



|                           |                         |
|---------------------------|-------------------------|
| <b>Fall-Nr.:</b>          | UV 2014/8               |
| <b>Stelle:</b>            | Versicherungsgericht    |
| <b>Rubrik:</b>            | UV - Unfallversicherung |
| <b>Publikationsdatum:</b> | 23.03.2015              |
| <b>Entscheiddatum:</b>    | 23.03.2015              |

### **Entscheid Versicherungsgericht, 23.03.2015**

**Art. 6 UVG: Verneinung der Kausalität zwischen einem Unfall mit Schulterkontusion und leichtem Schädelhirntrauma und zwei Jahre nach dem Unfall gemeldeten Schulter-, HWS- und BWS-Beschwerden sowie Kopfschmerzen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. März 2015, UV 2014/8). Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Peter Wohnlich**  
**Entscheid vom 23. März 2015 in Sachen A. \_\_\_\_, Beschwerdeführer, gegen Helsana Unfall AG, Recht, Postfach, 8081 Zürich**  
**Helsana, Beschwerdegegnerin, betreffend Versicherungsleistungen Sachverhalt:**

A.

A.a A. \_\_ (nachfolgend: Versicherter) war als Fitnessinstructor bei der B. \_\_ GmbH, im Verkauf tätig und dadurch bei der Helsana Unfall AG (nachfolgend: Helsana) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als ihm laut Unfallmeldung der Arbeitgeberin vom 19. März 2012 am 24. September 2011 beim Herunternehmen einer Fitnessmaschine diese aus der Hand rutschte und ihn am Kopf und der rechten Schulter traf (act. K1). Der Versicherte begab sich gleichentags ins Kantonsspital St. Gallen, wo die Ärzte der Neurochirurgie nach einer computertomographischen (CT-) Untersuchung des Neurokraniums bzw. Gehirnschädels und der HWS sowie einer konventionellen röntgenologischen Untersuchung der Schulter und der Clavikula rechts ein leichtes Schädelhirntrauma im Rahmen eines Unfalls bei Transport eines Fitnessgeräts diagnostizierten. Der Versicherte wurde noch am Unfalltag entlassen. Eine Arbeitsunfähigkeit hatte der Unfall nicht zur Folge (act. M1, K1). Die Helsana anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte Heilkostenleistungen (vgl. dazu act. K2).



## St.Galler Gerichte

A.b Am 29. August 2013 reichte der Versicherte der Helsana einen Fragebogen für Rückfälle ein, worin er festhielt, dass die unfallbedingte Behandlung für ihn nicht abgeschlossen sei. "Die ganze Zeit" seien wieder Beschwerden aufgetaucht (act. K3).

A.c Laut UVG-Zwischenbericht vom 31. August 2013 hatte sich der Versicherte wegen einer intermittierenden/wechselnden Symptomatik im Nacken-/Schulterbereich, vor allem bei Belastung, vom 28. Juni bis 5. Juli 2013 bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, in Behandlung befunden. Dr. C.\_\_\_\_ stellte die Diagnosen eines Status nach Commotio cerebri und einer Schulterkontusion rechts am 24. September 2011 mit posttraumatischem Nacken-/Schultersyndrom und verneinte das Mitspielen unfallfremder Faktoren im Heilungsverlauf (act. M4). Laut Arztbericht vom 18. September 2013 von Dr. med. D.\_\_\_\_, Orthopädie (act. M5), hatte sich der Versicherte am 5. Juli 2013 auch orthopädisch untersuchen lassen. Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte persistierende Schulterschmerzen rechts bei Status 2 Jahre nach Schultertrauma und veranlasste in der Radiologie Nordost, Diagnosezentrum St. Gallen, eine MR-Arthrographie der rechten Schulter, die am 9. Juli 2013 durch Dr. med. F.\_\_\_\_ durchgeführt wurde (act. M3). Am 15. Juli 2013 besprach Dr. D.\_\_\_\_ mit dem Versicherten das Ergebnis der radiologischen Untersuchung und stellte basierend darauf die Diagnosen einer Akromioklavikular- (AC-) Gelenksarthrose, eines subacromialen Impingements sowie einer Intervallläsion und Signalstörung der langen Bizepssehne. Am 26. August 2013 führte Dr. D.\_\_\_\_ eine Verlaufskontrolle durch, wobei er eine allfällige MRI-Untersuchung der HWS als notwendig bezeichnete (act. M5).

A.d Am 25. September 2013 unterbreitete die Helsana den Schadenfall ihrem beratenden Arzt, Dr. med. E.\_\_\_\_, Praktischer Arzt FMH, FA manuelle Medizin FMH, FA Vertrauensarzt FMH (act. M6). Gestützt auf dessen Beurteilung vom 7. Oktober 2013 (act. M7) teilte sie dem Versicherten mit Verfügung vom 28. Oktober 2013 mit, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 24. September 2011 und den nun geltend gemachten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sei. Die Helsana sei demzufolge nicht leistungspflichtig (act. K8).

B.



## St.Galler Gerichte

Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache vom 31. Oktober 2013 (act. K10) wurde mit Einspracheentscheid vom 4. Februar 2014 abgewiesen (act. K22).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte mit Eingabe vom 13. Februar 2014 (act. G1) und Ergänzung vom 20. Februar 2014 (act. G3) Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, die Beschwerden seien als Folge des Unfallereignisses vom 24. September 2011 zu qualifizieren und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Zusammen mit der Beschwerdeergänzung vom 20. Februar 2014 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 23. September 2013 über eine auf Zuweisung von Dr. D.\_\_\_\_ gleichentags durchgeführte kernspintomographische Untersuchung der HWS ein (act. G3.1).

C.b Mit Eingabe vom 4. März 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin unter Verzicht auf eine einlässliche Beschwerdeantwort Abweisung der Beschwerde (act. G5).

C.c Der Beschwerdeführer verzichtete auf eine Replik.

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

### **Erwägungen:**

1.

1.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die auch bei Rückfällen und Spätfolgen (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]) geltende rechtliche Voraussetzung des für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und in dessen Folge eingetretener Gesundheitsschädigungen (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; BGE 129 V 181 E. 3.1) zutreffend dar. Darauf ist zu verweisen. Die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs erfolgt aufgrund der Feststellungen bei den



medizinischen Untersuchungen und ist Aufgabe des Arztes oder der Ärztin. Demgegenüber obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 und BGE 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat allerdings die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 138 V 250 f. E. 4 mit Hinweisen, 118 V 291 f. E. 3a).

1.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte oder Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f. E. 1b).

1.3 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 die 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. Bei der hinsichtlich Rückfällen und Spätfolgen zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezügliche Beweislast liegt hier - anders als bei der Frage, ob das Dahinfallen jeder



kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens nachgewiesen ist - nicht beim Unfallversicherer, sondern bei der versicherten Person (vgl. dazu A. Rumo-Jungo/A. P. Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 4, 79; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, 117 V 360 E. 4a mit Hinweisen).

2.

Die Beschwerdegegnerin hat im Rahmen des Grundfalls die Leistungspflicht für das Unfallereignis vom 24. September 2011 anerkannt und ist für die gleichentags erfolgte Heilbehandlung im KSSG aufgekommen. Offensichtlich infolge Behandlungsabbruchs wurden die Versicherungsleistungen eingestellt (vgl. act. K3). Nach Lage der Akten erging jedoch keine schriftliche Mitteilung im Sinn von Art. 51 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) 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). Während die dargelegte Sachlage für einen fortdauernden Grundfall spricht, ist demgegenüber zu beachten, dass nach der einzigen, echtzeitlich in den Akten dokumentierten Behandlung im KSSG am 24. September 2011 (act. M 1) bis zur nächsten ärztlichen Behandlung bei Dr. C.\_\_\_\_ am 28. Juni 2013 (act. M4) und der hier streitigen Schadensmeldung vom 29. August 2013 (act. K3) rund zwei Jahre vergingen. Dieser zeitliche Ablauf liesse es wiederum als gerechtfertigt erscheinen, von einem Rückfall auszugehen (vgl. dazu Franz Schlauri, Verfahrensfragen in der Sozialversicherung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse, Band 40, S. 57). Indem die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für die erneute Schadenmeldung den "Fragebogen für Rückfälle" zustellte und sich auch der Verfügungswortlaut vom 28.



Oktober 2013 entsprechend darstellt, geht die Beschwerdegegnerin offensichtlich von einem Rückfall aus. Wie es sich letztlich mit der Beweislastverteilung bzw. der Frage, ob im vorliegenden Fall von einem Rückfall oder einem fortdauernden Grundfall auszugehen ist, verhält, kann jedoch im Hinblick auf die nachfolgenden Erwägungen offen bleiben. Denn die Frage, wer die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit zu tragen hat, stellt sich erst, wenn es sich als tatsächlich unmöglich erweist, in Ausübung des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (A. Rumo-Jungo/A. P. Holzer, a.a.O., S. 4), was vorliegend - wie nachfolgend zu zeigen ist - nicht zutrifft. Im Übrigen ist im konkreten Fall entscheidend und hat als unbestritten zu gelten, dass der Beschwerdeführer Versicherungsleistungen erst (wieder) ab Beginn der Behandlung der Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich ab 28. Juni 2013 (zunächst bei Dr. C.\_\_\_\_, nachfolgend bei Dr. D.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_, Orthopädie H.\_\_\_\_, sowie in der Physiotherapie der Orthopädie H.\_\_\_\_) geltend macht (vgl. act. K13, K16 ff., act. M5).

3.

Streitig und zu prüfen ist mithin im Folgenden, ob zwischen den vom Beschwerdeführer ab 28. Juni 2013 geklagten und ärztlich behandelten Beschwerden, insbesondere im Bereich der rechten Schulter, und seinem am 24. September 2011 erlittenen Unfall ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Diese Frage wird von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. E.\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2013 (act. M7) verneint. Gegenüber Dr. C.\_\_\_\_ sowie in der Beschwerdeergänzung vom 20. Februar 2014 klagte bzw. spricht der Beschwerdeführer zusätzlich über Nacken- und Kopfschmerzen sowie über Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule (BWS; act. G3). Entsprechend wurde am 23. September 2013 auch eine kernspintomographische Untersuchung der HWS durch Dr. F.\_\_\_\_ durchgeführt, in dessen Bericht unter der Rubrik "Indikation" persistierende Schmerzen im Bereich der HWS mit Ausstrahlung in die rechte Schulter vermerkt sind (act. G3.1).

4.



4.1 Dr. E.\_\_\_\_ hält in seiner Beurteilung vom 7. Oktober 2013 (act. M7) fest, dass die Schmerzen in der rechten Schulter nur möglicherweise natürlich kausal zum Unfallereignis vom 24. September 2011 seien. Der Beschwerdeführer habe sich anlässlich des fraglichen Ereignisses nachgewiesenermassen keine strukturellen Verletzungen im Bereich der Schulter zugezogen. Auch wäre eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose innerhalb von nur 2 Jahren nicht gut erklärbar. Weitere Weichteilbefunde, welche im MRI zur Darstellung kämen, wiesen auf eine Überlastung der rechten Schulter, wahrscheinlich im Rahmen der sportlichen Betätigung, hin. Anhaltspunkte für eine klar überzeugende Unfallverletzung, welche mit dem Ereignis vom 24. September 2011 in Zusammenhang gebracht werden könnten, seien nicht vorhanden. Andererseits lägen aber deutliche degenerative Veränderungen und Überlastungszeichen im Bereich der Schulterweichteile und des AC-Gelenks vor. Seines Erachtens bestünden also keine überwiegend wahrscheinlichen Unfallfolgen in der rechten Schulter, auch wenn der Versicherte ein Ereignis im Bereich der rechten Schulter erlitten habe. Dieses sei aber nicht geeignet, die aktuellen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu unterhalten.

4.2 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 erhoben wird. Im Rahmen der von Dr. F.\_\_\_\_ am 9. Juli 2013 durchgeführten MR-Arthrographie der rechten Schulter wurden eine mässige hypertrophe AC-Gelenksarthrose, ein Akromionsporn Typ II nach Bigliani ohne Nachweis eines subakromialen Impingements, eine chronische Ansatz tendinopathie der Subscapularsehne im kranialen Sehnenabschnitt mit moderater humeralseitiger Partialruptur, eine fortgeschrittene chronische Tendinopathie der langen Bizepssehne mit interstitieller/longitudinaler Partialruptur mit diskreter Subluxation am Eingang des Sulcus bicipitalis sowie eine Synovialitis des Rotatorenintervalls im Sinn einer Pulley-Läsion erhoben. Im Übrigen zeigte sich ein regelrechtes Kernspintomogramm des Schultergelenks (act. M3). Bei sämtlichen, vorgenannten Gesundheitsschäden handelt es sich eindeutig um organische Gesundheitsschäden, welche Beschwerden, insbesondere Schmerzen, zu verursachen vermögen (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Berlin 2002, S. 586, S. 728, S. 731 f., S. 735, S. 1107; Roche Lexikon Medizin, 5.



Aufl. München 2003, S. 134, S. 534 "Entzündung", S. 585 ff., S. 726, S. 915 "Impingementsyndrom", S. 1792; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl. Berlin 2012, S. 42, 172 f., S. 594 "Entzündung", S. 1835, S. 2043, S. 2065). Eine Arthrose, ein Akromionsporn, eine Tendinopathie sowie eine Synovialitis stellen 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. Debrunner, a.a.O., S. 580 f., S. 727 f., S. 740; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 143, S. 1792, S. 1808, ; Pschyrembel, a.a.O., S. 42, 172, 2043). Sehnenrupturen sowie Subluxationen können hingegen sowohl als Befunde im Rahmen eines degenerativen Prozesses, aber auch als (primär) unfallkausale gesundheitliche Störungen auftreten (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 628, S. 635, S. 721; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 1142 f., S. 1623, S. 1681; Pschyrembel, a.a.O., S. 1247 f., S. 1835, S. 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 24. September 2011 verursacht wurden.

4.3 Massgebende Ausgangspunkte für traumatische Folgeschäden bzw. die Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bilden die unmittelbar nach dem Unfall gestellten Unfalldiagnosen und erhobenen Befunde sowie der zeitliche Ablauf. Dies in dem Sinne, dass in der Regel nur ein beim Unfall verletzter Körperteil nachfolgende Beschwerden zeitigen kann, 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. Eine traumatische Verletzung ist radiologisch echtzeitlich am besten sichtbar. Nachfolgend schliesst der Heilungsprozess an, was in der Regel zu einer stetigen Abnahme der Erkennbarkeit von Verletzungen führt. Auch klinisch zeigen sich Unfallverletzungen - wie auch traumatisch bedingte Sehnenverletzungen und Sehnenluxationen - in der Regel unmittelbar nach dem Unfall am auffälligsten, d.h. präsentieren sich - wie bereits erwähnt - mit den entsprechenden Schmerzen und Funktionseinschränkungen und werden damit zumindest klinisch vermutet.



4.4 Die ursprünglich im KSSG am Unfalltag bzw. am 24. September 2011 durchgeführte röntgenologische Untersuchung der rechten Schulter und der Clavikula förderte keine traumatischen Läsionen, insbesondere keine Frakturen, zutage, und die untersuchenden Ärzte hielten in ihrem Bericht vom 27. September 2011 keine Befunde und Diagnosen mit Hinweis auf eine Schulterverletzung fest (act. M1). Darauf verweist auch Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 18. September 2013 im Zusammenhang mit der Konsultation vom 5. Juli 2013 (act. M5). Ohne Schultergelenksverletzung bleibt jedoch für die in Erwägung 4.2 angeführten (sekundär) traumatisch bedingten Gesundheitsschädigungen kein Raum, zumal diese, wie bereits erwähnt, im Regelfall rein degenerativ bzw. krankheitsbedingt vorkommen. Denjenigen Gesundheitsschäden, die auch als primäre Verletzungen vorkommen, fehlt es sodann an einer entsprechenden echtzeitlichen Diagnose. Bei einer Sehnenruptur und einer Sehnenluxation handelt es sich im Regelfall um schmerzhafte, behandlungsbedürftige Verletzungen, von denen anzunehmen ist, dass sie von den untersuchenden Ärzten erkannt werden. Aktenmässig dokumentiert ist nach dem Unfall ausserdem einzig die Untersuchung im KSSG am Unfalltag. Der Unfall vom 24. September 2011 hatte offensichtlich weder eine weitergehende gezielte Therapie noch eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge. Auch diese Tatsachen sprechen gegen eine traumatische Schulterverletzung. Eine unfallbedingte Ruptur sowie Subluxation ist sodann umso unwahrscheinlicher, als die diagnostizierte AC-Gelenksarthrose zusammen mit den zusätzlichen am 9. Juli 2013 radiologisch erhobenen Gesundheitsschäden eine umfassende degenerative Problematik im Bereich des rechten Schultergelenks bildet. Die Sehnenrupturen sowie die Subluxation wurden im Übrigen im Zusammenhang mit chronischen Tendinopathien beschrieben. Der Begriff "chronisch" steht jedoch dem Begriff "traumatisch" entgegen. Während letzterer einen akut aufgetretenen Zustand beschreibt, bedeutet chronisch "langsam sich entwickelnd, langsam verlaufend" (Pschyrembel, a.a.O., S. 389; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 334). Entsprechend des Gesagten ersetzte Dr. D.\_\_\_\_ am 15. Juli 2013 seine Diagnose persistierender Schulterschmerzen rechts bei Status 2 Jahre nach Schultertrauma vom 5. Juli 2013 nach erfolgter MRI-Untersuchung des rechten Schultergelenks durch die erhobenen degenerativen Gesundheitsschäden (act. M5). Die von Dr. C.\_\_\_\_ im UVG Zwischenbericht vom 31. August 2013 gestellten schulterbezogenen Diagnosen einer Schulterkontusion sowie eines posttraumatischen Schulterschmerzsyndroms (act. M4)



bilden ebenfalls keinen Hinweis auf eine am 24. September 2011 erlittene Verletzung mit fortdauernden Folgen. Bei einer Prellung (Kontusion) handelt es sich um eine Weichteilverletzung ohne strukturelle Schädigung der Gelenke und Knochen, die auch ohne spezifische Behandlung immer innert kurzer Zeit folgenlos ausheilt (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 412). Dieser medizinische Erfahrungssatz darf im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden. Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Regelfall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. Im vorliegenden Fall liegen keine Hinweise für einen Ausnahmefall vor. Die Diagnose von Dr. C.\_\_\_\_ erscheint zwar angesichts des Unfallmechanismus - ein Fitnessgerät schlug gegen die rechte Schulter des Beschwerdeführers - naheliegend, doch sind im Bericht des KSSG nicht einmal typische Kontusionsfolgen wie Hämatome und Schwellungen festgehalten (act. M1). Ein posttraumatisches Schmerzsyndrom vermag schliesslich juristisch gesehen ebenfalls nichts über eine Kausalität in Bezug auf das Unfallereignis vom 24. September 2011 auszusagen, sondern drückt lediglich aus, dass gewisse Beschwerden nach einem Unfall aufgetreten sind. Dieser zeitliche Aspekt allein liefert indessen keine wissenschaftlich genügende Erklärung. Andernfalls würde man sich mit dem blossen Anschein des Beweises bzw. mit der blossen Möglichkeit begnügen und davon ausgehen, dass eine gesundheitliche Schädigung schon dann durch den Unfall verursacht sei, wenn sie nach diesem auftrat (vgl. A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, S. 460 N 1205; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb in fine). Bei einem Syndrom handelt es sich laut Roche Lexikon Medizin (a.a.O., S. 1791) um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Zur fraglichen Diagnose führt mithin eher das vom jeweiligen Patienten subjektiv angegebene "Symptommuster" als ein objektiv erhobener (allenfalls traumatisch bedingter) organischer Befund. Die Erklärungen des Beschwerdeführers im Fragebogen für Rückfälle vom 29. August 2013 (act. K3) und in der Beschwerdeergänzung vom 20. Februar 2014 (act. G3) - die ganze Zeit über seien wieder Beschwerden aufgetreten bzw. er habe erstmals am 28. Juni 2013 wieder einen Arzt aufgesucht, weil zwischenzeitlich keine Besserung der Schmerzen eingetreten sei,



er habe schmerzbedingt körperliche Arbeiten und Sport eingestellt und unter noch mehr Schmerzen nur noch die nötigsten Arbeiten ausgeführt - vermögen den nötigen Nachweis eines Unfalls mit Gesundheitsschädigung ebenfalls nicht zu erbringen. Auch hier handelt es sich einzig um subjektiv geprägte Ausführungen, die mangels echtzeitlich ausgewiesener Brückensymptomatik nicht als erwiesen gelten und als solche allein keine Leistungspflicht des Unfallversicherers begründen können. Der vorliegende zeitliche Ablauf ohne aktenmässig dokumentierte ärztliche Konsultationen sowie Arbeitsunfähigkeiten von rund zwei Jahren zwischen Unfall bzw. echtzeitlicher ärztlicher Behandlung sowie erneuter ärztlicher Behandlung lässt eine Unfallkausalität als unwahrscheinlich erscheinen. Vielmehr lässt eine Latenzzeit dieser Dauer Raum für die Entwicklung bzw. das Auftreten anderer Ursachen, wie beispielsweise Degenerationen.

4.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich - wie von Dr. E.\_\_\_\_ angenommen und schlüssig begründet - aufgrund der ursprünglich gestellten Unfalldiagnosen, der zwei Jahre später erhobenen radiologischen Untersuchungsergebnisse bzw. der von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ erhobenen Diagnosen sowie des zeitlichen Ablaufs - keine Anhaltspunkte für eine natürliche Unfallkausalität der am 29. August 2013 gemeldeten Schulterbeschwerden ergeben. Der Umstand, dass Dr. E.\_\_\_\_ seine Beurteilung ausschliesslich aufgrund der Akten abgegeben und den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht hat, steht dem Beweiswert seiner Beurteilung nicht entgegen (vgl. dazu PVG 1996, 267 E. 3b; RKUV 1988 Nr U 56 S. 371 E. 5b). Der beratende Arzt legt die Anamnese ("Aktenauszug", "Auszug aus medizinischen Akten") bzw. die Ergebnisse der im konkreten Fall durchgeführten persönlichen ärztlichen Untersuchungen lückenlos dar. Er nimmt in seiner ärztlichen Beurteilung vom 7. Oktober 2013 (act. M7) gestützt auf die medizinischen Akten die oben dargelegten - für die Beurteilung der Unfallkausalität massgebenden - Gegebenheiten auf und kommt überzeugend zum Schluss, dass keine überwiegend wahrscheinlichen Unfallfolgen in der rechten Schulter vorliegen. Die nicht begründete Verneinung unfallfremder Faktoren durch Dr. C.\_\_\_\_ im UVG-Zwischenbericht vom 31. August 2013 (act. M4) vermag nicht zu genügen und damit die Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen. Dies, zumal sie für einen Behandlungszeitraum vor dem massgebenden Arthro-MRI-Untersuchungsergebnis vom 9. Juli 2013 erfolgt ist (vgl. act. M3).

5.



5.1 Was die Nacken- bzw. HWS-Beschwerden betrifft, stellt sich die Sachlage übereinstimmend mit derjenigen der rechten Schulter dar. Weder rechtzeitig noch von Dr. D.\_\_\_\_ wurden diesbezüglich auffällige Befunde erhoben oder Diagnosen gestellt. Während die echtzeitliche computertomographische Untersuchung der HWS vom 24. September 2011 im KSSG keine strukturellen Läsionen, insbesondere keine Frakturen, hervorbrachte (act. M1), zeigte sich im Rahmen der von Dr. D.\_\_\_\_ rund zwei Jahre nach dem Unfall eingeleiteten kernspintomographischen Untersuchung der HWS vom 23. September 2013 durch Dr. F.\_\_\_\_ (act. G3.1) ein umfassendes degeneratives Bild mit einer breitbasigen rechtsforaminal reichenden Diskusprotrusion/Hernie C6/7 mit höhergradiger Einengung des Neuroforamens der Wurzel C7 rechts, einer degenerativ bedingten mässigen Foraminalenge C6/7 links sowie einer mässigen Spondylose (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 801, S. 852 ff., S. 858, S. 878 ff.; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 182 "Bandscheibenprolaps, -hernie, -vorfall", S. 1737 "Spondylopathia, -pathie"; Pschyrembel, a.a.O., S. 230 "Bandscheibenvorfall", S. 1974 "Spondylosis deformans"). Eine Wirbelkörperfraktur wurde abermals verneint. Angesichts dieser rund zwei Jahre nach dem Unfall erhobenen radiologischen, degenerativen Untersuchungsergebnisse und dem Umstand, dass ein Bandscheibenvorfall nur unter bestimmten Voraussetzungen traumatisch bedingt sein kann (vgl. RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192, 193 E. 2a mit Hinweisen; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1, und vom 18. Februar 2002, U 459/00, E. 3b; Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 68 [1995], S. 17), ist ein unfallkausaler Gesundheitsschaden im Bereich der HWS mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Hinsichtlich der BWS-Beschwerden kommt hinzu, dass von solchen erstmals in der Beschwerdeergänzung die Rede ist. Die Unfallschilderung beinhaltet keine Tangierung der BWS. Diesbezügliche medizinische Abklärungen wurden offensichtlich nie als notwendig erachtet, womit in den medizinischen Akten auch keine entsprechenden Befunde oder Diagnosen dokumentiert sind. Dass nach einer Latenzzeit von rund zwei Jahren neu auftretende Schmerzen Folge eines vorangegangenen Unfalls sind, erscheint umso unwahrscheinlicher, als gerade auch BWS-Beschwerden im Regelfall degenerativ bedingt sind (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 848 ff.). Der Beschwerdeführer selbst schreibt offensichtlich die HWS- und BWS-Beschwerden nicht einer gesundheitlichen Störung



der HWS bzw. BWS zu, sondern beschreibt diese als von der rechten Schulter ausstrahlende Schmerzen (act. G3). Da die HWS, aber auch die BWS in unmittelbarer Nähe der Schultermuskulatur liegen, erscheint ein solcher Zusammenhang ohne weiteres nachvollziehbar. Nachdem jedoch die Schulterbeschwerden - wie in Erwägung 4.4 dargelegt - keine überwiegend wahrscheinlichen Restfolgen des Unfalls vom 24. September 2011 darstellen, gilt dies ebenso für die HWS- und BWS-Schmerzen.

5.2 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bezüglich der geklagten HWS- und BWS-Beschwerden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ebenso nicht von Unfallfolgen auszugehen ist.

6.

6.1 Laut Unfallschilderung (act. K1, M1) wurde der Beschwerdeführer vom Fitnessgerät auch am Kopf getroffen. Was die in der Beschwerdeergänzung angeführten Kopfschmerzen angeht, kann jedoch gleichermassen nicht von überwiegend wahrscheinlichen Unfallfolgen ausgegangen werden. Aufgrund der computertomographischen Untersuchung des Gehirnschädels am Unfalltag (24. September 2011) ist kein klar fassbares organisch/somatisches Korrelat für eine Hirnverletzung, insbesondere weder eine intrakranielle Blutung noch Fraktur an Neuro- und Viszerokranium, ausgewiesen (act. M1).

6.2 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist nun aber bekannt, dass bei Schleudertraumaverletzungen sowie äquivalenten Verletzungen (u.a. Schädel-Hirntrauma; vgl. dazu RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 E. 3b; BGE 117 V 369 E. 3) auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d/aa). Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie



diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e).

6.3 Angesichts des Unfallmechanismus einer Kopfkontusion, des von den Ärzten des KSSG im Bericht vom 27. September 2011 (act. M1) diagnostizierten leichten Schädelhirntraumas sowie den innerhalb der erforderlichen Latenzzeit aufgetretenen Beschwerden (Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, verschwommenes Sehen; vgl. dazu BGE 134 V 116 E. 6.2.1, 119 V 338 E. 1, 117 V 360 E. 4b; RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 E. 5e; Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2007, U 258/06) liegen massgebende Hinweise für eine durch den Unfall vom 24. September 2011 erlittene schleudertraumaähnliche Verletzung vor.

6.4 Nachdem jedoch im konkreten Fall während rund zwei Jahren nach der Untersuchung im KSSG am 24. September 2011 weder eine Arbeitsunfähigkeit noch eine Behandlungsbedürftigkeit wegen typischer Beschwerden nach einem Schädelhirntrauma aktenkundig sind (vgl. dazu auch Erwägung 4.4), im Zeitpunkt der Wiederaufnahme der ärztlichen Behandlung bei Dr. C.\_\_\_\_ ab 28. Juni 2013 kein typisches Beschwerdebild nach Schädelhirntrauma mehr dokumentiert ist, sondern der Beschwerdeführer "nur noch" über Kopfschmerzen klagt, solche jedoch als Leit- und Begleitsymptom verschiedenster Krankheiten vorkommen (vgl. dazu Roche Medizin Lexikon, a.a.O., S. 1040, Pschyrembel, a.a.O., S. 1126), lassen sich daraus mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine Restfolgen aus dem am 24. September 2011 erlittenen leichten Schädelhirntrauma ableiten. Auch die Kopfschmerzen werden im Übrigen vom Beschwerdeführer als Reaktion auf die Schulterschmerzen beschrieben.

7.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den vom Beschwerdeführer am 29. August 2013 gemeldeten Schulter-, HWS- und BWS-Beschwerden sowie den Kopfschmerzen und dem Unfallereignis vom



24. September 2011 nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Damit hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung zu Recht verneint.

8.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 4. Februar 2014 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.