



**Fall-Nr.:** UV 2014/40  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 11.02.2016  
**Entscheiddatum:** 11.02.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 11.02.2016**

**Art. 6 UVG: Erreichen des Status quo sine vel ante in Bezug auf die Verletzungsfolgen eines ersten Unfalls. Rückweisung zur weiteren Abklärung betreffend eines zweiten, späteren Unfallereignisses. Art. 128 UVV: Verneinung eines in dieser Verordnungsbestimmung geregelten Sachverhalts in Bezug auf einen zweiten Unfall (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Februar 2016, UV 2014/40). Entscheid vom 11. Februar 2016**

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

UV 2014/40

Parteien

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwältin Colette Lehmann, MLaw,  
roos-niedermann Rechtsanwälte, Postgasse 5, Postfach 248, 9620 Lichtensteig,

gegen



**Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva)**, Fluhmattstrasse 1, Postfach  
4358, 6002 Luzern,

### **Beschwerdegegnerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Stefan Mattmann, Egli Mattmann Hehli  
Rechtsanwälte, Murbacherstrasse 3, 6003 Luzern,

Gegenstand

### **Versicherungsleistungen**

#### **Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war als Geschäftsführer der B.\_\_\_\_ AG bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 3. November 2012 mit dem Motorrad auf einem Parkplatz stehend nach rechts umkippte und sich dabei den rechten Fuss zwischen dem Fussraster und der Strasse einklemmte. Er hatte noch versucht, den Sturz aufzufangen, fiel jedoch auf den ausgestreckten Arm (Suva-act. I/1 und I/25). Wegen Schmerzen im rechten Fuss begab sich der Versicherte darauf im Spital C.\_\_\_\_ in Behandlung. Die dort am 13. November 2012 und 4. Februar 2013 durchgeführten radiologischen Untersuchungen des rechten Fusses brachten keine Frakturen zur Darstellung, hingegen eine Metatarsophalangealgelenksarthrose Dig I mit Subluxationsstellung bei Hallux valgus (Suva-act. I/20, I/21). Gestützt auf dieses Untersuchungsergebnis diagnostizierte der behandelnde Arzt des Spitals C.\_\_\_\_ im Arzteugnis UVG vom 11. April 2013 eine Fusskontusion rechts. Die Behandlung war am 4. Februar 2013 abgeschlossen worden (Suva-act. I/18). Eine Arbeitsunfähigkeit hatte vom 3. bis 19. November 2012 bestanden (Suva-act. I/1). Die Suva erbrachte für das Ereignis vom 3. November 2012 die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen; Suva-act. I/2, I/3).

A.b Am 26. März 2013 meldete die Arbeitgeberin des Versicherten der Suva einen Rückfall zum Unfall vom 3. November 2012 mit dem Vermerk, die rechte Schulter sei



betroffen (Suva-act. I/6). Der Versicherte hatte am 21. März 2013 Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, konsultiert, welche nach einer klinischen und röntgenologischen Untersuchung einen Senk-, Spreizfuss beidseits, einen Status nach Vorfusskontusion rechts November 2011 und eine Metatarsalgie MTP II, III rechts mit kontrakter Hammerzehenbildung Dig II rechts diagnostiziert hatte. Der Versicherte hatte Dr. D.\_\_\_\_ auch die rechte Schulter präsentiert und angegeben, dass diese beim Sturz mit dem Motorrad ebenfalls verletzt worden sei. Die Probleme bestünden in der Flexions-/Elevationsschmerzhaftigkeit sowie in Nachtschmerzen beim Liegen auf der rechten Seite (Suva-act. I/16). Dr. D.\_\_\_\_ hatte hierauf eine MRI-Untersuchung des rechten Schultergelenks in der E.\_\_\_\_ AG veranlasst, welche am 25. März 2013 durchgeführt worden war. Dabei hatte sich eine gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne und fortgeschrittene Insertionstendinose der Infraspinatussehne, ohne Nachweis einer fettigen Muskelatrophie, eine Partialruptur der Subscapularissehne, eine SLAP-Läsion mit Verdacht auf eine Partialruptur der inserierenden Bizepssehne sowie eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose gezeigt (Suva-act. I/22). Ebenfalls am 25. März 2013 hatte der Versicherte Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, aufgesucht, der in seinem Bericht vom 2. April 2013 festgehalten hatte, dass der Versicherte vorläufig keine Operation wünsche, weshalb er ihm nun eine Physiotherapie verordne (vgl. Suva-act. I/14). Dr. F.\_\_\_\_ hatte dem Versicherten vom 25. März bis 24. April 2013 und vom 15. Mai bis 12. Juni 2013 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit und ab 13. Juni 2013 eine solche von 50% attestiert (Suva-act. I/5, I/32, I/41 f.).

A.c Nach Einholung einer Kausalitätsbeurteilung bei ihrem Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, MAS Versicherungsmedizin, vom 7. Mai 2013 betreffend die geltend gemachten Beschwerden an der rechten Schulter sowie die immer noch bestehenden Beschwerden am rechten Fuss (Suva-act. I/28), teilte die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 21. Mai 2013 mit, dass aufgrund der medizinischen Unterlagen kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 3. November 2012 und den am 25. März 2013 gemeldeten Beschwerden am rechten Fuss und der rechten Schulter bestehe. Die Suva sei demzufolge nicht leistungspflichtig und könne keine Versicherungsleistungen erbringen (Suva-act. I/31). Mit Verfügung vom 28. Mai 2013 hielt die Suva an ihrer Leistungsablehnung fest (Suva-act. I/34).



## St.Galler Gerichte

A.d Mit Eingaben vom 29. Mai und 13. Juni 2013 erhoben der Versicherte und die EGK-Gesundheitskasse (nachfolgend: EGK) als dessen Krankenversicherer Einsprache gegen die Verfügung (Suva-act. I/36, I/38, I/51). In der Einsprachebegründung vom 11. Juni 2013 wies die EGK darauf hin, dass die Suva das Ereignis vom 3. November 2012 als Unfall anerkannt habe, es um eine Fusskontusion rechts und eine Schulterstauchung rechts nach Sturz gehe und somit von einer vorübergehenden Verschlimmerung auszugehen sei, weshalb die Suva die Heilbehandlungskosten für eine gewisse Zeit zu übernehmen habe (Suva-act. I/38). Mit Schreiben vom 18. Juni 2013 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass sie die Verfügung vom 28. Mai 2013 zurücknehme. Sie stimme der Betrachtungsweise der EGK zu und sei bereit, die Heilbehandlungskosten noch für eine gewisse Zeit zu übernehmen. Man habe sich auf 3-4 Monate geeinigt. Bis Ende Juli 2013 würden demzufolge Taggelder und Heilkostenleistungen erbracht. Ab 1. August 2013 würden die Leistungen eingestellt (Suva-act. I/45; vgl. dazu Suva-act. I/47, I/48).

A.e Inzwischen hatte am 12. Juni 2013 in der E.\_\_\_\_ AG eine weitere MRI-Untersuchung des rechten Vorfusses stattgefunden (Suva-act. I/54). Am 21. Oktober 2013 wurde beim Versicherten bei der Diagnose Metatarsus primus varus mit subluxiertem Hallux valgus rechts bei posttraumatischer Läsion der plantaren Platte MTP II und III mit dorsal subluxierter Hammerzehe II rechts eine proximale Open-Wedge-Osteotomie MT I mit Spongiosaplastik und MIS-Korrektur Hallux rechts, eine Plantar-Plate-Repair MTP II mit Maceira-Osteotomie Metatarsale II und minimal-invasiver Osteotomie der distalen Metatarsale III rechts sowie eine MIS-Hammerzehenkorrektur II rechts im Paracelsus-Spital durchgeführt (Suva-act. I/60, I/61).

A.f Am 22. Oktober 2013 wurde der Suva von der Arbeitgeberin des Versicherten ein neues Unfallereignis vom 6. Oktober 2013 gemeldet, bei welchem der Versicherte über einen Bootsstegrand getreten sei und sich das rechte Knie verdreht habe (Suva-act. II/2). Die Erstbehandlung fand ebenfalls am 22. Oktober 2013 im Paracelsus-Spital statt. Der dort behandelnde Arzt diagnostizierte im Arzzeugnis UVG vom 6. November 2013 nach Durchführung einer MRT-Untersuchung des rechten Kniegelenks im Rodiag Diagnostic Center H.\_\_\_\_ (Suva-act. II/12) eine traumatisierte Gonarthrose (Suva-act. II/10).



## St.Galler Gerichte

A.g In einer Stellungnahme vom 8. November 2013 hielt med. pract. I.\_\_\_\_, Kreisärztin der Suva, betreffend den rechten Fuss des Versicherten unter Kenntnisnahme des Operationsberichts vom 23. Oktober 2013 (Suva-act. I/61) an der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ vom 7. Mai 2013 (Suva-act. I/28) fest. Demgemäss seien die Beschwerden am rechten Fuss nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Unfallfolge zu betrachten (Suva-act. I/62). Die Suva teilte darauf dem Versicherten mit Schreiben vom 21. November 2013 mit, dass keine Unfallfolgen mehr vorherrschen würden. Es könnten somit keine Leistungen im vorliegenden Schadenfall mehr übernommen werden und es werde auf das Schreiben vom 18. Juni 2013 verwiesen (Suva-act. I/45), worin festgehalten worden sei, dass ihre Leistungen ab 1. August 2013 eingestellt würden (Suva-act. I/64).

A.h Nachdem der Versicherte anlässlich einer Besprechung vom 13. Januar 2014 gegenüber der Suva eingewendet hatte, dass die Verfügung vom 28. Mai 2013 nach der dagegen erhobenen Einsprache vom 13. Juni 2013 zurückgezogen worden sei und man mitgeteilt habe, ab welchem Datum keine Leistungen mehr erbracht würden, diesbezüglich jedoch keine anfechtbare Verfügung erfolgt sei (Suva-act. I/67), erliess die Suva am 16. Januar 2014 eine formelle Verfügung. Zwischen den am 25. März 2013 als Rückfall gemeldeten Beschwerden am rechten Fuss und an der rechten Schulter und dem Ereignis vom 3. November 2012 bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang. Die Suva habe bis 31. Juli 2013 Leistungen erbracht. Ab 1. August 2013 sei jedoch die Krankenkasse für die Fuss- und Schulterschmerzen zuständig. Beim Unfall vom 6. Oktober 2013 habe sich der Versicherte das rechte Knie verletzt. Einen Arzt habe er deswegen aber nicht aufgesucht. Für die erst anschliessend an die Fussoperation vom 21. Oktober 2013 erfolgte Heilbehandlung des rechten Knies vom 22. Oktober 2013 sei die Suva zuständig. Da der Versicherte jedoch wegen der krankheitsbedingten Fussoperation voll arbeitsunfähig sei, erbringe die Suva keine Taggelder (Suva-act. I/69).

B.

B.a Gegen diese Verfügung erhob Rechtsanwältin MLaw C. Lehmann, Lichtensteig, für den Versicherten unter Beilage einer von Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin,



erstellten Zusammenfassung der Krankengeschichte des Versicherten von 1999 bis 2014 am 17. Februar 2014 Einsprache (Suva-act. I/74/1-11, I/74/16-17).

B.b Im Rahmen des Einspracheverfahrens legte die Suva den Schadenfall nochmals Dr. G. \_\_\_ zur Beurteilung der Rückfallkausalität vor (Suva-act. I/77). Nach Eingang der kreisärztlichen Beurteilung vom 17. März 2014 (Suva-act. 78) wies die Suva unter Bezugnahme auf dieselbe die Einsprache des Versicherten mit Einspracheentscheid vom 24. April 2014 ab (Suva-act. I/80).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch seine Rechtsvertreterin mit Eingabe vom 26. Mai 2014 Beschwerde erheben. Darin wird beantragt, der Einspracheentscheid vom 24. April 2014 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei ab 1. August 2013 weiterhin ein Taggeld aus der Unfallversicherung zuzusprechen. Eventualiter sei ein objektives und neutrales medizinisches Gutachten erstellen zu lassen. Gestützt auf das Gutachten sei dem Beschwerdeführer ab 1. August 2013 weiterhin ein Taggeld aus der Unfallversicherung auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 30. Juli 2014 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), vertreten durch Rechtsanwalt Dr. St. Mattmann, Luzern, Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheids vom 24. April 2014 und der Verfügung vom 16. Januar 2014 (act. G 5).

C.c In der Replik vom 15. September 2014 hielt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers an ihren Anträgen unverändert fest (act. G 7).

C.d Mit Duplik vom 1. Oktober 2014 hielt der Rechtsvertreter der Beschwerdegegnerin seinerseits an seinem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (act. G 9).

C.e Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.



### Erwägungen

1.

Zunächst ist die Rüge der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zu prüfen, die Beschwerdegegnerin habe mit Bezug auf ihre Verfügung vom 16. Januar 2014 ihre Begründungspflicht gemäss Art. 49 Abs. 3 Satz 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) verletzt. Die Pflicht eines Versicherungsträgers, seine Verfügung (Art. 49 Abs. 1 ATSG) zu begründen, folgt aus dem Anspruch der versicherten Person auf rechtliches Gehör gemäss Art. 42 ATSG (vgl. dazu Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 31 zu Art. 42). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers verkennt jedoch, dass der Anfechtungsgegenstand des vorliegenden gerichtlichen Beschwerdeverfahrens allein der Einspracheentscheid vom 24. April 2014 (Suva-act. I/80) bildet (Kieser, a.a.O., N 3 zu Art. 56), wie dies aus Art. 56 Abs. 1 ATSG unmissverständlich hervorgeht. Das dem vorliegenden Beschwerdeverfahren vorangegangene Verwaltungsverfahren bildete das Einspracheverfahren nach Art. 52 ATSG, welches mit dem Einspracheentscheid abgeschlossen wurde. Der Einspracheentscheid tritt dabei an die Stelle der vorgängig erlassenen Verfügung, und zwar auch dann, wenn diese mit dem Einspracheentscheid bloss bestätigt wird (Kieser, a.a.O., N 60 zu Art. 52). Die vorstehenden Darlegungen haben zur Folge, dass im vorliegenden Beschwerdeverfahren ein allfälliger Begründungsmangel hinsichtlich der Verfügung vom 16. Januar 2014 nicht mehr zu prüfen ist. Die Rechtsfrage der rechtsgenügenden Begründung stellt sich hingegen gleich betreffend den angefochtenen Einspracheentscheid vom 24. April 2014 (vgl. dazu Art. 52 Abs. 2 ATSG). Eine Verletzung der Begründungspflicht wird diesbezüglich von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zu Recht nicht geltend gemacht. Der fragliche Entscheid verweist zunächst auf die von der Beschwerdegegnerin angewendeten Gesetzesbestimmungen. Weiter führte die Beschwerdegegnerin die Grundlagen bzw. Inhalte der verschiedenen medizinischen Akten - insbesondere die kreisärztliche Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ vom 17. März 2014 (Suva-act. I/78) - an, anhand derer sie eine Verneinung ihrer Leistungspflicht per 31. Juli 2013 als gegeben betrachtete und fügte hierzu ihre rechtlichen Überlegungen hinreichend an.

2.



Im Rahmen der nachfolgenden materiell-rechtlichen Erwägungen gilt es den dem Entscheid der Beschwerdegegnerin zugrunde gelegten Sachverhalt auf seine überwiegende Wahrscheinlichkeit zu überprüfen.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Die Beschwerdegegnerin legte die sich aus Art. 6 Abs. 1 UVG ergebende Voraussetzung für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers - das Vorliegen eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen) - zutreffend dar. Darauf ist zu verweisen. Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht bisweilen 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 und 3.2 sowie in BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2 des Urteils des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C\_216/2009, je mit Hinweisen, BGE 123 III 110; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 118 V 291 f. E. 3a; vgl. BGE 117 V 365 unten E. 5d/bb, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; SVR 2000 Nr. 14 S. 45).

2.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte oder Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls



Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 352 E. 3a und 122 V 160 E. 1c; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f. E. 1b).

2.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht (mehr) die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen).

2.4 Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, wobei Rückfälle und Spätfolgen besondere revisionsrechtliche Tatbestände im Sinn von Art. 22 UVG darstellen (vgl. BGE 118 V 293; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326). Praxisgemäss liegt ein Rückfall vor, wenn ein vermeintlich geheiltes Leiden wieder aufflackert, so dass es erneut zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise zu einer Arbeitsunfähigkeit kommt. Dagegen spricht man von Spätfolgen, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlauf längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung wiederum ein natürlicher und adäquater



Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c mit Hinweis; RKUV 1994 Nr. U 206 S.327 f. E. 2).

2.5 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Beim Nachweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens handelt es sich um eine leistungsaufhebende Tatfrage. Die entsprechende Beweislast liegt hier – anders als bei der Frage, ob im Grundfall oder auch bei Rückfällen ein (erneuter) leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen; Alexandra Rumo-Jungo/ André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/ Basel/Genf 2012, S. 4, 79).

3.

3.1 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers macht in der Beschwerde vom 26. Mai 2014 (Ziff. 23 f.) zunächst geltend, die Beschwerdegegnerin sei im konkreten Fall zu Unrecht von einem Rückfall ausgegangen. Der Beschwerdeführer habe seit dem Unfall vom 3. November 2012 kontinuierlich an Beschwerden am rechten Fuss und an der rechten Schulter gelitten, habe aber insbesondere letzterem zu wenig Aufmerksamkeit beigemessen.

3.2 Die Beschwerdegegnerin hat unbestrittenermassen die Leistungspflicht für das Unfallereignis vom 3. November 2012 anerkannt und hat für die echtzeitlichen



Heilbehandlungen des rechten Fusses im Paracelsus-Spital inklusive die dortigen radiologischen Abklärungen sowie die vom 3. bis 19. November 2012 dauernde Arbeitsunfähigkeit bis 31. Juli 2013 Leistungen (Kostenvergütungen für Heilbehandlung, Taggelder) erbracht (vgl. Suva-act. I/1, I/2, I/3, I/18, I/20, I/21). Offensichtlich im Februar 2013 wurden die Versicherungsleistungen infolge Abschlusses der Fussbehandlung eingestellt bzw. wurde der Schadenfall abgeschlossen (vgl. Suva-act. I/18). Nach Lage der Akten erging jedoch keine schriftliche Mitteilung im Sinn von Art. 51 Abs. 2 ATSG oder eine schriftliche Verfügung (Art. 49 Abs. 1 ATSG). Grundsätzlich wurde damit kein rechtskonformer Abschluss des Grundfalls vorgenommen (vgl. BGE 132 V 412 und 134 V 145). Die dargelegte Sachlage spricht für einen fortdauernden Grundfall. Bis zur nächsten ärztlichen Behandlung bei Dr. D.\_\_\_\_ am 21. März 2013 (Suva-act. I/16) und zu der als Rückfall zum Unfall vom 3. November 2012 bezeichneten Schadensmeldung vom 26. März 2013 (Suva-act. I/6) vergingen sodann maximal rund zwei Monate. Auch dieser zeitliche Ablauf lässt es nicht als gerechtfertigt erscheinen, von einem Rückfall auszugehen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 26. September 2008, 8C\_102/2008, E. 4.1; vgl. ferner Franz Schlauri, Verfahrensfragen in der Sozialversicherung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse, Band 40, S. 57). Hinsichtlich der erstmals mit der Rückfallmeldung vom 26. März 2013 mitgeteilten und ebenfalls auf den Unfall vom 3. November 2012 zurückgeführten Schulterbeschwerden rechts fällt ein Rückfall ohnehin ausser Betracht.

3.3 Entscheidend ist aber letztlich, dass der Einspracheentscheid vom 24. April 2014 (Suva-act. I/80) den Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet. Diesem liegt die Verfügung vom 16. Januar 2014 zu Grunde (Suva-act. I/69). Nachdem die Beschwerdegegnerin mit der früheren Verfügung vom 28. Mai 2013 ihre Leistungspflicht für die als Rückfall bezeichnete Schadensmeldung vom 26. März 2013 grundsätzlich abgelehnt hatte (Suva-act. I/34), anerkannte sie nun mit der Verfügung vom 16. Januar 2014 ihre Leistungspflicht für die Fuss- und Schulterproblematik rechts und sprach dem Beschwerdeführer sowohl für die (weitere) Heilbehandlung des rechten Fusses als auch diejenige der rechten Schulter für eine erste Phase, d.h. bis 31. Juli 2013, Versicherungsleistungen zu. Per 1. August 2013 erklärte sie schliesslich die Einstellung ihrer Versicherungsleistungen bzw. die Zuständigkeit des



Krankenversicherers (Suva-act. I/45; vgl. dazu auch I/47, I/48). Angesichts dieser Sachlage ist davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin einen weiteren Leistungsanspruch des Beschwerdeführers ab dem 1. August 2013 unter dem Aspekt eines möglicherweise fortdauernden Grundfalls prüfte. Der wiederholt in den Akten und von der Beschwerdegegnerin verwendete Begriff Rückfall, vermag daran nichts zu ändern. Die Beweislast für das überwiegend wahrscheinliche Dahinfallen der Unfallkausalität bezüglich der Fuss- und Schulterbeschwerden rechts hat damit, wie bereits erwähnt (vgl. Erwägung 2.5), die Beschwerdegegnerin zu tragen. Sie bzw. ihr Rechtsvertreter liessen denn auch in ihren Rechtsschriften nichts gegen diese Betrachtungsweise verlauten. Zu ergänzen ist, dass sich die Frage, wer die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit zu tragen hat, eigentlich erst stellt, wenn es sich als unmöglich erweisen sollte, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Wie zu zeigen sein wird, trifft dies vorliegend nicht zu.

4.

4.1 Streitig und zu prüfen ist also zunächst, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht bezüglich der Fussbeschwerden rechts mangels (natürlichem) Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 3. November 2012 mit Wirkung ab 1. August 2013 und damit insbesondere für die Fussoperation vom 21. Oktober 2013 (Suva-act. I/60, I/61) sowie die danach bescheinigte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. dazu Suva-act. I/65, I/66) keine Versicherungsleistungen mehr erbracht hat.

4.2 Die Einstellung der Versicherungsleistungen ist insbesondere gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ vom 17. März 2014 (Suva-act. I/78) erfolgt. Dieser hält fest, dass der rechte Fuss des Beschwerdeführers am 3. November 2012 eingequetscht worden sei, eine Fraktur jedoch radiologisch habe ausgeschlossen werden können. Klinisch bestehe beim Beschwerdeführer eine ausgeprägte Fussdeformität mit Senk-/Spreizfuss. Aufgrund dieser Fusskonfiguration komme es epidemologisch gehäuft zu Hallux valgus-Deformitäten. Auch Kontraktionen im Bereich der Zehen mit Entwicklung von Hammerzehen seien infolge des Spreizfusses zu



begründen. Eine Zunahme der degenerativen Veränderungen habe radiologisch im Bereich der Zehen ausgeschlossen werden können und es sei von einer Kontusion auszugehen, welche im Regelfall innerhalb von wenigen Wochen vollständig abheile. Die Ausbildung des Hallux valgus und ebenso der Hammerzehe Dig II könne höchstens möglicherweise durch die Kontusion begründet sein. Der Umstand, dass Dr. G.\_\_\_\_ seine Beurteilung ausschliesslich aufgrund der Akten abgegeben und den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht hat, steht deren Beweiswert grundsätzlich für sich allein nicht entgegen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 18. Juni 2014, 9C\_196/2014, E. 5.1.1; PVG 1996, 267 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 E. 5b). Der Kreisarzt legte dazu die Anamnese ("aktenmässiger Verlauf") bzw. die Ergebnisse der im konkreten Fall von anderen Ärzten durchgeführten Untersuchungen lückenlos dar.

4.3 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Als objektiviert gilt eine solche Läsion, wenn sie durch einen entsprechenden radiologischen Untersuchungsbefund (Röntgen, Computertomographie, MRI) erhoben wird (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C\_806/2007, E. 8.2, mit Hinweisen). Beim Beschwerdeführer zeigten sich nach dem Unfall vom 3. November 2012 am rechten Fuss - am 4. Februar und 21. März 2013 durch Dr. D.\_\_\_\_ und den untersuchenden Arzt des Spital C.\_\_\_\_ klinisch und/oder radiologisch erhoben - eine deutliche Hallux valgus-Stellung mit einem Intermetatarsalwinkel zwischen dem I. und II. Strahl von 18° mit einer sichtbar beginnenden Metatarsophalangealgelenksarthrose Dig I (Arthrose des Grosszehengrundgelenks) mit Subluxationsstellung sowie eine Beugestellung des PIP- und DIP-Gelenks des Dig II im Sinne einer kontrakten Hammerzehenbildung. Eine Fraktur konnte nicht nachgewiesen werden. Klinisch diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_ ausserdem einen Senk-/Spreizfuss beidseits, rechts deutlich (vgl. Suva-act. I/16, I/20). Anlässlich einer MRI-Untersuchung des rechten Vorfusses vom 12. Juni 2013 in der E.\_\_\_\_ AG zeigte sich eine aktivierte Metatarsophalangealgelenksarthrose Dig I mit langstreckig aufgebrauchtem Knorpelbelag, osteophytären Randkantenausziehungen sowie subcorticalen Reaktionszonen sowie eine Hammerzehenfehlstellung Dig II und Dig III ohne Nachweis einer ossären Läsion, jedoch bei jeweils rupturierter plantarer Platte (Suva-act. I/54). Am 21. Oktober 2013 erfolgte im Spital C.\_\_\_\_ bei den Diagnosen



Metatarsus primus varus mit subluxiertem Hallux valgus rechts und posttraumatischer Läsion der plantaren Platte MTP-II und III mit dorsal subluxierter Hammerzehe II rechts die im Sachverhalt (Bstb. A.f.) angeführte Operation (Suva-act. I/60, I/61). Während die Beschwerdegegnerin bzw. Dr. G.\_\_\_\_ die Ausbildung des Hallux valgus und der Hammerzehen nicht überwiegend wahrscheinlich durch die Kontusion anlässlich des Unfallereignisses und damit rein krankheitsbedingt sehen, stellt sich die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers auf den Standpunkt, der Sturz mit dem Motorrad habe die Ruptur der plantaren Platten MTP II und III zur Folge gehabt, welche wiederum die genannten Deformitäten bewirkt habe.

4.4 Die plantaren Plattenrupturen zeigten sich erstmals im MRI vom 12. Juni 2013 (Suva-act. I/54). Zuvor wurden beim Beschwerdeführer jedoch radiologisch und/oder klinisch die Hammerzehenfehlstellungen, die MTP-Gelenksarthrose bei Hallux valgus sowie der Senk-/Spreizfuss beidseits erhoben. Laut der medizinischen Literatur können die genannten Gesundheitsschäden grundsätzlich als Folge eines Traumas (unter Umständen miteinander verbunden) auftreten, dies jedoch höchstens sekundär, d.h. als (Spät-)Folge einer primären Verletzung, beispielsweise einer Fraktur oder Ruptur (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 580 f., 1146 f. 1148, 1156, 1169, 1176, 1183 ff.; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl. Berlin 2012, S. 172). Typisch sind aber - wie von Dr. G.\_\_\_\_ festgehalten - der Hallux valgus, die Hammerzehe sowie die Arthrose als Begleit- bzw. Folgeerscheinungen eines Spreiz-/Senkfusses. Epidemiologisch untersucht können sie auch einzeln angeboren oder erworben sein (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 1146, 1150, 1157 ff., 1169; Pschyrembel, a.a.O., S. 833, 837; Leitlinie der Orthopädie, Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, 2. Erweiterte Aufl. Köln 2002, S. 65). Vorliegend liess sich radiologisch keine primäre Unfallverletzung, insbesondere keine Fraktur, ausweisen (vgl. Suva-act. 20). Die auf dem Röntgenbild des Spitals C.\_\_\_\_ vom 13. November 2012 (Suva-act. I/21) erkennbare Aufhellungslinie (vgl. dazu auch Suva-act. I/16) liess sich nachfolgend am 4. Februar 2013 nicht als Fraktur bestätigen (vgl. Suva-act. I/20). Damit entfällt auch ein Hinweis für sekundäre traumatische Gesundheitsschäden. Dass sich aufgrund einer blossen örtlich begrenzten Kontusion innerhalb weniger Monate die sich nun über verschiedene Stellen ausweitende komplexe Beeinträchtigung des rechten Vorfusses des Beschwerdeführers entwickeln könnte, ist - wie von Dr. G.\_\_\_\_



überzeugend festgestellt - lediglich möglich. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass im Zeitpunkt des Unfalls bereits ein umfassender Vorzustand vorlag. Diese Beurteilung vermag auch die von Dr. J.\_\_\_\_ am 14. Februar 2014 für den Zeitraum von 1999 bis 2014 zusammengefasste Krankengeschichte nicht in Frage zu stellen (act. G 1.5). Eine Degeneration ist im Gegensatz zu einem akuten Trauma ein fortschreitender Prozess. Sie beginnt unbedeutend und nimmt im Verlauf im Schweregrad zu. Entsprechend kann sie zunächst ohne weiteres symptomlos oder unmerklich schleichend verlaufen, aber auch unvermittelt und schlagartig kompliziert werden, beispielsweise eben ausgelöst durch ein Trauma (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 586, 878). Dass also in der Krankengeschichte erstmals im März 2013 von Fusschmerzen die Rede ist, ist mithin nicht auffällig. Die Aussage der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 26. Mai 2014 (act. G 1, Ziff. 29), der Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 22. März 2013 weise eine arthrosefreie Situation aus, entspricht im Übrigen nicht den Fakten. Der darin dargelegte Röntgenbefund nennt eine beginnende Arthrose des Grosszehengrundgelenks (Suva-act. I/16, vgl. auch Suva-act. I/20). Der Beschwerdeführer leidet ausserdem beidseitig an einem Spreiz-/Senkfuss, was auf eine grundsätzlich gegebene statische Fussinsuffizienz hinweist und eine traumatische Verursachung nur auf der rechten Seite unwahrscheinlich erscheinen lässt. Die verschiedenen Gesundheitsschäden des Beschwerdeführers im rechten Vorfuss vermögen insgesamt eine zusammenhängende pathologische Kausalkette zu bilden, welche - wie bereits erwähnt - auch der medizinischen Literatur zu entnehmen und grundsätzlich ohne Erwägung einer zusätzlichen kausalen Bedeutung des Unfallereignisses vom 3. November 2012 ohne weiteres nachvollziehbar ist. In diesem Sinn hielt Dr. G.\_\_\_\_ bereits in seiner Beurteilung vom 7. Mai 2013 fest, dass der beim Beschwerdeführer beschriebene Spreizfuss mit Hallux valgus die Ausbildung einer Hammerzehe ausreichend erklären könne (Suva-act. I/28). Fehlstellungen von Zehen können schliesslich zu Rupturen der plantaren Platten führen (Dr. med. A. Lanz/Dr. med. P. Rippstein, Vorfusschirurgie bei Rheumatoider Arthritis, in: Der informierte Arzt\_04\_2014, abrufbar unter [www.tellmed.ch/include\\_php/previewdoc.php?file\\_id=12456](http://www.tellmed.ch/include_php/previewdoc.php?file_id=12456)). Auch diese lassen sich also in die dargelegte Kausalkette einreihen. Eine unfallbedingte Ruptur ist mithin nicht überwiegend wahrscheinlich.



4.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in Bezug auf die in den Erwägungen 4.3 f. diskutierten Gesundheitsschäden nicht von beim Unfallereignis vom 3. November 2012 neu erlittenen, strukturellen Unfallverletzungen, sondern von Vorzuständen bzw. von unfallfremden Gesundheitsschädigungen auszugehen ist.

4.6

4.6.1 Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht medizinischerseits fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). Die lediglich vorübergehende unfallbedingte Verschlimmerung eines Vorzustandes basiert auf dem Wissen, dass es im Unfallversicherungsrecht Fälle gibt, bei denen die Unfallfolgen bzw. deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie konkret beschrieben werden können. Dennoch wird bei einem geeigneten bzw. adäquaten Ereignis in einer ersten Phase von einer schädigenden Wirkung des Ereignisses (Unfall) auf den Körper ausgegangen, die in der Folge aufgetretenen bzw. ausgelösten Beschwerden werden nach einem bestimmten Zeitraum - trotz ihres möglichen Fortdauerns - aufgrund einer medizinischen Erfahrungstatsache aber nicht mehr dem Unfall angelastet. Die Unfallversicherung übernimmt in diesen Fällen nur den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, d.h. sie hat bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C\_423/2012, E. 5.3, vom 9. Januar 2012, 8C\_601/2011, E. 3.2, und vom 24. Juni 2008, 8C\_326/2008, E. 3.2 und 4; Urteil des EVG vom 14. März 2000, U 266/99, E. 1; vgl. auch Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 f.).

4.6.2 Eine richtunggebende Verschlimmerung der vorbestehenden Fussituation, die eine Leistungseinstellung im Sinn der vorstehenden Erwägung ausschliessen würde, wurde von Dr. G.\_\_\_\_ deshalb nicht als gegeben erachtet, weil ein Vergleich der Röntgenbilder vom 13. November 2012 (Suva-act. I/21) und vom 4. Februar 2013 (Suva-act. I/20) keine Zunahme des krankheits- bzw. degenerativbedingten Vorzustandes zeigte. Es erscheint jedoch naheliegend, dass sich eine richtunggebende Verschlimmerung gegenüber einer vorübergehenden Verschlimmerung eines



Vorzustandes insbesondere röntgenologisch und von der altersüblichen Progression abhebend zeigen müsste. In Frage kommt damit nur eine ausheilende Traumatisierung mit vorübergehenden kausalen Beschwerden. Gemäss Arzteugnis des Spitals C.\_\_\_\_ vom 11. April 2013 erlitt der Beschwerdeführer am 3. November 2012 eine Fusskontusion rechts (Suva-act. I/18). Es ist eine medizinische Erfahrungstatsache, dass Weichteilverletzungen, wie beispielsweise Prellungen, Verstauchungen oder Zerrungen, ohne strukturelle Schädigung der Gelenke, Muskeln, Sehnen, Bänder und Knochen in der Regel innert weniger Wochen bis Monate folgenlos ausheilen und sich die damit verbundenen Schmerzen gänzlich zurückbilden (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 412). Diese Erfahrungstatsache darf im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden. Dies hat insbesondere für den Nachweis des Status quo sine zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (vgl. dazu Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Auch Dr. G.\_\_\_\_ verweist in seiner Beurteilung auf die im Regelfall innert weniger Wochen eintretende Heilung. Angesichts des Gesagten darf der von der Beschwerdegegnerin auf den 31. Juli 2013 festgelegte Status quo sine vel ante rund 9 Monate nach dem Unfall als angemessen betrachtet werden. Allein der Umstand, dass eine versicherte Person nach einem Unfallereignis fortdauernde Beschwerden beklagt, begründet keine andauernde Leistungspflicht des Unfallversicherers. Dies umso weniger, als - wie im konkreten Fall - ein krankheits- bzw. degenerativbedingter Vorzustand gegeben ist, der schon für sich allein Schmerzen verursachen kann. Der Übergang von der Leistungspflicht des Unfallversicherers zu deren Entfallen bei Erreichen des Status quo sine vel ante ist zwangsläufig immer fliessend. Mit Blick auf das Gesagte überzeugt die Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_, wonach die Unfallfolgen trotz fortdauernder Beschwerden dahingefallen sind. Sie basiert auf den im Rahmen der Kausalitätsfrage richtungsweisenden Beurteilungskriterien - nämlich der zeitnah gestellten Unfalldiagnose (Kontusion) als massgebendem Ausgangspunkt für traumatische Folgeschäden, den Ergebnissen radiologischer Untersuchungen betreffend Vorliegen unfallkausaler somatischer Befunde im Sinn struktureller Veränderungen sowie dem Vorliegen von Vorzuständen - und findet sowohl in der Erfahrungsmedizin als auch in der konkreten Anamnese eine eindeutige Stütze. Anhaltspunkte, die geeignet wären, Zweifel daran zu begründen,



sind keine zu erkennen, womit seiner Einschätzung hinsichtlich der Fussproblematik volle Beweiskraft zukommt.

4.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bezüglich des rechten Fusses per 31. Juli 2013 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine Unfallfolgen mehr vorliegen bzw. diese dahingefallen sind. Mit der am 21. Oktober 2013 durchgeführten Fussoperation wurden mithin unfallfremde Gesundheitsschäden therapiert.

5.

5.1 Auch hinsichtlich der Schulterbeschwerden rechts anerkennt die Beschwerdegegnerin (nur) bis 31. Juli 2013 ihre Leistungspflicht und stützt sich dabei insbesondere auf die Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ vom 17. März 2014 (Suva-act. I/78). Nachdem med. pract. I.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 5. November 2013 zur rechten Schulter keine Ausführungen machte (vgl. Suva-act. I/62), ging Dr. G.\_\_\_\_ - entgegen der Feststellung der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers - in seiner Beurteilung vom 17. März 2014 sowohl auf die Fussproblematik als auch auf die Frage des Vorliegens allfälliger Unfallfolgen im Bereich der rechten Schulter ein.

5.2 Im Rahmen der in der E.\_\_\_\_ AG am 25. März 2013 durchgeführten MRI-Untersuchung des rechten Schultergelenks wurden eine gelenksseitige Partialruptur der Supraspinatussehne sowie eine fortgeschrittene Insertionstendinose der Infrapinatussehne ohne Nachweis einer fettigen Muskelatrophie, eine Partialruptur der Subscapularissehne, eine SLAP-Läsion mit Verdacht auf eine Partialruptur der inserierenden Bizepssehne sowie eine hypertrophe AC-Gelenkarthrose erhoben (Suva-act. I/22). Letztere stellt die von Dr. G.\_\_\_\_ genannten Kalkeinlagerungen dar, welche von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers bestritten werden (vgl. act. G 1, Ziff. 37). Bei sämtlichen vorgenannten Gesundheitsschäden handelt es sich um eindeutig organische Gesundheitsschäden, welche Beschwerden, insbesondere Schmerzen, zu verursachen vermögen (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 586, 728, 731 f., 735, 1107; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 134, 538 "Entzündung", S. 585 ff., 726; Pschyrembel, a.a.O., S. 42, 172). Eine Arthrose sowie eine Tendinose stellen - wie hinsichtlich der Arthrose bereits erwähnt - krankheitsbedingte Leiden bzw.



degenerative Veränderungen dar, die als unfallkausale Gesundheitsschäden höchstens sekundär, d.h. als (Spät-)Folge einer primären Verletzung, beispielsweise einer Fraktur, Ruptur oder Luxation, auftreten (vgl. Erwägung 4.4; vgl. zudem Debrunner, a.a.O., S. 728, 740; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 1808; Pschyrembel, a.a.O., S. 42). Sehnenrupturen können hingegen sowohl als Befunde im Rahmen eines degenerativen Prozesses, aber auch als (primär) unfallkausale gesundheitliche Störung auftreten (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 628; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 1623, 1681; Pschyrembel, a.a.O., S. 1835, 1913). Nachfolgend ist damit zu entscheiden, ob die radiologisch erhobenen Gesundheitsschäden im Bereich des rechten Schultergelenks mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 3. November 2012 verursacht wurden.

### 5.3

5.3.1 Ein massgebender Ausgangspunkt für traumatische Folgeschäden bzw. die Ursächlichkeit der Gesundheitsschädigung bilden auch hier die unmittelbar nach dem Unfall gestellte Unfalldiagnose und erhobenen Befunde. Bedeutung beizumessen ist dazu dem Unfallmechanismus und dem zeitlichen Ablauf. Letzterem in dem Sinne, dass massgebende Verletzungen im Regelfall zu Schmerzen führen und unmittelbar im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah auch im entsprechenden Umfang wahrgenommen und im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung diagnostiziert werden.

5.3.2 Entsprechend der Sachverhaltsschilderung des Beschwerdeführers vom 3. Mai 2013 (Suva-act. I/25) geht Dr. G.\_\_\_\_ vom Unfallmechanismus eines axialen Traumas ("Ich bin auf den ausgestreckten Arm gestürzt.") sowie von erst im Verlauf zunehmenden Beschwerden aus. Er erklärt dazu, dass eine akute traumatische Rotatorenmanschettenläsion sofort zu einer erheblichen Funktionseinschränkung führe. Die traumatischen Beschwerden würden innerhalb von 7 bis 10 Tagen abklingen. Hingegen persistiere die Funktionseinschränkung ohne operative Revision. Beim Beschwerdeführer hätten radiologisch Verkalkungen im Bereich der Sehnen bei einer ausgesprochenen AC-Gelenksarthrose nachgewiesen werden können, was auf im Alter des Beschwerdeführers übliche degenerative Veränderungen hinweise. Ein axiales Stauchungstrauma sei biomechanisch ungeeignet, eine Rotatorenmanschettenläsion herbeizuführen. Die ausgeprägten tendopathischen Veränderungen könnten die



Beschwerden des Beschwerdeführers erklären. Der Beschwerdeverlauf sei bei langsam progredienten Beschwerden mit einer krankheitsbedingten Ätiologie zu erklären. Zusammenfassend könne aufgrund der klinischen Befunde mit fehlender Funktionseinschränkung direkt nach dem Trauma, des Schmerzverlaufs und des Sturzmechanismus‘ mit ungeeigneter biomechanischer Krafteinwirkung die Kausalität der Rotatorenmanschettenläsion höchstens möglicherweise erklärt werden. Es sei von einer Distorsion auszugehen, die während weniger Wochen klinische Beschwerden auslöse, bei der aber spätestens nach sechs Monaten davon auszugehen sei, dass die Unfallfolgen vollständig abgeheilt seien (Suva-act. I/78).

5.3.3 Schmerzen im Bereich der rechten Schulter, insbesondere bei Bewegung, sind in den Akten erstmals in der von Dr. D.\_\_\_\_ verfassten Krankengeschichte betreffend eine Konsultation vom 21. März 2013 vermerkt (Suva-act. I/16). Die erste radiologische Untersuchung fand am 25. März 2013 in der E.\_\_\_\_ AG statt, welche die verschiedenen Gesundheitsschäden hervorbrachte (Suva-act. I/22; vgl. Erwägung 5.2). In der ersten Schadensmeldung vom 13. November 2012 wurde einzig der rechte Fuss als betroffener Körperteil notiert. Auch im Arztzeugnis UVG des Spitals C.\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer behandelt worden war, bevor er Dr. D.\_\_\_\_ konsultierte, wird keine Schulterproblematik erwähnt (Suva-act. I/18). Den verschiedenen Sehnenrupturen fehlt es mithin an einer echtzeitlichen Diagnose im Sinne einer primären Verletzung. Für die in Erwägung 5.2 angeführten (sekundär) traumatisch bedingten Gesundheitsschäden bleibt damit ebenfalls kein Raum, zumal die Gesundheitsschäden, wie bereits erwähnt, im Normalfall rein degenerativ bzw. krankheitsbedingt vorkommen. Eine Schulterproblematik ist während der ganzen ersten Phase der ärztlichen Behandlung des Beschwerdeführers, die erst am 4. Februar 2013 abgeschlossen wurde (vgl. Suva-act. I/18), und dann nochmals während zwei Monaten bis zur Schadensmeldung vom 26. März 2013 (Suva-act. I/6) in keiner Weise dokumentiert. Angesichts des von Dr. G.\_\_\_\_ beschriebenen Beschwerdeverlaufs einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur lässt dieser zeitliche Verlauf eine Unfallkausalität nicht überwiegend wahrscheinlich erscheinen (vgl. hierzu auch Debrunner, a.a.O., S. 726, 732). Die Argumentation der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers in der Replik vom 15. September 2014 (act. G 7, Ziff. 12), dieser habe den Beschwerden in der rechten Schulter anfänglich nur wenig Beachtung geschenkt und habe sie zunächst selbst behandelt, lässt den dargelegten zeitlichen Verlauf nicht anders erscheinen. Der



Beschwerdeführer befand sich nach dem Unfall in ärztlicher Behandlung, wobei er ohne weiteres auch seine angeblich selbst behandelten Schulterbeschwerden hätte erwähnen können. Im Übrigen erscheint bei der vorliegenden, augenscheinlich nicht schwerwiegenden Fussverletzung wenig nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer ihr mehr Beachtung hätte schenken sollen als einer Rotatorenmanschettenläsion. Unfallbedingte Rupturen sind sodann umso unwahrscheinlicher, als sie zusammen mit der diagnostizierten AC-Gelenksarthrose und der fortgeschrittenen Insertionstendinose eine umfassende degenerative Problematik im Bereich des rechten Schultergelenks bilden. Der Umstand, dass - entgegen der Feststellung von Dr. G.\_\_\_\_ - in der medizinischen Literatur ein axiales Stauchungstrauma als Ursache für eine Rotatorenmanschettenruptur beschrieben wird (orthopaedie-am-see.ch/akute-schulterinstabilitat/343/, Beitrag von Dr. med. A. Rukavina, abgerufen am 21. Januar 2016; V. Ehtmeyer/St. Bartsch, Praxisbuch Schulter, Verletzungen und Erkrankungen systematisch diagnostizieren, therapieren, begutachten, 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart 2005, abrufbar unter <https://books.google.ch/books?isbn=3131022124>), vermag keinen Nachweis dafür zu liefern, dass die hier strittige Rotatorenmanschettenläsion traumatisch begründet wurde. Nicht jeder Unfallmechanismus hat automatisch eine Verletzung zur Folge.

5.4 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass auch in Bezug auf die rechte Schulter des Beschwerdeführers (nur) von einer vorübergehenden Verschlimmerung degenerativer Veränderungen infolge einer Distorsion ausgegangen werden kann. Die von Dr. G.\_\_\_\_ diesbezüglich angenommene maximal sechsmonatige Heilungsdauer für das Erreichen des Status quo sine vel ante erscheint angesichts der Ausführungen in Erwägung Ziff. 4.6.2 schlüssig und überzeugend. Medizinische Berichte, welche diese Schlussfolgerung in Frage zu ziehen vermöchten, liegen keine vor. Allein die Tatsache, dass beim Beschwerdeführer vor dem Unfall vom 3. November 2012 keinerlei Beschwerden im Bereich der rechten Schulter bestanden haben, reicht nicht aus, um von einer fortdauernden Unfallkausalität auszugehen (vgl. dazu die beweisrechtlich untaugliche Formel "post hoc ergo propter hoc" z.B. in: Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 Fn. 1205; Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2015, 8C\_52/2015, E. 4 mit Hinweisen). Aus den vorstehenden Erwägungen ergibt sich damit insgesamt, dass die am 26. März 2013 gemeldeten Schulterbeschwerden rechts über das Datum der Leistungseinstellung der



Beschwerdegegnerin vom 31. Juli 2013 hinaus nicht mehr in einem rechtsgenügenden bzw. überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang zum Unfall vom 3. November 2012 stehen, weshalb die Beschwerdegegnerin auch diesbezüglich weitere Leistungen zu Recht abgelehnt hat.

6.

6.1 Der Beschwerdeführer erlitt am 6. Oktober 2013 eine Verletzung am rechten Knie, wofür er vorerst keinen Arzt aufsuchte (vgl. Suva-act. II/2, II/10). Eine diesbezügliche ärztliche Behandlung erfolgte erstmals im Spital C.\_\_\_\_ am 22. Oktober 2013. Der behandelnde Arzt attestierte dem Beschwerdeführer ab 6. Oktober 2013 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für vier bis sechs Wochen (Suva-ct. II/10). Im damaligen Zeitpunkt, d.h. ab 21. Oktober 2013, war der Beschwerdeführer für die unfallfremde Fussoperation rechts im Spital C.\_\_\_\_ hospitalisiert. Die Hospitalisation dauerte bis 24. Oktober 2013 (Suva-act. I/60, I/61). In der Verfügung vom 16. Januar 2014 bejahte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die Behandlungskosten des rechten Knies, verneinte jedoch die Ausrichtung eines Taggeldes mit der Begründung, dass der Beschwerdeführer am 22. Oktober 2013 bereits wegen der krankheitsbedingten Fussoperation zu 100% arbeitsunfähig gewesen sei. Es spiele für sie keine Rolle, ob der Beschwerdeführer eine Krankentaggeldversicherung habe oder nicht (Suva-act. I/69; vgl. dazu auch Suva-act. II/11 und II/13). Mit Einsprache vom 17. Februar 2014 (Suva-act. I/74) beantragte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers die Aufhebung der Verfügung vom 16. Januar 2014 betreffend Ablehnung der Leistungspflicht, womit auch die Leistungsablehnung betreffend den Unfall vom 6. Oktober 2013 als mitangefochten gilt. Der Einspracheentscheid vom 24. April 2014 (Suva-act. I/80) enthält sodann zwar keine entsprechenden Ausführungen. Indem jedoch der Unfall vom 6. Oktober 2013 im Sachverhalt aufgeführt ist (vgl. Bstb. H), der Beschwerdeantrag auch ein Leistungsbegehren um Taggelder für den Unfall vom 6. Oktober 2013 umfasst und die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 30. Juli 2014 ihren Standpunkt aus der Verfügung wiederholt (act. G 5, ad. 4), ist davon auszugehen, dass der Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens mit Abweisung des Leistungsbegehrens um Taggelder über den 31. Juli 2013 hinaus auch einen Entscheid hinsichtlich der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin betreffend den Unfall vom 6. Oktober 2013 umfasst.



6.2 Art. 128 Abs. 1 und 2 UVV regeln die Rechtsfrage, welcher Versicherer leistungspflichtig wird, wenn ein verunfallter Versicherter in einer Heilanstalt erkrankt oder ein erkrankter Versicherter in einer Heilanstalt verunfallt. Im ersten Fall erbringt der Unfallversicherer für die Dauer der stationären Behandlung der Unfallfolgen die Pflegeleistungen, Kostenvergütungen und Taggelder (Abs. 1), im zweiten Fall der Krankenversicherer für die Dauer der stationären Behandlung der Krankheit die versicherten Leistungen (Abs. 2), in beiden Fällen für die gesamte Gesundheitsschädigung. Für die Leistungspflicht des Unfallversicherers ist die hypothetische Beurteilung erforderlich, wie lange der Versicherte wegen des Unfalls hospitalisiert gewesen wäre. Nur solange hat der Unfallversicherer zu leisten. Im Falle von Art. 128 Abs. 2 UVV ist der Unfallversicherer nur im Ausmass der Leistungen des Krankenversicherers von der Leistungspflicht befreit. Für die Taggelder gilt das Prinzip der Komplementarität. Ist also ein Versicherter beim Krankenversicherer nicht durch eine dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) unterstehende Taggeldversicherung abgedeckt, besteht keine Leistungsbefreiung des Unfallversicherers (vgl. dazu Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 535, insbesondere Fn 1389; bei zusätzlicher Erbringung von Krankentaggeldern siehe Art. 110 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102], der im Verhältnis zu Taggeldern des Unfallversicherers die nachrangige Leistungspflicht regelt).

6.3 Der vorliegende Fall entspricht nicht den in Erwägung 6.2 angeführten Sachverhalten; weder war der Beschwerdeführer wegen des Unfalls vom 6. Oktober 2013 hospitalisiert noch ist er während seines krankheitsbedingten stationären Aufenthalts im Spital C.\_\_\_\_ verunfallt. Die Koordinationsnorm von Art. 128 UVV ist mithin nicht anwendbar. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass eine Erstbehandlung der Unfallfolgen des rechten Knies erst während des krankheitsbedingten stationären Aufenthalts im Spital C.\_\_\_\_ stattgefunden hat. Die unfallbedingte Knieproblematik rechts sowie die krankheitsbedingte Fussproblematik rechts sind folglich voneinander getrennt zu behandeln, womit die Beschwerdegegnerin grundsätzlich für die durch die Knieproblematik verursachte Arbeitsunfähigkeit Taggelder gemäss UVG zu erbringen hat. Festzustellen ist schliesslich auch, dass die Beschwerdegegnerin für allfällige zeitlich inkongruente unfallkausale Arbeitsunfähigkeiten ohnehin Taggelder zu erbringen hätte.



6.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der Erwägung 6.3 zu prüfen haben wird, welche Taggeldansprüche der Beschwerdeführer ihr gegenüber für den Unfall vom 6. Oktober 2013 hat. Die Sache ist zur Abklärung dieser Frage bzw. zur verfügungsweisen Festsetzung der konkreten Unfallversicherungsleistungen bezüglich des Unfalls vom 6. Oktober 2013 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

7.

7.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. April 2014 (Suva-act. I/83) insoweit aufzuheben, als damit ein Taggeldanspruch des Beschwerdeführers bezüglich des Unfalls vom 6. Oktober 2013 ohne weitere Prüfung verneint wird. Die Sache ist diesbezüglich zu weiteren Abklärungen und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

7.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

7.3 Der obige Verfahrensausgang ist als teilweises Obsiegen des Beschwerdeführers zu betrachten, weshalb er Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung durch die Beschwerdegegnerin hat (Art. 61 lit. g ATSG; Art. 98<sup>bis</sup> des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege, VRP, sGS 951.1; vgl. dazu BGE 117 V 401 E. 2). Die Parteientschädigung ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit wäre bei einem vollen Obsiegen eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- angemessen. Mit Blick auf das konkrete teilweise Obsiegen des Beschwerdeführers und dem diesbezüglichen Aufwand rechtfertigt es sich, die Parteientschädigung auf Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu reduzieren.

## Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 24. April 2014 insoweit aufgehoben wird, als die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht betreffend Taggeld bezüglich des Unfalls vom 6. Oktober 2013 verneint hat. Die Sache wird im Sinn der Erwägungen zur Abklärung ihrer allfälligen Leistungspflicht hinsichtlich des Unfalls vom 6. Oktober 2013 und zum Erlass einer entsprechenden Verfügung zurückgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'000.-- zu bezahlen