

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/40 vom 24. Juli 2017

Sg Versicherungsgericht, 2017-07-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2015_40

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/40 du 24 juillet 2017

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/40 del 24 luglio 2017

Regeste

Art. 6 UVG: Verneinung eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen einer Nierenarteriendissektion und zwei Unfällen. Den ersten Unfall hatte der Beschwerdeführer ein Jahr vor der Diagnose Nierenarteriendissektion erlitten, den zweiten Unfall unmittelbar vor der akut aufgetretenen Nierenarteriendissektion (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Juli 2017, UV 2015/40).

Erwägungen

E. 1

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem Ereignisse aus den Jahren 2013 und 2014 zur Debatte stehen, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

E. 2

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden die Versicherungsleistungen, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer sodann bei Vorliegen eines Unfalls für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 181 E. 3.1 ff. mit Hinweisen; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). 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). 2.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte oder Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f. E. 1b). Auch eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von med. pract. E. ___ erstellt wurde (vgl. Suva-act. I/32), ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (PVG 1996, 265 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371). Die Kreisärzte und Kreisärztinnen der Beschwerdegegnerin sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Im Verhältnis zu den Allgemeinpraktikern kommt ihnen eine spezialärztliche Stellung zu. Auch ihre Beurteilungen sind jedoch nach den vorgenannten allgemeinen Grundsätzen der Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit, Widerspruchsfreiheit sowie des Fehlens von Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der spezialärztlichen Beurteilung sprechen, zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 3. Oktober 2008, 8C_510/2007, E. 7.5.4; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.; BGE 135 V 469 E. 4.4, 122 V 162 f. E. 1d). Die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen, steht in denjenigen Fällen nicht im Vordergrund, in denen ein Arzt oder eine Ärztin einen Patienten oder eine Patientin nicht als Hausarzt oder Hausärztin, sondern als Facharzt bzw. Fachärztin behandelte. Im Übrigen sind in jeder ärztlichen Konstellation Anhaltspunkte zu beachten, die die Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen als nicht schlüssig erscheinen lassen (vgl. BGE 135 V 470 E. 4.5 f.; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2013, 4A_172/2013, E. 3.3, mit weiteren Hinweisen, vom 12. Februar 2010, 8C_907/2009, E. 1.1, und vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.2).

E. 3

3.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin in Bezug auf den am 13. Dezember 2014 von den Ärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG diagnostizierten und anschliessend behandelten akuten Niereninfarkt rechts bei Nierenarteriendissektion leistungspflichtig ist. Nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet der

Gesundheitsschaden am rechten Ellbogen des Beschwerdeführers, für welchen die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 18. März 2015 ihre Leistungspflicht anerkannt hat (Suva-act. 33). 3.2 Der Beschwerdeführer hatte sich am Vortag der Nierendiagnose, d.h. am 12. Dezember 2014, unter Angabe starker Rückenschmerzen in der Notfallaufnahme der Klinik D.____ eingefunden. Die diensthabenden Ärzte bzw. Ärztinnen diagnostizierten damals eine akute Lumbalgie (Suva-act. I/9-4 f., I/30). Als der Beschwerdeführer am 13. Dezember 2014 mit stärksten Schmerzen im Bereich der rechten Flanke und des Unterbauchs, die nicht mehr mit einer Wirbelsäulenproblematik zu erklären waren, sowie Übelkeit die Notfallaufnahme der Klinik D.____ aufsuchte, ergab eine CT-Untersuchung von Abdomen und Becken den Niereninfarkt rechts bei Nierenarteriendissektion. Die Untersuchungen in der Klinik für Nephrologie des KSSG bestätigten die Diagnose (Suva-act. 13). Dr. I.____ erklärt in seiner Stellungnahme zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 26. Juni 2015 schlüssig, dass der LWS-Bereich anatomisch keine eindeutig beschriebene Region sei und weist darauf hin, dass bereits bei der zweiten Konsultation in der Notfallaufnahme der Klinik D.____ als Befunde eine Nierenklopfdolenz rechts sowie eine subtile Druckdolenz periumbilical erhoben worden seien (vgl. Suva-act. 9-4). Da bis zum 13. Dezember 2014 weder ein direktes noch ein indirektes Trauma stattgefunden habe, könne mithin von der ersten bis zur dritten Vorstellung in der Notaufnahme von einem Ereignis (ohne Wertung ob durch Trauma oder Erkrankung ausgelöst) mit nachfolgender Schmerzsymptomatik ausgegangen werden (act. G 1.16). Angesichts des dargelegten Sachverhalts sowie der Ausführungen von Dr. I.____ ist mithin davon auszugehen, dass es sich bei der zunächst diagnostizierten akuten Lumbalgie um eine Fehldiagnose handelte, was auch von med. pract. E.____ und der Beschwerdegegnerin nicht angezweifelt wird, und der Beschwerdeführer am Tag des Treppenunfalls (12. Dezember 2014) unter einer Nierenarteriendissektion litt. 3.3 Med. pract. E.____ (vgl. Suva-act. I/32) sowie Dr. J.____ (vgl. act. G 1 Ziff. 3.2) gehen offenbar davon aus, dass eine Nierenarteriendissektion sowohl durch ein Trauma als auch durch unfallfremde Faktoren verursacht werden kann. Eine gegenteilige Aussage ist auch dem Bericht der Ärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG vom 22. Dezember 2014 nicht zu entnehmen (Suva-act. I/13). Während der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers im konkreten Fall von einer überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingten Nierenarteriendissektion ausgeht, betrachtet die Beschwerdegegnerin das Vorliegen einer unfallbedingten Gesundheitsschädigung nur als möglich und stützt sich dabei insbesondere auf die Beurteilung ihrer Kreisärztin med. pract. E.____ vom 17. März 2015 (Suva-act. I/32) ab.

E. 4

Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 6. Dezember 2013 und 12. Dezember 2014 zwei Unfälle erlitten hat (vgl. Suva-act. I/1, II/1), hinsichtlich welcher nachfolgend zu prüfen ist, ob sie mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zur Nierenarteriendissektion geführt haben.

E. 4.1

4.1.1 Der Bericht der Klinik für Nephrologie des KSSG vom 22. Dezember 2014 enthält verschiedene Aussagen, welche auf eine diesbezügliche Unfallkausalität hindeuten. So wurde der Diagnose eines akuten Niereninfarkts rechts am 12. Dezember 2014 bei Nierenarteriendissektion die Angabe "am ehesten nach Dezelerationstrauma vor 1 Jahr und Zusatztrauma vor 1 Woche" angefügt. Weiter wurde im Bericht festgehalten, der

Beschwerdeführer habe erzählt, bereits vor einem Jahr einen schweren Skiunfall erlitten zu haben. Damals sei es zu einem stumpfen Bauch-/Flankentrauma gekommen. Vor einer Woche habe der Beschwerdeführer auf der Treppe einen Fehltritt gemacht, habe sich jedoch noch abfangen können und sei dabei mit der Flanke an eine Wand geprallt. Fünf Minuten nach diesem Ereignis sei es zu stärksten Flankenschmerzen rechtsseitig und Übelkeit mit Erbrechen gekommen. Nachdem Risikofaktoren wie eine Thrombose- oder Embolieprädisposition, Herzrhythmusstörungen, Nikotinkonsum und eine Arteriosklerose hätten ausgeschlossen werden können und eine Thrombophilie- und Vaskulitis-Abklärung unauffällig gewesen seien, werde am ehesten von einer Nierenarteriendissektion im Rahmen des schweren Dezelerationstraumas vor einem Jahr ausgegangen (Suva-act. I/13).

4.1.2 Mit Schreiben vom 19. März 2015 bestätigte Dr. H.____ dem Beschwerdeführer, dass retrospektiv die Ätiologie seines Niereninfarkts rechts durch eine Nierenarteriendissektion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit posttraumatisch bedingt sei, wie bereits von den Kolleginnen des KSSG vermutet im Rahmen des Dezelerationstraumas vor einem Jahr und des zusätzlichen Traumas vom 12. Dezember 2014 nach einem Fehltritt (Suva-act. I/42).

4.1.3 Med. pract. E.____ hält in ihrer Beurteilung vom 17. März 2015 den Ausführungen der Ärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG entgegen, der Beschwerdeführer habe anamnestisch einen schweren Skiunfall vor einem Jahr erwähnt, weswegen die Klinikärztinnen die Nierenarteriendissektion dann auch auf das "schwere Dezelerationstrauma vor einem Jahr" zurückgeführt hätten. Die echtzeitlichen Akten würden indessen keine Hinweise auf ein schweres Trauma, geschweige denn auf ein schweres Dezelerationstrauma enthalten. In Bezug auf den Unfall vom 6. Dezember 2013 sei dem gleichentags erstellten Bericht des Spitals C.____ zu entnehmen, dass hier lediglich ein Sturz mit dem Gesicht auf eine Eisfläche auf der Piste im Gehen vorgelegen habe. Es werde dann auch lediglich eine RQW im Bereich der Unterlippe festgehalten, welche versorgt worden sei. In der gesamten Körperuntersuchung inklusive Thorax hätten sich keine Kontusionsmarken finden lassen. Der Beschwerdeführer habe lediglich Beschwerden im kranialen Anteil der linken Rippe sowie im Bereich der Lippe und Nase sowie des rechten Jochbogens - hier nach Kontusion mit Hämatom - gehabt. Es bestehe mithin zum später vom Beschwerdeführer geäusserten schweren Skitrauma und der daraus gezogenen Schlussfolgerung der Fachärztinnen, dass ein schweres Dezelerationstrauma vorgelegen habe, eine erhebliche Diskrepanz. Von einem schweren Skitrauma sei anscheinend nicht auszugehen. Auch Brückensymptome würden nicht angegeben. Dass das eher bagatelläre Trauma vom 12. Dezember 2014 mit einer Kontusion der rechten oberen Extremität und gegebenenfalls konsekutiv auch der Flanke eine Nierenarteriendissektion hervorrufe, sei ebenfalls nicht als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten. Hierfür fehlten jegliche Hinweise. Die Niere und die Nierenarterie seien ausserdem derart gut geschützt in der Tiefe liegend, dass durch den einfachen Anprall via Arm an die Wand eine Dissektion kaum erwartet werden dürfe. Erfahrungsgemäss komme es selbst bei einem schweren Trauma im Sinne eines Polytraumas sehr viel häufiger zu Verletzungen des Nierengewebes als zu einer Gefässdissektion eines derart kleinen Gefässes. Sehr viel häufiger gesehen sei bei schwerstverletzten Patienten die Dissektion von grossen Gefässen, allen voran der Aorta. Kleine und kleinste Gefässe seien nahezu nie betroffen. Ein Zusammenhang mit dem Bagatelltrauma werde im Übrigen auch von den Fachärztinnen als nicht wahrscheinlich angesehen, sondern es werde auf das "schwere Dezelerationstrauma" im Dezember 2013, also ein Jahr zuvor verwiesen, welches erwiesenermassen nicht stattgefunden habe.

Gesamthaft sei mithin die Unfallkausalität der vorliegenden Nierenarteriendisektion nicht als überwiegend wahrscheinlich, sondern nur als möglich zu betrachten. Dies vor allem aufgrund der mangelnden Schwere der Traumata. Es sei vielmehr von einer spontanen Dissektion auszugehen, obwohl der Beschwerdeführer in vielen Punkten keine erhöhte bekannte Risikokonstellation aufweise, ausser seinem Alter und allenfalls als Auffälligkeit eine doppelte Nierenarterie (Suva-act. I/32).

4.1.4 Mit Schreiben vom 4. Juni 2015 gelangte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit folgenden Fragen an die Angiologin Dr. J.____: "Können ein derartiger akuter Niereninfarkt und eine solche Nierenarteriendisektion rein spontan, also im Rahmen eines krankhaften Geschehens, eintreten?"; "Sprechen im konkreten Fall die Unmittelbarkeit zum Unfallereignis 2014 sowie die von der Klinik D.____ festgestellten Ausschlusskriterien - keine Thrombose- oder Embolieprädisposition, keine Herzrhythmusstörungen, kein Nikotinkonsum - gegen ein solches Geschehen?"; Wären der vom Patienten geschilderte rechtsseitige Aufprall auf der Skipiste und jener am Mauerknick grundsätzlich geeignet, Verletzungen von der Art der eingetretenen zu bewirken?"; "Wie ist der von der Suva-Chirurgie erhobene Einwand, dass bei einer traumatischen Einwirkung vor allem die Aorta gefährdet sei und kleine Gefässe, wie vorliegend die Nierenarterie, nahezu nie betroffen würden, aus angiologischer Sicht zu beurteilen?". Diese Fragen sind grundsätzlich für die Beurteilung der Ursächlichkeit der Nierenarteriendisektion als wegweisend zu bezeichnen. Laut Beschwerde vom 2. Juli 2015 erklärte Dr. J.____ angeblich am 11. Juni 2015 telefonisch, dass ein Niereninfarkt und eine Nierenarteriendisektion grundsätzlich auch rein spontan auftreten könnten. Im konkreten Fall sei dies jedoch verneint worden, da trotz umfassender Abklärungen keinerlei Hinweise für ein krankhaftes Geschehen hätten eruiert werden können. Die Unfälle vom Dezember 2013 und Dezember 2014 seien sodann - wenn so geschehen wie vom Patienten geschildert - ohne weiteres geeignet gewesen, eine Nierenarteriendisektion und damit einen Niereninfarkt zu bewirken. Von einem "Vorrang", dass bei einer traumatischen Einwirkung vor allem die Aorta gefährdet sei, habe sie keine Kenntnis (act. G 1 Ziff. 3.2 f.).

4.2 Den Ausführungen von med. pract. E.____, den Ärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG sowie von Dr. J.____ lässt sich insgesamt übereinstimmend und nachvollziehbar entnehmen, dass der Unfallmechanismus bzw. die Art und Weise der Einwirkung auf den Bauch und/oder die Flanke und dabei auch die Schwere der Krafteinwirkung, aber auch der zeitliche Ablauf massgebende Ausgangspunkte für die Kausalitätsbeurteilung bilden. Dies zunächst in dem Sinne, als es offensichtlich erscheint, dass in der Regel nur ein vom Unfall betroffener Körperteil eine Verletzung mit nachfolgenden Beschwerden zeitigen kann, eine erlittene Verletzung im Regelfall zu Schmerzen führt und unmittelbar im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah auch wahrgenommen und im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung beschrieben wird. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beschwerden ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 NR. 275 S. 191 E. 1c). Mit dem alleinigen Vorliegen eines Gesundheitsschadens zeitnah zu einem Unfall ist jedoch nicht in jedem Fall auch dessen Unfallkausalität mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. So führt nicht jeder Unfall zu einer Verletzung oder zumindest nicht zu einer derart körperlich gravierenden strukturellen Verletzung wie einer Nierenarteriendisektion (vgl. dazu beispielsweise ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 412; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 357 f.). Die Schwere der Krafteinwirkung auf den Körper muss geeignet sein, eine konkrete

Verletzung herbeizuführen. Erfahrungsgemäss erhöht eine grössere Krafteinwirkung die Verletzungsgefahr. In diesem Sinne lassen sowohl die Ausführungen von med. pract. E.____ als auch diejenigen der Ärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG und von Dr. J.____ darauf schliessen, dass eine Nierenarteriendissektion durch ein schweres Dezelerationsstrauma hervorgerufen werden kann.

E. 5

Angesichts der in Erwägung 4.2 dargelegten Kriterien kommt der Unfall vom 6. Dezember 2013 als ursächliches Ereignis der Nierenarteriendissektion nicht überwiegend wahrscheinlich in Frage. 5.1 Laut Bericht des Spitals C.____ vom 6. Dezember 2013 war der Beschwerdeführer gleichentags auf der Piste beim Gehen mit dem Gesicht auf eine Eisfläche gestürzt (Suva-act. II/4). Laut Schilderung des Beschwerdeführers vom 18. Februar 2015 gegenüber der Beschwerdegegnerin hat sich der Unfall nicht beim Gehen, sondern beim Skifahren ereignet. Er sei damals im Tiefschnee gefahren. Plötzlich hätten beide Skier wegen der Schneebeschaffenheit gestoppt, worauf es ihn aus beiden Bindungen katapultiert habe. Es habe ihn nach vorne geschleudert und er sei auf einer eisigen Stelle aufgeprallt (Suva-act. I/19). Am 23. März 2015 erzählte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin, er sei am 6. Dezember 2013 beim Skifahren brutal nach vorne gestürzt und auf Brust und Gesicht gefallen. Die RQW an der Oberlippe sei gravierend gewesen und habe genäht werden müssen. Auch habe er unter massiven Brustkorbschmerzen gelitten (Suva-act. I/67). Am 9. April 2015 schrieb er sodann seinem Rechtsvertreter, er sei mit ca. 30 km/h gefahren. Dabei hätten sich beide Skibindungen gleichzeitig geöffnet und er sei ca. 4-5 m durch die Luft geflogen und auf einer vereisten Stelle mit Oberkörper und Gesicht hart aufgeschlagen. Sein Oberkörper habe von der Schulter bis zur Hüfte stark geschmerzt. Die Lippe habe genäht werden müssen (Suva-act. I/68). 5.2 Dass der Sturz beim Skifahren passiert ist, ist nicht in Frage zu stellen (vgl. dazu act. G 1.18, G 5.1). Dass tatsächlich ein - wie vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beschrieben - erheblicher Skiunfall stattgefunden hat (act. G 1), wird jedoch bereits durch die zunehmende Dramatik in den obgenannten Ereignisschilderungen relativiert. Während zunächst allgemein ein Sturz erwähnt worden war, wurde der Sturz schliesslich als brutal bezeichnet und von gravierenden und massiven Verletzungen gesprochen. Die nachträglich genannte Distanz von ca. 4-5 m zwischen der Stelle, an der sich die Bindungen öffneten, bis zur Aufschlagstelle erscheint ebenfalls eher der Dramatisierung zu dienen als der Wirklichkeit zu entsprechen. Anhand des Berichts des Spitals C.____ lassen sich im Weiteren keine Schmerz- und Verletzungsangaben des Beschwerdeführers verifizieren, welche im Zusammenhang mit einer Nierenarteriendissektion gesehen werden könnten. Die aktenkundigen Fotos belegen - wie im Bericht des Spitals C.____ diagnostiziert - zwei RQW an der Unterlippe rechts (vgl. act. G 1.20, Suva-act. I/68) und belegen damit einen Sturz auf das Gesicht. Zwar weisen die Ausführungen im Bericht des Spitals C.____ unter der Rubrik "Procedere" (Fadenentfernung ca. 5 Tage postoperativ) darauf hin, dass die RQW genäht werden mussten. Die Erkennbarkeit tieferliegender Strukturen wurde jedoch verneint. Laut Spitalbericht klagte der Beschwerdeführer ausserdem über Schmerzen im kranialen Anteil der linken Rippen. Selbst wenn dabei - wie vom Beschwerdeführer mit Blick auf einen früheren Unfall vom 12. Dezember 2010 vermutet (vgl. dazu Suva-act. I/67 f., act. G 1.21), eine Seitenverwechslung (anstatt linke Rippen rechte Rippen) stattgefunden haben sollte, lassen auch die vorgenannten Schmerzangaben des Beschwerdeführers keine schwere Kontusion mit der Wahrscheinlichkeit einer Nierenarteriendissektion erkennen. Zum einen zeigte sich bei der Untersuchung der Thorax stabil und indolent und es waren keine

Kontusionsmarken erkennbar, zum andern klagte der Beschwerdeführer über Schmerzen in einem Rippenbereich (kranial = zum Schädel hin), der nicht auf eine Kontusion auf Höhe der Nierenarterie hindeutet. Die Beschwerdegegnerin erklärt in der Beschwerdeantwort vom 14. August 2015 zutreffend, dass die Nierenarterie erst auf der Höhe der 11. und 12. und damit der beiden untersten Rippen ansetzt (act. G 3). 5.3 Zusammenfassend ist somit in Übereinstimmung mit med. pract. E.____ festzuhalten, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem von der Schwere her nachgewiesenen Skiunfall zum später vom Beschwerdeführer geäußerten schweren Skitrauma besteht. Daher ist es nicht als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten, dass der Skiunfall angesichts der dokumentierten Verletzungen und der ärztlich erhobenen Befunde eine Nierenarteriendissektion hervorzurufen vermochte. Hierfür fehlen jegliche Hinweise. 5.4 Gegen einen solchen Sachverhalt spricht auch der zeitliche Ablauf. Die Heilung nach dem Unfall vom 6. Dezember 2013 dauerte offensichtlich wie bei einer "gewöhnlichen" Kontusionsverletzung lediglich kurze Zeit (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 412; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 357 f.). Die für eine Nierenarteriendissektion bzw. einen Niereninfarkt typischen Beschwerden wie starke Schmerzen im Bereich der Flanke und des Unterbauchs sowie Übelkeit mit Erbrechen (vgl. Suva-act. I/9, I/13, I/68) sind sodann unbestrittenermassen erst am 12. Dezember 2014 aufgetreten. Das Schadendossier betreffend den Unfall vom 6. Dezember 2013 umfasst an medizinischen Akten lediglich den Bericht des Spitals C.____, und die Akten beider Schadendossiers enthalten - wie von med. pract. E.____ zutreffend festgehalten - keine Hinweise auf Brückensymptome bzw. fortdauernde unfallkausale Beschwerden (weitere längere Heilbehandlungen, Arbeitsunfähigkeitsatteste). Selbst der Beschwerdeführer machte keine solchen geltend, indem er am 18. Februar 2015 gegenüber der Beschwerdegegnerin aussagte, die Beschwerden im Bereich der Rippenbogen hätten nur kurzzeitig angehalten und aus seiner Sicht seien von diesem Unfall keine Beschwerden verblieben. Die damalige Behandlung sei im Spital C.____ erfolgt. Es habe damals keine Arbeitsunfähigkeit bestanden (Suva-act. I/19). Am 23. März 2015 erklärte er ausserdem gegenüber der Beschwerdegegnerin, bis zum erneuten Sturz vom 12. Dezember 2014 beschwerdefrei gewesen zu sein (Suva-act. 43). Insofern ist zwischen dem Skiunfall und der Nierenarteriendissektion kein zeitlicher Zusammenhang erkennbar (vgl. dazu Erwägung 5.1). Angesichts des Gesagten gibt es auch für die Darstellung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 2. Juli 2015 (act. G 1 Ziff. 3.5) - aufgrund der gegenwärtigen Akten sei davon auszugehen, dass der Unfall vom 6. Dezember 2013 zu einem Anriss und damit zu einer Schwächung der Nierenarterie rechts geführt habe; der Unfall vom 12. Dezember 2014 habe dann definitiv die Nierenarteriendissektion und den akuten Niereninfarkt bewirkt - keine Anhaltspunkte.

E. 6

Zu prüfen bleibt, ob der Treppenunfall vom 12. Dezember 2014 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang zur Nierenarteriendissektion steht. 6.1 Anders als beim Unfall vom 6. Dezember 2013 sind die für eine Nierenarteriendissektion mit Niereninfarkt typischen Symptome akut am Unfalltag aufgetreten, womit ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang gegeben ist. Dieser Umstand bildet jedoch für sich allein nach konstanter bundesgerichtlicher Praxis keinen Beweis für eine Unfallkausalität. Der zeitliche Aspekt besitzt keine wissenschaftlich genügende Erklärungskraft. Andernfalls würde man sich mit dem blossen Anschein des Beweises bzw. mit der blossen Möglichkeit begnügen und davon ausgehen, dass eine

gesundheitliche Schädigung schon deshalb durch den Unfall verursacht sei, weil sie nach diesem auftrat (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 4 N 69; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205 [Beweisführung nach der Formel "post hoc ergo propter hoc"]; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Der natürliche Kausalzusammenhang setzt vielmehr auch einen sachlichen, d.h. medizinischen Zusammenhang, voraus. Bei der Beantwortung der Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang hat das Gericht gestützt auf die medizinischen Beurteilungen bzw. Ansätze der Mediziner (vgl. dazu Erwägung 4.2) zu entscheiden, ob das Unfallereignis mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zur festgestellten Gesundheitsschädigung geführt hat (vgl. Erwägung 2.1).

6.2 Laut Schadenmeldung UVG vom 12. Dezember 2014 hatte der Beschwerdeführer gleichentags bei der Arbeit beim Hinuntersteigen einer Treppe einen Fehltritt gemacht und dabei einen Zwick in den Rücken verspürt (Suva-act. I/1). Anlässlich eines Telefongesprächs mit der Beschwerdegegnerin vom 9. Januar 2015 erklärte er, während der Arbeit ausgerutscht zu sein (ca. 3 Stufen hinunter). Er habe einen Sturz vermeiden können, weil er an der Wand vorwärts aufgeprallt sei (Suva-act. I/10). Bei einer Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 18. Februar 2015 schilderte der Beschwerdeführer, während der Arbeit eine Treppe hinuntergegangen und dabei aus unerklärlichen Gründen irgendwie ins Straucheln geraten zu sein, wodurch die Gefahr entstanden sei, 2 bis 3 Treppenstufen hinunterzustürzen. Er habe einen Sturz gerade noch verhindern können, indem er sich unterhalb der Treppe an einer Wand seitlich abgefangen habe. Er sei dabei mit angelegtem rechten Arm seitlich gegen die Wand geprallt (= Körper nach links abgedreht und mit rechtem Arm und rechter Flanke gegen die Wand; Suva-act. 19). Laut Anamnese im Bericht der Orthopädie G. ___ vom 4. März 2015 war der Beschwerdeführer bei der Arbeit auf der Treppe gestürzt und mit der rechten Schulter und vor allem dem rechten Ellbogen an eine Wand geprallt. Er habe Schmerzen im Oberarm gespürt. Gleichzeitig habe er auch eine Kontusion der Flanke erlitten (Suva-act. 27). In der Einspracheergänzung vom 30. April 2015 beschrieb der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Mauerknick unterhalb der Treppe, an welchem der Beschwerdeführer aufgeprallt sei. Der Aufprall sei rechtsseitig erfolgt, was sich von den rechtsseitigen Ellbogen- und Oberarmschmerzen sowie der rechtsseitigen Nierenarteriendissektion ableiten lasse (Suva-act. 66). In der Beschwerde vom 2. Juli 2015 bringt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vor, es sei ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer mit voller Wucht rechtsseitig in einen Mauerknick geprallt sei (act. G 1, Ziff. 2.1). In der Replik vom 17. September 2015 bezeichnet er den Anprall als heftig und den Mauerknick zusätzlich als scharf (act. G 5).

6.3 Die vorgenannten Unfallschilderungen verändern sich von einem blossen Fehltritt über einen Aufprall vorwärts in eine Wand zu einem rechtsseitigen, offenbar die rechte Schulter, den rechten Ellbogen und die rechte Flanke tangierenden Anprall gegen einen scharfen Mauerknick mit voller Wucht. Der Umstand der immer bedeutungsvoller werdenden und auf eine rechtsseitige Nierenarteriendissektion stets besser zugeschnittenen Sachverhaltsumstände lässt am schwerwiegendsten Sachverhalt in der Beschwerde und Replik bereits Zweifel aufkommen. Zumindest bedarf er einer genauen Betrachtung. Den Akten liegen Fotos des Unfallortes bei, worauf gegenüber einer dreistufigen Treppe, auf der rechten Seite, nach einem offenen Durchgang, ein Mauerknick folgt (act. G 1.7). Die Entwicklung einer schweren Krafteinwirkung bzw. ein beschleunigter, wuchtiger Anprall der rechten Körperseite am Mauerknick ist dabei zwar denkbar. Die Beschwerdegegnerin weist aber in

der Beschwerdeantwort vom 14. August 2015 schlüssig darauf hin, dass bei einem rechtsseitigen Anprall mit an den Körper angelegtem rechten Arm die rechte Körperflanke abgedeckt und damit geschützt ist und der rechtsseitige Anprall durch den angelegten Arm absorbiert wird (act. G 3). 6.4 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass auch in Bezug auf den Unfall vom 12. Dezember 2014 kein Sachverhalt mit einer schwerwiegenden Tangierung der rechten Flanke des Beschwerdeführers ausgewiesen ist, der mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine traumatische Verursachung der Nierenarteriendissektion nachweisen könnte.

E. 7

Die Aussagen der Ärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG im Bericht vom 22. Dezember 2014 (Suva-act. I/13) sowie die in der Beschwerde vom 2. Juli 2015 festgehaltenen telefonischen Auskünfte von Dr. J.____ (act. G 1) vermögen den Beweis einer überwiegend wahrscheinlichen Kausalität zwischen den Unfallereignissen vom 6. Dezember 2013 und 12. Dezember 2014 und der Nierenarteriendissektion mit akutem Niereninfarkt ebenfalls nicht zu erbringen. 7.1 Unabhängig davon, welches Unfallereignis die Ärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG hinsichtlich Verursachung vorziehen, basieren ihre Beurteilungen auf den subjektiven Sachverhaltsdarstellungen des Beschwerdeführers über schwere Unfälle mit bedeutsamer Einwirkung auf die rechte Körperseite, insbesondere im Bereich der rechten Flanke. Wie in den Erwägungen 5 und 6 dargelegt, kann jedoch in Bezug auf beide Unfälle nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von schweren Dezelerationstraumen ausgegangen werden. Insbesondere die Schlussfolgerung, man gehe am ehesten von einer Nierenarteriendissektion im Rahmen des "schweren Dezelerationstraumas vor einem Jahr" aus, vermag nicht zu überzeugen (vgl. Erwägung 5). Einschränkend kommt hinzu, dass die Ärztinnen mit ihrer Formulierung "am ehesten" selbst zum Ausdruck bringen, dass sie eine traumatische Verursachung nur vermuten. Eine Vermutung vermag jedoch nicht den im Sozialversicherungsrecht geltenden Anforderungen an den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu genügen (vgl. THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f.). Im gleichen Sinn vermag die Bestätigung von Dr. H.____ vom 19. März 2013 keine Unfallkausalität zu begründen (vgl. Suva-act. I/42). Auch das alleinige Fehlen von Risikofaktoren beim Beschwerdeführer vermag den mangelnden Nachweis eines schweren Unfallereignisses nicht zu ersetzen, zumal die Ärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG eine Unfallkausalität im Anschluss an den Hinweis auf fehlende Risikofaktoren nur vermutet haben. Die Darstellung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 2. Juli 2015 (act. G 1 Ziff. 3.4) - am 13. Dezember 2014 sei ein Rekanalisationsversuch vorgenommen worden, bei dem der Beschwerdeführer vom damals zuständigen Facharzt darauf hingewiesen worden sei, dass er keine Verstopfung des Blutgefässes, sondern nur eine erhebliche Dissektion habe feststellen können, was bezogen auf sein Fachgebiet für ein traumatisches Geschehen spreche (vgl. auch act. G 5 Ziff. 3.3, Suva-act. I/21) - lässt sich dem Bericht der Ärztinnen der Klinik für Nephrologie vom 22. Dezember 2014 (Suva-act. I/13) nicht entnehmen. Unbestrittenermassen wurde beim Beschwerdeführer am 13. Dezember 2014 von den Fachärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG ein Niereninfarkt bei langstreckiger Nierenarteriendissektion diagnostiziert (Suva-act. 13). Eine ärztliche Aussage, wonach eine Nierenarteriendissektion nur bei einem traumatischen Ereignis entstehen könnte, findet sich jedoch nicht. 7.2 Dr. J.____ erachtete die Eignung der geschilderten Unfälle vom 6. Dezember 2013 und 12. Dezember 2014 für eine

Nierendissektion mit Niereninfarkt in Anlehnung an die Unfallschilderungen des Beschwerdeführers im Sinne eines erheblichen Skiunfalls mit Aufprall auf den Bauch und eines Treppenunfalls mit heftigem Aufprall rechtsseitig an einem scharfen Mauerknick als gegeben. Dies jedoch nur unter dem Vorbehalt, dass die Unfälle - wie vom Beschwerdeführer geschildert - geschehen seien (act. G 1 Ziff. 3.3). Ihrer Beurteilung kann demnach ebenfalls kein Beweiswert zukommen. Der von Dr. J.____ und med. pract. E.____ verschiedenen beantworteten Frage, ob der Aorta gegenüber der Nierenarterie bei einer traumatischen Einwirkung ein "Vorrang" zukomme, kommt damit keine weiterführende Bedeutung mehr zu. Unbestritten ist, dass eine Nierenarteriendisektion ein entsprechendes Unfallereignis erfordert, welches im konkreten Fall eben nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen ist.

E. 8

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich aus den aktenkundigen Angaben zu den Unfällen vom 6. Dezember 2013 und 12. Dezember 2014 sowie dem zeitlichen Ablauf - wie von med. pract. E.____ angenommen und schlüssig begründet - keine Anhaltspunkte für eine natürliche Unfallkausalität der am 13. Dezember 2014 diagnostizierten Nieren-arteriendisektion mit Niereninfarkt ergeben. Die Beschwerdegegnerin hat damit ihre Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung zu Recht verneint. Dem Antrag des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers auf Durchführung einer medizinischen Begutachtung ist nicht stattzugeben. Bei der vorliegenden Ausgangslage sind von weiteren medizinischen Abklärungen respektive einem medizinischen Gutachten keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abgesehen werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 236 E. 5.3, 134 I 140 E. 5.3 und BGE 124 V 94 E. 4b).1

E. 9

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 1. Juni 2015 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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