

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/31 vom 1. April 2015**

Sg Versicherungsgericht, 2015-04-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2014\\_31](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2014_31)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/31 du 1 avril 2015

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/31 del 1 aprile 2015

## **Regeste**

Art. 6 UVG: Die medizinischen Akten lassen keinen klaren Entscheid darüber zu, ob der Status quo sine/ante mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erreicht ist. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. April 2015, UV 2014/31).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). 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. Da es sich bei der Einstellung um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 263 f. E. 3b). Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 31. August 2001, U 285/00, E. 5a). Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmertem oder überhaupt erst

manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine; vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, mit Hinweisen; A. Rumo-Jungo/A. P. Holzer, a.a.O., S. 54). Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des EVG vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4).

1.2 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss, zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs obliegt dem Arzt oder der Ärztin (PVG 1984 Nr. 82, 174; A. Rumo-Jungo/A. P. Holzer, a.a.O., S. 55). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte oder Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Art. 8 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK geben keinen formellen Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.6; RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 E. 1a).

## **E. 2**

Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 1. Dezember 2011 und erbrachte entsprechende Heilkostenleistungen. Streitig ist, ob sie zu Recht die Versicherungsleistungen per 20. Februar 2013 und damit vor der arthroskopischen Behandlung verschiedener Gesundheitsschäden im Bereich der rechten

Schulter durch Dr. D.\_\_\_\_ am 21. Februar 2013 eingestellt hat. Die Beschwerdegegnerin wäre für eine operative Behandlung und sodann bis zur Heilung der unmittelbaren Operationsfolgen (Wundheilung, postoperative Schmerzphase, Einnahme von Medikamenten, Schonungsphase mit möglicher Arbeitsunfähigkeit usw.) leistungspflichtig, sofern die operative Behandlung (teilweise) unfallkausale Gesundheitsschäden umfasst hätte. Eine entsprechende Unfallkausalität wird jedoch von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilungen ihrer Vertrauensärzte Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2013 (UV-act. 64 f.) bzw. 7. Februar 2014 (UV-act. 110 ff.) verneint.

### **E. 3**

Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (20. Februar 2013) litt der Beschwerdeführer unter Schulterbeschwerden rechts, die er auf den Unfall vom 1. Dezember 2011 zurückführt. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlichen Beschwerden hat in der Regel als gegeben zu gelten, wenn sich mittels apparativer Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, Arthroskopie) ein unfallkausaler organischer Befund im Sinn eines strukturellen Gesundheitsschadens erheben lässt. Im Rahmen der Arthroskopie vom 21. Februar 2013 stellte Dr. D.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer die Diagnosen einer subtotalen posttraumatischen kranialen Rotatorenmanschettenläsion (Supraspinatus) mit Pulleybeteiligung und glenoidaler Bizepssehnenläsion (SLAP 2) sowie einer ACG-Arthropathie Schulter rechts fest, worauf er eine arthroskopische transossäre Suturebridge-Rekonstruktion der Rotatorenmanschette (Supraspinatus mit Arthrotunneler), eine Bizepsstenotomie sowie eine ACG-Resektion und subacromiale Dekompression Schulter rechts durchführte (UV-act. 44). In der Rotatorenmanschettenläsion mit Pulleybeteiligung sowie der Bizepssehnenläsion sind ohne weiteres strukturelle Gesundheitsschädigungen zu sehen. Die Rotatorenmanschette sowie die Bizepssehne im Schulterbereich neigen zur Degeneration. Allerdings können die fraglichen Sehnen auch als Folge eines Traumas ein- oder abreißen (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 628, 724 f., 728 ff.; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 225, 1681; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl. Berlin 2012, S. 1835, 1913; <http://flexikon.doccheck.com/de/Bizepssehnenruptur>, abgerufen am 10. Februar 2015). Auch das AC-Gelenk kann eine traumatische Verletzung erfahren; insbesondere bei einem Sturz auf die Schulter mit Luxation der Clavicula und (Ein-)Reissen der Bandstrukturen (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 720; Pschyrembel, a.a.O., S. 42). Nachdem jedoch im Falle des Beschwerdeführers allgemein von einer ACG-Arthropathie (= Gelenkerkrankung; vgl. Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 134; Pschyrembel, a.a.O., S. 171) gesprochen wird und sich damit übereinstimmend bei der MR-Arthrographie vom 8. Januar 2013 eine AC-Arthrose darstellte, fällt eine traumatische strukturelle Läsion bezüglich des AC-Gelenks offensichtlich ausser Betracht und wird in den medizinischen Akten auch nicht konkret diskutiert.

### **E. 4**

Zu prüfen ist mithin zunächst, ob es sich bei der Rotatorenmanschetten- und Bizepssehnenläsion um direkte Unfallverletzungen oder um Vorzustände handelt. 4.1 Laut Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2013 bzw. 7. Februar 2014 (UV-act. 64 f., UV-act. 110) hat der Beschwerdeführer die am 21. Februar 2013 operativ behandelte Rotatorenmanschetten- sowie Bizepssehnenläsion nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beim Unfall vom 1. Dezember 2011 erlitten. Beide

Ärzte nehmen zunächst Bezug auf die für eine Kausalitätsbeurteilung massgebende Komponente des Unfallmechanismus bzw. der Art und Weise der Einwirkung auf den betroffenen Körperteil. Sie gehen von einer direkten Traumatisierung bzw. einer Direktkontusion der rechten Schulter durch den Sturz mit dem Scooter - aufgrund allgemeiner Erfahrung wahrscheinlich von lateral mit angewinkeltem Arm - und damit von einem für eine Sehnenruptur inadäquaten Trauma aus. Beim Verletzungsmechanismus einer Direktkontusion liege die Rotatorenmanschette geschützt unter dem Schulterdach. Namensgemäss schütze das Akromion die darunterliegenden Schulterstrukturen. Zusätzlich überlappe der Musculus deltoideus den Humeruskopf mit den dort ansetzenden Sehnen der Rotatorenmanschette. Gleiches gelte für die lange Bizepssehne und die SLAP-Region. Dr. G.\_\_\_\_ weist ausserdem darauf hin, dass es nicht zu einer Avulsionsfraktur des Tuberculum majus gekommen sei. In der MR-Arthrographie vom 23. Dezember 2011 (vgl. UV-act. 7) wären bei einer massiven Kontusion bildgebend noch Knochenmarksödeme im Humeruskopf sowie eine ausgeprägte Bursitis subacromialis zu erwarten gewesen. Zusätzlich könne es bei einer schweren Direktkontusion auch zu einer Bone-bruise in der lateralen Clavicula kommen. - Grundsätzlich erscheinen die übereinstimmenden biomechanischen Überlegungen von Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ schlüssig und überzeugend. Dementsprechend ist in der medizinischen Literatur als typischer Verletzungsmechanismus einer Rotatorenmanschettenläsion nicht die Kontusion, sondern die Luxation beschrieben (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 1835). Für eine Rotatorenmanschettenverletzung infolge einer Kontusion ist wegen der von Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ beschriebenen Schutzwirkung des Schulterdachs eine gewisse Schwere der Kontusion gefordert. Anwendbar sind die biomechanischen Überlegungen allerdings nur dann, wenn im konkreten Fall eine Direktkontusion stattgefunden hat. In seinen Sprechstundenberichten vom 21. März und 17. April 2012 (UV-act. 8 f.) führte Dr. D.\_\_\_\_ aber zumindest in der Diagnose den einer Luxation nahe kommenden Verletzungsmechanismus eines Schulterdistorsionstraumas an, in dessen Rahmen traumatische Veränderungen der Rotatorenmanschette ebenfalls gesehen werden (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 635 f.; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 1142 f.; <http://orthopaedie-am-see.ch/rotorenmanschette/341/>; <http://www.netdokter.de/Service/ICD-Diagnose/T03-Luxationen-Verstauchungen-41493.html>, abgerufen am 11. Februar 2015). Dr. C.\_\_\_\_ stellte zwar in seinem Bericht über die Erstkonsultation vom 2. Dezember 2011 die Diagnose einer Schulterkontusion (UV-act. 104) und auch Dr. D.\_\_\_\_ führte im Sprechstundenbericht vom 21. März 2012 gestützt auf die Schilderung des Beschwerdeführers im Rahmen der Anamnese eine direkte Kontusion der dominanten Schulter an (UV-act. 8). Es ist jedoch naheliegend, dass ein im Regelfall plötzlich und unerwartet eintretender bzw. sich schnell abspielender Sturz vom Stürzenden am ehesten als Kontusion bzw. stumpfer Aufprall des Körpers auf den Boden wahrgenommen und aufgrund eines vom Verunfallten beschriebenen Sturzes von ärztlicher Seite eine Kontusion angenommen wird. Die Feststellung von Dr. F.\_\_\_\_, die rechte Schulter sei aufgrund allgemeiner Erfahrung wahrscheinlich von lateral mit angewinkeltem Arm traumatisiert worden, lässt den Schluss zu, dass eine andere Position des Arms im Zeitpunkt des Sturzes bzw. Aufpralls entsprechend zu einem anderen oder zusätzlichen Verletzungsmechanismus, beispielsweise in Form einer Luxation oder Distorsion, hätte führen können. Die Akten enthalten keine genaue Beschreibung des Unfallmechanismus. Sowohl in der Bagatellunfallmeldung (UV-act. 3) als auch im Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ betreffend die Erstbehandlung vom 2. Dezember 2011 (UV-act. 104) wird als Unfallereignis nur allgemein ein Sturz beschrieben. Eine Armposition, die beim Sturz zu einer

Rotatorenmanschettenruptur geführt hätte, erscheint damit nicht von vornherein unwahrscheinlicher als die von Dr. F.\_\_\_\_ beschriebene Armposition. 4.2 Dr. G.\_\_\_\_ diskutiert in seinem Aktengutachten im Weiteren die für eine Kausalitätsbeurteilung ebenso massgebende Komponente der echtzeitlich aufgetretenen Beschwerden bzw. von den behandelnden Ärzten erhobenen Befunde. Dies in dem von Dr. G.\_\_\_\_ festgehaltenen Sinn, wonach es nachvollziehbar sei, dass eine traumatische Verletzung, konkret insbesondere eine unfallbedingte frische Partialruptur der Supraspinatussehne, auch zu einer entsprechenden Schmerzsymptomatik führe. Als solche beschreibt Dr. G.\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 726 f.; Pschyrembel, a.a.O., S. 1835) einen typischen Nachtschmerz sowie eine Abduktionsschwäche und damit verbundene Schmerzen. Laut Dr. G.\_\_\_\_ sind in den medizinischen Akten während des ersten halben Jahres nach dem Unfall vom 1. Dezember 2011 durchgehend intakte Kraftverhältnisse für die Supraspinatussehne dokumentiert. Diese hätte bei entsprechenden isometrischen Widerstandstests schmerzhaft reagieren müssen. Die Symptomatik sei diffus gewesen. Auch zu den typischen Nachtschmerzen sei es nicht gekommen. Bei einer frischen Ruptur komme es in der Regel auch zu einer Pseudoparalyse und die verletzte Person beschreibe häufig funktionelle Einschränkungen auch im Alltag, beispielsweise Probleme beim Anziehen einer Jacke etc. - Anlässlich der Erstkonsultation von Dr. C.\_\_\_\_ am 2. Dezember 2011 klagte der Beschwerdeführer allgemein über Schmerzen in der rechten Schulter. Die klinische Untersuchung ergab ein diffus druckdolentes rechtes Schultergelenk und die Funktionsprüfung eine Abduktion und Flexion mit Endphasenschmerz ab 120 Grad. Der Jobe-Test war fraglich positiv (UV-act. 104). Gegenüber Dr. D.\_\_\_\_ berichtete der Beschwerdeführer sodann am 20. März 2012 über seit dem Unfall anhaltende belastungsabhängige bzw. die Funktion des Arms deutlich einschränkende Schmerzen. Als Befunde erhob Dr. D.\_\_\_\_ eine reguläre Stellung und Trochik der rechten Schulter, eine auffällige Druckdolenz des AC-Gelenks, eine diffuse subacromiale Symptomatik ohne klar abgrenzbare Problematik der Rotatorenmanschette und der Bizepssehne sowie ein passiv voll bewegliches Gelenk (UV-act. 8). In der Sprechstunde vom 10. April 2012 bezeichnete Dr. D.\_\_\_\_ die klinische Untersuchung als relativ diffus. Es bestehe in einigen Bereichen eine Symptomatik, insbesondere im Bereich der Rotatorenmanschette, der Bizepssehne und im subacromialen Bereich. Dabei bestehe eine gut erhaltene Kraft mit schmerzbedingter vermehrter Maximalkraft im Bereich der Rotatorenmanschette (UV-act. 9). In der Sprechstunde vom 12. Juni 2012 berichtete der Beschwerdeführer Dr. D.\_\_\_\_ über deutlich anhaltende Restbeschwerden im antero-kranialen Schulterbereich. Es gebe primär eine belastungsabhängige Symptomatik, jedoch keine relevante Nachtproblematik. Als Befunde erhob Dr. D.\_\_\_\_ eine reizfreie Schulter, eine deutliche Druckdolenz und einen provozierbaren Schmerz im Schulterreckgelenk, eine nur minime Tendinopathie bei voller Kraft der Supraspinatussehnenanteile als auch der Bizepssehnenregion sowie ein reguläres Schulterprofil (UV-act. 10). Am 28. August 2012 führte Dr. D.\_\_\_\_ eine Mischinfiltration suprascapulär und der SLAP-Region durch (UV-act. 12). Anlässlich der Sprechstunde vom 17. September 2012 zeigte die klinische Untersuchung eine deutliche Symptomatik der SLAP-Region mit möglicher Beteiligung auch im Pulleybereich, eine leichte Symptomatik im AC-Gelenk, keine funktionelle Einschränkung der Schulter und eine gute Kraft der Rotatorenmanschette (UV-act. 13). Die dargelegten klinischen Untersuchungsergebnisse von Dr. C.\_\_\_\_ und insbesondere von Dr. D.\_\_\_\_ entsprechen tatsächlich nur teilweise explizit der für eine Rotatorenmanschettenläsion typischen Symptomatik. Dennoch

beklagte der Beschwerdeführer durchgehend gewisse entsprechende Beschwerden und schloss Dr. D. \_\_\_ eine adäquate Symptomatik für eine Rotatorenmanschettenläsion und im September 2012 auch eine solche für eine Bizepssehnenläsion nicht gänzlich aus. Entsprechend stellte er in seinen Sprechstundenberichten von Anfang an die Diagnose einer möglichen bzw. eventuellen partiellen Rotatorenmanschettenläsion Schulter rechts und ab August 2012 (rückblickend, nach nochmaliger Sichtung der echtzeitlichen MR-Arthrographie-Bilder; vgl. UV-act. 13) zusätzlich die Verdachtsdiagnose einer glenoidalen Bizepssehnenläsion Schulter rechts. Später dehnten sich die klinischen Befunde sogar aus. Am 27. Dezember 2012 stellte sich der Versicherte abermals wegen einer persistierenden Symptomatik bei Dr. D. \_\_\_ vor. Er berichtete nun über eine Nachtsymptomatik und über ein erneut belastungsabhängiges Beschwerdebild bei der Elevation und Extension des Arms. Als Befunde erhob Dr. D. \_\_\_ eine auffällige Tendinopathie und ein Kraftdefizit der Strukturen um die Pulleyregion, insbesondere der langen Bizepssehne, sowie eine Impingement-Konstellation (act. G 12). In der nachfolgenden Sprechstunde vom 15. Januar 2013 erhob Dr. D. \_\_\_ schliesslich deutliche Zeichen für ein symptomatisches subacromiales Impingement II. mit leichter Bursitis (act. G 13). Der Feststellung von Dr. G. \_\_\_, Dr. D. \_\_\_ habe erstmals über ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis eine von Anfang an bestehende PASTA-Läsion (Teilriss der Rotatorenmanschette) postuliert, kann damit nicht gefolgt werden. Auch wenn für Dr. D. \_\_\_ zunächst eine AC-Gelenksproblematik im Vordergrund gestanden haben mag, sah er doch von Anfang an auch hinsichtlich der Rotatorenmanschette und der Bizepssehne eine gewisse Problematik, indem er diesbezüglich bis zur Arthroskopie durchgehend Verdachts- und Differentialdiagnosen stellte und am 28. August 2012 eine Infiltration subscapulär/SLAP-Region durchführte. Dass es sich "nur" um Verdachts- und Differentialdiagnosen handelte, ist dahingehend zu interpretieren, dass Dr. D. \_\_\_ bis zur Arthroskopie noch keine abschliessende Aussage machen konnte oder wollte und damit auch keine abschliessende Aussage zum Wegfall der unfallkausalen Ursachen vorlag. 4.3

Erscheint bereits im Rahmen einer echtzeitlich zum Unfall durchgeführten radiologischen Untersuchung eine strukturelle Läsion, stellt diese im Regelfall entweder eine traumatische Läsion oder einen degenerativen Vorzustand dar. Bereits in der von der Rodiag am 23. Dezember 2011 durchgeführten MR-Arthrographie zeigte sich unbestrittenermassen eine 1.5 cm breite und 1 cm lange, oberflächliche, leichtgradige partielle Ruptur. Die proximale lange Bizepssehne wurde hingegen im entsprechenden Untersuchungsbericht als regelrecht bezeichnet (UV-act. 7). Am 17. September 2012 sichtete jedoch Dr. D. \_\_\_ die Bilder der MR-Arthrographie vom 23. Dezember 2011 neu und stellte nun zusätzlich eine mögliche Läsion der SLAP-Region sowie eine Tendinopathie im Bereich der Pulley-Strukturen fest (UV-act. 13). Auch die im KSSG am 8. Januar 2013 durchgeführte MR-Arthrographie zeigte ansatznah eine kurzstreckige, gelenkseitige Signalalteration der ansonsten intakten Supraspinatussehne (UV-act. 41). Es muss damit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die am 21. Februar 2013 arthroskopisch diagnostizierte Rotatorenmanschettenläsion mit Pulleybeteiligung und die Bizepsläsion (vgl. UV-act. 44) bereits echtzeitlich vorlag und mithin traumatische Verletzungen darzustellen vermöchten. Dr. G. \_\_\_ ging nun aber offensichtlich von einer vorbestehenden, nicht durch den Unfall vom 1. Dezember 2011 verursachten Rotatorenmanschetten- sowie Bizepsläsion aus. Er weist darauf hin, dass die konkret vorliegende gelenkseitige Partialruptur, die sogenannte PASTA-Läsion, der häufigste Schaden der Supraspinatussehne sei und fast ausschliesslich degenerativ auftreten würde.

Mehr als 50% aller Supraspinatussehnenrupturen würden in dieser Form vorliegen. Sie seien auf sogenannte intrinsische Faktoren zurückzuführen. Im ansatznahen Gebiet der Supraspinatussehne sei diese Zone nicht ausreichend vaskularisiert. Zudem komme es hier zur grössten Drucklast der Sehnen aufgrund des hochgehenden Humeruskopfs bei der Abduktion. Die kollagenen Fasern, d.h. die Sehnenfasern, seien in diesem Bereich artikularseitig dünner als auf der oberen Seite, wo sich die Sehnenfasern häufig am Akromion aufscheuern würden. Diese Faktoren führten zum altersbedingt typischen Verschleiss der Sehne zur Gelenkseite hin. Neben den intrinsischen Faktoren liege beim Beschwerdeführer zusätzlich ein nach kaudal abfallendes Schulterdach bzw. Akromion vor. Dies stelle einen von aussen einwirkenden, sogenannten extrinsischen Faktor dar, da die Supraspinatussehne von aussen durch das gekrümmte Akromion gedrückt und gereizt werde. Der Subakromialraum sei aufgrund dieses abfallenden Akromions unfallunabhängig auf 7 mm verschmälert gewesen. Dies begünstige eine Schmerzsymptomatik und erkläre auch, dass der Beschwerdeführer beim Hochheben der Arme ansatzweise einen painful arc gehabt habe. Auch diese Konstellation liege unfallunabhängig vor. Durch den Sturz sei es zu keiner unfallabhängigen Aktivierung gekommen. Es hätte eine Bone-bruise nachgewiesen werden müssen oder auch eine massive Bursitis. Diese Befunde hätten sich in der MR-Arthrographie nicht nachweisen lassen und eine entsprechende Klinik fehle. - Die fraglichen Befunde werden zwar von Dr. G. \_\_\_ nachvollziehbar als typische Folgen einer Direktkontusion beschrieben. Wie in Erwägung 4.1 dargelegt, ist jedoch im konkreten Fall ein anderer Verletzungsmechanismus gleich wahrscheinlich. Der Umstand, dass PASTA-Läsionen gemäss den Ausführungen von Dr. G. \_\_\_ fast ausschliesslich degenerativ bedingt sind und der Beschwerdeführer eine ungünstige Verschmälerung des Subakromialraums aufweist, schliesst nicht aus, dass eine solche im Einzelfall nicht auch durch ein Trauma verursacht sein kann. Die weitere Feststellung von Dr. G. \_\_\_, die Befunde seien in der MR-Arthrographie vom 8. Januar 2013 (vgl. UV-act. 41) am besten zusammengefasst und als degenerativ bedingt interpretiert worden, ist nicht ohne weiteres schlüssig. Die damals ansatznah erhobene kurzstreckige, gelenkseitige Signalalteration der ansonsten intakten Supraspinatussehne weist nur bzw. immerhin auf ein verändertes Gewebe hin und entspricht der gelenkseitig erhobenen Rotatorenmanschettenläsion. Die Bursitis hat Dr. G. \_\_\_ sodann selbst für eine traumatisch bedingte Rotatorenmanschettenruptur gefordert und eine Tendinose stellt zwar eine Entzündung und damit keine traumatische Läsion dar, doch kann sich eine solche (sekundär) sowohl im Zusammenhang mit einer degenerativ als auch einer traumatisch bedingten Rotatorenmanschettenläsion entwickeln. Inwiefern mithin eine eindeutig degenerativ bedingt interpretierte Signalalteration vorliegt, ist nicht ohne weiteres nachvollziehbar. Zumindest wird die Formulierung "degenerativ bedingt" im Untersuchungsbericht nicht explizit verwendet. 4.4 Im konkreten Fall erweist sich der Hinweis der Beschwerdegegnerin auf den Begriff "post hoc ergo propter hoc" als untauglich. Allgemein vermag dieser juristisch gesehen zwar nichts über eine allfällige Unfallkausalität auszusagen (vgl. dazu Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 FN 1205; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich 2009, N 43 f. zu Art. 4; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb, SVR 2009 UV Nr. 13 [8C\_590/2007], S. 52, E. 7.2.4, sowie SVR 2008 UV Nr. 11 [U 290/06], S. 34, E. 4.2.3, je mit Hinweisen). Doch ist in Bezug auf den konkreten Fall zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer am 1. Dezember 2011 unbestrittenermassen einen Unfall mit Traumatisierung der rechten Schulter durchmachte, am Folgetag bereits eine ärztliche Behandlung erforderlich wurde,

unmittelbar nach dem Unfall radiologisch eine Läsion der Rotatorenmanschette und eine mögliche Läsion der Bizepssehne erhoben und entsprechende Läsionen vom behandelnden Arzt Dr. D.\_\_\_\_ als Verdachtsdiagnosen fortgesetzt festgehalten wurden, der Beschwerdeführer nach dem Unfall durchgehend, d.h. konstant, teilweise typische Beschwerden für die fraglichen Gesundheitsschäden beklagt hat und diese - wenn auch erst mit der Zeit immer ausgeprägter - klinisch bestätigt wurden. Die bloße zeitliche Abfolge stellt nur in solchen Fällen einen ungenügenden Beweis dar, in denen das Vorliegen einer strukturellen Verletzung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden kann. Eine Gesamtbetrachtung im Sinne der vorangegangenen Erwägungen lässt jedoch nicht die überwiegend wahrscheinliche Schlussfolgerung zu, dass die am 21. Februar 2013 arthroskopisch behandelte Rotatorenmanschetten- sowie Bizepsläsion unfallfremd waren. In diesem Sinn stellen sich die Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 25. September 2013 dar, welche es durchaus zu beachten und in die Kausalitätsbeurteilung einzubeziehen gilt. Der Beschwerdeführer habe ein bestätigtes Unfallereignis im Dezember 2011 erlitten. Nachfolgend sei durch Dr. C.\_\_\_\_ eine MR-Arthrographie eingeleitet worden, welche am 23. Dezember 2011 stattgefunden habe. In der Folge sei die Erstkonsultation bei ihm, Dr. D.\_\_\_\_, am 20. März 2012 erfolgt. Im entsprechenden Sprechstundenbericht werde direkt auf die MR-Arthrographie Bezug genommen und die dort beschriebene gelenkssseitige Partialläsion der Supraspinatussehne erwähnt. Aufgrund der Option der Selbstheilung für einen solchen Defekt sei die abwartende konservative Therapie erfolgt. In der nächsten Sprechstunde am 12. Juni 2012 hätten die Beschwerden persistiert, wobei auch klinisch eine Symptomatik im Bereich der Supraspinatus- als auch der Bizepssehne aufgetreten sei. Es sei der weiterführende konservative Versuch mit Infiltration erfolgt. In der Sprechstunde vom 27. Dezember 2012 habe sich der Beschwerdeführer eher in einer frustrierten Situation vorgestellt, da die Grundbeschwerden, die mit dem Unfallereignis aufgetreten seien, auch unter dem konservativen Behandlungsversuch persistiert hätten. Die klinische Untersuchung habe die persistierende Symptomatik bestätigt, so dass am 8. Januar 2013 eine erneute Beurteilung mittels MR-Arthrographie durchgeführt worden sei. Im Sprechstundenbericht vom 15. Januar 2013 werde aufgrund dessen die Vermutung für die PASTA-Läsion der kranialen Rotatorenmanschette als auch für eine Läsion der SLAP-Region beschrieben. Die Diagnosen hätten sich in der Arthroskopie vom 21. Februar 2013 bewahrheitet. Seines Erachtens bestätige sich in dieser Auflistung die Kausalität zum Unfallereignis. Durch die Arthroskopie sei nun eine stabile Situation mit im Alltag beschwerdefreier Schulter im Sinne eines Status quo sine/ante erreicht worden (UV-act. 89 f.). 4.5 Der von Dr. G.\_\_\_\_ im Weiteren angeführte Umstand, initial habe eine AC-Gelenkssymptomatik im Vordergrund gestanden, vermag zwar zuzutreffen. So erhob Dr. D.\_\_\_\_ anlässlich der Sprechstunde vom 20. März 2012 eine auffällige Druckdolenz des AC-Gelenks (UV-act. 8) und in derjenigen vom 12. Juni 2012 eine persistierende Symptomatik des AC-Gelenks bzw. erneut eine deutliche Druckdolenz und einen im Schulterreckgelenk provozierbaren Schmerz (UV-act. 10). Nachdem aber weder die MR-Arthrographien noch die Arthroskopie im Bereich des AC-Gelenks eine unfallkausale strukturelle Läsion, sondern eine degenerativ bedingte AC-Arthrose bzw. eine ACG-Arthropathie ergeben hatten, ging Dr. G.\_\_\_\_ hinsichtlich der AC-Gelenkssymptomatik schlüssig und nachvollziehbar "nur" von einer anfänglichen Kontusionsfolge aus, bezüglich der spätestens im Zeitpunkt der zweiten MR-Arthrographie vom 8. Januar 2013 der Status quo sine/ante erreicht gewesen sei. Dies entsprechend der Theorie, dass es im Unfallversicherungsrecht auch Fälle gibt, bei denen die Unfallfolgen

bzw. deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie wirklich sichtbar gemacht werden konnten. Bei einem geeigneten bzw. adäquaten Ereignis wird dennoch in einer ersten Phase von einer schädigenden Wirkung dieses Ereignisses (Unfall) auf den Körper ausgegangen. Die aufgetretenen bzw. ausgelösten Beschwerden werden aber nach einem bestimmten Zeitraum - trotz ihres möglichen Fortdauerns - nicht mehr dem Unfall zugerechnet. In dem Sinn ist auf die medizinische Erfahrungstatsache hinzuweisen, wonach Prellungen (Kontusionen), Verstauchungen oder Zerrungen (Distorsionen) ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit, in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens nach einem Jahr, abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden. In der Sprechstunde vom 28. August 2012 führte Dr. D.\_\_\_\_ keine, das AC-Gelenk betreffende Behandlung mehr durch, sondern eine Infiltration suprascapulär sowie der SLAP-Region (UV-act. 12). Im Sprechstundenbericht vom 26. September 2012 ist schliesslich nur noch von einer leichten Symptomatik im AC-Gelenk die Rede (UV-act. 13). Der Umstand, dass Dr. D.\_\_\_\_ offensichtlich mangels massgebenden Beschwerden ab 28. August 2012 keine AC-Gelenks bezogene Diagnose mehr stellte und diesbezüglich keine Behandlungen mehr stattfanden, indes aber die Rotatorenmanschette sowie die Bizepssehne nach wie vor eine Problematik darstellten, lässt also ebenfalls nicht ausschliessen, dass die entsprechenden Läsionen unfallkausal waren und erst mit der Arthroskopie behoben werden konnten. 4.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es dem Gericht anhand der vorliegenden medizinischen Akten nicht möglich ist, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob bei der Arthroskopie vom 21. Februar 2013 traumatische Verletzungen oder degenerative Vorzustände behandelt worden sind.

## **E. 5**

Wenn bezüglich der Rotatorenmanschetten- sowie Bizepssehnenläsion von Vorzuständen auszugehen wäre, könnte im Zeitpunkt der Leistungseinstellung trotz allem nicht von einem überwiegend wahrscheinlichen Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung des Unfallereignisses vom 1. Dezember 2011 für die am 21. Februar 2013 arthroskopisch vorgenommenen Behandlungen ausgegangen werden. Die von Dr. G.\_\_\_\_ im Zusammenhang mit einer vorübergehenden Verschlimmerung der Vorzustände gleichermaßen angeführten Feststellungen - es sei durch den Sturz zu kontusionsbedingten Beschwerden gekommen, es fehle an einer spezifischen Schmerzsymptomatik, die auf eine Partialruptur der Supraspinatussehne zurückzuführen wäre, mit der Kontusion sei es wahrscheinlich zu einem Hämatom im Musculus deltoideus und auch zu einem Schmerz von Seiten des AC-Gelenks gekommen bzw. die AC-Gelenkssymptomatik habe initial im Vordergrund gestanden, sei dann aber abgeklungen - vermögen unter Hinweis auf die Darlegungen in Erwägung 4.3 auch hier nicht ohne weiteres zu überzeugen. Der Beschwerdeführer beklagte - wenn auch nur teilweise - von Anfang an, lückenlos Beschwerden im Bereich der Rotatorenmanschette und der Bizepssehne, was Dr. D.\_\_\_\_ entsprechende (Verdachts-)Diagnosen stellen liess. Er weist in seiner Stellungnahme vom 25. September 2013 nachvollziehbar und den Tatsachen entsprechend darauf hin, dass aufgrund der Option der Selbstheilung eines Defekts einer Partialläsion der Supraspinatussehnenläsion zunächst eine abwartende konservative Therapie erfolgt sei. Als die Beschwerden auch unter dieser persistierten, erachtete Dr. D.\_\_\_\_ schliesslich eine Arthroskopie als indiziert. Angesichts dieser Sachlage kann anhand der vorliegenden Akten auch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Unfall für eine vorbestandene, ausgelöste Rotatorenmanschetten- sowie Bizepsläsion im Zeitpunkt der

Leistungseinstellung keine Teilursache mehr dargestellt hat.

#### **E. 6**

Nach dem Gesagten lassen die vorhandenen medizinischen Akten keinen klaren Entscheid darüber zu, ob das Unfallereignis vom 1. Dezember 2011 per 20. Februar 2013 jede kausale Bedeutung hinsichtlich der am 21. Februar 2013 arthroskopisch behandelten Rotatorenmanschetten- sowie Bizepssehnenläsion verloren hat. Für eine Leistungseinstellung genügt indessen eine derartige Beweislage nicht. Nachdem damit keine zuverlässige medizinische Beurteilungsgrundlage für die Frage des Wegfalls der Unfallkausalität per 20. Februar 2013 vorliegt, ist der Leistungseinstellungsgrund nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, womit die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Unrecht per 20. Februar 2013 eingestellt hat.

#### **E. 7**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 7. April 2014 (UV-act. 119 ff.) gutzuheissen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Eine Parteientschädigung ist dem nicht durch einen Rechtsanwalt vertretenen Beschwerdeführer nicht zuzusprechen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 7. April 2014 aufgehoben und festgestellt, dass die Beschwerdegegnerin für die Folgen des Unfalls vom 1. Dezember 2011 über den 20. Februar 2013 hinaus leistungspflichtig ist. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.