



Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Zirkular-Urteil vom 15. Dezember 2020

Mitwirkende	Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, M. Schneider, E. Ganz Obergerichtsschreiberin A. Mauerhofer
Verfahren Nr.	O3V 18 21
Beschwerdeführerin	Versicherung A.
Beschwerdegegnerin	Versicherung B.
Beigeladener	C.
Gegenstand	Zuständigkeit für die Kostenübernahme Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Versicherung B. vom 27. März 2018 in Sachen C.

Rechtsbegehren

a) der Beschwerdeführerin:

Es sei der Einspracheentscheid vom 27. März 2018 aufzuheben. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

b) der Beschwerdegegnerin:

Die Beschwerde sei abzuweisen und der Einsprache-Entscheid vom 27.03.2018 sei zu bestätigen.

c) des Beigeladenen:

[Der Beigeladene hat stillschweigend auf Anträge und eine Teilnahme am Verfahren verzichtet.]

Sachverhalt

- A. Der am XX.XX.1986 geborene C. (nachfolgend auch: Beigeladener) war seit 2011 Produktionsmitarbeiter bei der D. in E. und als solcher bei der Versicherung B. (nachfolgend: Beschwerdegegnerin bzw. Versicherung B.) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 8. März 2017 reichte die Arbeitgeberin bei der Versicherung B. eine Schadenmeldung UVG ein, gemäss welcher C. am 4. März 2017 in der Giesserei „*auf öligem Boden ausgerutscht und mit der Seite auf eine Maschine gefallen*“ sei und danach die Arbeit wegen einer Quetschung rechts aussetzen musste (Versicherung B.-act. 1). Am 13. März 2017 erteilte die Versicherung B. im Zusammenhang mit diesem Vorfall eine Kostengutsprache für Versicherungsleistungen (Versicherung B.-act. 4 - 6).
- B. In der Folge wurde C. von den behandelnden Ärzten eine anhaltende vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Nachdem die Versicherung B. verschiedene medizinische Berichte eingeholt hatte (Versicherung B.-act. 15, 19, 20, 22, 27, 29, 34) legte sie das Dossier am 12. Juli 2017 ihrem Vertrauensarzt Dr. F. vor. Dieser sah keinen überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang der beim Versicherten anhaltenden Beschwerden zum Unfall vom 4. März 2017 und hielt auch keine kreisärztliche Untersuchung für nötig (Versicherung B.-act. 35 und 37). Am 19. Juli 2017 kündigte die Versicherung B. C. die Einstellung ihrer

Versicherungsleistungen an, mit der Begründung, die heute bestehenden Beschwerden und die im August 2017 vorgesehene Operation seien nicht mehr unfallbedingt (Versicherung B.-act. 39).

- C. Der behandelnde Arzt Dr. G. vom Spital H. schrieb der Versicherung B. hierauf am 25. Juli 2017, in seinen Augen seien die Befunde klar mit dem Unfall in Verbindung zu setzen, weshalb aus seiner Sicht das Ganze weiterhin als Versicherung B.-Fall laufen sollte (Versicherung B.-act. 41). Der Krankenversicherer von C., die Versicherung A. (nachfolgend: Beschwerdeführerin bzw. Versicherung A.), verlangte mit Schreiben vom 27. Juli 2017 an die Versicherung B. den Erlass einer einsprachefähigen Verfügung betreffend der angekündigten Leistungseinstellung (Versicherung B.-act. 43). Hierauf erliess die Versicherung B. am 31. Juli 2017 eine Verfügung, wonach ab dem 16. August 2017 sämtliche Versicherungsleistungen eingestellt würden (Versicherung B.-act. 45).
- D. Gegen diese Verfügung erhob die Versicherung A. am 10. August 2017 Einsprache und verlangte, die Behandlungskosten im Zusammenhang mit der im August 2017 geplanten Operation inklusive der üblichen Nachsorge seien von der Versicherung B. zu übernehmen (Versicherung B.-act. 46). Am 21. August 2017 nahm der Kreisarzt der Versicherung B., Dr. F., nochmals eine Aktenbeurteilung vor und hielt fest, „*mit grösstmöglicher Wahrscheinlichkeit liegt hier eine vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorschadens vor*“ (Versicherung B.-act. 53). Am 25. August 2017 wurde C. im Spital H. operiert (Revision Extensorenansätze Epicondylus radialis rechts, Versicherung B.-act. 55). Er blieb zunächst bis zum 21. November 2017 vollständig arbeitsunfähig (vgl. Versicherung B.-act. 59 und 64). Ab 27. November 2017 wurde C. schliesslich eine Arbeitsunfähigkeit von 75% und ab 11. Dezember 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% attestiert (Versicherung B.-act. 71). Am 3. Januar 2018 erfolgte am bisherigen Arbeitsplatz zunächst ein Arbeitsversuch im Pensum von 50% (Versicherung B.-act. 76); die behandelnden Orthopäden des Spitals H. schlossen die Behandlung schliesslich ab, nachdem C. ab 19. Februar 2018 wieder vollständig an seinen Arbeitsplatz zurückkehren konnte (Versicherung B.-act. 77). Nach erneuter Aktualisierung des medizinischen Dossiers und einer weiteren kreisärztlichen Beurteilung erliess die Versicherung B. am 27. März 2018 einen abweisenden Einspracheentscheid (Versicherung B.-act. 85) und hielt weiterhin an der Auffassung fest, die zur Operation führenden Befunde seien nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen gewesen, weshalb die verfügte Leistungseinstellung zu Recht erfolgt sei.

- E. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherung A. am 7. Mai 2018 Beschwerde beim Obergericht und verlangte dessen Aufhebung (act. 1). Die Versicherung B. beantragte Abweisung der Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids (act. 5). Der zum Verfahren beigeladene C. verzichtete stillschweigend auf eine Teilnahme am Verfahren. Es wurde ein zweifacher Schriftenwechsel, im Rahmen dessen diverse Fristerestreckungen beantragt und bewilligt wurden, durchgeführt. Nachdem die Verfahrensleitung der Versicherung A. am 18. Januar 2019 die Duplik der Versicherung B. vom 17. Januar 2019 zur Kenntnis zustellte (act. 17), kündigte der Krankenversicherer an, er werde nochmals Stellung zu den Ausführungen der Versicherung B. in der Duplik bzw. den von dieser eingereichten ärztlichen Berichten nehmen (act. 18). Mit ergänzender Stellungnahme vom 28. März 2019 reichte die Versicherung A. eine von ihrem Vertrauensarzt Dr. I. verfasste ärztliche Beurteilung der Angelegenheit ein (act. 19 und 20), woraufhin sich am 12. April 2019 auch die Versicherung B. erneut vernehmen liess (act. 22). Die Versicherung A. ersuchte in der Folge um Fristerstreckung für die Einreichung einer weiteren Stellungnahme zu der von der Versicherung B. zuletzt eingereichten Eingabe, welche ihr bis zum 10. Mai 2019 gewährt wurde (act. 24); in der Folge ging aber keine Stellungnahme der Versicherung A. beim Obergericht mehr ein, so dass der Schriftenwechsel abgeschlossen war.
- F. Am 29. Oktober 2019 beriet die dritte Abteilung des Obergerichts über die Streitsache und fällte den Beschluss, zur Klärung der Frage der Unfallkausalität ein gerichtliches Obergutachten bei der asim Begutachtung in Basel einzuholen, bevor über die Sache materiell entschieden werden könne (act. 26). Den Parteien wurde die Möglichkeit eingeräumt, konkret ausformulierte Fragen, die der Gutachterstelle unterbreitet werden sollen, vorzuschlagen. Innert erstreckter Frist reichte die Versicherung B. hierauf eine Eingabe ein (act. 28), während die Versicherung A. stillschweigend auf diese Möglichkeit verzichtete. Mit Verfügung vom 14. Januar 2020 (act. 29) teilte die Verfahrensleitung den Parteien den vorgesehenen Auftrag an die Gutachterstelle samt einem Entwurf des Fragekatalogs mit. Am 3. Februar 2020 ersuchte die Versicherung A. darum, den Fragekatalog mit zwei Ergänzungsfragen zu versehen (act. 30), während die Versicherung B. mit Eingabe vom 4. Februar 2020 (act. 31) ebenfalls Ergänzungsvorschläge einreichte. Unter Miteinbezug dieser zusätzlichen Anliegen formulierte die Verfahrensleitung hierauf den definitiven Fragekatalog und meldete der asim Begutachtung am 28. Februar 2020 den Gutachterauftrag an (act. 32). Nachdem innert der den Parteien im Anschluss angesetzten (und durch die Verordnung über den Stillstand der Fristen in Zivil- und Verwaltungsverfahren zur Aufrechterhaltung der Justiz im Zusammenhang mit dem Coronavirus [COVID-19], SR

173.110.4, verlängerten) Frist zur Erhebung allfälliger Einwendungen gegen den von der asim Begutachtung in Aussicht gestellten Gutachter Dr. J. keine Einwendungen erhoben wurden, konnte der Gutachterauftrag am 21. April 2020 definitiv erteilt werden (act. 35). Am 13. August 2020 ging das von Dr. J. verfasste handchirurgische Aktengutachten vom 11. August 2020 beim Obergericht ein. Mit Verfügung vom gleichen Tag gab die Verfahrensleitung den Parteien Kenntnis vom Gutachten und räumte ihnen Gelegenheit ein, allfällige Ergänzungsfragen oder eine Erläuterung des Gutachtens zu verlangen (act. 37). Während die Versicherung B. mit Schreiben vom 4. September 2020 ausdrücklich auf eine Erläuterung und Ergänzungsfragen verzichtete, liess sich die Versicherung A. nicht vernehmen. Mit Verfügung vom 14. September 2020 gab die Verfahrensleitung den Parteien Gelegenheit, zum damit abgeschlossenen Gutachten materiell Stellung zu nehmen, woraufhin sich keine der Parteien mehr vernehmen liess.

- G. Auf weitere Einzelheiten im Sachverhalt und in den Akten sowie die Vorbringen der Parteien in den Rechtsschriften wird, soweit entscheidrelevant, in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Erwägungen

1. Formelles

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Zuständig für die Beurteilung von sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist gemäss Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Da der Beigeladene in diesem Zeitpunkt in E. wohnte, ist die örtliche Zuständigkeit in Appenzell Ausserrhoden gegeben.

1.2 Gemäss Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b Justizgesetz (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Das Gesamtgericht hat Beschwerden in Sozialversicherungssachen mit medizinischen Fragestellungen der 3. Abteilung zur Beurteilung zugewiesen (so publiziert im aktuellen Staatskalender des Kantons Appenzell Ausserrhoden

[<https://staatskalender.ar.ch/organizations/pdf>], Ziff. 2.6.1.2), weshalb diese zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerdesache zuständig ist.

1.3 Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung auf Seiten der Beschwerdeführerin - die Versicherung A. ist als Krankenversicherer von C. gestützt auf Art. 49 Abs. 4 i.V.m. Art. 59 ATSG zur Beschwerde legitimiert - als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse mit Bezug auf die Beschwerdeschrift erfüllt sind (insbesondere Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG).

1.4 Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

1.5 Gestützt auf Art. 2 der Verordnung über COVID-19-Massnahmen: Gerichte (bGS 113.2) kann das Obergericht zur Bewältigung der aktuell ausserordentlichen Lage in allen Fällen auf dem Zirkularweg entscheiden, wenn das Gesetz keine Verhandlung vorschreibt. Entscheide, die auf dem Zirkularweg gefällt werden, bedürfen der Einstimmigkeit (Art. 52 Abs. 2 JG). Da vorliegend keine Durchführung einer Verhandlung vorgeschrieben ist und die Parteien auf die Durchführung einer solchen verzichteten, hat das Obergericht den vorliegenden Entscheid aufgrund der aktuellen Entwicklung der Corona-Pandemie im Zirkularverfahren gefällt.

2. Materielles

2.1 Gegenstand der Unfallversicherung sind Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten (Art. 6 Abs. 1 UVG). Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass C. am 4. März 2017 einen Arbeitsunfall erlitt. Der Unfallversicherer Versicherung B. hat seine Leistungspflicht zunächst anerkannt und C. Versicherungsleistungen ausgerichtet. Streitig und zu prüfen ist jedoch, ob C. über den 16. August 2017 hinaus Anspruch auf Leistungen der Versicherung B. hat. Zur Diskussion steht dabei namentlich der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 4. März 2017 und den über den 16. August 2017 hinaus bestehenden gesundheitlichen Beschwerden von C., dies vor dem Hintergrund der umstrittenen Zuständigkeit zwischen der Beschwerdeführerin

und der Beschwerdegegnerin für die Kostenübernahme insbesondere im Zusammenhang mit der nach dem 16. August 2017 durchgeführten Operation und Nachversorgung.

- a. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) voraus. 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers erstreckt sich auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen (vgl. anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2019 vom 19. September 2019 E. 3 m.w.H.). Der Unfallversicherer haftet jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht. Für die Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin sind die Sozialversicherer und das Gericht auf diesbezügliche Angaben ärztlicher Experten angewiesen. Die Prüfung der Unfalladäquanz richtet sich dagegen nach der allgemeinen Adäquanzformel und ist somit eine Rechtsfrage, deren Beantwortung der Verwaltung bzw. im Beschwerdefall dem Richter und nicht dem Mediziner obliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C_72/2020 vom 26. August 2020 E. 6.3). Unter dem Gesichtspunkt der Adäquanz ist zu prüfen, ob das versicherte 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. Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 177 E. 3.3). Dabei spielt im Sozialversicherungsrecht die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (Urteil des Bundesgerichts 8C_786/2019 vom 20. Februar 2020 E. 3.1 m.w.H.). Aus diesem Grund steht auch im vorliegenden Fall die Prüfung der natürlichen Kausalität im Vordergrund.

- b. Das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs ist eine Tatfrage und muss daher mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person bzw. im vorliegenden Fall deren beschwerdeführender Krankenversicherer beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Status quo sine (oder allenfalls des Status quo ante) der Unfallversicherer. Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift aber erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Urteil des Bundesgerichts 8C_623/2019 vom 21. Januar 2020 E. 2.1.2 m.w.H.). Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (Urteile des Bundesgerichts 8C_488/2017 vom 27. November 2017 E. 3.1; 8C_777/2015 vom 22. März 2016 E. 2.2 und 8C_476/2011 vom 5. Dezember 2011 E. 6.3; je m.w.H.).

2.2

- a. Die Streitsache wurde bereits an der Sitzung der dritten Abteilung des Obergerichts vom 29. Oktober 2019 eingehend beraten. Betreffend der entscheidenden Frage nach dem Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 4. März 2017 und den nach dem 16. August 2017 anhaltenden Beschwerden lagen der Richterin und den Richtern damals einzig die sich widersprechenden Beurteilungen durch verschiedene Ärzte vor: So erachtete der Kreisarzt der Versicherung B, Dr. F., die Unfallkausalität in seinen Stellungnahmen vom Juli 2017 und März 2018 als nicht gegeben (vgl. dazu Versicherung B.-act. 35, 37, 81 und 82), während der behandelnde Unfallchirurg Dr. K. dieser Einschätzung klar widersprach (Versicherung B.-act. 41). Auch der beratende Arzt der Versicherung A., Dr. I., ging in zwei Berichten vom Juli und August 2017 zumindest von einer Teilkausalität aus (act. 2/52 und 2/67); in einem ausführlicheren Bericht vom 21. November 2018, welcher im Rahmen des Schriftenwechsels im vorliegenden Verfahren eingereicht wurde, legte Dr. I. seine medizinischen Argumente für die Leistungspflicht der Unfallversicherung erneut dar (act. 12). Die von der Versicherung B. daraufhin ergänzend konsultierte Dr. L. widersprach der Einschätzung von Dr. I. und schloss sich in ihrer chirurgischen Beurteilung vom 7. Januar 2019 (act. 16) der Ansicht des Versicherung B.-Kreisarztes Dr. F. an, wonach eine Teilkausalität des Unfalls nicht überwiegend wahrscheinlich sei. Dr. I. gab hierauf am

27. März 2019 eine weitere Stellungnahme ab (act. 20) und gelangte darin erneut zum Schluss, eine überwiegend wahrscheinliche, zumindest teilweise Kausalität sei sehr wohl ausgewiesen.

- b. Um das Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen ausgewiesenen Beschwerden und einem Unfallereignis beurteilen zu können, ist das Gericht auf diesbezügliche Angaben von ärztlichen Fachpersonen angewiesen (Urteil des Bundesgerichts 8C_435/2015 vom 31. August 2015 E. 3.4). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzten kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_824/2018 vom 26. März 2019 E. 3.3 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_305/2018 vom 23. Januar 2019 E. 3.5). Anspruch auf ein unabhängiges Gutachten besteht damit rechtsprechungsgemäss, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig sind (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.5). Aufgrund der Tatsache, dass sich die vom Beschwerde führenden Krankenversicherer A. einerseits und dem seine Leistungspflicht verneinenden Unfallversicherer B. andererseits vorgelegten ärztlichen Stellungnahmen diametral widersprachen, ohne dass sich für einen Nicht-Mediziner klar beurteilen liess, welcher Auffassung der Vorzug zu geben ist, holte das Gericht gemäss Beweisbeschluss vom 29. Oktober 2019 bei Dr. J. von der asim Begutachtung in Basel ein Obergutachten zur Frage der Unfallkausalität ein. Dabei handelt es sich um ein reines Aktengutachten. Dass ein solches zur Beantwortung der sich konkret stellenden Fragen ausreichend war und sich eine zusätzliche persönliche Untersuchung von C. erübrigte, wurde von den Parteien nicht in Frage gestellt.
- c. Das am 11. August 2020 abgegebene Gerichtsgutachten (act. 36) ist für die zu beantwortenden Fragen umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten und der Anamnese abgegeben und leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen des Experten sind nachvollziehbar begründet (vgl. dazu anstelle vieler: Urteil des Bundes-

gerichts 9C_601/2019 vom 7. Januar 2020 E. 3.1 m.w.H.). Das Gutachten erfüllt somit sämtliche Anforderungen an den Beweiswert, was von den Parteien auch zu Recht nicht in Abrede gestellt wurde. Somit kann für die Beurteilung der medizinischen Fragen im Zusammenhang mit der natürlichen Unfallkausalität vollumfänglich auf das bei Dr. J. eingeholte Gerichtsgutachten abgestellt werden.

2.3 Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass die Parteien bei der Darlegung ihrer jeweiligen Argumente für bzw. gegen das Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Unfallereignis und Beschwerden nach dem 16. August 2017 von jeweils unterschiedlichen Unfallhergängen ausgehen. Dabei ist die Tatsache, dass es sich beim Sturz am 4. März 2017 um ein Unfallereignis handelte, zu Recht unbestritten.

- a. Die Versicherung B. weist im Zusammenhang mit dem Unfallhergang insbesondere darauf hin, dass sich C. gemäss den Angaben im Erstbericht von Dr. M. nur den Ellbogen angeschlagen habe und gar nicht darauf gestürzt sei, was einen erheblichen Unterschied bedeute, was die auf den Ellbogen und die Sehne einwirkenden Kräfte betreffe.

Die Versicherung A. hält dem entgegen, wenn man auf Öl ausrutsche, sei ein Sturz wahrscheinlicher als dass man sich bloss anschlage. Die Tatsache, dass C. eine Rippenprellung erlitt und deshalb arbeitsunfähig wurde, zeige, dass der Aufprall sehr stark gewesen sein müsse. Letztlich sei auch gar nicht belegt, inwiefern ein blosses Anschlagen statt eines Sturzes nicht zu den von C. in der Folge beklagten Beschwerden hätte führen sollen.

- b. Bereits bei der ersten Beratung der Angelegenheit an der Sitzung vom 29. Oktober 2019 waren die Richterin und die Richter der dritten Abteilung des Obergerichts zum Schluss gelangt, dass sich aus den vorhandenen Unterlagen zum Unfallhergang weder die Annahme, C. sei direkt auf den Ellbogen gestürzt, noch die Annahme, er habe den Ellbogen beim Sturz lediglich angeschlagen, mit Sicherheit belegen lasse. Die Ausführungen der Versicherung B. im Rahmen des Schriftenwechsels zu wechselnden Angaben eines Versicherten zum Unfallhergang sind insofern nicht von Relevanz, als gar nicht der verunfallte C., sondern dessen behandelnde Ärzte je nachdem von einem Sturz oder von einem Anschlagen gesprochen haben; dies wahrscheinlich, ohne der jeweiligen Beschreibung die nun vom Unfallversicherer zugeschriebene Bedeutung zuzumessen. Das Gericht gelangte zum Schluss, dass allerdings ohnehin weder ein direkter Sturz auf den Ellbogen per se das Vorhandensein von Unfallfolgen beweise, noch umgekehrt ein blosses Anschlagen des Ellbogens Unfallfolgen per se ausschliesse, so dass letztlich offengelassen

werden könne, ob beim Unfall am 4. März 2017 ein direkter Sturz auf den Ellbogen oder ein blosses Anschlagen des Ellbogens stattgefunden habe.

- c. Der asim-Gutachter Dr. J. hat diese Auffassung des Gerichts in seinem Gutachten auf entsprechende Nachfrage hin ausdrücklich bestätigt (act. 36, S. 13). Somit kann für die hier interessierende Beurteilung der Frage des Kausalzusammenhangs letztlich offengelassen werden, ob beim Unfallereignis vom 4. März 2017 ein direkter Sturz auf den Ellbogen stattgefunden hat oder der Ellbogen bloss angeschlagen wurde, wie die Versicherung B. geltend macht.

2.4

- a. Dr. J. diagnostizierte bei C. eine posttraumatische Epikondylitis humeri radialis mit partial Ruptur der Extensorenplatte nach Unfall am 4. März 2017 (act. 36, S. 16) und geht mit ausführlicher Begründung und eingehender Auseinandersetzung mit den sich in den Akten befindenden Meinungen anderer medizinischer Fachpersonen (Medizinische Beurteilung, act. 34, S. 8 bis 11) davon aus, bei C. habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein krankhafter Vorzustand im Sinne einer chronischen Epikondylitis humeri radialis vorgelegen, welcher klinisch stumm gewesen sei und somit am wahrscheinlichsten einem frühen Stadium der Erkrankung entsprochen habe. Dieser Vorzustand sei durch den Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit richtungsgebend verschlimmert worden im Sinne mindestens einer Teilkausalität. Hierfür würden insbesondere die lückenlos dokumentierte und zeitlich mit dem Unfallereignis korrelierende Arbeitsunfähigkeit sowie die parallel durchgeführten konservativen Behandlungsmassnahmen sprechen; die richtungsgebende Verschlimmerung habe zudem bereits fünf Monate nach dem Unfallereignis zu einer Operation geführt (act. 34, S. 14). Die Verletzung stelle ausserdem als Sehnenteilriss eine Listendiagnose im Sinn von Art. 6 Abs. 2 UVG dar und sei unabhängig vom Vorzustand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallgeschehen zurückzuführen (act. 34, S. 16).
- b. Dr. J. legt im Gutachten schlüssig und nachvollziehbar dar, dass und weshalb aus fachmedizinischer Sicht der Kausalzusammenhang zwischen den nach dem 16. August 2017 anhaltenden Beschwerden und dem Unfallereignis vom 4. März 2017 zumindest im Sinne einer Teilkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist. Gestützt auf das beweiswertige Gutachten ist somit im konkreten Fall von einer überwiegend wahrscheinlichen (zumindest Teil-)kausalität auszugehen. Daraus folgt, dass die Versicherung B. zu Unrecht eine Leistungseinstellung bereits per 16. August 2017 verfügte, nachdem die behandelnden Ärzte ihre Behandlung der Unfallfolgen gemäss Sprechstundenbericht des Spitals H. vom 31. Januar 2018 (Versicherung B.-act. 77) erst anfangs 2018 erfolgreich

abschliessen und der Beschwerdeführer schliesslich erst ab 19. Februar 2018 seine Arbeit wieder vollständig aufnehmen konnte.

- c. Die Beschwerde ist dementsprechend gutzuheissen. Der angefochtene Einspracheentscheid wird aufgehoben und die Versicherung B. angewiesen, ihrer Leistungspflicht als Unfallversicherer auch in der Zeit ab 16. August 2017 bis zum Behandlungsabschluss anfangs 2018 nachzukommen (das betrifft somit insbesondere die im August 2017 im Spital H. durchgeführte Operation und die übliche Nachsorge).

3. Kosten und Entschädigung

3.1 Im Bereich der Unfallversicherung sieht das Gesetz eine Kostenlosigkeit des Beschwerdeverfahrens vor (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG), weshalb im vorliegenden Fall keine Gerichtskosten zu erheben sind.

3.2 Von den Gerichtskosten bzw. der reinen Spruchgebühr zu unterscheiden sind konkrete Auslagen des Gerichts, welche im Rahmen eines Verfahrens angefallen sind. Das Universitätsspital Basel hat betreffend das asim-Gutachten von Dr. J. eine Rechnung im Betrag von Fr. 6'181.40 eingereicht (act. 38) und es ist zu klären, wer für diese Kosten aufzukommen hat.

- a. Das Bundesgericht hat in seiner Rechtsprechung verschiedene Kriterien aufgestellt, die bei der Beurteilung der Frage, wer die Kosten eines Gerichtsgutachten letztlich zu tragen hat, zu berücksichtigen sind. Demgemäss können Gutachtenskosten namentlich dann einem Versicherungsträger auferlegt werden, wenn dieser den Sachverhalt mangelhaft untersucht hat und die Einholung eines Gerichtsgutachtens aus diesem Grund notwendig war. In einem solchen Fall muss ein Zusammenhang bestehen zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung einerseits und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, andererseits. Dies ist gemäss Bundesgericht namentlich in folgenden Konstellationen der Fall: Wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat (BGE 135 V 465 E. 4.4; BGE 139 V 225 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C_71/2013 vom 27. Juni 2013 E. 2); wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungs-

grundlage nicht erfüllt (vgl. zum Ganzen auch BGE 143 V 269 E. 3.3 mit Hinweis auf BGE 139 V 496; Entscheid Sozialversicherungsgericht Zürich IV.2017.01157 vom 27. Juni 2019 E. 3.3; für den Bereich der Unfallversicherung insbesondere auch BGE 140 V 70 E. 6.1 f.).

- b. In Anbetracht der widersprüchlichen Aktenlage war im konkreten Fall die Einholung eines unabhängigen externen Obergutachtens zur Frage der Unfallkausalität unerlässlich. Beide Versicherer haben ihre Argumentation nämlich im Wesentlichen auf Stellungnahmen ihrer jeweiligen versicherungsinternen Vertrauensärzte abgestützt. Bestehen jedoch auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Im konkreten Fall konnte die entscheidende Frage nach der Unfallkausalität erst nach Vorliegen des Gerichtsgutachtens abschliessend beurteilt werden, da die Aktenlage zuvor widersprüchlich und, da ausschliesslich auf versicherungsinternen Einschätzungen basierend, nicht ausreichend beweiswertig war. In solchen Fällen geht das Bundesgericht davon aus, dass der Unfallversicherer die im durchgeführten Beweisverfahren angefallenen Auslagen für ein Obergutachten zu tragen hat (vgl. auch BGE 139 V 225 E. 5.2 f. m.w.H.), weshalb die Kosten von Fr. 6'181.40 für das asim-Gutachten der im vorliegenden Verfahren unterliegenden Versicherung B. auferlegt werden.

3.3 Weder der obsiegende Krankenversicherer A. als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation noch die unterliegende Versicherung B. haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG in analoger Auslegung zu Art. 68 Abs. 3 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG, SR 173.110]; BGE 126 V 143 E. 4a; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N. 200 zu Art. 61 ATSG).

Demgemäss erkennt das Obergericht:

1. Die Beschwerde der Versicherung A. wird gutgeheissen und der angefochtene Einspracheentscheid der Versicherung B. vom 27. März 2018 in Sachen C. wird aufgehoben. Die Versicherung B. wird angewiesen, ihrer Leistungspflicht als Unfallversicherer auch in der Zeit ab 16. August 2017 bis zum Behandlungsabschluss anfangs 2018 nachzukommen.
2. Es wird keine Gerichtsgebühr erhoben.
3. Die Auslagen für das Gerichtsgutachten im Betrag von Fr. 6'181.40 werden der Versicherung B. auferlegt.
4. Es werden keine Entschädigungen zugesprochen.
5. **Rechtsmittel:**
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).
6. Zustellung an die Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin (samt Einzahlungsschein betreffend Auslagen für das Gerichtsgutachten), den Beigeladenen, das Bundesamt für Gesundheit sowie nach Rechtskraft an die Gerichtskasse (im Dispositiv).

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Ernst Zingg

lic. iur. Annika Mauerhofer

versandt am: 16. Dezember 2020