

VBE.2022.303 / sb / sc

Art. 45

Urteil vom 17. April 2023

Besetzung

Oberrichter Roth, Präsident
Oberrichterin Fischer
Oberrichterin Merkofer
Gerichtsschreiber Berner

Beschwerde-
führerin

A. _____
vertreten durch Gaël Jenoure, Advokat, indemnis GmbH, Rain 63,
5000 Aarau

Beschwerde-
gegnerin

GENERALI Allgemeine Versicherungen AG, Avenue Perdtemps 23,
1260 Nyon

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend UVG
(Einspracheentscheid vom 28. Juni 2022)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Die 1967 geborene Beschwerdeführerin war seit dem 1. März 2017 bei der B. angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch gegen die Folgen von Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 6. November 2021 stolperte sie beim Spazieren im Wald über einen Ast und verletzte sich dabei am linken Fuss. Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht für die Folgen dieses Ereignisses und richtete die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) aus. Nach weiteren medizinischen Abklärungen schloss sie den Fall mit Verfügung vom 13. April 2022 ab und stellte ihre Leistungen gestützt auf Stellungnahmen ihres beratenden Arztes Dr. med. C. mangels natürlicher Kausalität des Unfalls für die noch geklagten Beschwerden per 27. November 2021 ein. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 28. Juni 2022 fest.

2.

2.1.

Dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 26. August 2022 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Anträge:

"1.

Der Einspracheentscheid vom 28. Juni 2022 sei aufzuheben, und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen auszurichten.

2.

Unter o/e-Kostenfolge."

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 15. September 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrem Einspracheentscheid vom 28. Juni 2022 (Beschwerdebeilage [BB] 1; vgl. auch die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 13. April 2022 in Vernehmlassungsbeilage [VB] 67) gestützt auf zwei Stellungnahmen ihres beratenden Arztes Dr. med. C. vom 7. April und 24. Mai 2022 (VB 66 und VB 76) im Wesentlichen davon aus, dass zwischen den von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden und dem Ereignis vom 6. November 2021 kein natürlicher Kausalzusammenhang (mehr) gegeben sei. Eine (weitere) Leistungspflicht ihrerseits

über den 27. November 2021 hinaus bestehe nicht. Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber zusammengefasst geltend, auf die Beurteilung von Dr. med. C. könne nicht abgestellt werden. Vielmehr seien auch die über den 27. November 2021 hinaus persistierenden Beschwerden (zumindest im Sinne einer Teilursache) auf den Unfall vom 6. November 2021 zurückzuführen. Die Beschwerdegegnerin sei daher (weiterhin) leistungspflichtig.

Damit ist streitig und nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 6. November 2021 mit Einspracheentscheid vom 28. Juni 2022 zu Recht per 27. November 2021 eingestellt hat.

2.

2.1.

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden die Versicherungsleistungen, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten gewährt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie nach Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente.

2.2.

2.2.1.

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f. und 129 V 402 E. 4.3.1 S. 406).

2.2.2.

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen

der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125 mit Hinweis auf BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181) zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen). Die Sozialversicherungsorgane und das Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs ist in erster Linie mittels Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.3.1; vgl. auch RUMO-JUNGO/HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 55).

2.2.3.

Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Unfallversicherer ist in rechtlicher Hinsicht von Belang. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte 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 (BGE 147 V 161 E. 3.3 S. 163). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend. Diese Rechtsprechung beschlägt dabei einzig die rechtlichen Folgen der Abklärung, insofern als dem Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9, 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen).

2.3.

2.3.1.

Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht 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 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.3.2.

Die Rechtsprechung hat den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt. Ihnen kommt praxisgemäss jedoch nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff. und 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). Zwar lässt das Anstellungsverhältnis der versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 und 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 ff.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S. 65 und 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.).

3.

3.1.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Einspracheentscheid vom 28. Juni 2022 in medizinischer Hinsicht auf die versicherungsinternen Beurteilungen von Dr. med. C. vom 7. April und vom 24. Mai 2022. Am 7. April 2022 hielt Dr. med. C. zusammengefasst fest, die Beschwerdeführerin habe sich beim Ereignis vom 6. November 2021 eine Distorsion des linken

Fusses zugezogen. Daneben bestünden – unfallfremd – eine Tendinopathie der linksseitigen peroneus longus-Sehne bei Status nach Sehnennaht peroneus brevis, eine Belastungsintoleranz und eine unklare Mobilitätsstörung des linken Fusses sowie ein Verdacht auf eine "Verarbeitungsstörung nach Ereignis vom 06.11.2021". An der "Peroneussehne" zeige sich ein "klar vorgeschädigte[r] Zustand", welcher "bereits vor etwa 10 Jahren" zu einem operativen Eingriff geführt habe. Eine "gesicherte Gewebeläsion" als Folge des Ereignisses vom 6. November 2021 sei nicht objektiviert worden. Es sei davon auszugehen, dass der status quo sine drei Wochen nach dem Unfall erreicht gewesen sei. Für sitzende Tätigkeiten wie die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Treuhänderin bestehe "eine geringe Handycapierung (bis max. 20%)" (VB 66). An dieser Beurteilung hielt Dr. med. C. mit ergänzender Stellungnahme vom 24. Mai 2022 (VB 76) im Wesentlichen fest.

3.2.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin stellen die erwähnten versicherungsinternen medizinischen Beurteilungen keine taugliche Grundlage zur Beurteilung der Unfallkausalität der persistierenden linksseitigen Fussbeschwerden und folglich der (weiteren) Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin dar. So hielt Dr. med. C. in seiner Stellungnahme vom 7. April 2022 einerseits fest, dass der status quo sine drei Wochen nach dem Ereignis vom 6. November 2021 erreicht gewesen sei und verneinte damit das Vorliegen von auf diesen Unfall zurückzuführenden Beschwerden über diesen Zeitraum hinaus. Gleichzeitig ging er jedoch von einer "unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit" aus, wobei er der Beschwerdeführerin eine "geringe Handycapierung (bis max. 20%)" attestierte. Diese beiden Aussagen stehen in einem unauflösbaren Widerspruch. Hinzu kommt, dass Dr. med. C. in seiner Stellungnahme vom 7. April 2022 ausführte, im Falle der Notwendigkeit einer weiteren versicherungsmedizinischen Stellungnahme seien "die Vorakten der Patientin [...] (sämtliche Akten über die Fussbehandlung / Fragen nach rheumatologische Abklärungen und Therapien / Frage nach psychologisch-psychiatrischen Abklärungen und Therapien)" einzuholen (VB 66.3). Auf eine derartige Aktenergänzung wurde indes im Zusammenhang mit der Erstattung der ergänzenden Stellungnahme von Dr. med. C. vom 24. Mai 2022 (VB 76) verzichtet, was mangels entsprechender Begründung nicht nachvollziehbar ist.

3.3.

Bereits diese beiden Umstände genügen, um an den von der Beschwerdegegnerin eingeholten versicherungsinternen Beurteilungen von Dr. med. C. zumindest geringe Zweifel zu begründen, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann (vgl. vorne E. 2.3.2.). Die sachverhaltlichen Abklärungen der Beschwerdegegnerin erweisen sich damit als unzureichend, weshalb eine Beurteilung des weiteren Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin im

Zusammenhang mit dem Unfall vom 6. November 2021 aktuell nicht möglich ist. Die Beschwerdegegnerin wird folglich – nach allfälliger Ergänzung der Akten – weitere medizinische Abklärungen in Form der Einholung eines verwaltungsexternen Gutachtens zu tätigen haben (vgl. BGE 135 V 465 E. 4 S. 467 ff. und Urteil des Bundesgerichts 8C_92/2018 vom 7. August 2018 E. 5.2.3), um alsdann ihre weitere Leistungspflicht erneut zu beurteilen.

4.

4.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen, der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. Juni 2022 aufzuheben sowie die Sache zur weiteren Abklärung und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

4.3.

Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der richterlich festzusetzenden Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG), denn die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks Vornahme ergänzender Abklärungen gilt als anspruchsbegründendes Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235 mit Hinweisen).

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 28. Juni 2022 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin die Parteikosten in richterlich festgesetzter Höhe von Fr. 3'300.00 zu bezahlen.

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung

mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Aarau, 17. April 2023

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

4. Kammer

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

Roth

Berner