

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/47 vom 7. November 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-11-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2017_47

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/47 du 7 novembre 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/47 del 7 novembre 2018

Regeste

Art. 6 UVG: Bejahung der Unfallkausalität einer rund zwei Monate nach dem Unfallereignis radiologisch festgestellten Supraspinatussehnenläsion (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. November 2018, UV 2017/47). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_855/2018.

Erwägungen

E. 1

Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 26. Januar 2016 und erbrachte Leistungen für Heilbehandlung. Streitig und zu prüfen ist, ob sie zu Recht die Versicherungsleistungen per 25. Mai 2016 und damit vor der Hospitalisation in der Klinik F.____ ab 26. Mai 2016 bzw. vor der arthroskopischen Operation mit subacromialer Dekompression und Rekonstruktion der Subsupraspinatussehne links durch Dr. E.____ 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 einem unfallkausalen Gesundheitsschaden gegolten hätte. Während eine entsprechende Unfallkausalität von der Beschwerdegegnerin vor allem gestützt auf die Beurteilungen von Dr. G.____ vom 14. September 2016 (Suva-act. 40) und 16. Mai 2017 (Suva-act. 60) verneint wird, vertritt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers insbesondere unter Hinweis auf die Stellungnahmen von Dr. E.____ vom 20. Juli 2016 (Suva-act. 28) und 13. September 2016 (Suva-act. 43) den gegenteiligen Standpunkt.

E. 2

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

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 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.). Für die 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; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 55). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a, 117 V 365; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). 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; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f.). 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 von Versicherungsleistungen um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast für den Wegfall der vom Unfallversicherer zunächst anerkannten natürlichen Kausalität - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender Kausalzusammenhang überhaupt je gegeben war - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 263 f. E. 3b; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54 f.). Dieser Grundsatz gilt aber nur für Verletzungen, welche damals thematisiert worden waren und somit Gegenstand der Anerkennung bildeten (Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 20. August 2009, 8C_363/2009, E. 1; Urteil des EVG vom 27. April 2005, U 6/05, auszugsweise publiziert in: AJP 2006 S. 1290 ff.). Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift indessen erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 222 E. 6 mit Hinweisen; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4, 55).

3.2 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. 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 und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die Beurteilungen der Suva-Kreisärzte gehören - kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 229 E. 5.2, 135 V 469 f. E. 4.4 und 471 E. 4.7; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C_385/2014, E. 4.2.2; SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2). Die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen 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 Anhaltspunkte, die die medizinischen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen als nicht schlüssig erscheinen lassen, zu beachten, auch wenn sie von behandelnden Ärztinnen oder Ärzten stammen (vgl. BGE 135 V 470 E. 4.5 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 8C_907/2009, E. 1.1). Die Rechtsprechung erachtet sodann Aktengutachten als zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte bzw. die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (vgl. PVG 1996 Nr. 89 265 E. 3b; RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95). Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formellrechtlichen Gründe gegen den Einbezug der kreisärztlichen Aktenbeurteilungen von Dr. G.____ vom 14. September 2016 (Suva-act. 40) und 16. Mai 2017 (Suva-act. 60). Ob letztlich auf die Aktenbeurteilungen abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiellrechtlichen Beurteilung zu prüfen.

E. 4

4.1 Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (25. Mai 2016) litt der Beschwerdeführer unbestrittenermassen unter Schulterbeschwerden links. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlichen Beschwerden hat in der Regel als gegeben zu gelten, wenn sich mittels apparativer Untersuchungsmethoden (wie Röntgen, Sonographie, Computertomogramm, 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). 4.2 Beim Beschwerdeführer wurden einen Tag nach dem Unfall, am 27. Januar 2016, im Spital C.____ eine röntgenologische sowie sonographische Untersuchung der linken Schulter durchgeführt. Röntgenologisch zeigte sich eine schöne Stellung ohne erkennbare Fraktur. Sonographisch fand sich lediglich ein Bluterguss über dem Gelenkkopf gelenkseitig vom Supraspinatus ausgehend. Ansonsten war jedoch kein Erguss sichtbar. Der Musculus Infraspinatus, der Musculus Deltoideus, das Glenoid und die Bicepssehne waren ohne Pathologien, die Subscapularissehne kräftig und gut. Gestützt auf dieses Untersuchungsergebnis sowie die Angabe des Beschwerdeführers - er sei neben der Piste in ein "Loch" gefallen und auf der linken Schulter gelandet - diagnostizierte die

behandelnde Ärztin eine Prellung der rechten Schulter und des Oberarms (Suva-act. 18). Die Beschwerdegegnerin sicherte dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 5. Februar 2016 basierend auf der in der Schadenmeldung UVG vom 3. Februar 2016 angegebenen Unfallbeschreibung - beim Skifahren in ein Loch gefahren und auf die Schulter gestürzt - und gestützt auf die darin als Schädigung angeführte Entzündung Versicherungsleistungen zu (Suva-act. 2). Bei einer Schulterprellung, die nicht von einer strukturellen Läsion begleitet ist, handelt es sich um eine Weichteilverletzung. Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass eine solche Verletzung innert kurzer Zeit folgenlos ausheilt und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 412). Auch bei einer Entzündung handelt es sich im Regelfall um eine ausheilende Gesundheitsstörung (vgl. ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 536; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 506 f.). 4.3 Eine am 21. April 2016 wegen anhaltender Beschwerden an der linken Schulter durchgeführte MRI-Untersuchung in der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des KSSG brachte sodann eine längerstreckige gelenksseitige Partialruptur der Supraspinatussehne (PASTA-Läsion) zur Darstellung. Dr. E.____ sprach im Untersuchungsbericht vom 6. Mai 2016 von einer Subtotalläsion im Supraspinatus links (Suva-act. 9). Die Supraspinatussehnenläsion bestätigte sich anlässlich der von ihm am 27. Mai 2016 durchgeführten Arthroskopie. Konkret erhob Dr. E.____ eine fingerkuppengrosse Subtotalläsion im Supraspinatus ventral, worauf er eine subacromiale Dekompression und sowie eine Supraspinatussehnenrekonstruktion doppelreihig durch Miniinzision durchführte (Suva-act. 17). Unstreitig war mit der Supraspinatussehnenläsion eine strukturelle Gesundheitsschädigung objektiviert. Angesichts der Ausführungen in Erwägung 4.2 ist aber offensichtlich, dass die Anerkennung der Leistungspflicht im Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 5. Februar 2016 (Suva-act. 2) die Supraspinatussehnenläsion nicht umfasste. Die Beweislast hinsichtlich der Frage, ob es sich bei dieser um eine beim Unfall vom 26. Januar 2016 erlittene Verletzung gehandelt hat, liegt somit beim Beschwerdeführer (vgl. Erwägung 3.1).

E. 5

5.1 In Bezug auf die Rotatorenmanschette, insbesondere deren Supraspinatussehne, gilt es zu beachten, dass sie zur Degeneration neigt. Allerdings kann die 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, a.a.O., S. 1576, 1646). Grundsätzlich sind mithin beide Kausalitäten (Krankheits- und Unfallkausalität) denkbar. Im Folgenden ist zu prüfen, ob es sich vorliegend bei der Rotatorenmanschetten- bzw. Supraspinatussehnenläsion mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit um eine direkte Unfallverletzung oder um eine degenerative Gesundheitsschädigung gehandelt hat.

E. 5.2

5.2.1 Dr. G.____ verneint, wie bereits erwähnt, eine überwiegend wahrscheinlich durch den Unfall vom 26. Januar 2016 verursachte Supraspinatussehnenläsion. Er nimmt zunächst Bezug auf den für eine Kausalitätsbeurteilung massgebenden Unfallmechanismus bzw. auf die beim Sturz erfolgte Krafteinwirkung auf den betroffenen Körperteil und führt in seiner Beurteilung vom 14. September 2016 die auch in medizinischen Fachartikeln konkret beschriebenen Verletzungsmechanismen auf, welche zu einer traumatischen Sehnenruptur

führen können: eine passiv forcierte Aussen- oder Innenrotation bei anliegendem oder abgespreiztem Arm; eine passive Traktion nach unten, vorne oder innen; eine starke Zugbelastung beim Abspreizen des Arms oder als Begleitverletzung einer Ausrenkung (Luxation) des Schultergelenks. Allgemeiner, aber dennoch mit dem ersten der vorgenannten Verletzungsmechanismen übereinstimmend formuliert, findet sich sodann in der medizinischen Literatur als Ursache für eine Supraspinatussehnenläsion ein abruptes Abstützen bei Sturz bzw. ein Sturz auf den ausgestreckten Arm oder Ellbogen (<http://www.gaertner-servatius.de/krankheiten/rotatorenmanschettenruptur_leitlinien.pdf>; <<https://gelenk-klinik.de/orthopaedische-erkrankung/schulter/ruptur-rotatoren-manschette.html>>; <<http://orthopaedie-unfallchirurgie.universimed.com/artikel/die-rotatorenmanschettenruptur-verletzung>>; <<http://www.orthozentrum.ch/de/Schulter-Ellbogen-Hand/Rotatorenmanschettenruptur-und-Impingementsyndrom>>; <<http://www.orthozentrum.ch/de/Schulter-Ellbogen-Hand/Rotatorenmanschettenruptur-und-Impingementsyndrom>>, alle abgerufen am 17. Oktober 2018; vgl. auch PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1576). Eine traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette erfolgt also dann, wenn durch indirekte Gewalt, selten durch ein direktes Anpralltrauma bzw. durch eine plötzliche körpereigene Kraftanstrengung, die mechanische Belastbarkeit des Sehngewebes überschritten wird. Beim Beschwerdeführer geht Dr. G.____ jedoch von einem Sturz beim Skifahren mit direktem Anprall des linken Schultergelenks und damit von einem für eine Sehnenruptur inadäquaten Trauma aus. 5.2.2 In der Schadenmeldung vom 3. Februar 2016 (Suva-act. 1) wie auch im Bericht vom 27. Januar 2016 des Spitals C.____ betreffend die Erstbehandlung vom 26. Januar 2016 (Suva-act. 18) wird der Unfall des Beschwerdeführers als Sturz und Landung auf der linken Schulter beschrieben. Angesichts dieser Unfallschilderung erscheint die Annahme eines direkten Anpralltraumas der linken Schulter grundsätzlich folgerichtig. Der Beschwerdeführer wurde allerdings durch die Beschwerdegegnerin erstmals anlässlich einer Besprechung vom 21. Juni 2016 zum genauen Unfallhergang befragt. Für eine ausführlichere Sachverhaltsabklärung bestand bis dahin kein Anlass. Offensichtlich wurde dem Beschwerdeführer nun die Frage gestellt, ob er vor dem Sturz versucht habe, sich aufzufangen. Gemäss handgeschriebenem Besprechungsprotokoll verneinte er dies, fügte jedoch hinzu, er wisse nicht genau, wie er seinen Arm gehalten habe (Suva-act. 21). Laut computergeschriebenem Besprechungsprotokoll ist der Beschwerdeführer direkt seitlich auf seine linke Schulter gefallen. Weiter findet sich im Protokoll die konkrete Aussage des Beschwerdeführers, er könne nicht sagen, ob er sich vorgängig noch habe auffangen wollen (Suva-act. 24). Die genaue Ermittlung des Bewegungsablaufs bei einem Sturz stellt sich erfahrungsgemäss schwierig dar. Es ist 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 wird. Insofern erscheint es absolut nachvollziehbar, dass sich der Beschwerdeführer nicht mehr genau daran erinnern kann, wie er beim Sturz seinen Arm gehalten hat bzw. ob er sich vorgängig noch auffangen wollte. Er begründete seine fehlende Erinnerung auch damit, dass sich der Sturz sehr schnell ereignet habe (Suva-act. 24). So wies auch Dr. E.____ in seinem Schreiben vom 20. Juli 2016 darauf hin, dass anamnestisch klar ein Sturz stattgefunden habe. Wie genau der Arm beim Sturz gehalten worden sei bzw. ob eine Kontusion oder Distorsion stattgefunden habe, könne verständlicherweise jetzt niemand mehr genau sagen (Suva-act. 28). Ein Verletzungsmechanismus mit dem Potential für eine Schädigung der Rotatorenmanschette erscheint damit angesichts des Gesagten nicht zum Vornherein

unwahrscheinlicher, als ein ungeeigneter Verletzungsmechanismus. Die ersten Unfallbeschreibungen waren derart allgemein, dass andere oder zusätzlich mit dem Sturz verbundene Einwirkungen auf die Schulter bzw. Bewegungen derselben nicht ausgeschlossen werden können. 5.3 Dr. G.____ sieht sodann eine traumatische Ursächlichkeit der Supraspinatussehnenläsion links insofern als nicht überwiegend wahrscheinlich erwiesen an, als die Dokumente, die unmittelbar nach dem Unfall erstellt wurden, die Intaktheit der Rotatorenmanschette belegen würden (Suva-act. 40). Jedenfalls geht Dr. G.____ damit von einer zeitlich dem Unfall nachfolgenden, nicht vorbestehenden Rotatorenmanschettenläsion aus. Tatsächlich wurde im Bericht des Spitals C.____ betreffend die Erstbehandlung vom 26. Januar 2016 eine Ruptur einer Sehne der Rotatorenmanschette ausdrücklich verneint und lediglich eine Prellung der Schulter und des Oberarms - eine im Regelfall folgenlos ausheilende Verletzung (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 412) - diagnostiziert. Die röntgenologische Untersuchung hatte keine auffälligen Befunde hervorgebracht (Suva-act. 18), doch dient die Röntgenuntersuchung laut medizinischer Literatur hauptsächlich der Feststellung ossärer Verletzungen. Entsprechend wurde im Bericht des Spitals C.____ festgehalten, dass keine Fraktur erkennbar sei. Die Rotatorenmanschette selbst, als Weichteilstruktur, ist in der Röntgenuntersuchung nicht direkt darstellbar (DEBRUNNER, a.a.O., S. 203 ff., 225, 726). Eine Sehnenläsion lässt sich demnach mit einer solchen nicht verlässlich ausschliessen. Das ideale Diagnostikinstrument für die Feststellung einer Rotatorenmanschettenruptur ist das MRI (DEBRUNNER, a.a.O., S. 225 f., 725 f., 729; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1576). Vor diesem Hintergrund muss es also auch bei einer allenfalls beim Skiunfall vom 26. Januar 2016 erlittenen Rotatorenmanschettenläsion nicht erstaunen, wenn erstmals in der MRI-Untersuchung vom 21. April 2016 eine Supraspinatussehnenläsion festgestellt worden ist. Ausserdem hatte sich in der im Spital C.____ zusätzlich durchgeführten Sonographie zumindest ein leichter Bluterguss über dem Gelenkskopf gelenkseitig vom Supraspinatus ausgehend präsentiert (Suva-act. 18). Dr. H.____ nimmt in seiner Beurteilung vom 14. September 2016 keine Stellung zu diesem Sonographiebefund. Stattdessen erwähnt er, dass zwei Monate nach dem Unfall auf den kernspintomographischen Bildern des linken Schultergelenks keinerlei Hinweise auf eine schwere Kontusion vorliegen würden; so zeigten sich keine spongiösen Mikrofrakturen im Sinne eines Knochenödems (Bone bruise), die in der Regel drei bis vier Monate nach einem schweren Kontusionsereignis aufzufinden seien. Da davon auszugehen ist, dass ein Ödem einem Heilungsprozess unterliegt, bedeutet diese ärztliche Feststellung nicht, dass das echtzeitliche Ödem kein Hinweis auf eine Rotatorenmanschettenruptur sein konnte, dafür aber derartige spätere Befunde erwartet werden. Wie in Erwägung 5.2 dargelegt, stellt ausserdem der direkte Anprall bzw. die blossе Kontusion keinen geeigneten Verletzungsmechanismus für eine Rotatorenmanschettenläsion dar. Nicht nachvollziehbar ist deshalb auch, weshalb aus solchen - von Dr. G.____ als kontusionstypisch dargestellten Begleiterscheinungen - zwingende Schlussfolgerungen für oder gegen das Vorliegen einer Rotatorenmanschettenläsion gezogen werden. 5.4 Unklar ist weiter die Bedeutung der Feststellung von Dr. G.____ in seiner Beurteilung vom 14. September 2016 (Suva-act. 40), die einen Tag nach dem Unfall erhobenen Untersuchungsergebnisse vom 26. Januar 2016 würden die Intaktheit der Rotatorenmanschette beweisen. Im Rahmen der klinischen Untersuchung im Spital C.____ (Suva-act. 18) wurden beim Beschwerdeführer verschiedene Tests zur Beurteilung der Schulter durchgeführt, eine Bewegungsprüfung mit Nacken- und Schürzengriff, ein Lift-Off-Painful-arc-, Jobe- sowie Palm-Up-Test. Ausserdem wurde das Vorliegen einer Druckdolenz über dem AC-Gelenk geprüft. Während diejenigen Tests, mit

denen nicht spezifisch die Funktion der Supraspinatussehne überprüft wird (Palm-up-Test, Lift-Off-Test), sowie der Schürzengriff als globaler, unspezifischer Bewegungstest zur Überprüfung der Gelenkbeweglichkeit keine Auffälligkeiten zeigten, war gerade der Jobe-Test nicht durchführbar und zeigte der Painful-arc-Test Schmerzen ab ca. 40°. Zudem war der Nackengriff nicht möglich. Damit lagen echtzeitlich durchaus positive klinische Testergebnisse für ein Impingement-Syndrom mit Beteiligung des Musculus supraspinatus sowie der im Subakromialraum liegenden Supraspinatussehne vor. Hinzu kam die Druckdolenz über dem AC-Gelenk (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 726 f.; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1576; https://schulterinfo.de/lexikon_schulter.html, abgerufen am 17. Oktober 2018). Dr. E.____ führte zwar am 3. Mai 2016 eine gegenüber dem Spital C.____ nochmals erweiterte klinische Untersuchung mit positiven Ergebnissen für eine Supraspinatussehnenruptur durch und stellte nun - insbesondere auch aufgrund des MRI-Untersuchungsergebnisses vom 21. April 2016 - die Diagnose einer Subtotalläsion der Supraspinatussehne links. Dieser Umstand bedeutet jedoch nicht, dass die echtzeitlichen positiven Befunde nicht auch bereits auf eine solche Verletzung hindeuteten. Der Hinweis von Dr. G.____ auf degenerative Vorzustände vermag das Gesagte insofern nicht überzeugend in Frage zu stellen, als die Sehnendegenerationen - wie von Dr. E.____ in seinem Schreiben vom 20. Juli 2016 festgehalten (Suva-act. 28) - nicht ausgeprägt waren. So zeigte sich im MRI nebst der Subtotalläsion lediglich eine geringe Tendinose bzw. Auffaserung der kranialseitigen Fasern der Subscapularissehne ansatznahe. Ansonsten war die Bizepssehne altersentsprechend und die übrige Rotatorenmanschette intakt (Suva-act. 9, 13).

5.5 Die Feststellung von Dr. G.____ in der ärztlichen Beurteilung vom 14. September 2016 (Suva-act. 40), im MRI habe sich kein Hinweis auf eine vollständige, d.h. transmurale Ruptur der Supraspinatussehne finden lassen, stimmt zwar mit dem Untersuchungsbericht überein. Auch Dr. E.____ bestätigt keine solche. Er diagnostizierte im Rahmen der Arthroskopie lediglich eine Subtotalläsion im Supraspinatus ventral (Suva-act. 17), so wie sich im MRI nur eine Partialläsion der Supraspinatussehne gezeigt hatte (Suva-act. 14). Dass eine Partialläsion nie traumatisch bedingt sein kann, wird jedoch von Dr. G.____ weder dargelegt noch explizit geäußert. Ebenfalls unerklärt bleibt, inwiefern seine Feststellung - der gelenkseitige Teil der Supraspinatussehne werde bezüglich der mechanischen Stabilität schwächer eingeschätzt als der dem Schleimbeutel zugewandte Teil - eine traumatische Ätiologie ausschliesst. So ist nicht nachzuvollziehen, weshalb besagter Umstand einer degenerativen Ruptur, nicht aber auch einer traumatischen Ruptur förderlich sein kann. Die Aussagen von Dr. G.____, wonach Defekte der Rotatorenmanschette als Folge eines multifaktoriellen Geschehens angesehen würden, die degenerativen Veränderungen im Mittelpunkt stünden, ansatznahe Kontinuitätsunterbrechungen der Rotatorenmanschette mit zunehmendem Alter häufig Folge von Verschleissvorgängen seien und auch ohne ursächliches Unfallereignis vorkommen könnten, überzeugen im Regelfall (vgl. Erwägung 5.1). Erleidet jedoch eine versicherte Person einen Unfall mit Beteiligung der Schulter, liegt der zentrale Ausgangspunkt für einen Ausnahmefall bzw. eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur vor und es gilt zu prüfen, ob der Unfall tatsächlich eine solche Verletzung bewirkt hat.

5.6 Im konkreten Fall erweist sich schliesslich der Hinweis der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid (Suva-act. 61) wie auch in der Beschwerdeantwort vom 21. Juli 2017 (act. G 3) auf die ungenügende Erklärungskraft des zeitlichen Aspekts als Beweis für eine Unfallkausalität bzw. auf die Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" als untauglich. Allgemein vermag letztere juristisch gesehen zwar nichts über eine allfällige Unfallkausalität auszusagen (vgl. dazu ALFRED MAURER,

Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Berlin 1989, S. 460 Fn 1205; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 69 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). Die bloss zeitliche Abfolge stellt jedoch 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 lässt jedoch nicht die Schlussfolgerung zu, dass die am 21. April 2016 radiologisch erhobene (Suva-act. 14) und am 27. Mai 2016 arthroskopisch bestätigte und behandelte Supraspinatussehnenläsion (Suva-act. 17) überwiegend wahrscheinlich unfallfremd war. So ist in Bezug auf den vorliegenden Fall zu berücksichtigen, dass eine Unfallanamnese ohne einen typischen Bewegungsablauf für eine Rotatorenmanschettenruptur nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen ist. Weiter ist zu berücksichtigen, dass keinerlei Hinweise gegen eine Beschwerdefreiheit des Beschwerdeführers im Bereich der linken Schulter vor dem Unfall aktenkundig sind.

Dagegen trat beim Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Skiunfall eine Schmerzproblematik bzw. - wie von Dr. E.____ im Bericht vom 20. Juli 2016 formuliert (Suva-act. 28) - ein Leidensdruck im Bereich der linken Schulter auf, aufgrund dessen er sich einen Tag nach dem Unfall veranlasst sah, sich ins Spital C.____ zu begeben, wo eine umfassende Untersuchung als indiziert betrachtet worden ist (vgl. Suva-act. 18). Im Spital C.____ wurde dem Beschwerdeführer eine konservative Therapie (Schonung, Sportkarenz, Analgesie, Sportiumgel) verordnet und laut dessen Angaben mitgeteilt, dass es durchaus drei bis vier Wochen bis zur Besserung dauern könne. Der Beschwerdeführer beschrieb am 21. Juni 2016 gegenüber der Beschwerdegegnerin eine zwischenzeitliche Besserung der Beweglichkeit, anschliessend jedoch ein Andauern der Beschwerden, weswegen er am 16. März 2016 Dr. D.____ aufgesucht habe. Die Schmerzen seien vor allem in der Nacht am schlimmsten gewesen. Dr. D.____ habe ihm eine Salbe verschrieben und mit ihm einen weiteren Termin 14 Tage später vereinbart. Nachdem auch bis dahin keine Besserung eingetreten sei, habe er sich selbst bei Dr. E.____ angemeldet. Vorgängig habe er über Dr. D.____ eine MRI-Abklärung veranlasst (Suva-act. 24). Die Schilderungen des Beschwerdeführers zeigen eine seit dem Skiunfall andauernde - mit den Nachtschmerzen typische (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 726) - Schmerzproblematik mit Bewegungseinschränkung im Bereich der linken Schulter auf, bezüglich welcher er zunächst nachvollziehbar abwartete, die im Spital C.____ verschriebene konservative Therapie durchführte und auf eine Heilung vertraute. Die konkrete Sachverhaltsschilderung über einen Zeitraum von rund sechs Wochen erscheint nicht abwegig. Dass der Beschwerdeführer laut Angaben in der Beschwerde (act. G 1) nach der Rückkehr aus den Ferien wieder arbeiten ging und seine überwiegend aus Büroarbeit bestehende selbständige Erwerbstätigkeit trotz Schmerzen auszuführen vermochte, erscheint ebenfalls überzeugend. Vor diesem Hintergrund lässt sich mithin eine traumatisch bedingte Rotatorenmanschettenläsion ebenfalls mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bejahen.

5.7 Zusammengefasst hat Dr. G.____ nicht überzeugend und schlüssig darzutun vermögen, dass die am 27. Mai 2016 arthroskopisch operierte Supraspinatussehnenruptur überwiegend wahrscheinlich unfallfremd gewesen ist. Seiner Schlussfolgerung steht sodann die Beurteilung von Dr. E.____ vom 20. Juli 2016 entgegen (Suva-act. 28), worin dieser ebenfalls den in Erwägung 5.6 skizzierten zeitlichen Ablauf darlegt, daraus jedoch ein traumatisches Geschehen ableitet. Als Anhaltspunkt dafür nennt er zudem schlüssig die wenig ausgeprägte Sehnendegeneration (vgl. dazu Erwägung 5.4).

Wie die geringe Retraktion sowie die interoperativ problemlose Mobilisierung und das Ziehen der Sehne an den ursprünglichen Ansatz bei einer unvollständigen Sehnenschädigung zu werten ist, kann dabei offen bleiben. Selbst wenn ihnen - wie von Dr. G. ___ dargelegt (vgl. dazu Suva-act. 41, 60) - hinsichtlich der Unfallkausalität keine Aussagekraft zukäme, könnte diese nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden.

E. 6

Nach dem Gesagten ist anhand der vorliegenden Akten davon auszugehen, dass die am 27. Mai 2016 arthroskopisch behandelte Supraspinatussehnenläsion mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 26. Januar 2016 verursacht worden ist, womit die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Unrecht per 25. Mai 2016 eingestellt hat.

E. 7

7.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 17. Mai 2017 (Suva-act. 61) gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer über den 25. Mai 2016 hinaus die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 26. Januar 2016 zu erbringen.

7.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). 7.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. Art. 98 ff. des sankt-gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache (nur einfacher Schriftenwechsel) angemessen erscheint vorliegend eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 17. Mai 2017 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, dem Beschwerdeführer auch über den 25. Mai 2016 hinaus die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 26. Januar 2016 zu erbringen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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