Stunden zu kürzen. Die resultierenden Bemühungen im Umfang von 22,05 Stunden sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Dem Beschwerdeführer ist demnach für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 6'287.95 (22,05 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 325.90 zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

6.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG)

oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

6.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Soweit darauf einzutreten ist, wird der Einspracheentscheid der SWICA Versicherungen AG vom 13. Februar 2019 in Gutheissung der Beschwerde aufgehoben, und die Angelegenheit wird im Sinne der Erwägungen zur weiteren Prüfung und zum Erlass eines Leistungsentscheids an die Vorinstanz zurückgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Kosten für das gerichtliche Gutachten von Dr. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates Schulter- und Ellenbogenchirurgie, vom 14. Oktober 2019 in der Höhe von Fr. 9'765.-- und für dessen Stellungnahme vom 24. Februar 2020 in der Höhe von Fr. 575.-- werden der SWICA Versicherungen AG auferlegt.
 4. Die SWICA Versicherungen AG hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 6'287.95 zu bezahlen.