



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 14. Februar 2013 (725 12 278 / 28)

Unfallversicherung

Rückfall, Unfallkausalität

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Marco Albrecht, Advokat, Hauptstrasse 54, 4132 Muttenz

gegen

Schweizerische National-Versicherungs-Gesellschaft AG,
Rechtsdienst / Schadenmanagement, Wuhrmattstrasse 21,
4103 Bottmingen, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A.1 Der 1963 geborene A.____ war seit 1. November 1993 bei der B.____ AG als Gärtner tätig und durch die Arbeitgeberin bei der Schweizerischen National-Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: National) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 10. November 2001 prallte A.____ beim Fussballspielen mit einem Mitspieler zusammen. Dabei erlitt er laut der im Kantonsspital X.____ am 12. November 2011 gestellten Erstdiagnose eine y-förmige suprakondyläre Humerusfraktur (Bruch des Oberarmknochens oberhalb des Gelenkkopfs). Die National erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen.

A.2 Am 9. November 2011 ging bei der National eine Rückfallmeldung zum Unfall vom 10. November 2001 ein. Darin wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von 20. Juli 2011 bis

2. August 2011 bescheinigt. Nach Durchführung weiterer Abklärungen hielt die National mit Verfügung vom 15. Dezember 2011 fest, dass die Schulterbeschwerden rechts und die damit verbundene Behandlung ab Juni 2011 nicht überwiegend wahrscheinlich in einem Zusammenhang mit dem Unfall vom 10. November 2001 stehen würden. In der Folge lehnte sie eine Leistungspflicht für die Behandlung in der Klinik C._____ ab 18. Juni 2011 ab. Daran hielt sie auch auf Einsprache des Versicherten hin mit Entscheid vom 17. Juli 2012 fest.

B. Hiergegen erhob A._____, vertreten durch Advokat Marco Albrecht, am 11. September 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, in Aufhebung des Einspracheentscheides vom 17. Juli 2012 sei die National je nach Ergebnis des einzuholenden unabhängigen Gutachtens zu verpflichten, für die erneute Behandlung in der Klinik C._____ ab 18. Juni 2011 aufzukommen. Eventuell sei die Sache zwecks weiterer Abklärung an die National zurückzuweisen; unter o/e- Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, dass der angefochtene Einspracheentscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe.

C. In ihrer Beschwerdeantwort vom 10. Oktober 2012 schloss die National auf Abweisung der Beschwerde; unter o/e- Kostenfolge.

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 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. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Übernahme von Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit den in der Rückfallmeldung vom 9. November 2011 geltend gemachten Schulterbeschwerden rechts zu Recht abgelehnt hat.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfäll-

len, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Dazu gehören nach lit. a der genannten Bestimmung insbesondere die ambulante Behandlung durch den Arzt oder auf dessen Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson und nach lit. b die vom Arzt verordneten Arzneimittel und Analysen. Der Unfallversicherer hat die Pflegeleistungen so lange zu erbringen, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG).

3.2 Nach Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; BGE 127 V 457 E. 4b, 118 V 297 E. 2d). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen). Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen). In diesem Zusammenhang gilt es klarzustellen, dass der Unfallversicherer in Bezug auf den geltend gemachten Rückfall nicht auf der Anerkennung des natürlichen Kausalzusammenhangs beim Grundfall behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können.

3.3 Es obliegt der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem *neuen* Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c in fine). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2010, 8C_113/2010, E. 2.3 mit Hinweis).

4.1 Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese 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 davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Berichtes ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 f. E. 1c mit Hinweisen).

4.2 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. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

5.1 Im Bericht des Kantonsspitals X.____ vom 12. November 2001 wurden eine y-förmige suprakondyläre Humerusfraktur und ein Status nach Gelenkdébridement wegen Osteochondromatose im Juni 2000 diagnostiziert. Den weiteren Berichten des Kantonsspitals X.____ vom 26. November 2001 und 21. März 2002 ist sodann die Diagnose einer intraartikulären suprakondylären Humerusfraktur rechts zu entnehmen.

5.2 Die Klinik C.____ nannte am 18. Juni 2008 als Diagnose eine posttraumatische Panarthrose im rechten Ellbogen mit zunehmender Bewegungseinschränkung und intermittierenden Blockaden rechts bei Status nach Arthrotomie und Gelenkkörperentfernung bei synovialer Chondromatose, nach offener Reposition und Osteosynthese einer suprakondylären, intraartikulären Humerusfraktur rechts nach Entfernung der Zuggurtung am Olecranon und am Epicondylus ulnaris unter Belassung der Platte am radialen Pfeiler des distalen Humerus. Im Bericht vom 21. Juli 2011 wurde an der rechten Schulter ein akutes subacromiales Impingement diagnostiziert. Anamnestisch weise der Versicherte erhebliche Schulterschmerzen auf, welche insbesondere bei Überkopftätigkeiten auftreten und sich seit einigen Wochen hartnäckig halten würden.

5.3 In einem weiteren Bericht der Klinik C.____ vom 7. September 2011 wurde an der rechten Schulter eine ausgedehnte Rotatorenmanschettenruptur mit Retraktion der Supraspinatussehne und Subluxation der langen Bizepssehne (LBS) sowie eine symptomatische AC-Gelenksarthrose festgestellt. Die aktuelle Sonographie an der rechten Schulter zeige eine retrahierte transmurale Ruptur der Supraspinatussehne, kraniale transmurale Partialrupturen der Subscapularis- und Infraspinatussehne und eine Subluxation der verdickten LBS.

5.4 Am 14. September 2011 wurde in der Klinik C.____ ein MR-Arthrographie des rechten Schultergelenks durchgeführt. Im Bericht vom 15. September 2011 wurde eine ausgedehnte Totalruptur der Rotatorenmanschette mit Hochstand des Humeruskopfes und relativ wenig Atrophie des Supraspinatus festgestellt. Es bestünde eine mediale Subluxation und Tendiopathie der LBS.

5.5 Im Bericht der Klinik C.____ vom 22. September 2011 wurde an der rechten Schulter eine nicht rekonstruierbare Massenruptur der Rotatorenmanschette und eine symptomatische AC-Gelenksarthrose diagnostiziert.

5.6 Die National holte bei Dr. med. D.____, FMH Chirurgie, eine Stellungnahme ein. Am 14. November 2011 hielt er fest, dass sich aufgrund der Unterlagen bis zur Konsultation in der Klinik C.____ am 21. Juli 2011 keine Angaben über Schulterbeschwerden oder objektivierbare pathologische Schulterbefunde finden würden. In eben diesem Bericht sei festgehalten, dass der Versicherte seit einigen Wochen bei Überkopfarbeiten Schulterbeschwerden aufweise. Die MR-Arthrographie vom 14. September 2011 zeige eine Massen-Rotatorenmanschettenruptur mit Beteiligung des Supraspinatus, des Infraspinatus und der kranialen Subskapularissehne. Es sei davon auszugehen, dass sich die Rotatorenmanschettenrekonstruktion sukzessive über die letzten Jahre, bei berufsbedingter grosser Belastung des Schultergürtels, entwickelt habe. Im Vordergrund des Beschwerdebildes der letzten Jahre stünde der rechte Ellenbogen mit Entwicklung einer Panarthrose. Aufgrund der Akten, den Angaben des Versicherten und der in der Klinik C.____ erhobenen Befunde stünden die Schulterbeschwerden rechts nicht überwiegend wahrscheinlich in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 10. November 2001. Ein Kausalzusammenhang sei höchstens möglich.

6.1 Die National stützte sich beim angefochtenen Einspracheentscheid bei der Beurteilung der Frage, ob die Schulterbeschwerden rechts mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall des Beschwerdeführers vom 10. November 2001 zurückzuführen sind, auf die Ausführungen im Aktengutachten von Dr. D.____ vom 14. November 2011. Sie ging demnach davon aus, dass die Beschwerden in der rechten Schulter und die damit verbundene Behandlung ab 18. Juni 2011 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 10. November 2001 stehen. Diese Beurteilung ist nicht zu beanstanden. Dr. D.____ hielt in Würdigung der vorhandenen medizinischen Unterlagen überzeugend fest, dass sich keine echtzeitlichen Hinweise über Schulterbeschwerden oder objektivierbare pathologische Schulterbefunde finden würden (vgl. insbes. E. 5.1 hiavor), weshalb diese nicht überwiegend wahrscheinlich in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom

10. November 2001 stehen. Insgesamt weist der Bericht von Dr. D.____ keine Widersprüche auf, die Zweifel an dessen Zuverlässigkeit zu begründen vermöchten. Zudem lassen sich den medizinischen Unterlagen weder eindeutige Brückensymptome entnehmen noch bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Beurteilung von Dr. D.____ keine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestattet. Demnach ist nicht zu beanstanden, dass die National auf dessen Gutachten abgestellt hat.

6.2 Daran vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Wenn er ausführt, aufgrund der offensichtlich nicht offenkundig klaren medizinischen Sachlage erweise sich eine persönliche Untersuchung als notwendig, ist ihm entgegenzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt ohne wesentlichen Widerspruch erstellt und einzig die Kausalität der Schulterbeschwerden rechts zum Unfallereignis zu beurteilen war. Unter diesen Umständen ist ein reines Aktengutachten zulässig und ausreichend (vgl. E. 4.2 hiervor). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass es dem Beschwerdeführer obliegt, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheides über zehn Jahre zurückliegenden Unfall und den Schulterbeschwerden rechts mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, was ihm aber mit den von ihm eingereichten medizinischen Unterlagen nicht gelungen ist. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers hat die Beschwerdegegnerin den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt hinreichend abgeklärt und seine Rüge, die Beweislast für das bestehen eines leistungsbegründenden Kausalzusammenhangs sei unzulässigerweise ihm auferlegt worden, stösst ins Leere. Insgesamt bringt der Versicherte in seiner Beschwerde nichts vor, was die ausschlaggebende Beweiskraft des Aktengutachtens von Dr. D.____ in Frage stellen könnte.

6.3 Lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des relevanten medizinischen Sachverhaltes zu, so kann auf die vom Beschwerdeführer beantragte Einholung eines medizinischen Gutachtens verzichtet werden. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und - als Korrelat - die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

7. Zusammenfassend ergibt sich, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. Juli 2012 nicht zu beanstanden ist. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

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

heben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

9. Der Beschwerdeführer beantragt, es sei ihm die unentgeltliche Verbeiständung zu bewilligen. Fehlen einer Partei die nötigen Mittel und erscheint ihr Begehren nicht offensichtlich als aussichtslos, so wird ihr gemäss § 22 Abs. 2 VPO der Beizug einer Anwältin bzw. eines Anwaltes gewährt, sofern dies zur Wahrung ihrer Rechte notwendig erscheint. Der Beschwerdeführer hat am 12. November 2012 das Formular "Gesuch um unentgeltliche Prozessführung", datiert vom 8. November 2012, und verschiedene Unterlagen über seine finanziellen Verhältnisse eingereicht. Gestützt auf die darin enthaltenen Angaben ist anhand einer Grundbedarfsberechnung zu prüfen, ob der Versicherte prozessual bedürftig ist. Da der Beschwerdeführer weder ein Erwerbs- noch ein Ersatzeinkommen aufweist, ist ein Ausgabenüberschuss zu bejahen, der zur Annahme einer prozessualen Bedürftigkeit führen könnte. Er bleibt aber zu prüfen, ob allenfalls bestehendes Vermögen der Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung entgegensteht (vgl. BGE 118 Ia 369f.). Dabei ist zu beachten, dass ein gewisser Umfang an Vermögen als "Notgroschen" beansprucht werden darf und nicht zur Prozessführung angetastet werden muss. Bei ungenügendem Einkommen wird ein Vermögen von circa Fr. 20'000.-- bis maximal Fr. 25'000.-- als noch verhältnismässig gering und deshalb einem Kostenerlassbegehren nicht entgegenstehend betrachtet (BJM 1987 S. 221). Der Beschwerdeführer deklariert aktuell, d.h. per 8. November 2012 ein Vermögen in Form von Sparguthaben in der Höhe Fr. 27'000.--. Diese Mittel sind nach dem Gesagten bei der Beurteilung der prozessualen Bedürftigkeit zu berücksichtigen. Unter Anrechnung des maximalen Freibetrages von Fr. 25'000.-- verbleibt dem Gesuchsteller somit eine Summe von knapp Fr. 2'000.-- zur Finanzierung der ausserordentlichen Kosten. Advokat Albrecht hat in seiner Honorarnote vom 17. Dezember 2012 einen Betrag von Fr. 1'288.50 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) ausgewiesen. Unter diesen Umständen kann der Versicherte nicht als bedürftig betrachtet werden, weshalb dem Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung nicht entsprochen werden kann, zumal der Beschwerdeführer über weiteres Vermögen verfügt. Gemäss seinen eigenen Angaben hat die in seinem Eigentum stehende Liegenschaft einen Wert von circa Fr. 150'000.-- und ist lediglich mit Fr. 105'000.-- belehnt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.
 4. Das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung wird abgewiesen.

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