

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/95 vom 2. Mai 2016**

Sg Versicherungsgericht, 2016-05-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2014\\_95](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2014_95)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/95 du 2 mai 2016

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/95 del 2 maggio 2016

## **Regeste**

Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für eine Listenverletzung nach Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV (Sehnenrisse) (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. Mai 2016, UV 2014/95). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_358/2016. Entscheid vom 2. Mai 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Suva hat ihre Weigerung, für das geltend gemachte Ereignis vom 25. August 2014 Leistungen zu erbringen, in erster Linie mit dem Aussageverhalten des Beschwerdeführers begründet. Dessen vom Aussendienstmitarbeiter wiedergegebene Aussage, er erinnere sich keines Ereignisses, sondern vermute eine Überbelastung durch langwierigen Gehstockgebrauch als Ursache für die Verletzung an der linken Schulter, hat sie mit Hinweis auf die Rechtsprechung zum grösseren Beweiswert der Aussage der ersten Stunde gegenüber späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 47 E. 2a mit Hinweisen), als bezüglich des Sachverhalts massgeblich und glaubwürdig erachtet. Die Schilderung, die Verletzung sei beim Hochheben des Enkelkindes aufgetreten, hat die Suva verworfen, indem sie sich auf verschiedene Widersprüchlichkeiten und Ungenauigkeiten berief. In der Tat sind die Aussagen des Beschwerdeführers zum Zustandekommen der Bizepssehnenverletzung, so wie sie in den Akten - soweit ersichtlich ausschliesslich von Dritten und nicht vom Beschwerdeführer selbst - wiedergegeben sind, nicht übereinstimmend. Dabei gilt es aber folgendes zu beachten: Die Besprechung mit dem Aussendienstmitarbeiter der Suva, anlässlich welcher der Beschwerdeführer besagte Vermutung über die Schadensursache (Überlastung durch Gehstockgebrauch) offenbar geäussert hatte, fand (wie übrigens auch das - gleichlautende - Telefonat mit dem Swica-Sachbearbeiter) dreieinhalb Wochen nach dem geltend gemachten Vorfall mit dem Enkelkind statt und betraf den Schadenfall Nr. XXXXXX, also die Achillessehnenruptur und den diesbezüglichen Heilungsverlauf mehrere Monate nach der Sanierungsoperation. Die neue Verletzung war damals nur insofern relevant, als sie den Beschwerdeführer hinderte, die mit Blick auf die Achillessehnenverletzung bevorstehende Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit umzusetzen. Wie der Bericht der Sozialarbeiterin der kantonalen psychiatrischen Dienste Nord vom 6. Oktober 2014 belegt, war der Beschwerdeführer in jener Zeit durch psychosoziale Faktoren im Zusammenhang mit der vorgesehenen Rückkehr an seine Arbeitsstätte sowie durch die neue Verletzung enorm belastet (Suva-act. 1). Unter solchen Umständen erscheint es zumindest nicht abwegig, wenn der Beschwerdeführer zuerst eine - möglicherweise falsche - Schadensursache benannte. Seiner

späteren Darstellung mit dem Hochheben des Enkelkinds, welche er der für das neue Ereignis (Schadenfall Nr. XXXXXXXX) zuständigen Suva-Mitarbeiterin aus eigenem Anlass im Sinn einer Korrektur mitteilte, welche er im Übrigen auch gegenüber den behandelnden Ärzten gleichartig schilderte (allen voran bereits gegenüber Hausarzt Dr. F.\_\_\_\_ [vgl. Überweisungsschreiben vom 18. September 2014; Suva-act. 22]) und welche schliesslich von der Tochter bestätigt wurde, ohne weitere Anhaltspunkte die Glaubwürdigkeit abzuerkennen und sie als von versicherungsmässigen Überlegungen getragene Falschaussage zu qualifizieren, würde jedenfalls als unverhältnismässig erscheinen. Dies namentlich vor dem Hintergrund, dass die Beweismaxime der Aussage der ersten Stunde keine förmliche Beweisregel darstellt, sondern lediglich eine im Rahmen der freien Beweiswürdigung zu berücksichtigende Entscheidungshilfe (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Oktober 2009, 8C\_319/2009, E. 2). Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer die Schulterverletzung links am 25. August 2014 beim Hochheben seines Enkelkinds zugezogen hat.

## **E. 2**

Damit stellt sich die Frage, ob ein Unfall oder, hier - nachdem der seitens der Suva in der Beschwerdeantwort vertretenen Auffassung, das genannte Ereignis stelle keinen solchen dar, offensichtlich beizupflichten ist - einzig interessierend, ob eine den Unfällen gleichgestellte unfallähnliche Körperschädigung vorliegt. Nach Art. 6 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) sind folgende, abschliessend aufgeführte Körperschädigungen, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g) und Trommelfellverletzungen (lit. h). Praxisgemäss müssen mit Ausnahme der Ungewöhnlichkeit auch bei unfallähnlichen Körperschädigungen die übrigen Tatbestandsmerkmale des Unfallbegriffs erfüllt sein, um eine Leistungspflicht der Unfallversicherung zu begründen (BGE 129 V 467 E. 2.2), das heisst, es muss sich um eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines äusseren Faktors auf den menschlichen Körper handeln (vgl. Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Besondere Bedeutung kommt dabei der Voraussetzung des äusseren Ereignisses zu, das heisst eines ausserhalb des Körpers liegenden, objektiv feststellbaren, sinnfälligen, eben unfallähnlichen Vorfalles. Wo ein solches Ereignis nicht stattgefunden hat, und sei es auch nur als Auslöser eines in Art. 9 Abs. 2 lit. a-h UVV aufgezählten Gesundheitsschadens, liegt eine eindeutig krankheits- oder degenerativ bedingte Gesundheitsschädigung vor, für welche die obligatorische Unfallversicherung in Abgrenzung zur Krankenversicherung nicht aufzukommen hat (a.a.O. mit Hinweis auf RKUV 2001 Nr. U 435 S. 333 E. 2c). Der Beschwerdeführer hat den auf ihn zurennenden Enkel mit den Armen aufgefangen und hochgehoben. Dabei habe es ihm, wie der erstbehandelnde Hausarzt Dr. F.\_\_\_\_ im Arztzeugnis UVG vom 21. Oktober 2014 (Suva-act. 17) festgehalten hat, einen sofortigen heftigen „Fitz“ in der linken Schulter gegeben und in der Folge seien ausgeprägte schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen des linken Arms aufgetreten. Es kann nicht gesagt werden, dass ein solcher Vorfall mit einem Ereignis vergleichbar ist, bei dem das (erstmalige) Auftreten von Schmerzen mit einer blossen Lebensverrichtung einhergeht (vgl. BGE 129 V 470 E. 4.2.2). Vielmehr war mit dem Vorgang, auch wenn es sich beim Enkel noch um ein Kleinkind gehandelt hat, eine

bei einer blossen Lebensverrichtung nicht vorkommende Dynamik und ein vermehrter Kraftaufwand verbunden, weshalb ihm ein gewisses gesteigertes Gefährdungspotential nicht abgesprochen werden kann. Damit aber fällt eine Leistungspflicht des Unfallversicherers für eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinn von Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV (Sehnenrisse) grundsätzlich in Betracht.

### E. 3

Zu prüfen bleibt, ob sich der Beschwerdeführer beim Ereignis vom 25. August 2014 einen Sehnenriss im Sinn der genannten Bestimmung zugezogen hat. Der erstbehandelnde Dr. F.\_\_\_\_ erhob am 10. September 2014 laut dem bereits erwähnten Arztzeugnis UVG vom 21. Oktober 2014 (Suva-act. 17) den Verdacht auf eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion Schulter links mit Bizepssehnenruptur. Der Hausarzt ging also von einem Riss aus, was der Beschwerdeführer so am 17. September 2014 dem Aussendienstmitarbeiter der Suva kommunizierte (Suva-act. 14) und was auch im Überweisungsschreiben vom 18. September 2014 an die Orthopädie des Spitals C.\_\_\_\_ so festgehalten wurde, allerdings mit dem Hinweis auf eine am ehesten degenerativ bedingte Pathologie (Suva-act. 22). Im Sprechstundenbericht des dortigen Arztes Dr. F.\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2014 wurde nebst Statusbefunden ein Verdacht auf Rotatorenmanschettenläsion bei vermutlich doch traumatischer Bizepssehnenruptur Schulter links diagnostiziert (Suva-act. 12). Im gleichentags erhobenen Röntgenbefund waren allerdings nur initiale degenerative Veränderungen im Ansatzbereich der Supraspinatussehne am Tuberculus majus zu erkennen (Bericht des Radiologen Dr. med. J.\_\_\_\_, Spital C.\_\_\_\_, vom 3. Oktober 2014 [Suva-act. 11]). Der Verdacht schien sich dann aber mit dem im Spital D.\_\_\_\_ erhobenen MRI-Befund (MR-Arthrographie Schulter links vom 14. Oktober 2014) zu bestätigen: Vollständige Ruptur der langen Bizepssehne mit medialisiertem proximalen Sehnenstumpf und längsgespaltetem retrahierten Sehnenanteil im Sulcus intertubercularis. Erhebliche Tendinose und Verdacht auf kleine Sehnenverkalkung der Supraspinatussehne mit hochgradiger gelenkseitiger Partialruptur und kurzstreckiger transmuraler Ruptur an der Fussplatte. Begleitende Tendinose der Subscapularissehne mit Partialruptur der kranialen Sehnenanteile einschliesslich des anterioren Rotatorenintervalls. SLAP-Läsion. Aktivierte hypertrophe AC-Arthrose mit ossär bedingter Einengung des Subakromialraumes (Suva-act. 10). Gemäss Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ zeigte das MRI jedoch eine anteriore subluxierte und fasrig partiell rupturierte lange Bizepssehne. Diese reite auf der partiell tendinopathisch veränderten Subscapularissehne, gegebenfalls bereits mit kranialer Partiaalläsion. Sicher auch vorliegend (sei eine) posteriore Pulley-Läsion eingehend in eine anteriore komplette Ruptur der Supraspinatussehne. Er diagnostizierte eine posttraumatische Luxation der langen Bizepssehne und eine Partiaalläsion mit begleitender Tendinopathie der kranialen Subscapularissehne und anteriorer Läsion der Supraspinatussehne Schulter links und stellte die Indikation zur arthroskopischen Revision. Die Situation sei während des Eingriffs zu beurteilen und zu bestätigen (Suva-act. 13). Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ hielt hierzu am 24. Oktober 2014 fest, gemäss MRI-Befund handle es sich um die Diagnose einer unfallähnlichen Körperschädigung. Die von Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierte Bizepssehnenluxation entspreche dagegen keiner unfallähnlichen Körperschädigung (Suva-act. 15). In BGE 114 V 306 E. 5c hat das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) festgehalten, dass sich die Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung für unfallähnliche Körperschädigungen aufgrund von Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV nach Sinn und Zweck dieser Vorschrift streng auf Sehnenrisse

beschränke. Ausgeschlossen sei insbesondere der Einbezug einer übrigen Sehnenpathologie, einschliesslich der Krankheiten des Begleitgewebes. Weil sich die partiellen Sehnenrisse in der Regel klinisch nicht von sekundären entzündlichen Reaktionen (Tendinitis, Peritendinitis, Paratenonitis, Tendovaginitis) unterscheiden liessen, falle eine Qualifikation als unfallähnliche Körperschädigung nur in Betracht, wenn die Teilruptur als solche medizinisch eindeutig sei, dies entweder intraoperativ oder durch Kontrastmitteldarstellung. Könnte dieser Nachweis nicht erbracht werden, so habe der Leistungsansprecher die Folgen zu tragen. Diese Rechtsprechung wurde mit Entscheid U 441/99 vom 29. August 2000, E. 4 mit Hinweisen bestätigt. Dr. F. \_\_\_ hat wie erwähnt eine Bestätigung der gestellten Diagnose intraoperativ in Aussicht gestellt. Im Operationsbericht vom 26. November 2014 hielt er folgendes fest: „Intraartikulär besteht glenoidalseits eine zweitgradige, humeral eine erstgradige Chondropathie. Anterior luxierte, deutlich fasrig veränderte arrodiierte Bizepssehne, der Defekt hat zu einer kranialen, gelenkseitigen Läsion der Subscapularissehne geführt (Lafosse 2). Über die kraniale Pulley-Läsion geht der Defekt in eine Läsion der kompletten Supraspinatussehne ohne relevante Retraktion über (...). Die luxierte Bizepssehne mit der arthroskopisch frischen Subscapularissehne spricht (für) und bestätigt meines Erachtens das traumatische Ereignis der Läsion.“ Abschliessend führte Dr. F. \_\_\_ aus: „Von operativer Seite besteht in Bezug auf die Unfallkausalität eine klare Anamnese mit dem im Sprechstundenbericht beschriebenen Schulterdistorsionsereignis vom August 2014. Der radiologische Befund mit sehr guter Muskelqualität (und) dem wellenförmigen Kinking der Supraspinatussehnenläsion übergehend in die Subscapularissehnenläsion bei frischem intraoperativem Sehnendefekt als auch anteroluxierter Bizepssehne als Ursache für die Subscapularissehnenläsion bei Pulley-Läsion sprechen für ein traumatisches Ereignis.“ Dies sei - so der Oberarzt mit besonderen Funktionen Orthopädie - überwiegend wahrscheinlich mit dem Ereignis vom (25.) August (2014) in Verbindung zu setzen. Ob mit dieser intraoperativen Erkenntnis von Dr. F. \_\_\_ eine Listenverletzung gemäss Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV in Sinne der genannten bundesgerichtlichen Vorgabe rechtsgenügend nachgewiesen und also von der obligatorischen Unfallversicherung zu übernehmen ist, entzieht sich juristischer Beurteilung. Hierfür ist der medizinische Sachverstand eines Schulter spezialisten gefragt. Kreisarzt Dr. E. \_\_\_ hat sich zu dieser Frage nicht geäussert, weil ihm der Operationsbericht, der erst nach Verfügungserlass vorgelegen hatte, gar nie unterbreitet wurde. Eine andere insbesondere spezialärztliche Beurteilung hat die Suva nicht eingeholt. Dies wird sie nachzuholen und bezüglich ihrer Leistungspflicht neu zu verfügen haben. Die Sache ist ihr dafür in entsprechender Gutheissung der Beschwerde und Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 12. November 2014 zurückzuweisen.

#### **E. 4**

Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Der in eigener Sache prozessierende, nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid 1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 12. November 2014 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese weitere medizinische Abklärungen im Sinn der Erwägung veranlasse und danach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.