

SO_GERICHTE VSBES.2015.195 vom 10. Juni 2015

SO Obergericht, 2015-06-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.195

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.195 du 10 juin 2015

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.195 del 10 giugno 2015

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1994 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) war seit 1. August 2012 als Automatik-Monteur-Lehrling bei der B.____, [...], angestellt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. 1.2 Mit Schadenmeldung UVG vom 7. Januar 2013 wurde der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, der Beschwerdeführer habe einen Bruch am Thorax rechts (Rippen, Brustkorb) erlitten und sei deshalb seit

E. 4

Dezember 2012 arbeitsunfähig. Die Ursache der Verletzung sei unbekannt, ein Unfallhergang oder -ort könne nicht angegeben werden (Suva-Akten Ordner I [Suva-Nr. I.] 1). Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, attestierte im Unfallschein eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 3. Dezember 2012 und von 50 % ab 21. Januar 2013 (Suva-Nr. I 8). 1.3 Die Beschwerdegegnerin holte Auskünfte des Beschwerdeführers (Suva-Nr. I 9) sowie ärztliche Berichte ein (Suva-Nr. I 10-14) und anerkannte mit Schreiben vom 5. Februar 2013 (Suva-Nr. I 15) ihre Leistungspflicht. In der Folge richtete sie Taggelder aus und übernahm die Kosten der Heilbehandlung. Am 25. Februar 2013 nahm der Beschwerdeführer die Arbeit wieder zu 100 % auf (Suva-Nr. I 21). 2. 2.1 Ab 11. Juni 2014 war der Beschwerdeführer als Hilfskraft Elektromonteur bei der D.____ [...], angestellt (Suva-Nr. I 30, I 27). Am 7. Juli 2014 teilte die Arbeitgeberin der Beschwerdegegnerin mit, der Beschwerdeführer habe einen Rückfall zum oben erwähnten Unfall erlitten. Er habe am 2. Juli 2014 einen Nagel aus der Decke gezogen und dabei sei es zu einer Schädigung des Schlüsselbeingelenks rechts gekommen (Suva-Nr. I 27). Der Beschwerdeführer erklärte, es habe sich nichts Besonderes (Ausgleiten, Sturz, usw.) ereignet. Die Beschwerden hätten sich erstmals am 2. Juli 2014 bemerkbar gemacht (Suva-Nr. I 32). Dr. med. C.____ bescheinigte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 2. Juli 2014 (Suva-Nr. I 40). Im Arztzeugnis UVG vom 4. August 2014 (Suva-Nr. I 41) hielt er fest, der Beschwerdeführer habe am 2. Juli 2014 beim Arbeiten einen Nagel aus dem Zement gezogen und dabei ein starkes Knacken im Sterno-Clavikulargelenk rechts mit stechendem Schmerz verspürt. 2.2 Die Beschwerdegegnerin holte weitere Arztberichte ein (Suva-Nr. I 44, 45). Nach einer Kurz-Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. E.____ vom 22. August 2014 (Suva-Nr. I 46) lehnte sie es ab, im Zusammenhang mit der Schadenmeldung vom 2. Juli 2014 Leistungen zu erbringen (Schreiben vom 28. August 2014, Suva-Nr. I 47). Der Beschwerdeführer sprach am 2. September 2014 persönlich vor und erklärte, er sei nicht einverstanden (Suva-Nr. I 48). Die Beschwerdegegnerin traf weitere Abklärungen. Anschliessend verneinte sie mit Verfügung vom 23. September 2014 (Suva-Nr. I 58) einen Leistungsanspruch sowohl unter dem Aspekt eines Rückfalls zum als

Unfall übernommenen Ereignis vom 3. Dezember 2012 als auch für die Ereignisse vom 1. und 2. Juli 2014. 2.3 Der Beschwerdeführer liess am 24. Oktober 2014 Einsprache gegen die Verfügung vom 23. September 2014 erheben (Suva-Nr. I 63). Er beantragte, die Beschwerdegegnerin habe «Leistungen für den am 1. Juli / 2. Juli 2014 erlittenen Unfall (Heilbehandlung, Taggeld)» zu erbringen. Mit der Einsprache wurde ein Schreiben der [...], Prof. Dr. med. F.____, Leitender Arzt, Leiter Schulterchirurgie, vom 3. Oktober 2014 (Suva-Nr. I 63 S. 7 f.) eingereicht. In der Folge liess der Beschwerdeführer von derselben Klinik einen Operationsbericht vom 12. März 2015 (Suva-Nr. I 70) und einen Austrittsbericht vom 16. März 2015 (Suva-Nr. I 68) zu den Akten geben. 3. Mit Einspracheentscheid vom 10. Juni 2015 (Suva-Nr. I 72; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.) wies die Beschwerdegegnerin die Einsprache ab. 4. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 17. August 2015 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) fristgerecht Beschwerde erheben und die folgenden Rechtsbegehren stellen (A.S. 12 ff.): 1. In Aufhebung der Verfügung vom 23. September 2014 und des Einspracheentscheids vom 10. Juni 2015 sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer für den am 1. Juli / 2. Juli 2014 erlittenen Unfall die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) zu erbringen. 2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 5. In ihrer Beschwerdeantwort vom 12. Oktober 2015 (A.S. 25 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Mit der Rechtsschrift wird eine chirurgische Beurteilung von Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie FMH, Suva Versicherungsmedizin, vom 22. September 2015 zu den Akten gegeben. 6. Mit Replik vom 5. November 2015 (A.S. 34 f.) hält der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren und Ausführungen fest. Er reicht ein Schreiben der [...], Prof. Dr. med. F.____, vom 29. Oktober 2015 ein. 7. Die Beschwerdegegnerin verzichtet mit Schreiben vom 11. November 2015 (A.S. 37) auf weitere Ausführungen und hält an ihrem Antrag fest. 8. Am 20. November 2015 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein (A.S. 40 f.), die mit Verfügung vom 24. November 2015 (A.S. 42) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin geht. 9. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob die am 2. Juli 2014 aufgetretenen Beschwerden auf einen bei der Beschwerdegegnerin versicherten Unfall zurückzuführen sind. 2. Gemäss Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. 2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden

kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 357 E. 1 S. 337, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 8C_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen).

2.2 Laut Art. 11 Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) werden die Versicherungsleistungen grundsätzlich auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; Urteil des Bundesgerichts 8C_24/2013 vom 18. Juni 2013 E. 2.1). Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; Urteil des Bundesgerichts 8C_66/2016 vom 9. Mai 2016 E. 4.2).

3. 3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1, 8C_879/2014 vom 26. März 2015 E. 5.1).

3.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die 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 allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_668/2012 vom 26. Februar 2013 E. 6.2). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (bzw. dessen Wegfallen) ist in erster Linie mittels Auskünften ärztlicher Fachpersonen zu führen (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2012, S. 55, mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_352/2015 und 8C_353/2015 vom 24. September 2015 E. 3.2.1). 3.3 Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4. S. 470 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_588/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 2). Diese Grundsätze gelten sowohl für Ärzte, die bei einem Versicherungsträger angestellt sind, als auch für ständige Vertrauensärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_337/2015 vom 16. November 2015 E. 4). 3.4 Ärztliche Stellungnahmen, welche allein gestützt auf die Akten, ohne eigene persönliche Untersuchung, erstattet werden, können dann beweiskräftig sein, wenn der medizinisch relevante Sachverhalt durch andere, auf Untersuchungen beruhende Arztberichte hinreichend dokumentiert ist und es in diesem Sinn nur um die Beurteilung eines feststehenden Sachverhalts geht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.2). 3.5 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360; Urteil des Bundesgerichts 8C_431/2015 vom 22. September 2015 E. 3.2). Rechtsprechungsgemäss bestimmt der Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids – hier: 10. Juni 2015 – die zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfung (BGE 140 V 70 E. 4.2 S. 73; 131 V 407 E. 2.1.2.1 S. 412; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich 2015, Art. 52 ATSG N 60). 4. Strittig ist, wie bereits erwähnt, ob die Beschwerdegegnerin für die ab 2. Juli 2014 aufgetretenen Beschwerden leistungspflichtig ist. Als anspruchsbegründender Tatbestand kommen ein Rückfall zum als Unfall anerkannten Ereignis vom 3. Dezember 2012 sowie die Ereignisse vom 1. und 2. Juli 2014 infrage. 4.1 Zum durch die Beschwerdegegnerin anerkannten Unfall vom 3. Dezember 2012 und zur damals aufgetretenen Gesundheitsschädigung enthalten die Akten insbesondere die folgenden Angaben: 4.1.1 In der Schadenmeldung UVG vom

E. 7

Juli 2014 (Suva-Nr. 27) kam es zu einer Schädigung des Schlüsselbeingelenks rechts, als der Beschwerdeführer am 2. Juli 2014 einen Nagel aus einer Decke zog. 4.2.2 Der Beschwerdeführer erklärte am 21. Juli 2014 schriftlich (Suva-Nr. I 32), er führe die aktuellen Beschwerden im Sinne eines Rückfalls auf den Unfall vom 3. Dezember 2012 zurück. Die Beschwerden hätten sich erstmals am 2. Juli 2014 bemerkbar gemacht. Etwas Besonderes (Ausgleiten, Sturz) habe sich nicht ereignet. 4.2.3 Dr. med. C.____ führt im

Arztzeugnis UVG vom 4. August 2014 (Suva-Nr. I 41) aus, der Beschwerdeführer gebe an, er habe am 2. Juli 2014 beim Arbeiten einen Nagel aus dem Zement gezogen und dabei ein starkes Knacken im Sternoclaviculargelenk rechts mit stechendem Schmerz verspürt. Als besonderer Umstand, der den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen könnte, sei ein Hyperlaxitätssyndrom zu nennen. Objektive Befunde seien ein starker Schmerz bei Mobilisation und Druck auf das Gelenk, die Instabilität sei tastbar bei Schulterbewegung. Es bestehe keine Fraktur und keine offensichtliche Luxation. 4.2.4 Der Bericht von Dr. med. L.____, Oberarzt, Rehabilitations- und Rheumazentrum, [...], vom 18. August 2014 (Suva-Nr. I 45) nennt als Diagnosen eine wahrscheinlich traumatische Luxation des Sternoclaviculargelenks rechts, eine Hyperlaxität mit peripheren Gelenksinstabilitäten sowie eine Fraktur Costa I rechts im Dezember 2012. Der Beschwerdeführer habe Ende 2012 nach dem Heben eines Gegenstandes plötzliche Schmerzen im Bereich der ersten rechten Rippe bemerkt, die nach den Abklärungen einer älteren Rippenfraktur zugeordnet worden seien. Seither bestünden leichte Beschwerden im rechten Sternoclaviculargelenk, das bei bestimmten Bewegungen subluxiere. Am 1. Juli 2014 sei der Beschwerdeführer bei der Arbeit fast vom Dach gestürzt. Er habe sich bei einer Dachschräge von 35° noch mit dem rechten Arm an einem Gegenstand festgehalten. Am Folgetag habe er mit einer Zange über Kopfhöhe einen Nagel herausgezogen und ein Knacken in der rechten Schulter gehört. Seither bestünden deutlich verstärkte Beschwerden mit Schmerzen im Sternoclaviculargelenk bei jeglicher Belastung und Luxation bereits bei geringen Bewegungen der rechten Schulter. Bei der Untersuchung finde sich ein druckdolentes, geschwollenes Sternoclaviculargelenk rechts, welches bei Aussenrotation und Elevation der rechten Schulter und des rechten Arms luxiere. Dazu bestünden eine Druckdolenz der ersten bis dritten Rippe rechts sowie des Sternums, dolente Myogelosen der Musculi scaleni, Musculus infraspinatus und Musculus pectoralis minor rechts. Es imponierten eine hypermobile Wirbelsäule sowie periphere Überbeweglichkeit mit vor allem Instabilitäten diverser Gelenke. Dr. med. L.____ führt aus, er interpretiere die aktuellen Beschwerden im Rahmen von Luxationen des rechten Sternoclaviculargelenks, welche seit einem leichteren Trauma bei der Arbeit am 1. Juli 2014 «bestehen mögen». Sicherlich habe bereits vorgängig eine Instabilität in diesem Gelenk bestanden, wie sie mehrfach in den Vorberichten beschrieben werde. Empfohlen werde eine Evaluation einer operativen Stabilisierung des rechten Sternoclaviculargelenks durch einen Chirurgen des Bewegungsapparates. 4.2.5 Bei einer Vorsprache vom 2. September 2014 erklärte der Beschwerdeführer, er wisse zwar nicht mehr genau, was beim Grundfall vom November/Dezember 2012 genau passiert sei, es sei aber beim Heben einer Last eine der obersten Rippen (die mit dem Schlüsselbein zusammenhänge) verletzt worden. Am 1. Juli 2014 sei er beinahe vom Dach gestürzt und habe sich gerade noch festhalten können. Dies habe wieder mehr Schmerzen verursacht. Am 2. Juli 2014 seien dann noch mehr Schmerzen aufgetreten beim Herausziehen eines Nagels aus der Decke. 4.2.6 Am 11. September 2014 fand eine unterschriftliche Befragung statt (Suva-Nr. I 52). Der Beschwerdeführer erklärte zum Grundfall, vermutlich beim Kippen eines Stahl-Schranks mit einem Gewicht von 100 - 150 kg, der zu zweit auf einem Wagen deponiert werden sollte, könnten die Beschwerden aufgetreten sein. Er habe damals vermutlich schon leichte Beschwerden im Bereich der rechten Schulter verspürt. Anfang Dezember 2012 habe er den Hausarzt aufgesucht. Die Behandlung (Physiotherapie) sei bis Dezember 2013 durchgeführt worden. Restbeschwerden seien aufgetreten, indem das SC-Gelenk «herausgesprungen» sei, aber ohne Schmerzen. Zum Vorfall vom 1. Juli 2014 führte der Beschwerdeführer aus, er habe

sich auf einem Schrägdach (Neigung ca. 35°) befunden und habe den Auftrag gehabt, eine Solaranlage zu installieren. Das Haus sei «ingerüstet» gewesen. Auf dem Dach habe sich eine Spezialfolie befunden, welche feucht gewesen sei. Die Unterlage sei daher sehr rutschig gewesen. Er sei ausgerutscht und zwei bis drei Meter weit das Schrägdach hinunter gerutscht. Er habe sich dann reflexartig an einer Holzverstrebung festhalten können, bevor er auf das Gerüst gefallen wäre. Er habe sich dort festgehalten, sei aufgestanden und habe weiter gearbeitet. An diesem Tag habe er keine Beschwerden im Bereich der Schulter / des SC-Gelenks verspürt. Vermutlich habe er am Arm eine kleine Schürfwunde erlitten. Die Beschwerden hätten sich am 2. Juli 2014, ca. 9.30 Uhr, auf einer Baustelle in [...] bemerkbar gemacht. An der Decke seien Elektrokästen angebracht gewesen. Er habe mit einer Zange einen Nagel (vermutlich Grösse 10) herausziehen wollen. Er sei auf einem fahrbaren Gerüst gestanden. Er habe durch ein Loch hindurch hinauffassen müssen und habe den rechten Arm leicht angewinkelt nach oben gehoben. Er habe die Zange angesetzt und den Nagel nach unten ziehen wollen. Beim Versuch, den Nagel nach unten zu ziehen, habe es im Bereich des SC-Gelenks geknackt. Rund fünf Minuten später hätten sich auch Schmerzen bemerkbar gemacht. Er habe telefonisch mit dem Arzt Kontakt aufgenommen und ihn gleichentags aufgesucht, ferner habe auch eine Untersuchung im Spital [...] stattgefunden.

4.2.7 Im Bericht von Prof. Dr. med. F.____, [...], vom 3. Oktober 2014 (Suva-Nr. I 63 S. 7 f.) wird zur Anamnese ausgeführt, der Beschwerdeführer leide unter einer Instabilität des SC-Gelenks. Diese Instabilität bestehe seit zwei Jahren. Nach einem erneuten akuten Trauma am 2. Juli 2014, wobei der Beschwerdeführer einen Sturz vom Dach durch abruptes Halten habe verhindern können (recte: dies ereignete sich am 1. Juli 2014), sei die SC-Instabilitätsproblematik im rechten SC-Gelenk schlechter geworden. Seither bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer gebe an, die ersten Beschwerden, die vor zwei Jahren begonnen hätten, stünden im Zusammenhang mit einem Verhebetauma. Damals habe er einen schweren Schrank tragen müssen und anschliessend seien erstmalig die Instabilitätsprobleme im Bereich des SC-Gelenks links aufgetreten. In der Beurteilung legt Prof. Dr. med. F.____ dar, beim Beschwerdeführer liege eine posttraumatische Hypermobilität im SC-Gelenk rechts vor. Das primäre Trauma habe sich am 21. Dezember 2012 und ein weiteres Trauma am 2. Juli 2014 ereignet. Vor dem Ersttrauma sei der Beschwerdeführer im Bereich des Thorax und im Bereich des SC-Gelenks beschwerdefrei gewesen. Aus diesem Grund bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang mit der SC-Gelenksinstabilität rechts und den zwei genannten Traumata.

4.2.8 Dem Austrittsbericht von Prof. Dr. med. F.____, [...], vom 16. März 2015 (Suva-Nr. I 68) ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer am 12. März 2015 eine Claviculaoperation durchgeführt wurde (CARD-geplante Claviculaosteotomie rechts) und der postoperative Verlauf problemlos war. Im Operationsbericht (Suva-Nr. I 77) wird als Diagnose eine posttraumatische sternoclaviculäre Instabilität genannt, wobei die Clavicula (Schlüsselbein) bei Aussenrotation/Abduktion nach aussen springe. Im Begleitschreiben vom 15. Mai 2015 an den Vertreter des Beschwerdeführers (Suva-Nr. I 67) erklärt der Assistenzarzt Dr. med. M.____, aus den beiden Berichten sei ersichtlich, dass es sich eindeutig um eine posttraumatische sternoclaviculäre Instabilität handle.

4.2.9 Die chirurgische Beurteilung von Dr. med. G.____ vom 14./22. September 2015 enthält nach einer kurzen Darstellung der Aktenlage zunächst Ausführungen zum Sternoclaviculargelenk, dessen Position und Funktion sowie den möglichen Arten von Luxationen. In der Beurteilung legt Dr. med. G.____ dar, die Verdachtsdiagnose einer Instabilität des SC-Gelenks sei bei der Untersuchung vom 21. Dezember 2012 (vgl. E. II.

4.1.3 hiervor) gestellt worden. Laut dem Sprechstundenbericht (Suva-Nr. I 10, E. II. 4.1.4 hiervor) sei auch nach mehrmaligem Nachfragen auch zu einem früheren Zeitpunkt kein Trauma erinnerlich gewesen, welches den Schmerzen vorangegangen wäre. Die Diagnose sei auf den Magnetresonanztomogrammen vom 28. Dezember 2012 bildgebend objektiviert worden. Prof. Dr. med. K.____ habe in seinem Bericht (vgl. E. II. 4.1.8 hiervor) die Diagnose bestätigt und darauf hingewiesen, dass die Beschwerden im Bereich des SC-Gelenks erstmals im Dezember 2012, ohne auslösendes Element, aufgetreten seien. Er habe diese Pathologie explizit als kongenitale Affektion bei schwachem Bindegewebe beurteilt. Die in der späteren Stellungnahme von Dr. med. M.____ vom 15. Mai 2015 (vgl. E. II. 4.2.8 hiervor) enthaltene Aussage, es handle sich um eine posttraumatische sternoclaviculäre Instabilität, stehe der Feststellung des Schulterexperten Prof. Dr. med. K.____ diametral, aber orthopädisch und versicherungsmedizinisch substanzlos entgegen. Beim Festhalten auf dem Schrägdach vom 1. Juli 2014 sei es nicht zu einer Luxation des bekanntermassen instabilen Sternoclaviculargelenks rechts gekommen. Eine solche Luxation und eine allfällige spontane Reposition hätten zwangsläufig vom Beschwerdeführer sofort bemerkt werden müssen, eine okkulte Luxation könne ausgeschlossen werden. Andererseits wäre eine Luxation in einem (vorliegend bekanntermassen bereits bandinstabilen) Sternoclaviculargelenk eine *conditio sine qua non* für eine weitere Bandzerreissung und/oder –schwächung, d.h. für eine tatsächliche strukturelle Läsion im Bereich der Bänder. Es könne klinischer Erfahrung entsprechend als völlig ausgeschlossen betrachtet werden, dass eine Luxation im Sternoclaviculargelenk unbemerkt erfolge, die Reposition gleichermassen spontan und unbemerkt vor sich gehe und die betroffene Person im Anschluss daran beschwerdefrei sei und einen ganzen Tag lang weiterarbeite. Dass Beschwerdefreiheit auch am Folgetag bis 9.30 Uhr bestanden habe, könne einerseits aus den Angaben des Beschwerdeführers direkt ersehen werden und ergebe sich zudem konkludent aus der Schilderung des komplexen Arbeitsvorgangs (durch ein Loch in die Decke greifen und mit gewinkelttem rechtem Arm einen 10er Nagel fassen und herausziehen). Eine Person mit einem seit dem Vortag tatsächlich traumatisierten SC-Gelenk habe bereits Schmerzen, wenn sie die Zunge am Nagel ansetze. Die Schmerzen hätten jedoch erst fünf Minuten nach der Nagelextraktion eingesetzt. Vor diesem Hintergrund sei ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 1. Juli 2014 und der Luxation des Sternoclaviculargelenks rechts unwahrscheinlich. Die Hypermobilität des SC-Gelenks sei vorbestehend gewesen und durch das Ereignis vom 1. Juli 2014 in keiner Weise beeinflusst worden. 4.2.10 Prof. Dr. med. F.____ führt in seinem Schreiben vom 29. Oktober 2015 aus, aus seiner Sicht sei die SC-Luxation auf das Unfallereignis von 2012 zurückzuführen und habe durch das Ereignis von 2014 eine Verschlimmerung/Reaktivierung erfahren. 5. 5.1 Umstritten ist zunächst, ob sich eine Leistungspflicht im Sinne eines Rückfalls aus dem durch die Beschwerdegegnerin anerkannten Unfall aus dem Jahr 2012 ableiten lässt. Diesbezüglich ist zu beachten, dass die objektive Beweislast für das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs beim Beschwerdeführer liegt. Die Beschwerdegegnerin kann im Rückfall-Verfahren nicht bei der seinerzeitigen Anerkennung behaftet werden (vgl. E. II. 2.2 hiervor). Allenfalls kann bei der Beweiswürdigung berücksichtigt werden, dass der Beschwerdeführer angesichts der Fallanerkennung durch die Beschwerdegegnerin zunächst keinen Anlass hatte, für die Sicherung entsprechender Beweise zu sorgen. Dieser Aspekt kann je nach den konkreten Umständen gegebenenfalls zu tendenziell etwas reduzierten Anforderungen an den Beweis führen. 5.2 In den echtzeitlichen Unterlagen (vgl. E. II. 4.4.1 – 4.1.6 hiervor) ist zunächst

von einem Bruch der ersten Rippe rechts die Rede. Ein Unfallereignis konnte nicht angegeben werden. Aufgrund der bildgebenden Aufnahmen gelangten die Ärzte zum Schluss, die Rippenfraktur müsse älteren Datums sein, da bereits deutliche Kallusreaktionen vorlägen. Weiter äusserten sie neben der Rippenfraktur den Verdacht auf eine SC-Instabilität rechts. Wie Dr. med. I. ___ in seinem Bericht vom 24. Dezember 2012 (E. II. 4.1.4 hiervor) ausdrücklich festhält, konnte sich der Beschwerdeführer auch nach mehrmaligen Nachfragen nicht daran erinnern, dass er – auch zu einem früheren Zeitpunkt – ein Trauma erlitten hätte, welches den Schmerzen vorangegangen wäre. Dr. med. J. ___ sprach dementsprechend in der Folge von einer atraumatischen Rippenfraktur, welche mechanisch mit der festgestellten Instabilität des SC-Gelenks zusammenhängen könnte (E. II. 4.1.6 hiervor). Prof. Dr. med. K. ___, der für eine Zweitmeinung angegangen worden war, interpretierte die Symptomatik hinsichtlich des SC-Gelenks in seinem Bericht vom 28. März 2013 (E. II. 4.1.8 hiervor) als kongenitale Affektion bei schwachem Bindegewebe.

5.3 Diese echtzeitlichen Beurteilungen sprechen gegen die Annahme, es habe sich vor dem Auftreten von Beschwerden am 27. November 2012 ein Ereignis zugetragen, das als Unfall oder unfallähnliche Körperschädigung gelten könnte und die Instabilität des SC-Gelenks ausgelöst habe. Namentlich konnte sich der Beschwerdeführer gemäss dem Bericht von Dr. med. I. ___ vom 24. Dezember 2012 trotz mehrmaligen Nachfragens nicht an ein Trauma erinnern. Im Bericht von Dr. med. L. ___ vom 18. August 2014 (E. II. 4.2.4 hiervor) wird nunmehr erklärt, der Beschwerdeführer habe Ende 2012 «nach dem Heben eines Gegenstandes» plötzliche Schmerzen im Bereich der ersten rechten Rippe verspürt. Am 2. September 2014 sagte der Beschwerdeführer aus (Suva-Nr. I 48), er wisse zwar nicht mehr genau, was damals passiert sei, die Rippe sei jedoch beim Heben einer Last verletzt worden. Am 11. September 2014 erklärte er (Suva-Nr. I 52), die Beschwerden könnten vermutlich im November 2012 beim Heben eines Schrankes mit einem Gewicht von 100 - 150 kg, der auf einem Wagen hätte deponiert werden sollen und zu zweit habe gehoben werden müssen, aufgetreten sein, wobei er damals vermutlich schon leichte Beschwerden im Bereich der rechten Schulter verspürt habe. In der Einsprache vom 24. Oktober 2014 (Suva-Nr. I 63) wird ausgeführt, der Beschwerdeführer habe am 27. November 2012 mit einem Kollegen einen schweren Stahlschrank mit einem Gewicht von rund 100 bis 150 kg transportiert. Die beim Abkippen verspürten Schmerzen im Bereich der rechten Schulter seien nur leicht, aber zunehmend gewesen, so dass er am 3. Dezember 2012 den Hausarzt aufgesucht habe.

5.4 Wie sich aus der vorstehenden Darstellung ergibt, vermochte sich der Beschwerdeführer im Rahmen der Abklärungen, die Ende 2012 durchgeführt wurden, an keinen Vorgang zu erinnern, der als Trauma bezeichnet werden könnte. Die damals im Vordergrund stehende Rippenfraktur war gemäss den ärztlichen Beurteilungen schon älteren Datums und wurde als atraumatisch beurteilt. Die überdies zunächst als Verdacht diagnostizierte Instabilitätsproblematik des SC-Gelenks wurde ebenfalls keinem Trauma zugeordnet. Prof. Dr. med. K. ___, der diese Diagnose schliesslich (nicht nur als Verdacht) stellte, hielt fest, die entsprechenden Beschwerden seien ohne auslösendes Moment entstanden, und interpretierte sie im Wesentlichen als kongenitale Affektion bei schwachem Bindegewebe.

5.5 Angesichts der echtzeitlich dokumentierten Aussagen des Beschwerdeführers und der damaligen ärztlichen Feststellungen muss davon ausgegangen werden, dass trotz ausdrücklichen, mehrmaligen Nachfragens kein Ereignis bezeichnet werden konnte, welches dem Auftreten der Beschwerden vorausgegangen wäre. Vor dem Hintergrund dieser damaligen Feststellungen ist die beinahe zwei Jahre später erstmals vorgetragene Darstellung, die Beschwerden seien im Anschluss an das Heben

eines Stahlschranks entstanden, nicht geeignet nachzuweisen, dass sich Ende November 2012 ein Unfall oder eine unfallähnliche Körperschädigung ereignet hatte. Dies gilt mit Blick auf die damals getroffenen, klaren Feststellungen und den Zeitablauf, aber auch unter Berücksichtigung der Beweismaxime, wonach die sogenannten «Aussagen der ersten Stunde» in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, welche bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (vgl. BGE 121 V 45 E. 2a S. 47; Urteil des Bundesgerichts 8C_648/2013 vom 18. Februar 2014 E. 3.2). Es fällt überdies auf, dass sich auch im Zeitraum von August 2014 bis Oktober 2014 die zunächst nur vage, mit Unsicherheiten behaftete Beschreibung im weiteren Verlauf fortlaufend konkretisierte (vgl. E. II. 5.3 hiervor), was nicht mit dem üblichen Verlauf der Erinnerung übereinstimmt. Für die Beurteilung ist daher auf die Feststellungen abzustellen, welche in den Akten von Ende 2012 bis März 2013 enthalten sind. Dies führt zur Verneinung eines versicherten Ereignisses und damit eines Anspruchs unter dem Titel eines Rückfalls. Unabhängig davon wäre das zusammen mit einem Kollegen erfolgte Transportieren eines Stahlschranks mit einem Gewicht von 100 - 150 kg, selbst wenn es als hinreichend nachgewiesen gelten könnte, mit Blick auf den körperlich schweren Beruf als Automatik-Monteur nicht geeignet, einen Unfall in Form eines Verhebetraumas zu begründen (vgl. zur diesbezüglichen Gerichtspraxis die ausführliche Kasuistik bei Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 44 ff.). Soweit der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang eine unfallähnliche Körperschädigung geltend macht, ist darauf hinzuweisen, dass der bildgebend festgestellte Rippenbruch gemäss den ärztlichen Beurteilungen älteren Datums war, während es sich bei der hier zur Diskussion stehenden Gelenksinstabilität nicht um eine Listenerkrankung (vgl. Art. 9 Abs. 2 UVV) handelt.

6. Zu prüfen bleibt, ob sich der geltend gemachte Leistungsanspruch aus den Ereignissen vom 1. und 2. Juli 2014 ergibt.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrer Beurteilung nunmehr in erster Linie auf die chirurgische Beurteilung von Dr. med. G. ___ vom 14./22. September 2015 (E. II. 4.2.9 hiervor). Wie dargelegt, sind weitere Abklärungen erforderlich, wenn mindestens relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. med. G. ___ bestehen (E. II. 3.3 hiervor). Solche Zweifel können sich entweder aus Mängeln der Stellungnahme selbst oder aus entgegenstehenden Meinungsäusserungen anderer medizinischer Fachpersonen ergeben.

6.2 Der relevante Sachverhalt ist durch die vorhandenen Unterlagen, namentlich die verschiedenen bildgebenden Aufnahmen und die übrigen medizinischen Vorakten, hinreichend dokumentiert. Der Umstand, dass Dr. med. G. ___ den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht und seine Beurteilung einzig gestützt auf die Aktenlage erstattet hat, spricht daher nicht gegen die Zuverlässigkeit seiner Einschätzung (vgl. E. II. 3.4 hiervor). Inhaltlich hält Dr. med. G. ___ fest, ein einzelnes Ereignis könne im vorliegenden Zusammenhang nur dann eine strukturelle Läsion im Sinne einer weiteren Bandzerreissung oder –schwächung bewirken, wenn es zu einer Luxation des Sternoclaviculargelenks gekommen sei. Eine solche Luxation und eine allfällige spontane Reposition müssten zwangsläufig sofort bemerkt werden, eine okkulte Luxation könne ausgeschlossen werden. Die Feststellung von Dr. med. G. ___, nach dem Vorfall vom 1. Juli 2014 (Abrutschen auf Schrägdach und Festhalten an Holzverstrebung, um einen Sturz auf das Gerüst zu vermeiden) seien zunächst keine spezifischen Beschwerden aufgetreten und der Beschwerdeführer habe den Rest des Tages weiterarbeiten können, entspricht den aktenkundigen Schilderungen des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 4.2.6 hiervor). Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar und plausibel, wenn Dr. med.

G.____ zum Ergebnis gelangt, das Ereignis vom 1. Juli 2014 habe nicht zu einer Luxation des Sternoclaviculargelenks geführt. Aufgrund der Aktenlage ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am 1. Juli 2014 ohne Beschwerden weiterarbeitete und solche erst auftraten, als er am nächsten Tag um ca. 9.30 Uhr, auf einem fahrbaren Gerüst stehend, versuchte, über Kopfhöhe mit einer Zange einen Nagel aus der Decke herauszuziehen. Diesem Vorgang fehlt es an der für einen Unfall vorausgesetzten Ungewöhnlichkeit, aber auch an dem für eine unfallähnliche Körperschädigung erforderlichen äusseren Faktor im Sinne eines ausserhalb des Körpers liegenden, objektiv feststellbaren, sinnfälligen und damit unfallähnlichen Ereignisses (vgl. dazu BGE 129 V 466 E. 4 S. 468 ff.). Die Einschätzung von Dr. med. G.____ basiert auf den vollständigen Vorakten und gelangt zu schlüssigen Ergebnissen. Diese werden, wie vorstehend dargelegt, nachvollziehbar hergeleitet und überzeugend begründet. Die Stellungnahme von Dr. med. G.____ bildet damit grundsätzlich eine hinreichende Grundlage für die Anspruchsbeurteilung. 6.3

Entgegen der erwähnten Beurteilung vertritt Prof. Dr. med. F.____ in seinem Bericht vom 3. Oktober 2014 (E. II. 4.2.7 hiervor), im Operationsbericht vom 12. März 2015 (E. II. 4.2.8), der als Indikation eine posttraumatische sternoclaviculäre Instabilität nennt, und auch in seinem im Beschwerdeverfahren eingereichten Schreiben vom 29. Oktober 2015 (E. II. 4.2.10 hiervor) die Auffassung, die ab 2. Juli 2014 bestehenden Beschwerden seien durch ein bei der obligatorischen Unfallversicherung versichertes Ereignis verursacht worden. Im Bericht vom 3. Oktober 2014, der die ausführlichste Stellungnahme zu dieser Frage enthält, wird erklärt, nach Angaben des Beschwerdeführers stünden die Beschwerden, die vor zwei Jahren begonnen hätten, im Zusammenhang mit einem Verhebetauma. Nach diesem Trauma habe sich am 2. Juli 2014 ein weiteres Trauma ereignet. Vor dem Ersttrauma sei der Beschwerdeführer im Bereich des Thorax und des SC-Gelenks beschwerdefrei gewesen. Aus diesem Grund bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang mit der SC-Gelenksinstabilität rechts und den zwei genannten Traumata. In seinem Brief vom 29. Oktober 2015 hält Prof. Dr. med. F.____ fest, aus seiner Sicht sei die SC-Luxation auf das Unfallereignis von 2012 zurückzuführen und habe durch das Ereignis von 2014 eine Verschlimmerung/Reaktivierung erfahren. Diese Stellungnahmen vermögen die Beurteilung von Dr. med. G.____ nicht infrage zu stellen. Zunächst geht Prof. Dr. med. F.____ ohne weiteres von einem Verhebetauma aus, das sich im November oder Dezember 2012 ereignet habe. Ein solcher Vorfall ist jedoch, wie erwähnt, nicht hinreichend nachgewiesen. Weiter begründet er den Kausalzusammenhang einzig mit der vorher gegebenen Beschwerdefreiheit. Diese Argumentation, welche dem Grundsatz «post hoc ergo propter hoc» entspricht, reicht aber nach der Rechtsprechung nicht aus, um einen Kausalzusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_424/2016 vom 23. September 2016 E. 6.2 mit Hinweisen). Dem Bericht vom 3. Oktober 2014 (E. II. 4.2.7 hiervor) lässt sich ausserdem entnehmen, dass Prof. Dr. med. F.____ bezogen auf den 1. und 2. Juli 2014 von einem ungenau wiedergegebenen Sachverhalt ausgeht. Er berücksichtigt insbesondere nicht, dass nach dem am 1. Juli 2014 erfolgten abrupten Halten, um den Sturz auf dem Dach zu verhindern, nach Lage der Akten zunächst keine Beschwerden auftraten und der Beschwerdeführer bis zum Feierabend weiterarbeiten konnte. Diesem Umstand kommt gemäss der Beurteilung von Dr. med. G.____ entscheidende Bedeutung zu. Prof. Dr. med. F.____ geht darauf nicht ein, weil ihm diese Tatsache offenbar nicht bekannt war. Vor diesem Hintergrund sind seine Stellungnahmen auch nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. G.____ zu wecken. Dasselbe gilt für die übrigen aktenkundigen ärztlichen

Stellungnahmen: Prof. Dr. med. K. ___ hält in seinem Bericht vom 28. März 2013 (E. II. 4.1.8 hiervor) fest, die Beschwerden im Bereich des SC-Gelenks seien «ohne auslösendes Element» erstmals im Dezember 2012 verspürt worden. Bezüglich des SC-Gelenks handle es sich im Wesentlichen um eine kongenitale Affektion bei schwachem Bindegewebe. Diese Beurteilung lässt sich mit derjenigen von Dr. med. G. ___ vereinbaren. Dr. med. L. ___ spricht in seinem Bericht vom 18. August 2014 (E. II. 4.2.4 hiervor) von einer wahrscheinlich traumatischen Luxation des Sternoclaviculargelenks rechts. Eine Begründung dieser Formulierung enthält der Bericht jedoch nicht. Wie sich dem weiteren Text entnehmen lässt, geht Dr. med. L. ___ davon aus, die Beschwerden bestünden seit dem 1. Juli 2014 (was insofern unpräzise ist, als davon ausgegangen werden muss, sie seien erst einen Tag später aufgetreten) und es habe bereits vorgängig eine Instabilität in diesem Gelenk bestanden. Eine Aussage, welche geeignet wäre, die Beurteilung von Dr. med. G. ___ infrage zu stellen, ergibt sich daraus ebenfalls nicht. 6.5 Zusammenfassend vermögen die übrigen Akten die beweismässigen Ausführungen von Dr. med. G. ___ nicht zu erschüttern und keine auch nur geringen Zweifel an dessen Beurteilung hervorzurufen. Auf diese ist abzustellen. Dementsprechend besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Beschwerdegegnerin für die Ereignisse vom 1. und 2. Juli 2014. 7. Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. Juni 2015 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

E. 8

8.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). 8.2 Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

E. 11

Juni 2013 E. 3.2).

3.5 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360; Urteil des Bundesgerichts 8C_431/2015 vom 22. September 2015 E. 3.2). Rechtsprechungsgemäss bestimmt der Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids ■ hier: 10. Juni 2015 ■ die zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfung (BGE 140 V 70 E. 4.2 S. 73; 131 V 407 E. 2.1.2.1 S. 412; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich 2015, Art. 52 ATSG N 60).

4. Strittig ist, wie bereits erwähnt, ob die Beschwerdegegnerin für die ab 2. Juli 2014 aufgetretenen Beschwerden leistungspflichtig ist. Als anspruchsbegründender Tatbestand kommen ein Rückfall zum als Unfall anerkannten Ereignis vom 3. Dezember 2012 sowie die Ereignisse vom 1. und 2. Juli 2014 infrage.

4.1 Zum durch die Beschwerdegegnerin anerkannten Unfall vom 3. Dezember 2012 und zur damals aufgetretenen Gesundheitsschädigung enthalten die Akten insbesondere die folgenden Angaben:

4.1.1 In der Schadenmeldung UVG vom 7. Januar 2013 (Suva-Nr. I 1) wird erklärt, der Beschwerdeführer habe einen Bruch am Thorax rechts (Rippen, Brustkorb) erlitten. Er habe deshalb die Arbeit seit dem 4. Dezember 2012 ausgesetzt. Die Ursache sei unbekannt.

4.1.2 Der Beschwerdeführer erklärte am 16. Januar 2013 schriftlich (Suva-Nr. I 9), er könne keinen Unfallzeitpunkt angeben, weil er den Bruch zunächst nicht bemerkt habe.

Bemerkt habe er ihn etwa am 27. November 2012. Etwas Besonderes (Ausgleiten, Sturz) habe sich nicht ereignet. Die Beschwerden hätten sich erstmals am 27. November 2012 bemerkbar gemacht, den Arzt Dr. med. C.____ habe er am 3. Dezember 2012 aufgesucht. Er arbeite seit 21. Januar 2013 wieder zu 50 % (Suva-Nr. I 9).

4.1.3 Am 21. Dezember 2012 wurde aufgrund der Indikation eines Verdachts auf eine SC-Instabilität rechts (ohne Traumata) und Schmerzen rechte Rippe 2, 3 und 4 mit der Frage nach einer ossären Läsion und einem Tumor eine CT des Thorax durchgeführt. Diese ergab gemäss Bericht von Dr. med. H.____, Leitender Arzt Radiologie, [...] (Suva-Nr. I 12) in erster Linie eine alte Fraktur der 1. Rippe rechts mit beginnender Pseudarthrose.

4.1.4 Dr. med. I.____, Oberarzt, Departement Orthopädie, [...], führt in seinem Bericht vom 24. Dezember 2012 (Suva-Nr. I 10) aus, der Beschwerdeführer komme zur Besprechung des CT-Thorax. Auch nach mehrmaligem Nachfragen sei auch zu einem früheren Zeitpunkt kein Trauma erinnerlich, welches den Schmerzen vorangegangen wäre. Im CT zeige sich, wie bereits radiologisch vermutet, eine Fraktur der ersten Rippe rechts. Diese müsste älteren Datums sein, da bereits deutliche Kallusreaktionen vorlägen. Ungewöhnlich sei jedoch für den Arzt bei einem 18jährigen, gesunden Patienten ohne Trauma, dass eine solche Fraktur auftrete. Zur weiteren Abklärung werde noch ein MRI geplant.

4.1.5 Ein MRI des Thorax vom 28. Dezember 2012 zeigte laut Bericht von Dr. med. H.____ (Suva-Nr. I 13) im Vergleich zu den Voruntersuchungen eine Befundkonstanz mit Nachweis einer nicht dislozierten Fraktur der 1. Rippe rechts, welche eine deutliche Kallusbildung und reparative Vorgänge mit diskretem KM-Enhancement des Periostes aufweise. Es ergebe sich kein Anhalt für das Vorliegen einer pathologischen Fraktur.

4.1.6 Dr. med. J.____, Leitender Arzt, Departement Orthopädie, [...], führt in seinem Bericht vom 31. Dezember 2012 (Suva-Nr. I 11) aus, rein von der Bildgebung zeige sich keine weitere Pathologie als die Instabilität des Sternoclavikular-Gelenks und die atraumatische Fraktur der ersten Rippe. Beides könnte mechanisch schon zusammenhängen. Diagnostiziert werden ein Verdacht auf SC-Instabilität rechts und eine Fraktur der ersten Rippe rechts. Er empfehle, den Spontanverlauf abzuwarten.

4.1.7 Laut dem Arzteugnis UVG von Dr. med. C.____ vom 28. Januar 2013 (Suva-Nr. I 14) gab der Beschwerdeführer an, er leide an Schulterschmerzen rechts mit zunehmender Intensität nach Heben von Lasten. Objektiver Befund sei eine schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit rechts, im Röntgenbefund eine Rippenfraktur der ersten Rippe rechts. Als Diagnose nennt Dr. med. C.____ den Verdacht auf eine SC-Instabilität und eine Fraktur der ersten Rippe rechts.

4.1.8 Prof. Dr. med. K.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, [...], führt in seinem Bericht vom 28. März 2013 (Suva-Nr. I 44) aus, zu diagnostizieren seien eine vordere sternoclaviculäre Instabilität rechts im Rahmen einer Hyperlaxität sowie ein nosologisch unklarer Befund im mittleren Drittel der ersten Rippe rechts. Zur Anamnese wird erklärt, der Beschwerdeführer habe im Dezember 2012 erstmals Beschwerden im Bereich des SC-Gelenks verspürt, ohne auslösendes Moment. Dem Beschwerdeführer sei ein Hin- und Her-Schnappen aufgefallen, welches anfänglich schmerzhaft gewesen sei. Mittlerweile habe sich die Situation deutlich beruhigt. Des Weiteren sei eine Diagnose einer Fraktur der ersten Rippe gestellt worden, was nun zur konsiliarischen Zweitmeinung geführt habe. In der Beurteilung führt Prof. Dr. med. K.____ aus, bezüglich des SC-Gelenkes handle es sich im Wesentlichen um eine kongenitale

welche seit einem leichteren Trauma bei der Arbeit am 1. Juli 2014 «bestehen mögen». Sicherlich habe bereits vorgängig eine Instabilität in diesem Gelenk bestanden, wie sie mehrfach in den Vorberichten beschrieben werde. Empfohlen werde eine Evaluation einer operativen Stabilisierung des rechten Sternoclaviculargelenks durch einen Chirurgen des Bewegungsapparates.

4.2.5 Bei einer Vorsprache vom 2. September 2014 erklärte der Beschwerdeführer, er wisse zwar nicht mehr genau, was beim Grundfall vom November/Dezember 2012 genau passiert sei, es sei aber beim Heben einer Last eine der obersten Rippen (die mit dem Schlüsselbein zusammenhänge) verletzt worden. Am 1. Juli 2014 sei er beinahe vom Dach gestürzt und habe sich gerade noch festhalten können. Dies habe wieder mehr Schmerzen verursacht. Am 2. Juli 2014 seien dann noch mehr Schmerzen aufgetreten beim Herausziehen eines Nagels aus der Decke.

4.2.6 Am 11. September 2014 fand eine unterschriftliche Befragung statt (Suva-Nr. I 52). Der Beschwerdeführer erklärte zum Grundfall, vermutlich beim Kippen eines Stahl-Schranks mit einem Gewicht von 100 - 150 kg, der zu zweit auf einem Wagen deponiert werden sollte, könnten die Beschwerden aufgetreten sein. Er habe damals vermutlich schon leichte Beschwerden im Bereich der rechten Schulter verspürt. Anfang Dezember 2012 habe er den Hausarzt aufgesucht. Die Behandlung (Physiotherapie) sei bis Dezember 2013 durchgeführt worden. Restbeschwerden seien aufgetreten, indem das SC-Gelenk «herausgesprungen» sei, aber ohne Schmerzen.

Zum Vorfall vom 1. Juli 2014 führte der Beschwerdeführer aus, er habe sich auf einem Schrägdach (Neigung ca. 35°) befunden und habe den Auftrag gehabt, eine Solaranlage zu installieren. Das Haus sei «ingerüstet» gewesen. Auf dem Dach habe sich eine Spezialfolie befunden, welche feucht gewesen sei. Die Unterlage sei daher sehr rutschig gewesen. Er sei ausgerutscht und zwei bis drei Meter weit das Schrägdach hinunter gerutscht. Er habe sich dann reflexartig an einer Holzverstrebung festhalten können, bevor er auf das Gerüst gefallen wäre. Er habe sich dort festgehalten, sei aufgestanden und habe weiter gearbeitet. An diesem Tag habe er keine Beschwerden im Bereich der Schulter / des SC-Gelenks verspürt. Vermutlich habe er am Arm eine kleine Schürfwunde erlitten. Die Beschwerden hätten sich am 2. Juli 2014, ca. 9.30 Uhr, auf einer Baustelle in [...] bemerkbar gemacht. An der Decke seien Elektrokästen angebracht gewesen. Er habe mit einer Zange einen Nagel (vermutlich Grösse 10) herausziehen wollen. Er sei auf einem fahrbaren Gerüst gestanden. Er habe durch ein Loch hindurch hinauffassen müssen und habe den rechten Arm leicht angewinkelt nach oben gehoben. Er habe die Zange angesetzt und den Nagel nach unten ziehen wollen. Beim Versuch, den Nagel nach unten zu ziehen, habe es im Bereich des SC-Gelenks geknackt. Rund fünf Minuten später hätten sich auch Schmerzen bemerkbar gemacht. Er habe telefonisch mit dem Arzt Kontakt aufgenommen und ihn gleichentags aufgesucht, ferner habe auch eine Untersuchung im Spital [...] stattgefunden.

4.2.7 Im Bericht von Prof. Dr. med. F. ____, [...], vom 3. Oktober 2014 (Suva-Nr. I 63 S. 7 f.) wird zur Anamnese ausgeführt, der Beschwerdeführer leide unter einer Instabilität des SC-Gelenks. Diese Instabilität bestehe seit zwei Jahren. Nach einem erneuten akuten Trauma am 2. Juli 2014, wobei der Beschwerdeführer einen Sturz vom Dach durch abruptes Halten habe verhindern können (recte: dies ereignete sich am 1. Juli 2014), sei die SC-Instabilitätsproblematik im rechten SC-Gelenk schlechter geworden. Seither bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer gebe an, die ersten Beschwerden, die vor zwei Jahren begonnen hätten, stünden im Zusammenhang mit einem

Verhebetauma. Damals habe er einen schweren Schrank tragen müssen und anschliessend seien erstmalig die Instabilitätsprobleme im Bereich des SC-Gelenks links aufgetreten. In der Beurteilung legt Prof. Dr. med. F.____ dar, beim Beschwerdeführer liege eine posttraumatische Hypermobilität im SC-Gelenk rechts vor. Das primäre Trauma habe sich am 21. Dezember 2012 und ein weiteres Trauma am 2. Juli 2014 ereignet. Vor dem Ersttrauma sei der Beschwerdeführer im Bereich des Thorax und im Bereich des SC-Gelenks beschwerdefrei gewesen. Aus diesem Grund bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang mit der SC-Gelenksinstabilität rechts und den zwei genannten Traumata.

4.2.8 Dem Austrittsbericht von Prof. Dr. med. F.____, [...], vom 16. März 2015 (Suva-Nr. I 68) ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer am 12. März 2015 eine Claviculaoperation durchgeführt wurde (CARD-geplante Claviculaosteotomie rechts) und der postoperative Verlauf problemlos war. Im Operationsbericht (Suva-Nr. I 77) wird als Diagnose eine posttraumatische sternoclaviculäre Instabilität genannt, wobei die Clavicula (Schlüsselbein) bei Aussenrotation/Abduktion nach aussen springe. Im Begleitschreiben vom 15. Mai 2015 an den Vertreter des Beschwerdeführers (Suva-Nr. I 67) erklärt der Assistenzarzt Dr. med. M.____, aus den beiden Berichten sei ersichtlich, dass es sich eindeutig um eine posttraumatische sternoclaviculäre Instabilität handle.

4.2.9 Die chirurgische Beurteilung von Dr. med. G.____ vom 14./22. September 2015 enthält nach einer kurzen Darstellung der Aktenlage zunächst Ausführungen zum Sternoclaviculargelenk, dessen Position und Funktion sowie den möglichen Arten von Luxationen. In der Beurteilung legt Dr. med. G.____ dar, die Verdachtsdiagnose einer Instabilität des SC-Gelenks sei bei der Untersuchung vom 21. Dezember 2012 (vgl. E. II. 4.1.3 hiervor) gestellt worden. Laut dem Sprechstundenbericht (Suva-Nr. I 10, E. II. 4.1.4 hiervor) sei auch nach mehrmaligem Nachfragen auch zu einem früheren Zeitpunkt kein Trauma erinnerlich gewesen, welches den Schmerzen vorangegangen wäre. Die Diagnose sei auf den Magnetresonanztomogrammen vom 28. Dezember 2012 bildgebend objektiviert worden. Prof. Dr. med. K.____ habe in seinem Bericht (vgl. E. II. 4.1.8 hiervor) die Diagnose bestätigt und darauf hingewiesen, dass die Beschwerden im Bereich des SC-Gelenks erstmals im Dezember 2012, ohne auslösendes Element, aufgetreten seien. Er habe diese Pathologie explizit als kongenitale Affektion bei schwachem Bindegewebe beurteilt. Die in der späteren Stellungnahme von Dr. med. M.____ vom 15. Mai 2015 (vgl. E. II. 4.2.8 hiervor) enthaltene Aussage, es handle sich um eine posttraumatische sternoclaviculäre Instabilität, stehe der Feststellung des Schulterexperten Prof. Dr. med. K.____ diametral, aber orthopädisch und versicherungsmedizinisch substanzlos entgegen.

Beim Festhalten auf dem Schrägdach vom 1. Juli 2014 sei es nicht zu einer Luxation des bekanntermassen instabilen Sternoclaviculargelenks rechts gekommen. Eine solche Luxation und eine allfällige spontane Reposition hätten zwangsläufig vom Beschwerdeführer sofort bemerkt werden müssen, eine okkulte Luxation könne ausgeschlossen werden. Andererseits wäre eine Luxation in einem (vorliegend bekanntermassen bereits bandinstabilen) Sternoclaviculargelenk eine *conditio sine qua non* für eine weitere Bandzerreissung und/oder ■schwächung, d.h. für eine tatsächliche strukturelle Läsion im Bereich der Bänder. Es könne klinischer Erfahrung entsprechend als völlig ausgeschlossen betrachtet werden, dass eine Luxation im Sternoclaviculargelenk unbemerkt erfolge, die Reposition gleichermassen spontan und unbemerkt vor sich gehe und die betroffene Person im Anschluss daran beschwerdefrei sei und einen ganzen Tag

lang weiterarbeite. Dass Beschwerdefreiheit auch am Folgetag bis 9.30 Uhr bestanden habe, könne einerseits aus den Angaben des Beschwerdeführers direkt ersehen werden und ergebe sich zudem konkludent aus der Schilderung des komplexen Arbeitsvorgangs (durch ein Loch in die Decke greifen und mit gewinkelttem rechtem Arm einen 10er Nagel fassen und herausziehen). Eine Person mit einem seit dem Vortag tatsächlich traumatisierten SC-Gelenk habe bereits Schmerzen, wenn sie die Zange am Nagel ansetze. Die Schmerzen hätten jedoch erst fünf Minuten nach der Nagelextraktion eingesetzt. Vor diesem Hintergrund sei ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 1. Juli 2014 und der Luxation des Sternoclaviculargelenks rechts unwahrscheinlich. Die Hypermobilität des SC-Gelenks sei vorbestehend gewesen und durch das Ereignis vom 1. Juli 2014 in keiner Weise beeinflusst worden.

4.2.10 Prof. Dr. med. F.____ führt in seinem Schreiben vom 29. Oktober 2015 aus, aus seiner Sicht sei die SC-Luxation auf das Unfallereignis von 2012 zurückzuführen und habe durch das Ereignis von 2014 eine Verschlimmerung/Reaktivierung erfahren.

5.

5.1 Umstritten ist zunächst, ob sich eine Leistungspflicht im Sinne eines Rückfalls aus dem durch die Beschwerdegegnerin anerkannten Unfall aus dem Jahr 2012 ableiten lässt. Diesbezüglich ist zu beachten, dass die objektive Beweislast für das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs beim Beschwerdeführer liegt. Die Beschwerdegegnerin kann im Rückfall-Verfahren nicht bei der seinerzeitigen Anerkennung behaftet werden (vgl. E. II. 2.2 hiervor). Allenfalls kann bei der Beweiswürdigung berücksichtigt werden, dass der Beschwerdeführer angesichts der Fallanerkennung durch die Beschwerdegegnerin zunächst keinen Anlass hatte, für die Sicherung entsprechender Beweise zu sorgen. Dieser Aspekt kann je nach den konkreten Umständen gegebenenfalls zu tendenziell etwas reduzierten Anforderungen an den Beweis führen.

5.2 In den echtzeitlichen Unterlagen (vgl. E. II. 4.4.1 ■ 4.1.6 hiervor) ist zunächst von einem Bruch der ersten Rippe rechts die Rede. Ein Unfallereignis konnte nicht angegeben werden. Aufgrund der bildgebenden Aufnahmen gelangten die Ärzte zum Schluss, die Rippenfraktur müsse älteren Datums sein, da bereits deutliche Kallusreaktionen vorlägen. Weiter äusserten sie neben der Rippenfraktur den Verdacht auf eine SC-Instabilität rechts. Wie Dr. med. I.____ in seinem Bericht vom 24. Dezember 2012 (E. II. 4.1.4 hiervor) ausdrücklich festhält, konnte sich der Beschwerdeführer auch nach mehrmaligen Nachfragen nicht daran erinnern, dass er ■ auch zu einem früheren Zeitpunkt ■ ein Trauma erlitten hätte, welches den Schmerzen vorangegangen wäre. Dr. med. J.____ sprach dementsprechend in der Folge von einer atraumatischen Rippenfraktur, welche mechanisch mit der festgestellten Instabilität des SC-Gelenks zusammenhängen könnte (E. II. 4.1.6 hiervor). Prof. Dr. med. K.____, der für eine Zweitmeinung angegangen worden war, interpretierte die Symptomatik hinsichtlich des SC-Gelenks in seinem Bericht vom 28. März 2013 (E. II. 4.1.8 hiervor) als kongenitale Affektion bei schwachem Bindegewebe.

5.3 Diese echtzeitlichen Beurteilungen sprechen gegen die Annahme, es habe sich vor dem Auftreten von Beschwerden am 27. November 2012 ein Ereignis zugetragen, das als Unfall oder unfallähnliche Körperschädigung gelten könnte und die Instabilität des SC-Gelenks ausgelöst habe. Namentlich konnte sich der Beschwerdeführer gemäss dem Bericht von Dr. med. I.____ vom 24. Dezember 2012 trotz mehrmaligen Nachfragens nicht an ein Trauma erinnern. Im Bericht von Dr. med. L.____ vom 18. August 2014 (E. II. 4.2.4

hiervor) wird nunmehr erklärt, der Beschwerdeführer habe Ende 2012 «nach dem Heben eines Gegenstandes» plötzliche Schmerzen im Bereich der ersten rechten Rippe verspürt. Am 2. September 2014 sagte der Beschwerdeführer aus (Suva-Nr. I 48), er wisse zwar nicht mehr genau, was damals passiert sei, die Rippe sei jedoch beim Heben einer Last verletzt worden. Am 11. September 2014 erklärte er (Suva-Nr. I 52), die Beschwerden könnten vermutlich im November 2012 beim Heben eines Schrankes mit einem Gewicht von 100 - 150 kg, der auf einem Wagen hätte deponiert werden sollen und zu zweit habe gehoben werden müssen, aufgetreten sein, wobei er damals vermutlich schon leichte Beschwerden im Bereich der rechten Schulter verspürt habe. In der Einsprache vom 24. Oktober 2014 (Suva-Nr. I 63) wird ausgeführt, der Beschwerdeführer habe am 27. November 2012 mit einem Kollegen einen schweren Stahlschrank mit einem Gewicht von rund 100 bis 150 kg transportiert. Die beim Abkippen verspürten Schmerzen im Bereich der rechten Schulter seien nur leicht, aber zunehmend gewesen, so dass er am 3. Dezember 2012 den Hausarzt aufgesucht habe.

5.4 Wie sich aus der vorstehenden Darstellung ergibt, vermochte sich der Beschwerdeführer im Rahmen der Abklärungen, die Ende 2012 durchgeführt wurden, an keinen Vorgang zu erinnern, der als Trauma bezeichnet werden könnte. Die damals im Vordergrund stehende Rippenfraktur war gemäss den ärztlichen Beurteilungen schon älteren Datums und wurde als atraumatisch beurteilt. Die überdies zunächst als Verdacht diagnostizierte Instabilitätsproblematik des SC-Gelenks wurde ebenfalls keinem Trauma zugeordnet. Prof. Dr. med. K.____, der diese Diagnose schliesslich (nicht nur als Verdacht) stellte, hielt fest, die entsprechenden Beschwerden seien ohne auslösendes Moment entstanden, und interpretierte sie im Wesentlichen als kongenitale Affektion bei schwachem Bindegewebe.

5.5 Angesichts der rechtzeitig dokumentierten Aussagen des Beschwerdeführers und der damaligen ärztlichen Feststellungen muss davon ausgegangen werden, dass trotz ausdrücklichen, mehrmaligen Nachfragens kein Ereignis bezeichnet werden konnte, welches dem Auftreten der Beschwerden vorausgegangen wäre. Vor dem Hintergrund dieser damaligen Feststellungen ist die beinahe zwei Jahre später erstmals vorgetragene Darstellung, die Beschwerden seien im Anschluss an das Heben eines Stahlschranks entstanden, nicht geeignet nachzuweisen, dass sich Ende November 2012 ein Unfall oder eine unfallähnliche Körperschädigung ereignet hatte. Dies gilt mit Blick auf die damals getroffenen, klaren Feststellungen und den Zeitablauf, aber auch unter Berücksichtigung der Beweismaxime, wonach die sogenannten «Aussagen der ersten Stunde» in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, welche bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (vgl. BGE 121 V 45 E. 2a S. 47; Urteil des Bundesgerichts 8C_648/2013 vom 18. Februar 2014 E. 3.2). Es fällt überdies auf, dass sich auch im Zeitraum von August 2014 bis Oktober 2014 die zunächst nur vage, mit Unsicherheiten behaftete Beschreibung im weiteren Verlauf fortlaufend konkretisierte (vgl. E. II. 5.3 hiervor), was nicht mit dem üblichen Verlauf der Erinnerung übereinstimmt. Für die Beurteilung ist daher auf die Feststellungen abzustellen, welche in den Akten von Ende 2012 bis März 2013 enthalten sind. Dies führt zur Verneinung eines versicherten Ereignisses und damit eines Anspruchs unter dem Titel eines Rückfalls.

Unabhängig davon wäre das zusammen mit einem Kollegen erfolgte Transportieren eines Stahlschranks mit einem Gewicht von 100 - 150 kg, selbst wenn es als hinreichend

nachgewiesen gelten könnte, mit Blick auf den körperlich schweren Beruf als Automatik-Monteur nicht geeignet, einen Unfall in Form eines Verhebetraumas zu begründen (vgl. zur diesbezüglichen Gerichtspraxis die ausführliche Kasuistik bei Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 44 ff.). Soweit der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang eine unfallähnliche Körperschädigung geltend macht, ist darauf hinzuweisen, dass der bildgebend festgestellte Rippenbruch gemäss den ärztlichen Beurteilungen älteren Datums war, während es sich bei der hier zur Diskussion stehenden Gelenksinstabilität nicht um eine Listenerletzung (vgl. Art. 9 Abs. 2 UVV) handelt.

6. Zu prüfen bleibt, ob sich der geltend gemachte Leistungsanspruch aus den Ereignissen vom 1. und 2. Juli 2014 ergibt.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrer Beurteilung nunmehr in erster Linie auf die chirurgische Beurteilung von Dr. med. G. ___ vom 14./22. September 2015 (E. II. 4.2.9 hiervor). Wie dargelegt, sind weitere Abklärungen erforderlich, wenn mindestens relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. med. G. ___ bestehen (E. II. 3.3 hiervor). Solche Zweifel können sich entweder aus Mängeln der Stellungnahme selbst oder aus entgegenstehenden Meinungsäusserungen anderer medizinischer Fachpersonen ergeben.

6.2 Der relevante Sachverhalt ist durch die vorhandenen Unterlagen, namentlich die verschiedenen bildgebenden Aufnahmen und die übrigen medizinischen Vorakten, hinreichend dokumentiert. Der Umstand, dass Dr. med. G. ___ den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht und seine Beurteilung einzig gestützt auf die Aktenlage erstattet hat, spricht daher nicht gegen die Zuverlässigkeit seiner Einschätzung (vgl. E. II. 3.4 hiervor).

Inhaltlich hält Dr. med. G. ___ fest, ein einzelnes Ereignis könne im vorliegenden Zusammenhang nur dann eine strukturelle Läsion im Sinne einer weiteren Bandzerreissung oder ■schwächung bewirken, wenn es zu einer Luxation des Sternoclaviculargelenks gekommen sei. Eine solche Luxation und eine allfällige spontane Reposition müssten zwangsläufig sofort bemerkt werden, eine okkulte Luxation könne ausgeschlossen werden. Die Feststellung von Dr. med. G. ___, nach dem Vorfall vom 1. Juli 2014 (Abrutschen auf Schrägdach und Festhalten an Holzverstrebung, um einen Sturz auf das Gerüst zu vermeiden) seien zunächst keine spezifischen Beschwerden aufgetreten und der Beschwerdeführer habe den Rest des Tages weiterarbeiten können, entspricht den aktenkundigen Schilderungen des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 4.2.6 hiervor). Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar und plausibel, wenn Dr. med. G. ___ zum Ergebnis gelangt, das Ereignis vom 1. Juli 2014 habe nicht zu einer Luxation des Sternoclaviculargelenks geführt. Aufgrund der Aktenlage ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am 1. Juli 2014 ohne Beschwerden weiterarbeitete und solche erst auftraten, als er am nächsten Tag um ca. 9.30 Uhr, auf einem fahrbaren Gerüst stehend, versuchte, über Kopfhöhe mit einer Zange einen Nagel aus der Decke herauszuziehen. Diesem Vorgang fehlt es an der für einen Unfall vorausgesetzten Ungewöhnlichkeit, aber auch an dem für eine unfallähnliche Körperschädigung erforderlichen äusseren Faktor im Sinne eines ausserhalb des Körpers liegenden, objektiv feststellbaren, sinnfälligen und damit unfallähnlichen Ereignisses (vgl. dazu BGE 129 V 466 E. 4 S. 468 ff.).

Die Einschätzung von Dr. med. G. ___ basiert auf den vollständigen Vorakten und gelangt zu schlüssigen Ergebnissen. Diese werden, wie vorstehend dargelegt, nachvollziehbar hergeleitet und überzeugend begründet. Die Stellungnahme von Dr. med. G. ___ bildet

damit grundsätzlich eine hinreichende Grundlage für die Anspruchsbeurteilung.

6.3 Entgegen der erwähnten Beurteilung vertritt Prof. Dr. med. F.____ in seinem Bericht vom 3. Oktober 2014 (E. II. 4.2.7 hiervor), im Operationsbericht vom 12. März 2015 (E. II. 4.2.8), der als Indikation eine posttraumatische sternoclaviculäre Instabilität nennt, und auch in seinem im Beschwerdeverfahren eingereichten Schreiben vom 29. Oktober 2015 (E. II. 4.2.10 hiervor) die Auffassung, die ab 2. Juli 2014 bestehenden Beschwerden seien durch ein bei der obligatorischen Unfallversicherung versichertes Ereignis verursacht worden. Im Bericht vom 3. Oktober 2014, der die ausführlichste Stellungnahme zu dieser Frage enthält, wird erklärt, nach Angaben des Beschwerdeführers stünden die Beschwerden, die vor zwei Jahren begonnen hätten, im Zusammenhang mit einem Verhebetauma. Nach diesem Trauma habe sich am 2. Juli 2014 ein weiteres Trauma ereignet. Vor dem Ersttrauma sei der Beschwerdeführer im Bereich des Thorax und des SC-Gelenks beschwerdefrei gewesen. Aus diesem Grund bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang mit der SC-Gelenksinstabilität rechts und den zwei genannten Traumata. In seinem Brief vom 29. Oktober 2015 hält Prof. Dr. med. F.____ fest, aus seiner Sicht sei die SC-Luxation auf das Unfallereignis von 2012 zurückzuführen und habe durch das Ereignis von 2014 eine Verschlimmerung/Reaktivierung erfahren.

Diese Stellungnahmen vermögen die Beurteilung von Dr. med. G.____ nicht infrage zu stellen. Zunächst geht Prof. Dr. med. F.____ ohne weiteres von einem Verhebetauma aus, das sich im November oder Dezember 2012 ereignet habe. Ein solcher Vorfall ist jedoch, wie erwähnt, nicht hinreichend nachgewiesen. Weiter begründet er den Kausalzusammenhang einzig mit der vorher gegebenen Beschwerdefreiheit. Diese Argumentation, welche dem Grundsatz «post hoc ergo propter hoc» entspricht, reicht aber nach der Rechtsprechung nicht aus, um einen Kausalzusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_424/2016 vom 23. September 2016 E. 6.2 mit Hinweisen). Dem Bericht vom 3. Oktober 2014 (E. II. 4.2.7 hiervor) lässt sich ausserdem entnehmen, dass Prof. Dr. med. F.____ bezogen auf den 1. und 2. Juli 2014 von einem ungenau wiedergegebenen Sachverhalt ausgeht. Er berücksichtigt insbesondere nicht, dass nach dem am 1. Juli 2014 erfolgten abrupten Halten, um den Sturz auf dem Dach zu verhindern, nach Lage der Akten zunächst keine Beschwerden auftraten und der Beschwerdeführer bis zum Feierabend weiterarbeiten konnte. Diesem Umstand kommt gemäss der Beurteilung von Dr. med. G.____ entscheidende Bedeutung zu. Prof. Dr. med. F.____ geht darauf nicht ein, weil ihm diese Tatsache offenbar nicht bekannt war. Vor diesem Hintergrund sind seine Stellungnahmen auch nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. G.____ zu wecken.

Dasselbe gilt für die übrigen aktenkundigen ärztlichen Stellungnahmen: Prof. Dr. med. K.____ hält in seinem Bericht vom 28. März 2013 (E. II. 4.1.8 hiervor) fest, die Beschwerden im Bereich des SC-Gelenks seien «ohne auslösendes Element» erstmals im Dezember 2012 verspürt worden. Bezüglich des SC-Gelenks handle es sich im Wesentlichen um eine kongenitale Affektion bei schwachem Bindegewebe. Diese Beurteilung lässt sich mit derjenigen von Dr. med. G.____ vereinbaren. Dr. med. L.____ spricht in seinem Bericht vom 18. August 2014 (E. II. 4.2.4 hiervor) von einer wahrscheinlich traumatischen Luxation des Sternoclaviculargelenks rechts. Eine Begründung dieser Formulierung enthält der Bericht jedoch nicht. Wie sich dem weiteren Text entnehmen lässt, geht Dr. med. L.____ davon aus, die Beschwerden bestünden seit dem 1. Juli 2014 (was insofern unpräzise ist, als davon ausgegangen werden muss, sie seien erst

einen Tag später aufgetreten) und es habe bereits vorgängig eine Instabilität in diesem Gelenk bestanden. Eine Aussage, welche geeignet wäre, die Beurteilung von Dr. med. G.____ infrage zu stellen, ergibt sich daraus ebenfalls nicht.

6.5 Zusammenfassend vermögen die übrigen Akten die beweismässigen Ausführungen von Dr. med. G.____ nicht zu erschüttern und keine auch nur geringen Zweifel an dessen Beurteilung hervorzurufen. Auf diese ist abzustellen. Dementsprechend besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Beschwerdegegnerin für die Ereignisse vom

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