



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 15. August 2019 (725 18 314 / 197)

Unfallversicherung

Einstellung der Versicherungsleistungen: Uneinigkeit zwischen Fachärzten, ob der Status quo sine vel ante bezüglich der beim Unfallereignis erlittenen AC-Gelenksverletzung vorliegt; Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Klärung des medizinischen Sachverhalts

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer, vertreten durch Natalie Matiaska, Advokatin, Fischmarkt 12, 4410 Liestal

gegen

Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG, Direktion Bern, Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Andrea Tarnutzer, Advokat, Güterstrasse 106, Postfach 109, 4018 Basel

Betreff Leistungen

A. Der 1945 geborene A._____ ist seit 1. Januar 2008 bei der B._____ angestellt. Durch die Arbeitgeberin ist er bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (Versicherung) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Mit Unfallmeldung vom 25. Oktober 2016 liess A._____ der Versicherung durch seine Arbeitgeberin einen Unfall melden. Danach sei er am 30. September 2016 gestürzt, als ein Hund in sein Fahrrad gesprungen sei. Am gleichen Tag suchte A._____ die C._____ auf, wo die behandelnde Ärztin eine Schulterprellung links, Schürfungen an der linken Schulter, am linken Ellbogen und am linken Knie und am Folgetag zudem Rippenbrüche 4 – 6 feststellte (vgl. Einträge ins Patientendossier vom 30. September 2016 und 1. Oktober 2016). Danach stand der Versicherte bei seinem Hausarzt, Dr. med. D._____, FMH Allgemeinmedizin, in Behandlung. Wegen anhaltender Schulterschmerzen überwies Dr. D._____ den Versicherten im Februar 2017 an Dr. med. E._____, FMH Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik F._____. Mit den bildgebenden Untersuchungen vom 20. Februar 2017 konnten eine Tendinopathie der Supraspinatussehne sowie eine Tendinopathie/Teilläsion der langen Bizepssehne auf der Höhe des Bizepssehnen-Pulley nachgewiesen werden. Weiter wurde der Verdacht auf eine erlittene Luxation des Schulter-Eckgelenks (= AC-Gelenk) mit Hämatom geäussert (vgl. Bericht von PD Dr. med. G._____, FMH Radiologie, vom 20. Februar 2017). Da die Schulterschmerzen trotz intensiver Physiotherapie anhielten, schlug Dr. E._____ am 19. Januar 2018 eine Schulterarthroskopie mit lateraler Clavicularesektion, Acromioplastik sowie Bizepsstenotomie vor. Daraufhin unterbreitete die Versicherung den Fall ihrem beratenden Arzt, Dr. med. H._____, FMH Chirurgie. Mit Verfügung vom 12. März 2018 stellte die Versicherung gestützt auf die vertrauensärztliche Beurteilung vom 3. Februar 2018 fest, dass der Status quo sine vel ante per 31. Dezember 2016 eingetreten sei. Ein Anspruch auf Versicherungsleistungen ab dem 1. Januar 2017 bestehe somit nicht. Die dagegen erhobene Einsprache des Versicherten wies die Versicherung mit Entscheid vom 30. August 2018 ab.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A._____, vertreten durch Advokatin Natalie Matiaska, am 20. September 2018 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Es wurde die Aufhebung des angefochtenen Entscheides und die Erbringung der Versicherungsleistungen über den 31. Dezember 2016 hinaus beantragt. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Sachverhaltsabklärung an die Versicherung zurückzuweisen; alles unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht wurde der Antrag gestellt, es sei ein medizinisches Gutachten einzuholen. In der Begründung wurde im Wesentlichen die Beweistauglichkeit der vertrauensärztlichen Aktenbeurteilung von Dr. H._____ vom 3. Februar 2018 beanstandet. Zudem teilte der Versicherte mit, dass die von Dr. E._____ empfohlene Schulteroperation am 9. März 2018 in der Klinik F._____ durchgeführt worden sei.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 7. Dezember 2018 beantragte die Versicherung, vertreten durch Advokat Andrea Tarnutzer-Münch, die Abweisung der Beschwerde. Sie wies darauf hin, dass sie im Sinne einer Zweitmeinung eine Stellungnahme von Dr. med. I._____, FMH Allgemeinchirurgie und Traumatologie, eingeholt habe. Gestützt auf seine Beurteilung vom 5. November 2018 sei davon auszugehen, dass einzig die Rippenfrakturen, welche zwischenzeitlich abgeheilt seien und die Verletzungen am AC-Gelenk auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Diesbezüglich sei der Status quo sine vel ante spätestens am 31. Dezember 2017 eingetreten.

D. Nachdem der Versicherte eine Stellungnahme von Dr. E.____ vom 5. Februar 2019 und das vom Hausarzt geführte Patientendossier eingeholt hatte, liess er durch seine Rechtsvertreterin am 13. Februar 2019 eine Replik einreichen. Darin wies er darauf hin, dass in der dem Einspracheentscheid zugrundeliegenden Verfügung vom 12. März 2018 die Leistungen per 31. Dezember 2016 eingestellt worden seien. In der Vernehmlassung werde gestützt auf die Beurteilung von Dr. I.____ nun aber davon ausgegangen, dass die Leistungseinstellung erst per Ende Dezember 2017 rechtmässig sei. Damit habe die Versicherung ihre Leistungspflicht teilweise anerkannt. Strittig sei somit nur noch sein Leistungsanspruch ab 1. Januar 2018. Dr. E.____ begründe anhand der Arthro-MRI-Bilder vom 20. Februar 2017 schlüssig, dass die bis zur Operation vom 9. März 2018 geklagten Schulterbeschwerden auf das Unfallereignis vom 30. September 2016 zurückzuführen seien. Dadurch sei die Versicherung über den 31. Dezember 2017 hinaus leistungspflichtig.

E. Die Versicherung hielt in ihrer Duplik vom 14. März 2019 an der Abweisung der Beschwerde fest. Sie machte geltend, dass die Stellungnahme von Dr. I.____ vom 5. November 2018 überzeuge. Daran ändere auch der nachträgliche Parteibericht von Dr. E.____ vom 5. Februar 2019 nichts, nehme dieser doch keine Stellung zur Beurteilung von Dr. I.____. Weiter führte sie an, dass die Einträge von Dr. D.____ im Patientendossier unleserlich seien, weshalb daraus nichts zu Gunsten des Versicherten abgeleitet werden könne.

F. Auf Aufforderung des Kantonsgerichts reichte der Versicherte durch seine Rechtsvertreterin am 24. April 2019 eine Abschrift des Patientendossiers von Dr. D.____ ein. Nach Zustellung dieser Abschrift an die Versicherung reichte die Versicherung am 29. Mai 2019 ihre Stellungnahme an. Dabei beantragte sie weiterhin die Abweisung der Beschwerde.

G. In der Eingabe vom 25. Juni 2019 nahm der Versicherte keinen neuen Standpunkt ein. Die Versicherung verzichtete auf die Einreichung einer weiteren Stellungnahme.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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. Der Versicherte wohnt in X.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft 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 damit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 20. September 2018 ist einzutreten.

2. Strittig ist der Leistungsanspruch des Versicherten. Während die Versicherung in ihrer Verfügung vom 12. März 2018 sich noch auf den Standpunkt gestellt hat, dass ab 1. Januar 2017 keine Leistungen geschuldet seien, hat sie in ihrer Vernehmlassung vom 7. Dezember 2018 gestützt auf die Beurteilung von Dr. I. _____ vom 5. November 2018 ihre Leistungspflicht bis 31. Dezember 2017 anerkannt. Infolge dieser teilweisen Anerkennung der Beschwerde ist vorliegend nur noch zu prüfen, ob der Versicherte über den 31. Dezember 2017 hinaus Anspruch auf Leistungen der Versicherung hat.

3.1 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Laut Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 werden jedoch Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen zugetragen haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

3.2 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. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). 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.

3.3 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) 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, wofür die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweis-

grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ist nach der Rechtsprechung dann zu bejahen, wenn das Ereignis nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2 mit Hinweis).

3.4 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 leistungs begründende 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 (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen). Die blossе 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 leistungs begründender 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). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2014, 8C_637/2013, E. 2.3.2).

3.5 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese 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 Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.6 Bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungs-externe medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

4.1 Gemäss den Behandlungseinträgen von Dr. med. J.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, C.____, verletzte sich der Versicherte am 30. September 2016 beim Sturz mit dem Fahrrad an der linken Schulter und erlitt zudem Schürfwunden am linken Ellbogen und am linken Knie sowie Frakturen an den Rippen 4 – 6 (vgl. Einträge vom 30. September 2016 und 1. Oktober 2016). Zur Behandlung der starken Schmerzen wurden dem Versicherten Schmerzmittel verschrieben. Am 3. und 7. Oktober 2016 vermerkte Dr. J.____ eine Verbesserung der Schmerzsituation. Zur Weiterbehandlung wurde der Versicherte an den Hausarzt verwiesen. Dr. D.____ notierte im Patientendossier, dass der Versicherte anlässlich der Konsultationen vom 21. Oktober 2016, 13. Dezember 2016 und am 24. Januar 2017 weiterhin über Schulterschmerzen, insbesondere beim Sternoclaviculargelenk (SC-Gelenk), geklagt habe (vgl. Abschrift der Einträge ins Patientendossier vom 16. April 2019).

4.2 Auf Zuweisung von Dr. D.____ stand der Versicherte bei Dr. E.____ in Behandlung. In seinem Bericht vom 8. Februar 2017 hielt dieser fest, dass der Versicherte seit dem Unfall über persistierende Schulterschmerzen klagt. Bei der klinischen Untersuchung habe er ein druckdolentes und minimal instabiles SC-Gelenk links sowie eine geringe Druckdolenz über dem AC-Gelenk und dem Tuberculum majus vorgefunden. Die Aussenrotationskraft gegen Widerstand sei leicht vermindert und der Impingement-Test nach Hawkins sei positiv gewesen. Bei der Situation am SC-Gelenk handle es sich um einen Status nach Subluxation. Aufgrund des von Dr. E.____ geäusserten Verdachts auf eine Rotatorenmanschettenläsion wurde am 20. Februar 2017 eine MRI-Arthrografie veranlasst. Gestützt auf diesen bildgebenden Befund von PD Dr. G.____ vom 20. Februar 2017 kam Dr. E.____ in seinem Bericht vom 22. Februar 2017 zum Schluss, dass beim Versicherten eine minimale bursaseitige Partiaalläsion der Supraspinatussehne, eine Tendinitis der Bizepssehne, eine umschriebene Flüssigkeitsansammlung im Bereich des AC-Gelenks und eine Knochenmarksödembildung im Bereich der lateralen Clavicula mit möglichem altem Hämatom nachzuweisen sei. Als Behandlung schlug er vorerst Physiotherapie mit lokalantalgischen Massnahmen, eine Weichteilbehandlung sowie eine Zentrierung der Schulter vor. Knapp 6 Monate später berichtete Dr. E.____ am 15. August 2017, dass die Schmerzen mit der Physiotherapie deutlich hätten reduziert werden können. Bei feinmotorischen Übungen träten teilweise Schmerzen an der linken Schulter und beim Fahrradfahren im Brustbereich auf. Der Versicherte nehme keine Medikamente mehr ein und weise wenig Druckdolenz über dem AC-Gelenk auf. Nach wie vor sei der Impingement-Test nach Hawkins leicht schmerzhaft. Aktuell

bestehe noch eine Reizung der Bizepssehne. Am 19. Januar 2018 berichtete Dr. E.____ wieder über persistierende Schmerzen, welche vor allem im Überkopfbereich und teilweise beim Liegen auf der linken Schulter, auch nachts, auftraten. Nach der Physiotherapie träten verstärkt Schmerzen auf. Der Palm-up-Test, der Impingement-Test nach Hawkins und der Horizontaladduktions-test seien positiv gewesen.

4.3 Dem Patientendossier des Hausarztes, Dr. D.____, ist zu entnehmen, dass der Versicherte anlässlich der Konsultation vom 13. Dezember 2016 über einen verbesserten Zustand der Rippen berichtete. Es beständen aber nach wie vor Schulterschmerzen links und vor allem beim SC-Gelenk, das auch geschwollen sei. Beim AC-Gelenk habe der Versicherte keine Schmerzen mehr. Am 24. Januar 2017 äusserte er, dass die Beschwerden an der Schulter abnähmen, aber noch nicht verschwunden seien. Phasenweise beständen linksseitige Armschmerzen und ein leichter Schmerz beim SC-Gelenk. Am 11. September 2018 bestätigte Dr. D.____, dass ihn der Versicherte vor dem Unfallereignis nie wegen Schulterbeschwerden konsultiert habe.

4.4 Dr. H.____ beurteilte die bisherige medizinische Aktenlage in seinem Kurzbericht vom 3. Februar 2017 (recte: 2018). Als unfallkausale Diagnosen hielt er eine AC-Gelenksprengung/-zerrung links, Frakturen der Rippen 4 – 6 links und einen Verdacht auf eine Subluxation des SC-Gelenks links fest. Die Tendinopathie der langen Bizepssehne mit Teilläsion des Pulley-Komplexes sei auf einen Vorzustand zurückzuführen und somit unfallfremd. Der Status quo sine vel ante sei am 31. Dezember 2016 erreicht worden. Die aktuelle Beschwerdesymptomatik sei am ehesten durch die unfallfremde Tendinopathie der langen Bizepssehne zu erklären. Klinisch seien keine Hinweise für eine bleibende Instabilität des AC-Gelenks dokumentiert.

4.5 Dr. E.____ äusserte in einer E-Mail zur Einschätzung von Dr. H.____, dass in der Arthro-MRI vom 20. Februar 2017 klar hervorgehe, dass ein altes Hämatom vorhanden sei, welches vom Unfall herrühre. Anlässlich der Schulterarthroskopie mit lateraler Clavicularresektion, Acromioplastik und Bizepsstenotomie vom 9. März 2018 stellte er einen instabilen Bizepssehnenansatz entsprechend einer Läsion des superioren Labrums von anterior nach posterior (= SLAP) nach Snyder Grad II, eine partielle Pulley-Läsion, ein leicht degenerativ verändertes vorderes Labrum, eine artikularseitige minimale Unterflächenläsion im Bereich der Supraspinatussehne, ein verdicktes, ventral ausgefranstes Ligamentum coracoacromiale als Zeichen eines Impingement-Syndroms sowie eine leichte Dehiszenz beim AC-Gelenk mit deutlichen Vernarbungen und altem Hämatom fest.

4.6 In der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingeholten Beurteilung von Dr. I.____ vom 5. November 2018 sind als Diagnosen eine Schulterkontusion links, eine AC-Gelenksverletzung links, eine Rippenserienfraktur 4 - 6 links, ein interkurrent aufgetretenes symptomatisches subacromiales Impingement der linken Schulter mit Tendinopathie der Supraspinatussehne und der langen Bizepssehne sowie einer SLAP-II-Läsion aufgeführt. Beim Sturz sei das linke AC-Gelenk im Sinne einer Tossy-Läsion I bis II verletzt und die Rippen 4 - 6 gebrochen worden. Diese Verletzungen könnten über mehrere Monate Beschwerde bereiten. Es sei nicht anzunehmen, dass das linke Glenohumeralgelenk relevant verletzt worden sei, ansonsten es dem Versicherten nicht möglich gewesen wäre, die Schulter schon nach einer Woche annähernd

normal zu bewegen. Auch in der Arthro-MRI-Untersuchung vom 20. Februar 2017 hätten beim AC-Gelenk keine relevanten Verletzungsfolgen festgestellt werden können; eine SLAP-Läsion sei nicht sichtbar gewesen. Demgegenüber habe sich eine Tendinopathie der Supraspinatussehne und der langen Bizepssehne gezeigt, was auf ein nicht symptomatisches subacromiales Impingement hinweise. Entsprechend seien auch die von Dr. E.____ durchgeführten Impingement-Tests positiv gewesen. Beim Impingement-Syndrom handle es sich um eine degenerative Abnutzung im ansatznahen Bereich der Supraspinatussehne und im intraartikulären Bereich der langen Bizepssehne. Das Impingement sei erstmals bei der Konsultation vom 19. Januar 2018 in Form von Schmerzen bei Überkopfarbeiten symptomatisch geworden. Dies sei typisch für ein degeneratives Leiden. Die am 9. März 2018 angewandte Operationstechnik (Erweiterung des subacromialen Raumes mit Acromioplastik und Bursektomie, Tenotomie der langen Bizepssehne) spreche zudem für das Vorliegen eines subacromialen Impingements. Die SLAP-Läsion habe erst mit der Operation vom 9. März 2018 nachgewiesen werden können. Da diese Läsion auf dem Arthro-MRI vom 20. Februar 2017 nicht sichtbar gewesen sei, sei sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in der Zeit danach und vor der Operation vom 9. März 2018 entstanden. Sie sei damit als unfallfremd zu betrachten; zumal die Arthro-MRI-Untersuchung eine zuverlässige Untersuchungsmethode sei, um eine SLAP-Läsion nachzuweisen. Die Tatsache, dass der Versicherte anfänglich auf der linken Schulter habe liegen können, selten unter Nachtschmerzen gelitten und im August 2017 keine Schmerzmittel mehr eingenommen habe, deute jedenfalls auf eine unfallfremde Problematik hin. Zudem sei eine Schulterkontusion nicht geeignet, eine traumatische SLAP-Läsion zu verursachen. Ausserdem wäre eine annähernd normale Schulterbeweglichkeit – wie dies beim Versicherten vorgelegen habe – nicht möglich gewesen. Er gehe davon aus, dass der Status quo sine vel ante in Bezug auf die Rippenfrakturen ca. 6 Monaten nach dem Sturz und in Bezug auf die unfallbedingte AC-Gelenksverletzung am 15. August 2017 erreicht gewesen sei.

4.7 In seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2019 führte Dr. E.____ weiter aus, dass die AC-Verletzung nach Tossy II und die SLAP-Läsion II unfallkausal seien. Im Arthro-MRI vom 20. Februar 2017 habe eine umschriebene Flüssigkeitsansammlung im Bereich des AC-Gelenks mit Knochenmarksödembildung der lateralen Clavicula und altem Hämatom festgestellt werden können. Dieses Hämatom habe zu therapieresistenten Beschwerden geführt, so dass am 9. März 2018 eine Schulterarthroskopie links mit Bizepsstenotomie, lateraler Clavicularesektion und Hämatomentfernung habe durchgeführt werden müssen. Klinisch zeigten sich eine Druckdolenz über dem AC-Gelenk und ein positiver Horizontaladduktionstest, was für eine AC-Verletzung spreche. Ein Sturz nach vorne mit abgestrecktem Arm könne – wie vorliegend - zu einer traumatischen SLAP-Läsion nach Snyder II führen. Nach nochmaliger Durchsicht der Arthro-MRI-Bilder vom 20. Februar 2017 habe er festgestellt, dass sich Kontrastmittel unter das obere Labrum angereichert habe; dies spreche für das Vorliegen einer SLAP-Läsion nach Snyder II. Entgegen der Ansicht von Dr. I.____ sei die Beweglichkeit nach einer AC-Verletzung nicht eingeschränkt. Da es sich vorliegend nicht um eine glenohumerale Problematik handle, sei die Schulterbeweglichkeit völlig normal. Seit der Operation vom 9. März 2018 seien das AC-Gelenk indolent und der Horizontaladduktionstest negativ, was auf einen guten Verlauf hindeute. Es sei deshalb davon auszugehen, dass die bis zum operativen Eingriff geklagten Beschwerden auch auf die Verletzung des AC-Gelenks zurückzuführen gewesen seien.

4.8 In Würdigung dieser medizinischen Beurteilungen ist festzustellen, dass ein Fachstreit zwischen Dr. E.____ und Dr. I.____ in Bezug auf die Unfallkausalität der SLAP-Läsion und den Zeitpunkt des Erreichens des Status quo sine vel ante der Unfallfolgen besteht. Dabei sind sich die beiden Fachärzte einig, dass die AC-Gelenksverletzung auf den Sturz vom 30. September 2016 zurückzuführen ist. Während Dr. I.____ der Ansicht ist, dass diesbezüglich der Status quo sine vel ante Mitte August 2017 erreicht gewesen sei, geht Dr. E.____ davon aus, dass dieser zum Zeitpunkt der Operation vom 9. März 2018 noch nicht vorgelegen habe.

5.1 Die Versicherung geht gestützt auf die aktenbasierte vertrauensärztliche Beurteilung von Dr. I.____ vom 5. November 2018 davon aus, dass die Einstellung per 31. Dezember 2017 rech- tens sei. Wie oben (vgl. E. 3.6 hiavor) ausgeführt, sind an die Beweismwürdigung strenge Anfor- derungen zu stellen, wenn der Unfallversicherer einen Versicherungsfall wie hier ohne Einholung eines externen Gutachtens entscheidet. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässig- keit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Solche Zweifel kommen insbesondere mit der vom Versicherten ein- gereichten Stellungnahme von Dr. E.____ vom 5. Februar 2019 auf. Zweifel an der Zuverlässig- keit der Einschätzung von Dr. I.____ erweckt unter anderem die Tatsache, dass dieser sich bei der Begründung der fehlenden Unfallkausalität der SLAP-Läsion auf einen teilweise aktenwidri- gen Sachverhalt stützt. Entgegen seiner Ausführungen geht aus den Akten nicht hervor, dass der Versicherte selten über Nachtschmerzen geklagt und nach dem Unfallereignis anfangs auf der linken Schulter habe liegen können. Wie dem Bericht von Dr. E.____ vom 8. Februar 2017 zu entnehmen ist, hat der Versicherte vor allem nachts an erheblichen Schulterbeschwerden gelit- ten. Gleichermassen hat er zumindest bis zu dieser Konsultation im Februar 2017, also mehr als 4 Monate nach dem Sturz, über persistierende Schulterschmerzen geklagt, weshalb nicht anzu- nehmen ist, dass bis dahin das Liegen auf der Schulter schmerzfrei möglich gewesen ist (vgl. Einträge von Dr. J.____ und Dr. D.____ ins Patientendossier sowie Berichte von Dr. E.____ vom 8. Februar 2017 und PD Dr. G.____ vom 20. Februar 2017). Erst knapp ein Jahr nach dem Sturz vom 30. September 2016 beschrieb der Versicherte nur noch selten auftretende Nachtschmerzen und ein schmerzfreies Liegen auf der linken Schulter (vgl. Bericht von Dr. E.____ vom 15. August 2017). Allerdings hat dieser Zustand nicht lange gedauert, hat doch Dr. E.____ am 19. Januar 2018 wieder von nächtlichen Schmerzen beim Liegen auf der linken Schulter berichtet. Desglei- chen ist in den Berichten der behandelnden Fachpersonen dokumentiert, dass der Versicherte ständig Schmerzen hatte und bis zur Konsultation bei Dr. E.____ vom 8. Februar 2017 Schmerz- mittel eingenommen habe (vgl. Einträge ins Patientendossier von Dr. J.____ und Dr. D.____ so- wie Bericht von Dr. E.____ vom 8. Februar 2017). Auch wenn der Versicherte offenbar im August 2017 ohne Analgetika ausgekommen ist, ist gestützt auf den Bericht von Dr. E.____ vom 19. Januar 2018 anzunehmen, dass er irgendwann in der Zeit vom August 2017 bis Anfang Januar 2018 aufgrund der persistierenden Schmerzen wieder begonnen hat, Medikamente einzuneh- men. Auch die weiteren Argumente von Dr. I.____ gegen das Vorliegen einer traumatischen Ur- sache der SLAP-Läsion überzeugen nicht restlos. Wie Dr. E.____ zutreffend ausführt, zeigt eine kurze Internet-Recherche, dass die häufigste Ursache einer traumatischen SLAP-Läsion ein Sturz auf den ausgestreckten Arm bei leichter Flexion und Abduktion ist (vgl. WEBER-SPICKSCHEN

SANAY/AGNESKIRCHNER JENS D., Bicepssehnenpathologie, in: Orthopädische und Unfallchirurgische Praxis, 2013, S. 140, URL: www.online-oup.de – short-URL: <https://bit.ly/2nb4aup> [12.08.2019]; THOMAS MICHAEL/ BUSSE D.____N, SLAP-Läsion der Schulter: Ätiologie, Klassifikation, Diagnostik und Therapie, URL: www.klinischesportmedizin.de – short-URL: <https://bit.ly/2mELYJ0>). Ob der Versicherte beim Unfallereignis tatsächlich nach vorne mit ausgestrecktem Arm vom Fahrrad gestürzt ist, lässt sich aus den Akten nicht entnehmen, ist aber durchaus vorstellbar. Weiter stellt sich die Frage, ob Dr. I.____ zu Recht davon ausgeht, dass im Zeitpunkt der Arthro-MRI vom 20. Februar 2017 noch keine SLAP-Läsion vorgelegen habe. Wie Dr. E.____ in seiner Beurteilung vom 5. Februar 2019 erklärt, habe er nach nochmaliger Durchsicht dieser Aufnahmen eine Anreicherung des Kontrastmittels unter dem vorderen Labrum feststellen können. Da SLAP-Läsionen Verletzungen des oberen Labrums im Ursprungsbereich der langen Bizepssehne darstellen und Arthro-MRI-Untersuchungen mit intraartikulärer Kontrastmittelabgabe eine geeignete Methode zum Nachweis einer SLAP-Läsion sind, ist es fraglich, ob – wie Dr. I.____ annimmt - diese Läsion tatsächlich erst nach der bildgebenden Untersuchung entstanden ist (vgl. WEBER-SPICKSCHEN/AGNESKIRCHER, a.a.O., S. 139; OFNER MICHAEL/LAJTAL GEORG, SLAP-Läsion – update, in: Universimed, URL: <https://ch.universimed.com> – short-URL: <https://bit.ly/2l2FALK> [12.08.2019]). Auch wenn PD Dr. G.____ im Rahmen seiner Beurteilung der Arthro-MRI-Bilder von keiner Kontrastmittelanreicherung unter dem oberen Labrum berichtet und lediglich degenerative Veränderungen am vorderen und hinteren Labrum beschreibt, ist es durchaus möglich, dass eine SLAP-Läsion bereits bei der bildgebenden Untersuchung vorgelegen hat. Immerhin hat auch Dr. E.____, dessen Kernkompetenz in arthroskopischen Operationen an Schultern, Knien Sprunggelenken liegt, erst nach einer zweiten, genaueren Durchsicht der Aufnahmen die Kontrastmittelanreicherung feststellen können. Die Frage, ob auf den Arthro-MRI-Bildern tatsächlich eine SLAP-Läsion zu erkennen ist und ob eine solche gegebenenfalls eine traumatische Ursache hat, vermag das Gericht aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht zu beurteilen. Wenn sich erweist, dass die SLAP-Läsion traumatischer Natur ist, kann der Argumentation von Dr. I.____, wonach die Operation vom 9. März 2018 nicht unfallbedingt sei, sondern auf das degenerative subacromiale Impingement mit Tendinopathie der Supraspinatussehne und der langen Bizepssehne zurückzuführen sei, nicht gefolgt werden.

5.2 Ein weiterer Grund, an der Beweiskraft der Beurteilung von Dr. I.____ zu zweifeln, ist darin zu sehen, dass eine Auseinandersetzung mit dem auf den Arthro-MRI-Bildern vom 20. Februar 2017 sichtbaren Hämatom im Bereich der lateralen Clavicula fehlt. Genau dieses Hämatom betrachtet Dr. E.____ als Ursache für die Beschwerden am AC-Gelenk. Da das AC-Gelenk seit der Entfernung dieses Hämatoms bei der Operation vom 9. März 2018 gemäss den Ausführungen von Dr. E.____ in seiner Beurteilung vom 5. Februar 2019 indolent sei, stellt sich die Frage, ob der von Dr. I.____ festgelegte Zeitpunkt des Erreichens des Status quo sine vel ante per 15. August 2017 bzw. – gemäss Vernehmlassung der Versicherung vom 7. Dezember 2018 anerkannt - per 31. Dezember 2017 nicht zu früh erfolgt ist. Da sich Dr. I.____ zu dieser Thematik nicht geäußert hat, herrscht hier Unklarheit.

5.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beurteilung von Dr. E.____ geeignet ist, Zweifel an der Zuverlässigkeit der versicherungsinternen Aktenbeurteilung von Dr. I.____ aufkommen zu lassen. Die Versicherung hat deshalb zu Unrecht die Versicherungsleistungen per

31. Dezember 2017 eingestellt. Da jedoch auch die Ausführungen von Dr. E._____ nicht stichhaltig genug sind, um darauf abstellen zu können, ist die Sache zur Klärung des medizinischen Sachverhalts im Sinne der Erwägungen an die Versicherung zurückzuweisen. Demgemäss ist die vorliegende Beschwerde gutzuheissen.

6. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. a ATSG ist der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos. Es sind deshalb keine Verfahrenskosten zu erheben. Gemäss dem Ausgang des Verfahrens hat der Versicherte Anspruch auf eine Parteientschädigung. Seine Rechtsvertreterin hat in ihrer Honorarnote vom 25. Juni 2019 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 17,5 Stunden geltend gemacht, welcher angesichts der sich stellenden Rechtsfragen angemessen ist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxismässig für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Die Auslagen in der Höhe von Fr. 223.50 sind nicht zu beanstanden. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'952.60 (17,5 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 223.50 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG zuzusprechen.

7.1 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. Selbstständig 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 wiedergutmachenden 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 Aktenenergänzung 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).

7.2 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. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 30. August 2018 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG zurückgewiesen,
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG hat dem Beschwerdeführer eine Parteienschädigung in der Höhe von Fr. 4'952.60 (inkl. Auslagen und 7.7 % Mehrwertsteuer) auszurichten.