

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/102 vom 12. November 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-11-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2017_102

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/102 du 12 novembre 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/102 del 12 novembre 2018

Regeste

Art. 6 UVG: Verneinung eines Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Sturz auf die linke Schulter und einer Rotatorenmanschettenläsion im Sinne einer direkten Unfallverletzung oder einer richtunggebenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes. Anerkennung einer Leistungspflicht für eine vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes. Status quo sine vel ante per Leistungseinstellungsdatum mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erreicht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. November 2018, UV 2017/102).

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, nachdem ein Unfallereignis aus dem Jahr 2015 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

E. 2

Der Wohnsitz des Beschwerdeführers befindet sich in B.____ in C.____. Das zuständige Versicherungsgericht ergibt sich somit aus Art. 58 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1). Die Abklärungen der Beschwerdegegnerin haben ausschliesslich diesen Wohnsitz ergeben. Auch der Beschwerdeführer selber macht nicht geltend, dass er je in der Schweiz Wohnsitz genommen hätte. Der Wahlgerichtsstand am letzten schweizerischen Wohnsitz des Beschwerdeführers gemäss Art. 58 Abs. 2 ATSG steht somit nicht zur Verfügung (vgl. dazu auch UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 58 Rz. 33). Der Beschwerdeführer arbeitete zum Zeitpunkt des Unfalls vom 21. Oktober 2015 bei der D.____ AG im Kanton Thurgau (Suva-act. 1). Sicher ab 21. September 2016 war er bei der I.____ GmbH mit Sitz in L.____ fest angestellt (Suva-act. 24). Die I.____ GmbH ist offenbar auch bei der Agentur der Beschwerdegegnerin in L.____ als letzte Arbeitgeberin gemeldet. Die letzte Arbeitgeberin des Beschwerdeführers im Sinne von Art. 58 Abs. 2 ATSG befand sich daher im Kanton St. Gallen. Für eine andere Betrachtungsweise als die Anknüpfung an den Wohnsitz der letzten Arbeitgeberin lässt Art. 58 Abs. 2 ATSG keinen

Raum. Die Bestimmung sieht insbesondere keine Anknüpfung an die Verhältnisse zum Zeitpunkt des Unfalls vor. Im UVG ist keine abweichende Regelung vorgesehen (vgl. KIESER, a.a.O., Art. 58 N 34). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen ist demnach für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde örtlich zuständig (Art. 58 Abs. 2 ATSG).

E. 3

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG 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 besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 f. E. 3.1 f.; 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 regelmässig 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 spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 Nr. 14 S. 45). Das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein bzw. verneint werden können. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f.).

3.2 Ist es durch einen Unfall zu keiner neuen strukturellen Gesundheitsschädigung gekommen, trifft er aber auf einen vorgeschädigten Körper, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung als vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustandes in Betracht. Bei einer vorübergehenden Verschlimmerung hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine - dem (krankhaften) Gesundheitszustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte - oder dem Status quo ante - dem Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat - entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009, E. 4.3 mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Von einer richtunggebenden Verschlimmerung spricht die Rechtsprechung dann, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo sine noch der Status quo ante je wieder erreicht werden können (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen).

3.3 Gemäss Art. 11 UVV werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle gewährt,

wobei ein Rückfall einen besonderen revisionsrechtlichen Tatbestand im Sinn von Art. 22 UVG darstellt (vgl. BGE 118 V 293; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit bzw. vermeintlich geheilter Unfallfolgen, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu einer (weiteren) Arbeitsunfähigkeit kommt. Da der Rückfall begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliesst, kann er eine Leistungspflicht des (damals haftbaren Unfallversicherers) nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c). 3.4 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Beim Nachweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens handelt es sich um eine leistungsaufhebende Tatfrage. Die entsprechende Beweislast liegt hier - anders als bei der Frage, ob im Grundfall oder auch bei Rückfällen ein (erneuter) leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen; RUMO-JUNGO/ HOLZER, a.a.O., S. 4, 79).

E. 4

4.1 Unbestritten ist, dass die Beschwerdegegnerin ursprünglich eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 21. Oktober 2015 anerkannt und Leistungen für Heilbehandlung sowie Taggelder erbracht hat (Suva-act. 10, vgl. auch Suva-act. 8, 11). Offensichtlich gestützt auf den ärztlichen Zwischenbericht von Dr. E.____ vom 10. November 2015, worin dieser mitteilte, die Behandlung dauere voraussichtlich bis Mitte/Ende November 2015 (Suva-act. 15), angesichts der Beendigung der Physiotherapie am 30. November 2015 (act. G 1.4) und der telefonischen Mitteilung des Beschwerdeführers vom 8. Dezember 2015, er fange am 13. Dezember 2015 wieder an zu arbeiten (Suva-act. 17), wurden die Leistungen für Heilbehandlung sowie die Taggelder eingestellt bzw. der Schadenfall formlos abgeschlossen. Mit Schreiben vom 1. September 2016 meldete der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers erneut eine Schmerzproblematik an, welche auf das Unfallereignis vom 21. Oktober 2015 zurückzuführen sei und eine Heilbehandlung erfordere (Suva-act. 20). Laut Rechnung der Dipl. Physiotherapeutin M.____ vom 25. Juli 2016 war der Beschwerdeführer ab 11. Mai 2016 wegen Schmerzen in beiden Schultern erneut zur Physiotherapie gegangen (act. G 1.3 f.). Am 20. Juni 2016 hatte er sich sodann in die unfallchirurgische Ambulanz des Krankenhauses F.____ begeben. Dort war die Diagnose chronische posttraumatische Schmerzen linke sowie rechte Schulter gestellt worden (Suva-act. 28). Am 4. Juli 2016 war beim Beschwerdeführer eine MRI-Untersuchung beider Schultern durch Dr. G.____ vorgenommen worden (Suva-act. 32). Mit dem im vorliegenden Beschwerdeverfahren angefochtenen Einspracheentscheid vom 14. März 2017 (Suva-act. 43), wie bereits mit der diesem zu Grunde liegenden

Verfügung vom 18. Oktober 2016 (Suva-act. 31), wurde dem Beschwerdeführer eröffnet, dass zwischen dem versicherten Ereignis vom 21. Oktober 2015 und den gemeldeten Schulterbeschwerden links ein natürlicher Kausalzusammenhang nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sei und damit keine Versicherungsleistungen aus der Unfallversicherung erbracht werden könnten. In der Verfügung, im angefochtenen Einspracheentscheid und auch in der Beschwerdeantwort vom 5. Mai 2017 (act. G 4) verwendet die Beschwerdegegnerin den Begriff Rückfall und betrachtet die Schadenmeldung vom 1. September 2016 (Suva-act. 20) offensichtlich als Rückfallmeldung. Die entsprechende Beweislast würde hier bzw. bei der Frage, ob beim Rückfall ein erneuter leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, bei der versicherten Person liegen (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). 4.2 Aus den Akten ist jedoch nicht ersichtlich, dass jemals eine schriftliche Mitteilung zu einer Leistungseinstellung im Sinn von Art. 51 Abs. 2 ATSG oder gar eine förmliche Verfügung ergangen ist (Art. 49 Abs. 1 ATSG). Grundsätzlich wurde damit im vorliegenden Fall kein rechtskonformer Abschluss des Grundfalls vorgenommen. Auch der zeitliche Ablauf der in Erwägung 4.1 dargelegten Sachlage, wonach von der letzten dokumentierten Heilbehandlung bzw. Physiotherapie vom 30. November 2015 (act. G 1.4) bis zur nächsten Physiotherapie bei derselben Physiotherapeutin am 11. Mai 2016 und der Behandlung im Krankenhaus F. ___ lediglich 5 ½ Monate bzw. rund knapp sieben Monate vergangen sind, liesse es nicht als gerechtfertigt erscheinen, von einem Rückfall auszugehen (vgl. dazu BGE 134 V 145). Wie es sich letztlich mit der Beweislastverteilung bzw. damit verhält, ob im vorliegenden Fall von einem Rückfall oder einem fortdauernden Grundfall auszugehen ist, kann jedoch im Hinblick auf die nachfolgenden Erwägungen insofern offen bleiben, als sich die Frage, wer die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit zu tragen hat, erst stellt, wenn es sich als unmöglich erweisen sollte, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4 f., 29; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Wie zu zeigen sein wird, trifft dies vorliegend nicht zu. Im Übrigen ist entscheidend und hat als unbestritten zu gelten, dass der Beschwerdeführer Versicherungsleistungen erst (wieder) ab Beginn der Heilbehandlung der linken Schulter, d.h. frühestens ab 11. Mai 2016, geltend macht. Die Frage nach dem Vorliegen von Brückensymptomen wird dabei ein mögliches Indiz für oder gegen das Vorhandensein einer natürlichen Kausalität zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 21. Oktober 2015 bilden (vgl. nachfolgende Erwägung 9.3.2).

E. 5

5.1 Die Frage, ob die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Schulterbeschwerden links im Zusammenhang mit dem Unfall vom 21. Oktober 2015 leistungspflichtig ist, wird von dieser insbesondere gestützt auf die Beurteilung von Dr. K. ___ vom 1. Dezember 2016 (Suva-act. 41) verneint. 5.2 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 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und 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 (BGE 125 V 352 E. 3a und 122 V 160 E. 1c; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f. E. 1b). Der Umstand, dass Dr. K.____ seine Beurteilung ausschliesslich aufgrund der Akten abgegeben und den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht hat, steht dem Beweiswert seiner Beurteilung nicht entgegen. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, ob schon genügend Unterlagen von anderen persönlichen Untersuchungen vorliegen (vgl. dazu RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371; Urteile des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 1. Februar 2010, 8C_792/2009, E. 5, und vom 26. Januar 2010, 8C_833/2009, E. 5.1). Dr. K.____ legt die Anamnese ("Aktenmässiger Verlauf") bzw. die Ergebnisse der im konkreten Fall durchgeführten ärztlichen Untersuchungen lückenlos dar. Der Physiotherapiebericht vom 11. April 2017 (act. G 1.3) sowie die Rechnungen, welche Aufschluss über die einzelnen durchgeführten Behandlungen geben (act. G 1.4), wurden erst im Beschwerdeverfahren eingereicht. Als Facharzt der orthopädischen Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates ist auch die Fachkompetenz des Kreisarztes nicht in Frage zu stellen.

E. 6

6.1 Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlichen Beschwerden hat in der Regel als gegeben zu gelten, wenn sich mittels apparativer Untersuchungsmethoden (wie Röntgen, Computertomogramm [CT], Kernspintomogramm [MRT], Arthroskopie) ein unfallkausaler organischer Befund im Sinn eines strukturellen Gesundheitsschadens erheben lässt (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen, 117 V 363 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen).

6.2 Beim Beschwerdeführer wurde noch am Unfalltag (21. Oktober 2015) in der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des KSSG eine röntgenologische Untersuchung des linken Schultergelenks durchgeführt, welche keine Zeichen für eine frische ossäre Läsion zeigte (Suva-act. 4). Klinisch wurde in der ZNA des KSSG eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung erhoben. Eine konkrete Diagnose wurde in Bezug auf die linke Schulter nicht gestellt (Suva-act. 3). Gestützt auf das unauffällige radiologische Untersuchungsergebnis sowie die Angaben des Beschwerdeführers - er sei aus einer Höhe von etwa 8 Metern von einem Baugerüst gestürzt und habe sich die linke Körperseite geprellt (Suva-act. 1, 3) - diagnostizierte der nachbehandelnde Hausarzt Dr. E.____ im ärztlichen Zwischenbericht vom 10. November 2015 eine posttraumatische PHS links (Suva-act. 15). Bei der am 4. Juli 2016 durchgeführten MRT-Untersuchung des linken Schultergelenks durch Dr. G.____ zeigte sich sodann ein coracohumerales und subacromiales Impingement mit flächigen Sehnenbinnendegenerationen im Sinne von Partialrissbildungen, eine transmurale Ruptur im dorsalen Aspekt des Ansatzes der Supraspinatussehne mit flüssigkeitsmarkierter Bursa subacromialis-subdeltoidea, ein oberflächenirreguläres Tuberculum majus mit sublamelläre Zyste wie bei Ansatzdendinose sowie eine mässige Abnutzung im Acromioclaviculargelenk (Suva-act. 32). Insbesondere in der transmuralen Ruptur im dorsalen Aspekt des Ansatzes der Supraspinatussehne ist eine strukturelle Gesundheitsschädigung zu sehen, was unter den Verfahrensparteien grundsätzlich unbestritten ist. Streitig ist hingegen, ob es sich bei der Supraspinatussehnenruptur um eine beim Unfall vom 21. Oktober 2015 direkt erlittene

Verletzung handelt (vgl. act. G 1, S. 5 Ziff. 4.4). 6.3 Der Feststellung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 28. April 2017 - ursächlich für eine Ruptur sei generell ein traumatisches Ereignis und seien nicht degenerative Verschleisserscheinungen (act. G 1, S. 5 Ziff. 4.4) - kann nicht gefolgt werden. So können Rupturen und Risse traumatisch sowie degenerativ bedingt sein (vgl. ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 628; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1623, S. 1681). Gerade in Bezug auf eine Rotatorenmanschettenläsion gilt es zu beachten, dass die Rotatorenmanschette, welche unter anderem aus der Supraspinatussehne besteht, zur Degeneration neigt. Allerdings können die Sehnen der Rotatorenmanschette auch als Folge eines Traumas ein- oder abreißen (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 628, 724 f., 728 ff; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 1681; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 1576, 1646). 6.4 Zu prüfen ist mithin, ob es sich bei der transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne des Beschwerdeführers um eine direkte Unfallverletzung oder um einen degenerativen Vorzustand handelt und - sollte letzteres der Fall sein - ob der degenerative Vorzustand eine richtunggebende Verschlimmerung erfahren hat. Kommt lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes in Betracht, stellt sich schliesslich die Frage, wann der unfallkausale Anteil bzw. der durch den Unfall ausgelöste Beschwerdeschub als überwiegend wahrscheinlich abgeheilt betrachtet werden konnte. Dr. K.____ setzt sich in seiner Beurteilung vom 1. Dezember 2016 (Suva-act. 41) umfassend mit den obgenannten Fragen auseinander.

E. 6.5

6.5.1 Er diskutiert insbesondere das Ergebnis der MRT-Untersuchung von Dr. G.____ vom 4. Juli 2016 (Suva-act. 32), welches - wie in Erwägung 6.2 dargelegt - für den Nachweis einer unfallkausalen Gesundheitsschädigung die massgebende Grundlage bildet. Er gibt korrekt die von Dr. G.____ in Bezug auf das linke Schultergelenk beschriebenen Befunde eines mässig enger gestellten Subacromialraums, einer flächigen Verdickung und Ödematisierung sowie eine Sehnenbinnendegeneration der ansatznahen Supraspinatus- und Subscapularissehne mit einem transmuralen Defekt von ca. 6 mm im hinteren Anteil der Supraspinatussehne mit Flüssigkeit im darüber liegenden Schleimbeutelkomplex, einer Ansatzdinese der Supraspinatussehne mit zystischer Veränderung am Tuberculum majus und Oberflächenirregularitäten, einer Acromioclaviculargelenksarthrose sowie degenerative Veränderungen des Gelenklippenkomplexes wieder. Er stellt fest, dass Dr. G.____ - gleich wie bei der rechten Schulter - die flächigen Sehnenbinnendegenerationen und die kleine, die gesamte Sehnedicke durchgreifende Läsion der Supraspinatussehne als Folgen des unter dem Schulterdach und dem Rabenschnabelfortsatz gelegenen Engpasssyndroms respektive der Arthrose des Acromioclaviculargelenks interpretiere. Auch wenn sich diese Interpretation aus den Formulierungen von Dr. G.____ nicht wörtlich erschliesst, erscheint sie doch folgerichtig. Wie von Dr. K.____ zutreffend erkannt, erhob Dr. G.____ in der rechten Schulter nahezu identische Schädigungen wie in der linken Schulter (einen eingeeengten Subacromialraum mit vor allem bursaseitigen flächigen Partialrissbildungen bis subtotaler Ruptur, eine verdickte und flächig inhomogen ödematisierte Supraspinatussehne sowie im ventralen und dorsalen Aspekt der Supraspinatussehne Signalanhebungen im Sinne von Defektbildungen, keine sichere transmurale Ruptur sowie eine Abnutzung im Acromioclaviculargelenk mit Gelenkskapselödem). Rechtsseitig schreibt der Radiologe schliesslich zusammenfassend von grossflächigen Impingementveränderungen der Supraspinatussehne "bei Einengung des Subacromialraums" mit vor allem bursaseitigen

flächigen Partialrissbildungen bis subtotaler Ruptur. Auch in der Zusammenfassung zum linksseitigen MRT-Untersuchungsergebnis führt Dr. G.____ das Impingement mit flächigen Sehnenbinnendegenerationen im Sinne von Partialrissbildungen, die transmurale Ruptur im dorsalen Aspekt des Ansatzes der Supraspinatussehne mit flüssigkeitsmarkierter Bursa subacromialis-subdeltoidea sowie die mässige Abnutzung im Acromioclaviculargelenk auf (Suva-act. 32). Anhand der vorliegenden Akten lässt sich ausserdem im Bereich der rechten Schulter keine Unfallbeteiligung nachweisen. Eine solche ist weder im Echtzeitbefund der ZNA des KSSG vom 21. Oktober 2015 (Suva-act. 3, vgl. auch Suva-act. 4) noch im ärztlichen Zwischenbericht von Dr. E.____ vom 10. November 2015 (Suva-act. 15) dokumentiert. Von ärztlicher Seite wurden Schmerzen der rechten Schulter erstmals im Bericht des Krankenhauses F.____ vom 20. Juni 2016 diagnostiziert (Suva-act. 28), welche seit 11. Mai 2016 mit Physiotherapie behandelt wurden (act. G 1.3 f.). Die vergleichende Interpretation bzw. Gleichsetzung mit rechts von Dr. K.____ erscheint damit ohne Weiteres schlüssig. Dies zumal Dr. G.____ die linksseitige transmurale Ruptur im Supraspinatussehnenansatz als Teil ("mit") der Sehnenbinnendegenerationen in beiden Sehnen anführt.

6.5.2 Dr. K.____ erläutert in Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur den Degenerationsprozess, der sich aus einer Einengung des Subacromialraumes entwickeln kann. Ein solcher könne (z.B. verursacht durch knöcherne Exostosen eines Schulterdachsporns, Arthrose des AC-Gelenks oder Einlagerungen von Kalk in der Supraspinatussehne) zur Schädigung der Rotatorenmanschette führen. Die ständige mechanische Beeinträchtigung beim Gleitvorgang durch den Subacromialraum führe altersbedingt zur Störung der Gewebsstruktur bis hin zu Nekrosen und bis zur Rissbildung der Sehnenmanschette. Laut medizinischer Literatur entsteht sodann durch die Einklemmungen der Rotatorenmanschettensehnen im Engpass zwischen dem Akromion und dem Humeruskopf auch das Impingement-Syndrom, welches Dr. G.____ im Zusammenhang mit den Sehnenbinnendegenerationen erwähnt und welches eine häufige degenerative Erkrankung im Bereich des Schultergelenks darstellt (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 724 ff.; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1576).

6.5.3 Beim Beschwerdeführer wurde eine Acromioclaviculargelenksarthrose mit irregulärer Gelenkspaltverschmälerung und Gelenkscapselödem als verursachende Faktoren für eine Rotatorenmanschettenruptur festgestellt. Ergänzend kommen die Befunde Tendinose, Zyste und flüssigkeitsmarkierte bzw. entzündliche Veränderung an der Bursa hinzu, welche grundsätzlich krankheitsbedingte Leiden darstellen und im Zusammenhang mit einem degenerativen Prozess auftreten können (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 583, 587, 628, 725 ff.; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 297, 1782 "Tendopathie"; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 280, 1807, 1808 "Tendopathie", 2019; PROMETHEUS, LernAtlas der Anatomie, Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem, 4. Aufl. Stuttgart 2014, S. 63). Damit präsentiert sich letztlich eine umfassende degenerative Problematik in der linken Schulter. Hinzuzufügen bleibt, dass auch die von Dr. J.____ im ärztlichen Zwischenbericht vom 7. Oktober 2016 (Suva-act. 29) diagnostizierte Labrumläsion nicht als Unfallverletzung gesehen werden kann. So beschrieb Dr. G.____ im MRT-Untersuchungsbericht vom 4. Juli 2016 das Labrum glenoidale ventrocranial links als etwas degeneriert und signalangehoben (und rechts ohne pathologischen Befund) (Suva-act. 20).

6.5.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass hinsichtlich der transmuralen Ruptur im dorsalen Aspekt des Supraspinatussehnenansatzes der linken Schulter vor dem Hintergrund des gesamten radiologischen Untersuchungsergebnisses mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einem degenerativen Vorzustand auszugehen ist.

6.5.5 Dr. K.____ fügt schlüssig hinzu,

dass ein rein degenerativer Prozess ohne unfallbedingten Ursachenbeitrag im Falle des Beschwerdeführers (im Zeitpunkt des Unfalls war er ___ Jahre alt) auch epidemiologisch begründet sei (vgl. dazu PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1576). Schäden oder Zusammenhangstrennungen der Rotatorenmanschette seien mit zunehmendem Alter häufig Folgen von Abnutzungserscheinungen und könnten auch ohne ursächliches Unfallereignis vorkommen.

6.5.6 Überzeugende Erkenntnisse für seine Kausalitätsbeurteilung entnimmt Dr. K. ___ schliesslich der Art und Weise, wie eine Beschwerdeproblematik auftritt, sowie dem zeitlichen Ablauf. Eine traumatisch bedingte Rissbildung der Rotatorenmanschette führe in der Regel zu einem scharfen Schmerz im Schultergelenk mit Ausstrahlung in den seitlichen Oberarm, unmittelbarem Funktionsverlust bestimmter Bewegungen, abhängig vom geschädigten Anteil der Sehnenmanschette, und einem Gefühl des Zerreißens. Insbesondere der unmittelbare Eintritt dieser Phänomene sei charakteristisch für eine akut traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette. Dagegen zeige sich der Beschwerdeverlauf im Falle eines degenerativen Geschehens schleichend und die Funktionsausfälle könnten teilweise durch sich parallel etablierende Kompensationsmechanismen aufgefangen werden (Suva-act. 41). In Würdigung der vorliegenden Akten legt Dr. K. ___ überzeugend und schlüssig dar, dass der Beschwerdeverlauf im konkreten Fall auf ein degeneratives Geschehen hinweist. So werde zwar nach dem Unfallereignis von einer schmerzhaften Einschränkung der Beugung des linken Schultergelenks berichtet (vgl. Suva-act. 3). Bei einer traumatisch bedingten Rotatorenmanschettenläsion wäre allerdings nicht von einer uneingeschränkten Funktion des linken Schultergelenks und Wiederaufnahme einer schwer körperlich belastenden Tätigkeit nach sechs Wochen auszugehen (vgl. dazu auch nachfolgende Erwägung 8.3). Tatsächlich war der Beschwerdeführer bereits rund drei Wochen nach dem Unfall wieder zu 100% in seinem Beruf als Maler mit hoher Beanspruchung der Schultergelenke, insbesondere auch durch Arbeit über der Horizontalen (vgl. Suva-act. 1 f., 15, 17), arbeitsfähig. Dies, obwohl der medizinischen Literatur entnommen werden kann, dass die typische Klinik einer Rotatorenmanschettenruptur die Unfähigkeit umfasse, den Arm nicht mehr aktiv über die Horizontale heben zu können (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 728; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1576).

6.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Dr. K. ___ anhand überzeugender Anhaltspunkte schlüssig darlegt, weshalb die im MRT-Untersuchungsbericht von Dr. G. ___ umschriebene transmurale Ruptur im dorsalen Anteil der Supraspinatussehne mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine durch den Unfall vom 21. Oktober 2015 verursachte Verletzung darstellt, sondern einem degenerativen Vorzustand geschuldet ist. Der von Dr. J. ___ in der ärztlichen Bescheinigung vom 27. Oktober 2016 vertretene Standpunkt, es sei von einer traumatischen Schädigung auszugehen (Suva-act. 35), vermag die Beurteilung von Dr. K. ___ nicht in Frage zu stellen. Dr. J. ___ begründet seine Schlussfolgerung insbesondere mit der Aussage des Beschwerdeführers, er habe vor dem Unfall niemals Beschwerden im Bereich der Schulter verspürt. Diese Tatsache reicht indessen nicht aus, um von einer Unfallkausalität auszugehen (vgl. dazu die beweisrechtlich untaugliche Formel "post hoc ergo propter hoc"; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34 [U290/06] E. 4.2; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 Fn. 1205). Folglich vermag auch die Mitteilung von Dr. E. ___ vom 3. November 2016 keine andere Kausalitätsbeurteilung zu begründen (Suva-act. 34).

Eine richtunggebende Verschlimmerung der fraglichen transmuralen Ruptur im Supraspinatussehnenansatz ist laut Dr. K. ___ ebenfalls auszuschliessen. Es liegen keine objektiven Gesichtspunkte vor, welche diese Schlussfolgerung in Frage stellen würden. Genauso wie eine unfallbedingte Rotatorenmanschettenruptur als objektiviert gilt, wenn sie durch einen entsprechenden apparativen/bildgebenden Untersuchungsbefund (wie Röntgen, CT, MRT, Arthroskopie) erhoben wird (vgl. Erwägung 6.1), gilt dies grundsätzlich für eine richtunggebende Verschlimmerung einer vorbestehenden Rotatorenmanschettenruptur, beispielsweise in Form der Erweiterung eines Teilrisses zu einer transmuralen Ruptur. Es erscheint naheliegend, dass sich eine solche Entwicklung wahrnehmbar vom Vorzustand bzw. der altersüblichen Progression abheben muss. Aus denselben Überlegungen heraus, wie sie in der Erwägung 6.5 zu einer traumatisch bedingten Rotatorenmanschettenruptur angestellt worden sind, lässt sich jedoch von den am 4. Juli 2016 erhobenen, umfassenden degenerativen Befunden auch keine richtunggebende Verschlimmerung abgrenzen. Bezeichnenderweise erwähnt Dr. G. ___ im MRT-Untersuchungsbericht auch keine solche (vgl. Suva-act. 32).

E. 8

8.1 Die Beschwerdegegnerin hat indes ihre Leistungspflicht für eine vorübergehende unfallkausale Gesundheitsschädigung anerkannt. Eine weitere bzw. erneute Leistungspflicht im Zusammenhang mit den am 1. September 2016 gemeldeten Schulterbeschwerden links (Suva-act. 20) lehnt sie dagegen - wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen - zu Recht ab. 8.2 Vor dem Hintergrund der Unfallschilderung - Sturz in die Tiefe von einem Baugerüst mit Prellung der linken Körperseite (Suva-act. 1) - und dem von der ZNA des KSSG am 21. Oktober 2015 erhobenen Befund einer (bloss) schmerzhaft eingeschränkten Beugefähigkeit des linken Schultergelenks (Suva-act. 3) geht Dr. K. ___ in seiner Beurteilung nachvollziehbar von einer Prellung des linken Schultergelenks aus. Dementsprechend hatte ursprünglich auch Dr. E. ___ im ärztlichen Zwischenbericht vom 10. November 2015 (Suva-act. 15) einzig eine - durch das Ereignis offenbar aktivierte - posttraumatische PHS links - laut medizinischer Literatur eine Bezeichnung für eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung im Rahmen eines degenerativen Prozesses (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 725; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1377; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 1430) - diagnostiziert. Eine Prellung ohne begleitende strukturelle Läsion stellt eine einfache Weichteilverletzung dar, welche nach der medizinischen Erfahrung auch ohne spezifische Behandlung innert kurzer Zeit folgenlos abheilt und bei der sich die damit verbundenen Beschwerden demzufolge gänzlich zurückbilden (vgl. dazu medizinische Erfahrungsmedizin gemäss DEBRUNNER, a.a.O., S. 412). Diese medizinische Erfahrungstatsache darf im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden.

E. 8.3

8.3.1 Medizinische Erfahrungstatsachen beziehen sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. Im vorliegenden Fall liegen keine Hinweise für einen Ausnahmefall vor. Es ist davon auszugehen, dass der Heilungsprozess der vom Beschwerdeführer am 21. Oktober 2015 erlittenen Prellung optimal verlaufen ist und demnach für die am 1. September 2016 gemeldeten und frühestens ab Mai 2016 behandelten Schulterbeschwerden links lediglich die degenerativen Vorzustände eine nachvollziehbare Erklärung bilden.

8.3.2 Obwohl ein Sturz aus angeblich ca. 8 Metern Höhe in der Regel schwerwiegende Verletzungen zu verursachen vermag, sind solche - wie der vorliegende, glücklich verlaufene Fall zeigt - nicht zwingend. Vorliegend liess sich anlässlich der klinischen Erstuntersuchung in der ZNA des KSSG vom 21. Oktober 2015 in Bezug auf die linke Schulter einzig eine schmerzhaft eingeschränkte Beugung erheben, was nicht auf eine Prellung von besonderer Schwere schliessen lässt. Abgesehen von einer zusätzlichen röntgenologischen Untersuchung wurde keine weiterführende Diagnostik in die Wege geleitet. Therapiemässig wurde lediglich eine medikamentöse Behandlung veranlasst. Im Weiteren wurde eine dreitägige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (Suva-act. 3). Die Weiterbehandlung erfolgte durch den Hausarzt Dr. E.____, der im ärztlichen Zwischenbericht vom 10. November 2015 einen relativ guten Heilverlauf beschrieb und eine gute Prognose abgab. Der Beschwerdeführer befand sich in einer Physiotherapie und konsultierte im Abstand von 10 bis 14 Tagen Dr. E.____. Die Dauer der voraussichtlichen Behandlung legte dieser auf Mitte/Ende November 2015 fest (Suva-act. 15). Laut Rechnung vom 30. November 2015 war am selben Tag auch die vorerst letzte physiotherapeutische Behandlung durchgeführt worden (act. G 1.4). Ab Mitte Dezember 2015 arbeitete der Beschwerdeführer wieder zu 100% als Maler (Suva-act. 17 f.). Laut Rechnung vom 25. Juli 2016 sowie Physiotherapiebericht vom 11. April 2017 liess sich der Beschwerdeführer ab 11. Mai 2016 erneut wegen Schmerzen in der linken Schulter behandeln (act. G 1.4). Am 20. Juni 2016 begab er sich sodann in die unfallchirurgische Ambulanz des Krankenhauses F.____, deren Ärzte chronische posttraumatische Schmerzen in der linken sowie rechten Schulter diagnostizierten. Laut Untersuchungsbericht gab der Beschwerdeführer an, seit zwei Monaten immer noch Schmerzen zu haben (Suva-act. 28). Dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ist insofern zuzustimmen, als damit nicht - wie von Dr. K.____ angenommen (Suva-act. 30) - von einem Zeitraum von siebeneinhalb Monaten ohne diagnostizierte Brückensymptome ausgegangen werden kann. Dennoch spricht der zeitliche Ablauf gegen eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität der am 1. September 2016 erneut angemeldeten bzw. ab Mai 2016 behandelten Schulterbeschwerden links. Angesichts des von Dr. E.____ erklärten Behandlungsabschlusses Mitte/Ende November 2015, dem fünfeinhalb Monate dauernden Intervall ohne Behandlung und vor allem der durchgehenden Arbeitsfähigkeit in einem schulterbelastenden Beruf erscheint die Festlegung des Status quo sine vel ante von Dr. K.____ per Ende November 2015 ohne Weiteres überzeugend (vgl. Suva-act. 41). Durch die Erklärung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers in der Replik vom 19. Juni 2017 (act. G 7) - der Beschwerdeführer sei nach Abschluss der ersten Physiotherapiebehandlung nicht schmerzfrei gewesen, er habe sich einfach nicht weiter behandeln lassen, habe Schmerzmittel zu sich genommen und sei zunächst davon ausgegangen, es werde schon gut kommen - lässt sich der festgelegte Leistungseinstellungszeitpunkt nicht anzweifeln. Dr. K.____ gelangt zum schlüssigen Ergebnis, dass der umfassende degenerative Vorzustand einen hinreichenden Grund für die fortdauernd geklagten Beschwerden in der linken Schulter bildet. Dass zunächst von einer unfallbedingten Schädigung ausgegangen wurde, nach einem Behandlungsunterbruch von fünfeinhalb Monaten hingegen nicht mehr, überzeugt. Die Gründe dafür wurden vorstehend dargelegt.

8.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass der Unfall vom 21. Oktober 2015 für die am 1. September 2016 gemeldeten und frühestens ab Mai 2016 erneut behandelten Schulterbeschwerden links verantwortlich gemacht werden kann. Demgemäss ist ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der

Beschwerdegegnerin abzuweisen.

E. 9

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 14. März 2017 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.