



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 31. Juli 2014 (725 13 262 / 182)

Unfallversicherung

Rückweisung, medizinischer Sachverhalt nicht hinreichend geklärt

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus,
Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien **A.**_____ Beschwerdeführer, vertreten durch Serge Flury, Rechtsanwalt,
Kasinostrasse 38, 5000 Aarau

gegen

AXA Winterthur, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357,
8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1975 geborene A._____ war seit 1. Oktober 2007 bei der Gemeinde X._____ als technischer Mitarbeiter angestellt und dadurch bei der AXA Winterthur (nachfolgend: AXA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 12. Februar 2012 rutschte A._____ auf Glatteis aus, stürzte und verletzte sich an der linken Schulter. Die AXA erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung, Taggelder). Mit Verfügung vom 25. März 2013 stellte sie die Leistungen per 31. August 2012 mangels eines Kau-

salzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den geklagten Beschwerden ein. Daran hielt sie auch auf Einsprache des Versicherten hin mit Entscheid vom 8. August 2013 fest.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Serge Flury, am 16. September 2013 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, in Aufhebung des Einspracheentscheids vom 8. August 2013 seien ihm die gesetzlichen Leistungen auch nach dem 31. August 2012 zuzusprechen; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er eine angemessene Nachfrist zur ergänzenden Beschwerdebegründung.

C. Am 19. September 2013 reichte der Beschwerdeführer dem Kantonsgericht einen Bericht von PD Dr. med. B.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 18. September 2013 ein.

D. In seiner ergänzenden Beschwerdebegründung vom 10. Oktober 2013 liess A.____ im Wesentlichen ausführen, es sei aufgrund des Berichts von PD Dr. B.____ vom 18. September 2013 hinreichend erstellt, dass die bestehenden gesundheitlichen Beschwerden auch nach dem 31. August 2012 auf das Unfallereignis vom 12. Februar 2012 zurückzuführen seien.

E. In ihrer Vernehmlassung vom 30. Dezember 2013 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und reichte dem Kantonsgericht einen Bericht ihres beratenden Arztes Dr. med. C.____, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, vom 19. Dezember 2013 ein.

F. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels (Replik vom 10. März 2014; Duplik vom 15. Mai 2014) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

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 befand sich dieser in Y.____, 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 als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde ist einzutreten.

2. Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob der Beschwerdeführer über den 31. August 2012 hinaus Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat. Die Beschwerdegegnerin hält dafür, der Status quo sine sei spätestens sechs Monate nach dem Unfall eingetreten, weshalb ab Mitte August 2012 die Kausalität zwischen den bestehenden Schulterbeschwerden und dem Unfallereignis vom 12. Februar 2012 zu verneinen sei. Die Unfallkausalität der Befunde gemäss Arthroskopiebericht vom 16. Januar 2013 sei nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, wobei die Beweislast beim Versicherten liege. Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, der Beschwerdegegnerin sei es nicht gelungen, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, dass die bestehenden Beschwerden nach dem 31. August 2012 nicht mehr unfallkausal seien, weshalb sie weiterhin leistungspflichtig sei.

3. 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. Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

4.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2). 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, 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 entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). 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 Wahr-

scheinlichkeit zu befinden hat. Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.2 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine) erreicht ist. 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 nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Weil es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen 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 vorliegt oder die versicherte Person nunmehr bei voller Gesundheit ist. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben und weggefallen sind (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 25. Oktober 2002, U 143/02, E. 3.2).

5.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person oder der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c 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 Schlussfolge-

rungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5.2 Rechtsprechungsgemäss kann auch reinen Aktengutachten voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95; nicht publ. E. 5b des Urteils BGE 114 V 109, veröffentlicht in RKUV 1988 Nr. U 56 S. 366; vgl. auch Urteile U 181/06 vom 21. Juni 2007, E. 2.3, und U 223/06 vom 8. Februar 2007, E. 5.1.2). Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann sehr wohl in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (HANS KIND, So entsteht ein medizinisches Gutachten, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Universität St. Gallen/Band 42, St. Gallen 1997, S. 52).

5.3 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 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).

6. Zur Beurteilung der umstrittenen Fragen liegen folgende ärztliche Berichte vor:

6.1 Am 17. April 2012 hielt Dr. med. D.____, FMH Radiologie, Kantonsspital Z.____, fest, dass ein korrekt artikulierendes linkes Schultergelenk ohne degenerative Veränderungen oder Verkalkungen der Rotatorenmanschette bestünde. Eine frische ossäre traumatische Läsion sei nicht ersichtlich.

6.2 Im Bericht 25. April 2012 führte Dr. D.____ aus, die MR-Arthrographie zeige eine unauffällige Darstellung des Schultergelenks. Eine traumatische Läsion der Rotatorenmanschette oder des Labrums sei nicht ersichtlich.

6.3 Im Bericht des Kantonsspitals Z.____ vom 12. Juni 2012 wurde eine Hyperlaxität mit unklaren Schulterbeschwerden links diagnostiziert. Das MRI der linken Schulter zeige ein unauffälliges Schultergelenk. Es würden sich keine Hinweise auf eine strukturelle Läsion finden. Bei Hyperlaxität bestünde aber eine Beschwerdesymptomatik in Abduktion.

6.4 Am 18. Juli 2012 hielt Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, fest, dass die Erstbehandlung bei ihm am 13. Februar 2012 erfolgt sei. Der Versicherte habe über zuneh-

mende starke Schmerzen im Bereich der linken Schulter geklagt. Es liege eine Druckdolenz der linken Schulter und eine schmerzbedingte Verringerung der Beweglichkeit im linken Schultergelenk vor.

6.5 Im Bericht des Kantonsspitals Z.____ vom 25. September 2012 wurde ein Verdacht auf eine Tenditis der langen Bicepssehne bei Status nach Schulterkontusion am 12. Februar 2012 diagnostiziert. Aufgrund des aktuell weiter voranschreitenden Erfolgs werde die Weiterführung der ambulanten Physiotherapie empfohlen.

6.6 Im Bericht des Kantonsspitals Z.____ vom 17. Dezember 2012 wurde ein Verdacht auf eine Pulley-Läsion bei Status nach Schulterkontusion vom 12. Februar 2012 diagnostiziert. Zur Diagnostik und Therapie werde eine Schulterarthroskopie mit Bicepstenodese geplant. Sollte eine Rotatorenmanschettenläsion vorliegen, wäre eine Refixation notwendig.

6.7 Am 16. Januar 2013 wurde der operative Eingriff durchgeführt. Im Bericht vom 17. Januar 2013 diagnostizierte PD Dr. B.____ im linken Schultergelenk eine Pulley-Instabilität bei kleiner ventraler Partialruptur der Supraspinatussehne und eine Bicepstendinitis.

6.8 Am 1. Februar 2013 hielt PD Dr. B.____ fest, dass sich der anlässlich der Operation vom 16. Januar 2013 gezeigte Riss der Supraspinatussehne mit Instabilität der Bicepssehne auf das Unfallereignis vom 12. Februar 2012 zurückzuführen und die bisherige Behandlung unfallbedingt sei.

6.9 In seiner Stellungnahme vom 22. Februar 2013 hielt Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, es sei davon auszugehen, dass sich der Versicherte beim Unfall vom 12. Februar 2012 im Wesentlichen Kontusionen zugezogen habe, welche eine Beschwerdepersistenz über einige Wochen erklären würden. Hinweise auf eine persistierende traumatisch entstandene makrostrukturelle Läsion seien keine ersichtlich. Die anlässlich der Untersuchung im Kantonsspital Z.____ vom 25. September 2012 erstmals erwähnte Reizung der langen Bicepssehne stände nur möglicherweise in einem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 12. Februar 2012. Eine exakte Terminierung von kontusionsbedingten Beschwerden sei naturgemäss schwierig. Aufgrund allgemeiner Erfahrung sei davon auszugehen, dass bei fehlenden Hinweisen auf persistierende makrostrukturelle Läsionen der Status quo sine spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis eingetreten sei. Vor dem Eingriff sei das Vorliegen einer Pulley-Läsion postuliert worden, obwohl eine solche im MRT nicht habe gefunden werden können. Auch intraoperativ lasse sich dieser Verdacht nicht eindeutig bestätigen und es werde lediglich davon gesprochen, dass das Pulley etwas ausgeweitet sei. Weiter werde eine kleine artikulärseitige Partialruptur der Supraspinatussehne beschrieben, wie sie aber MR-tomographisch ebenfalls nicht ersichtlich gewesen sei. Allein aus dem intraoperativen Befund könnten keine zuverlässigen Aussagen über die Ätiologie der vorliegenden geringen Strukturalternationen gemacht werden. Insbesondere sei eine kausale Zuordnung zu einem Trauma, das bereits fast ein Jahr zurückliege, ziemlich spekulativ.

6.10 Am 21. Mai 2013 hielt PD Dr. B.____ fest, dass die Arthro-MRT-Untersuchung vom 25. April 2012 zwar keine eindeutige Läsion der Rotatorenmanschette oder des Labrums gezeigt habe. Zu berücksichtigen sei aber, dass sich kleine Läsionen des Bicepssehnen-Pulleys, wie es sich der Versicherte zugezogen habe, in einer Arthro-MRT-Untersuchung nicht immer eindeutig nachweisen lassen würden. Dies erkläre eine gewisse Diskrepanz zwischen den intraoperativ erhobenen Befunden und denjenigen in der Arthro-MRT-Untersuchung. Die Physiotherapie habe eine leichte Verbesserung der Beschwerden bewirkt, es hätten aber schmerzhafte Klick-Phänomene bei Rotationsbewegungen persistiert. Auch eine subcromiale Infiltration am 26. Oktober 2012 habe keine Beschwerdeverbesserung zur Folge gehabt. Intraoperativ habe sich eine Supraspinatussehnenpartialruptur von circa 5 mm im Bereich der ventralsten Sehnenanteile, etwa 10% des Gesamtdurchmessers der Sehne betragend, gezeigt. Konsekutiv sei eine Destabilisierung der langen Bicepssehne im Bicepssehnen-Pulley objektivierbar. Die intraartikuläre Portion der Bicepssehne sei entzündlich verändert, etwas verbreitert mit einer Tendosynovitis gegenüber dem Rotationsintervall. Aus orthopädischer Sicht stünden diese Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 12. Dezember 2011 [recte: 2. Februar 2012]. Erfahrungsgemäss seien kleinere Partialrupturen der Supraspinatussehne oftmals in der Arthro-MRT-Untersuchung nicht ersichtlich. Ob eine Sehnenruptur traumatisch oder degenerativ entstanden sei, könne intraoperativ rund ein Jahr nach dem Unfall nicht mehr beurteilt werden. Beim Versicherten sei aufgrund des jungen Alters zum Zeitpunkt des Unfalls eine vorbestehende degenerative Rotatorenmanschettenläsion als Ursache der Beschwerden sehr unwahrscheinlich. Zudem zeige die Muskulatur in der Arthro-MRT-Untersuchung keinerlei Zeichen einer Verfettung, wie sie typischerweise bei chronischen Rotatorenmanschettenrupturen vorliegen würde. Partialrupturen würden zu einer Destabilisierung der langen Bicepssehne mit konsekutiver Tendiopathie führen. Die typischen Beschwerden einer solchen Läsion, wie sie beim Versicherten in der Folge aufgetreten seien, seien aufgrund einer mechanischen Genese oftmals mit Physiotherapie nicht beeinflussbar und die intraartikuläre Pathologie spreche oftmals auch sehr schlecht auf eine subacromiale extraartikuläre Infiltration an. Dies sei beim Versicherten der Fall und zeige, dass die Ursache der Beschwerden nicht im Rahmen eines extraartikulären Prozesses, wie beispielsweise einer Bursitis subacromialis erklärt werden könne. Eine mechanische Destabilisierung der langen Bicepssehne werde bei körperlich beruflich arbeitenden Personen in der Regel nicht toleriert. Die vollständige Beschwerdefreiheit mit voller Arbeitsfähigkeit des Versicherten vor dem Unfall bekräftige dies. Unfallfremde Faktoren seien nicht vorhanden.

6.11 Am 18. September 2013 führte PD Dr. B.____ weiter aus, bei retrospektiver Betrachtung des MRI sei festzustellen, dass die Supraspinatuspartialruptur bereits im April 2012 vorgelegen habe. Auch seien die entzündlichen Veränderungen im Bereich des Biceps-Pulley resp. der Bicepssehne sichtbar gewesen. Leider sei dieser Befund vom Radiologen als normal beurteilt worden, weshalb nach einer weiteren Ursache für die Beschwerden gesucht worden sei. Die Behauptung, dass durch eine Schulterkontusion mit direktem Anprall an der lateralen Seite eine Läsion nicht entstehen könne, sei nicht korrekt. Durch eine direkte Kontusion könne es zu einer abrupten Translation des Humeruskopfes in der anteroposterioren Richtung kommen und eine Läsion der Rotatorenmanschette verursachen. Der Aspekt der Läsion intraoperativ habe keine chronische Läsion mit abgerundetem Sehnenrand, sondern ein ausgefranster Sehnenrand ge-

zeigt. Sogar an der ausgerissenen Insertionsstelle hätten Sehnenfasern gesehen werden können. Dies spreche für eine traumatische Genese der Ruptur. Auch die Behauptung, dass die Beschwerden als Impingementsyndrom zu werten und erst nach dem Unfall aufgetreten seien, sei nicht zutreffend. Weiter handle es sich nicht um eine Biceps-Pulley-Läsion. Durch die Ruptur der posterioren Supraspinatussehne komme es zwangsläufig zu einer Ausweitung des Biceps-Pulleys und zu einer Destabilisierung der Bicepssehne. Diese werde im schulterorthopädischen Jargon als Rotatorenintervallläsion resp. Biceps-Pulley-Läsion definiert und führe immer zu einer Bicepstendinitis. Die bestehenden Beschwerden stünden mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 12. Februar 2012.

6.12 In seiner Stellungnahme 19. Dezember 2013 hielt Dr. C._____ fest, dass ein Sturz aus dem Stand ohne zusätzliche äussere Einflüsse bei einem gesunden 32-jährigen [recte: 37-jährigen] Mann wenig geeignet sei, ausser einer reinen Weichteilkontusion eine Partialruptur der Supraspinatussehne herbeizuführen, die in der Folge zu einer Ausweitung des Biceps-Pulley und der Entwicklung einer Tenditis des intraartikulären Anteils der langen Bicepssehne führen könnte. Eine Biceps-Pulley-Läsion entstehe v.a. bei Abduktions-Aussenrotations- bzw. Innenrotations-Stress der Schulter, was hier nicht dokumentiert sei. Völlig ausgeschlossen sei die Verursachung einer Partialruptur der Supraspinatussehne durch ein Ereignis wie das vorliegende allerdings nicht. Da dies aber wenig wahrscheinlich sei, bestehe nur die Möglichkeit einer derartigen Verletzung. Überwiegend wahrscheinlich habe der Versicherte eine einfache Weichteilkontusion der linken Schulter erlitten. Möglicherweise, nicht aber überwiegend wahrscheinlich, sei auch die später diagnostizierte Partialruptur des anterioren Anteils der Supraspinatussehne durch das Ereignis vom 12. Februar 2012 verursacht worden. Aufgrund der medizinischen Unterlagen sei ab April 2012 bis Ende August 2012 ein sukzessiv günstiger Heilungsverlauf festzustellen. Danach hätten sich die Beschwerden bis Mitte Dezember 2012 konstant gehalten. Im Operationsbericht vom 16. Januar 2013 werde das Biceps-Pulley als etwas ausgeweitet beschrieben. Ob es sich hier um eine Normalvariante oder um eine pathologische Veränderung handle, müsse offen bleiben. Fakt sei, dass keine gröbere Biceps-Pulley-Läsion vorliege und somit im Bereich der langen Bicepssehne, sei es im Intervall oder im intraartikulären Verlauf, keine traumatische Läsion nachweisbar gewesen sei. Die kleine Partialruptur der Supraspinatussehne sei möglicherweise traumatisch bedingt bzw. möglicherweise als unfallkausal einzustufen. Der Hinweis von PD Dr. B._____, dass teilweise freiliegende Sehnenfasern zu erkennen seien, weise zwar auf die mögliche traumatische Ursache hin. Da das Ereignis knapp zwölf Monate zuvor stattgefunden habe, wäre aber eine bereits weit fortgeschrittene Gewebekonsolidierung zu erwarten gewesen. Der von der Operateurin PD Dr. B._____ beschriebene Befund werde in der Regel bei frischen Läsionen festgestellt. Ebenso gut sei demnach eine degenerative oder anderweitige Ursache zu erwägen, auch wenn der Versicherte zu jenem Zeitpunkt erst 37-jährig gewesen sei. Weiter sei festzustellen, dass die als entzündlich verändert beschriebene Biceps-longus-Sehne in diesem Abschnitt häufig eher breit angelegt sei. Inwieweit es sich hier um eine primäre oder sekundäre Erscheinung handle, müsse in retrospektiver Betrachtung offen bleiben. Insgesamt könne keiner der beschriebenen Befunde als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal eingestuft werden. Der Bericht von Dr. F._____ sei schlüssig und überzeugend. Der Hinweis von PD. Dr. B._____, wonach sich eine Biceps-Pulley-Läsion

in einer Arthro-MRT nicht immer eindeutig nachweisen lasse, werde in der medizinischen Literatur so nicht bestätigt. Die von PD. Dr. B.____ postulierte Destabilisierung der langen Bicepssehne durch eine traumatische Biceps-Pulley-Läsion sei demnach nicht genügend belegt. Die Tatsache, dass der intraartikuläre Anteil bzw. der Anteil ab Biceps-Pulley bis zum Anker tendiotisch verändert gewesen sei, genüge alleine nicht, um eine mechanische Destabilisierung der langen Bicepssehne zu postulieren. Auf die Hyperlaxität der Schultergelenke werde später nicht mehr Stellung genommen und diese Möglichkeit als ätiologische Ursache der Beschwerden, auch im Sinne eines allfälligen Vorzustandes, ausgeblendet. Insgesamt seien die Beurteilungen in den Berichten vom 21. Mai 2013 und 18. September 2013 inkonsistent und deshalb nicht überzeugend. Die These, wonach der Sturz vom 12. Februar 2012 zu einer ventralen artikularseitigen Partialruptur der Supraspinatussehne geführt habe, welche dann wiederum zu einer Ausweitung des Biceps-Pulleys und einer konsekutiven Tendinitis geführt habe, sei zwar theoretisch denkbar. Sie sei im vorliegenden Fall aber nur eine mögliche Erklärung für das vorliegende Beschwerdebild.

7.1 Die AXA stütze sich beim angefochtenen Einspracheentscheid bei der Beurteilung der Frage, ob die Beschwerden des Beschwerdeführers überwiegend wahrscheinlich Folgen des Ereignisses vom 12. Februar 2012 darstellen, auf die Ausführungen im Bericht von Dr. F.____ vom 22. Februar 2013. Sie ging demnach davon aus, dass sich der Versicherte beim Unfall vom 12. Februar 2012 im Wesentlichen Kontusionen zugezogen hatte und bei fehlenden Hinweisen auf persistierende makrostrukturelle Läsionen der Status quo sine spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis eingetreten gewesen sei. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 5.2 hiavor), kommen den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen und (Akten-) Berichten von Sachverständigen, die nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt werden, Beweiswert zu, sofern nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen. Solche Zweifel an der Beurteilung von Dr. F.____ vermögen die ausführlichen Einschätzungen der behandelnden Ärztin PD Dr. B.____ in den Berichten vom 21. Mai 2013 und 18. September 2013 zu begründen. So ergeben sich in fachärztlicher Hinsicht, bei der Beurteilung der Unfallkausalität der Beschwerden unüberbrückbare Diskrepanzen: Während Dr. F.____ davon ausging, dass die bildgebenden Untersuchungen keine traumatisch entstandenen Läsionen zeigten und aus dem intraoperativen Befund allein keine zuverlässigen Aussagen über die Ätiologie der bestehenden geringen Strukturalternationen gemacht werden können, stellte die erfahrene Operateurin PD Dr. B.____ in ihren nachvollziehbaren Berichten fest, dass die Supraspinatuspartialruptur bereits im April 2012 vorgelegen habe und die entzündlichen Veränderungen im Bereich des Biceps-Pulleys resp. der Bicepssehnen auch damals sichtbar gewesen seien. Weiter hielt sie fest, dass die anlässlich des operativen Eingriffs vom 16. Januar 2013 gewonnenen Erkenntnisse mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit darauf schliessen lassen würden, dass die bestehenden Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 12. Februar 2012 stehen. Diese widersprüchlichen ärztlichen Angaben lassen Zweifel an der Richtigkeit der Schlussfolgerungen im Aktengutachten von Dr. F.____ aufkommen. Demnach kann ihm für die Beurteilung der Frage der Unfallkausalität keine ausschlaggebende Beweiskraft zugemessen werden. Bei dieser widersprüchlichen Aktenlage kann auch nicht auf die Berichte der behandelnden Ärztin PD Dr. B.____ abge-

stellt werden, sind sie doch keine beweiskräftigen ärztlichen Entscheidungsgrundlage im Sinne der Rechtsprechung (zu den Kriterien: vgl. BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis).

7.2 Auch das von der Beschwerdegegnerin nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens beim beratenden Arzt Dr. C.____ veranlasste Aktengutachten vom 19. Dezember 2013 vermag nichts zur Klärung der umstrittenen Frage, ob organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen vorliegen, beizutragen. So bleibt fachärztlich umstritten, ob das Unfallereignis vom 12. Februar 2012 geeignet war, eine Partialruptur der Supraspinatussehne zu verursachen. Weiter nimmt Dr. C.____ weder zum Hinweis im Bericht von PD Dr. B.____ vom 18. September 2013 Stellung, wonach bei retrospektiver Betrachtung des MRI vom 25. April 2012 entzündliche Veränderungen im Bereich des Biceps-Pulleys resp. der Bicepssehne sichtbar seien, noch enthält sein Bericht eine eigene Beurteilung des MRI. Bei dieser Aktenlage kann nicht gesagt werden, dass ein lückenloser Befund ohne wesentlichen Widerspruch vorliegt, weshalb auch das Aktengutachten von Dr. C.____ die bestehenden Zweifel über die Unfallkausalität nicht auszuräumen vermag. So wie sich die Aktenlage präsentiert, ist der massgebende medizinische Sachverhalt nicht ausreichend abgeklärt, weshalb die umstrittene Frage nach der Unfallkausalität der Beschwerden nicht abschliessend beurteilt werden kann. Von weiteren Abklärungen kann jedenfalls nicht abgesehen werden, zumal nicht von vornherein angenommen werden kann, eine ergänzende Begutachtung vermöge zu keinen besseren Erkenntnissen führen. Da die Beschwerdegegnerin - in Verletzung ihrer Abklärungspflicht (vgl. E. 5.3 hiavor) - den medizinischen Sachverhalt noch nicht hinreichend abgeklärt hat, erübrigen sich weitere Ausführungen zur Beweislast in Bezug auf die Befunde gemäss Arthroskopiebericht von PD Dr. B.____ vom 16. Januar 2013.

8. Gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die Vorinstanz bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (vgl. BGE 137 V 263 ff. E. 4.4.1 ff.). Die Vorinstanz hat es unterlassen, den medizinischen Sachverhalt widerspruchsfrei abzuklären, weshalb sie nicht alle notwendigen Abklärungen zur Beurteilung der streitigen Frage vorgenommen hat (vgl. E. 7 hiavor). Da es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz somit nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 8. August 2013 zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat den Beschwerdeführer insbesondere in Bezug auf die Frage, ob die bestehenden Schulterbeschwerden natürlich kausal zum Unfallereignis vom 12. Februar 2012 sind, von einem unabhängigen Gutachter begutachten zu lassen. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird die Beschwerdegegnerin über den Anspruch

des Beschwerdeführers neu zu verfügen haben. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

9. Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die beschwerdeführende Partei als (vollständig) obsiegende und die Beschwerdegegnerin als unterliegende Partei (vgl. BGE 137 V 61 f. E. 2.1, 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Gestützt auf Art. 61 lit. a ATSG sind für das vorliegende Verfahren keine ordentlichen Kosten zu erheben. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Beschwerdeführer als obsiegende Partei ist demnach eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der in der Honorarnote vom 2. Juni 2014 für das vorliegende Verfahren geltend gemachte Zeitaufwand von 13,833 Stunden erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von pauschal Fr. 100.--. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'544.20 (13,833 Stunden à Fr. 230.-- + Auslagen von Fr. 100.-- zuzüglich 8% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

10. 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 wieder gutzumachenden 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).

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. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid der AXA Winterthur vom 8. Oktober 2013 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die AXA Winterthur hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'544.20 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>