



Fall-Nr.: UV 2017/93
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 12.09.2019
Entscheiddatum: 16.07.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 16.07.2019

Art. 6 UVG: Bejahung der Unfallkausalität einer Ruptur der Supraspinatus- und Infraspinatussehne (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Juli 2019, UV 2017/93).

Entscheid vom 16. Juli 2019

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),
Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin
Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

UV 2017/93

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Michael Ausfeld, Werdstrasse 36, Postfach 9562,
8036 Zürich,

gegen



Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG, Direktion Bern,
Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war seit dem 15. Januar 2016 zu 50 % bei der B.____ AG als kaufmännischer Mitarbeiter angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Mobiliar) unfallversichert, als er sich am 31. Oktober 2016 als Passagier in einem Bus bei einem plötzlichen Stopp eine Verletzung an der rechten Schulter zuzog (act. G 3.1/3).

A.b Am 7. November 2016 suchte der Versicherte wegen persistierender Schmerzen in der rechten Schulter seinen Hausarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, auf. Gemäss Auszug aus der Krankengeschichte berichtete der Versicherte anlässlich dieser Konsultation, dass er am 31. Oktober 2016 bei einer brusken Bus-Bremmung mit der rechten Schulter gegen eine Haltestange geschlagen sei oder es zu einer Schulterzerrung rechts gekommen sei, weil er sich an der Haltestange habe festhalten müssen. Einen genauen Unfallhergang könne er nicht beschreiben, da alles zu schnell gegangen sei. Dr. C.____ erhob als Befund keine Schwellung, kein Hämatom und eine kaum eingeschränkte Schulterbeweglichkeit, jedoch Bewegungsschmerzen über dem ventralen Anteil der rechten Gelenkkapsel bzw. der Rotatorenmanschette. Dementsprechend stellte er die Diagnose einer leichteren bis mittelgradigen Zerrung der ventralen Gelenkkapsel des rechten Schultergelenks bzw. eine Schulterprellung. Er verschrieb dem Versicherten Schmerzmittel. Eine Bestätigung einer Arbeitsunfähigkeit empfand der Versicherte als nicht notwendig. Am 18. November 2016 fand eine Verlaufskontrolle bei Dr. C.____ statt, anlässlich welcher sich keine Besserung des Gesundheitszustandes und keine wesentliche Befundänderung zeigte. Der Versicherte



beschrieb hauptsächlich in den Musculus deltoideus einstrahlende Schmerzen. Die gleichentags angefertigten Röntgenbilder der rechten Schulter zeigten keine knöcherne Veränderung. Zu einer zwei Wochen später vereinbarten Kontrolluntersuchung erschien der Versicherte nicht. Am 28. November 2016 stellte Dr. C.____ auf Wunsch des Versicherten hin in dessen Abwesenheit eine Physiotherapieverordnung aus (act. G 3.1/2.1). Am 30. November 2016 meldete die Arbeitgeberin der Mobiliar das Schadensereignis vom 31. Oktober 2016. Als Unfallhergang wurde in der Schadensmeldung festgehalten, dass der plötzliche Stopp eines Busses wegen des Tragens einer schweren Einkaufstasche eine starke Muskelzerrung verursacht habe (act. G 3.1/3). In einem Fragebogen der Mobiliar nahm der Versicherte am 3. Dezember 2016 nochmals zum Unfallereignis Stellung (act. G 3.1/1.4). Nach der Durchführung von etwa fünf oder sechs Physiotherapiesitzungen meldete sich der Versicherte am 3. Januar 2017 erneut zur Konsultation bei Dr. C.____ und beklagte vermehrte Schmerzen. Als Befund erhob Dr. C.____ eine diffuse Druckdolenz vor allem über den ventralen Anteilen der Gelenkkapsel sowie eine stark schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit. Dr. C.____ verschrieb dem Versicherten erneut Schmerzmittel und schlug ihm die Bestätigung einer Arbeitsunfähigkeit vor, was dieser jedoch noch immer als nicht notwendig empfand. Am 4. Januar 2017 berichtete der Versicherte Dr. C.____, es gehe ihm besser (act. G 3.1/2.1 und 2.2).

A.c Am 5. Januar 2017 wurde im Röntgeninstitut D.____ eine MRT des rechten Schultergelenks durchgeführt. PD Dr. med. E.____, FMH Radiologie, hielt in seiner Beurteilung eine glenohumeral betonte Omarthrose mit Chondropathie Grad III, eine Tendinose der Supra- und Infraspinatussehne mit transmuraler Ruptur der Supraspinatussehne im anterioren Anteil sowie eine leichtgradige Atrophie des Musculus supraspinatus fest (act. G 3.1/2.3).

A.d Am 9. Januar 2017 fand auf Zuweisung von Dr. C.____ eine Kontrolle durch Dr. med. F.____, Orthopädische Chirurgie FMH, Orthopädie Klinik G.____, statt. In ihrem Bericht vom 10. Januar 2017 hielt diese fest, dass der Versicherte am 31. Oktober 2016 beim plötzlichen Bremsen eines Busses eine schwere Zerrung der rechten Schulter erlitten habe, als es zum Traktionstrauma seines Armes gekommen sei. Seitdem bestünden erhebliche Beschwerden im lateralen Oberarmbereich. Die aktive Elevation habe sich deutlich verschlechtert. Als röntgenologischen Befund erhob sie keinen



St.Galler Gerichte

Humeruskopfhochstand, keine vermehrte acromiale Überdachung und keine wesentlichen arthrotischen Veränderungen. Sie empfahl bei vorliegender traumatischer Ruptur der Supraspinatussehne und deutlichem Schmerzbefund ein operatives Vorgehen (act. G 3.1/2.4).

A.e Am 12. Januar 2017 ersuchte die Klinik G.____ die Mobiliar um eine Kostengutsprache für eine am 1. Februar 2017 geplante Schulterarthroskopie mit Sehnennaht rechts mit einer Aufenthaltsdauer von ca. zwei Nächten (act. G 3.1/2.6), worauf die Mobiliar von der Klinik G.____ sämtliche Untersuchungs- und Befundbereiche einforderte (act. G 3.1/1.5). Am 26. Januar 2017 erteilte die Mobiliar Kostengutsprache gemäss dem Gesuch der Klinik G.____ für die Unterbringung in der privaten Abteilung (act. G 3.1/2.7; vgl. ferner act. G 3.1/1.8). Vom 26. bis 27. Januar 2017 war der Versicherte wegen einer kardiologischen Behandlung im Spital H.____ hospitalisiert worden (act. G 3.1/2.5). Am 14. Februar 2017 stellte die Klinik G.____ bei der Mobiliar ein erneutes Kostengutsprachegesuch für die auf den 22. Februar 2017 verschobene Operation (act. G 3.1/2.7 und 1.8 f.).

A.f Am 22. Februar 2017 führte Dr. F.____ beim Versicherten in der Klinik G.____ eine Schulterarthroskopie rechts mit komplexer Rekonstruktion der Supra- und Infraspinatussehne in Doppelreihentechnik, eine Tenotomie der langen Bizepssehne und eine Akromioplastik durch. Im Operationsbericht hielt Dr. F.____ fest, dass sich der Befund intraoperativ als weiter fortgeschritten als im MRT vom 5. Januar 2017 dargestellt habe. Glenohumeral habe sich der Knorpel an Glenoid und Humeruskopf als weitgehend erhalten gezeigt mit einer leichten Aufrauung (Chondromalazie I bis II). Die Subscapularissehne sei nur oberflächlich aufgeraut gewesen und habe nicht genäht werden müssen. Von der Supraspinatussehne sei nur noch ventral ein Zügel vorhanden gewesen, die übrige Sehne sei bis knapp vor das Glenoid retrahiert gewesen. Die lange Bizepssehne sei nicht mehr stabil gewesen. Die Infraspinatussehne sei ebenfalls bis knapp vor das Glenoid als retrahiert erschienen (act. G 3.1/2.8)

A.g Am 10. März 2017 führte der beratende Arzt der Mobiliar, Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie FMH, Spez. Allgemein Chirurgie und Traumatologie FMH, zertifizierter Gutachter SIM, aus, dass die Beschwerden und die Operation vom 22. Februar 2017 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang zum Unfall vom 31.



St.Galler Gerichte

Oktober 2016 stehen würden. Der Status quo sine sei spätestens vier Wochen nach dem Unfall erreicht gewesen. Entscheidend für die Beschwerden und die Therapie seien unfallfremde Faktoren, nämlich degenerative Veränderungen des rechten Schultergelenks mit beginnender Omarthrose, Tendinose der Sehnen des Musculus infraspinatus und supraspinatus sowie transmuraler Ruptur der Sehne des Musculus supraspinatus ventral mit beginnender Atrophie. Gemäss dem ersten Arztzeugnis von Dr. C. ___ habe beim Bremsen des Busses ein Anprall der rechten Schulter stattgefunden. Entsprechend der Schilderung der versicherten Person in einem Fragebogen sei es beim Abbremsen des Busses zu einer Zerrung am Arm, hervorgerufen durch das Tragen einer schweren Tasche, gekommen. Beide Mechanismen seien nicht geeignet, eine gesunde Sehne zum Reißen zu bringen. Im MRT seien beim ___-jährigen Versicherten bereits erhebliche degenerative Veränderungen des rechten Schultergelenks ersichtlich (act. G 3.1/2.9).

A.h Am 30. März 2017 führte der beratende Arzt der Mobiliar, Dr. med. J. ___, Facharzt für Chirurgie FMH, aus, dass die Körperschädigung des Versicherten eindeutig auf eine Erkrankung oder Degeneration zurückzuführen sei (act. G 3.1/2.11).

A.i Mit Schreiben vom 5. April 2017 teilte die Mobiliar dem Versicherten mit, dass sie gestützt auf die Ausführungen ihres beratenden Arztes, wonach die Beschwerden vier Wochen nach dem Unfall nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang zum Unfallereignis vom 31. Oktober 2016 stünden, einen Anspruch auf Versicherungsleistungen ab dem 6. Januar 2017 ablehnen müsse (act. G 3.1/1.16).

A.j Am 12. April 2017 teilte der Versicherte der Mobiliar telefonisch mit, dass er mit der Ablehnung des Leistungsfalls nicht einverstanden sei, da es sich um einen Unfall gehandelt habe (act. G 3.1/1.29). In einem Bericht vom 13. April 2017 an die Mobiliar erklärte Dr. F. ___, dass der vom Versicherten angegebene Unfallmechanismus, bei dem es durch ein plötzliches Bremsen des Busses zu einem starken Zug auf den rechten Arm gekommen sei, mit welchem er eine schwere Tasche getragen habe, durchaus ein adäquates Trauma zur Entstehung der Sehnenrupturen darstelle. Weiter erläuterte sie die Gründe, die aus ihrer Sicht für eine traumatische Entstehung der Sehnenrupturen sprechen würden und kam zum Schluss, dass es aus orthopädischer



Sicht keine Zweifel an einer traumatologisch bedingten Ruptur der Supra- und Infrapinatussehne in der rechten Schulter des Versicherten gebe (act. G 3.1/2.12).

A.k In einem im Auftrag der Mobiliar (vgl. act. G 3.1/1.35) erstellten Aktengutachten vom 1. Juni 2017 kam Dr. med. K.____, Orthopädische Chirurgie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, beratender Arzt der Mobiliar (vgl. act. G 3.1/1.36 und 1.38), zum Schluss, dass es beim Ereignis vom 31. Oktober 2016 mit unklarem Unfallmechanismus zu einer Schmerzhaftigkeit der Schulter gekommen sei, die mit Mikroverletzungen begründbar sei, wobei der Status quo sine Ende 2016 eingetreten sei. Weiter sei gesichert (Gegenteiliges lasse sich nicht erkennen oder hinreichend begründen), dass ein somatischer, aber asymptomatischer Vorzustand bestanden habe, eine richtunggebende Verschlimmerung sicher nicht eingetreten sein könne und eine vorübergehende Verschlimmerung nur als möglich zu bezeichnen wäre, zumal eine Zerrung einer bereits desinserierten Sehnen-Muskel-Struktur gar nicht erst möglich sei (act. G 3.1/2.13).

A.I Mit Verfügung vom 8. Juni 2017 teilte die Mobiliar dem Versicherten mit, dass sie einen Anspruch auf Versicherungsleistungen ab dem 1. Januar 2017 ablehnen müsse. Aufgrund der Einschätzung ihres beratenden Arztes stünden die Beschwerden ab dem 1. Januar 2017 nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 31. Oktober 2016 (act. G 3.1/1.39 f.).

A.m Am 14. Juni 2017 berichtete Dr. F.____ gegenüber Dr. C.____, dass die Schulter postoperativ sechs Wochen ruhiggestellt worden sei. Anfangs April 2017 habe der Versicherte mit Hilfe von Physiotherapie mit aktiver Schultermobilisation begonnen. Ende April habe der Versicherte von einer Schmerzzunahme berichtet und davon, dass er zu dieser Zeit auch noch einen Sturz erlitten habe, bei dem er sich die rechte Schulter ventral angeschlagen habe. Daher sei am 2. Mai 2017 eine Kontroll-MRT durchgeführt worden, welches ausgedehnte Re-Rupturen der beiden genähten Rotatorenmanschetten-Sehnen mit nun deutlicher Retraktion und Fortschreiten der Atrophie gezeigt habe. Zudem habe sich eine beginnende Frozen shoulder entwickelt. Aus ihrer Sicht hänge jedoch der initiale Sehnenriss eindeutig mit dem Trauma zusammen (act. G 3.1/5).

B.



St.Galler Gerichte

B.a Gegen die Verfügung der Mobiliar vom 8. Juni 2012 erhob der Versicherte am 29. Juni 2017 Einsprache und bat um eine Fristverlängerung zur Einreichung einer ärztlichen Einschätzung (act. G 3.1/1.49).

B.b Am 23. August 2017 reichte der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt M. Ausfeld, Zürich, eine ergänzende Einsprachebegründung nach mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien die gesetzlichen Leistungen wie einstweilen Taggeld und Behandlungskosten zu erbringen (act. G 3.1/1.60).

B.c Am 25. August 2017 reichte der Versicherte einen Bericht von Dr. F.____ vom 29. Juni 2017, in welchem diese sich mit dem Gutachten von Dr. K.____ auseinandergesetzt hatte (act. G 3.1/1.107 f.), sowie einen Bericht von Oberärztin Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____, Chefarzt Orthopädie, Klinik N.____ vom 3. August 2017 (act. G 3.1/1.104 ff.) ein (act. G 3.1/1.109). Dr. M.____ und Dr. L.____ hatten zur Frage der Unfallkausalität Stellung genommen und waren zum Schluss gekommen, insgesamt sei ihrer Einschätzung nach ganz klar von einem Trauma auszugehen, welches für die Ruptur ursächlich gewesen sei (act. G 3.1/1.104 ff.).

B.d Mit Einspracheentscheid vom 9. Oktober 2017 wies die Mobiliar unter Verweis auf das Aktengutachten von Dr. K.____ und die Einschätzung von Dr. I.____ die Einsprache des Versicherten ab (act. G 3.1/1.130 ff.).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der anwaltlich vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 3. November 2017 Beschwerde (act. G 1). Darin beantragte er, die Mobiliar (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei in Aufhebung des Einspracheentscheids zu verpflichten, ihm die sich aus dem Unfallereignis vom 31. Oktober 2016 ergebenden gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Entsprechend sei die Sache zur neuen Festlegung der Leistungen (Taggeld, Rente, Integritätsentschädigung sowie Therapiekosten) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventualiter sei eine gerichtliche Expertise zur Frage des Vorliegens von Unfallfolgen einzuholen; unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1 S. 2).



St.Galler Gerichte

C.b In ihrer Beschwerdeantwort vom 20. November 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

C.c In seiner Replik vom 7. Dezember 2017 hielt der Beschwerdeführer an den gestellten Anträgen vollumfänglich fest (act. G 6).

C.d In ihrer Duplik vom 28. Dezember 2017 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem bereits gestellten Antrag fest (act. G 8).

Erwägungen

1.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2016 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

Strittig und zu prüfen ist im vorliegenden Fall, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch des Beschwerdeführers auf über den 31. Dezember 2016 hinausgehende Versicherungsleistungen abgelehnt hat.

3.

3.1 Der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung setzt zunächst einen Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) voraus. Als solcher gilt eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen



oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer bei Vorliegen eines Unfalls im Sinne des Gesetzes für einen Gesundheitsschaden jedoch nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich, d.h. zumindest teilkausal ist, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 181 E. 3.1, 117 V 376 E. 3a; SVR 2007 UV Nr. 28 S. 94, U 413/05, E. 4.1 mit Hinweisen; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 53). Für die Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 112 V 32 f. E. 1; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 und 58 f.). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung praktisch keine selbständige Rolle (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 f. E. 3a und 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall einmal anerkannt, so entfällt seine Leistungspflicht erst dann, wenn der Unfall nicht (mehr) die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit gänzlich



fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; Thomas Locher/Thomas Gächter, a.a.O., § 70 N. 58 f.).

3.2 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352, E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden. 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 470 f. E. 4.4 und 4.6; bestätigt etwa in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3). Die Rechtsprechung erachtet sodann Aktengutachten als zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte bzw. die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (vgl. PVG 1996 Nr. 89 S. 267 E. 3b).

3.3 Der im Sozialversicherungsprozess herrschende Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn einer 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. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, demzufolge die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität der Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; BGE 117 V 264 E. 3b; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Die Beweislast liegt jedoch nur bezüglich derjenigen Verletzungen beim Unfallversicherer, welche thematisiert worden waren und somit Gegenstand der Anerkennung bildeten (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2009, 8C_363/2009, E. 1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 27. April 2005, U 6/05, auszugsweise publiziert in: AJP 2006 S. 1290 ff.).

4.

4.1 Vorliegend ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 31. Oktober 2016 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG erlitten hat. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht für das Unfallereignis bis zum 31. Dezember 2016 anerkannt. Sie stellt sich jedoch auf den Standpunkt, dass das Unfallereignis nur vorübergehende schmerzhafteste Mikroverletzungen verursacht habe, die spätestens am 31. Dezember 2016 geheilt gewesen seien. Die Sehnenrupturen des Beschwerdeführers, welche eine über den 31. Dezember 2016 hinausgehende Behandlung, insbesondere die Operation vom 22. Februar 2017, notwendig gemacht hätten, stünden hingegen in keinem Kausalzusammenhang zum Unfall, sondern beruhten auf einer degenerativen Erkrankung (vgl. act. G 1.1, 3 und 8). Demgegenüber erachtet der Beschwerdeführer unter Verweis auf Berichte von behandelnden Ärzten das Unfallereignis vom 31. Oktober 2016 für die Sehnenrupturen, die damit einhergehenden über den 31. Dezember 2016 hinausdauernden medizinischen Behandlungen sowie die daraus resultierte Arbeitsunfähigkeit als kausal (vgl. act. G 1 und 6). Zu prüfen ist somit, ob zwischen dem Unfallereignis und den Sehnenrupturen ein natürlicher Kausalzusammenhang überwiegend wahrscheinlich gegeben ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdegegnerin für die ursprünglich auf den 1. Februar 2017 angesetzte und später auf den 22. Februar 2017 verschobene Schulterarthroskopie mit Sehnennaht rechts gegenüber der Klinik G.____ am 26. Januar 2017 eine Kostengutsprache erteilt hat (act. G 3.1/2.7). Zwar hat die Beschwerdegegnerin vor der Guttheissung des Kostengutsprachegesuchs die



medizinische Situation ärztlich möglicherweise nicht abklären lassen, jedoch hat sie bei der Klinik G.____ medizinische Berichte eingefordert (vgl. act. G 3.1/1.5). Demnach ist davon auszugehen, dass sie bei ihrem Entscheid über die Kostengutsprache zumindest grobe Kenntnis von der medizinischen Situation gehabt hat oder eine solche Kenntnis als nicht notwendig erachtet hat, hätte sie im gegenteiligen Fall doch vor der Erteilung der Kostengutsprache auf die Zustellung weiterer medizinischer Unterlagen gewartet. Jedenfalls hat die Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der Gutheissung des Kostengutsprachegesuchs zumindest um die Supraspinatussehnenruptur gewusst, da diese Diagnose im Kostengutsprachegesuch vom 12. Januar 2017 aufgeführt gewesen war (vgl. act. G 3.1/2.6). Indem sie ihre Leistungspflicht und somit auch die Unfallkausalität für die Sehnenruptur der Supraspinatussehne bzw. für die Schulterarthroskopie zunächst bejaht hat (vgl. act. G 3.1/2.7 S. 2 und 1.8 f.), liegt bei Beweislosigkeit die Beweislast hinsichtlich der Frage, ob ein leistungsbe gründender Kausalzusammenhang in Bezug auf die Sehnenrupturen gegeben ist, bei ihr.

4.2 Für die Frage der Unfallkausalität beruft sich die Beschwerdegegnerin in erster Linie auf das Aktengutachten von Dr. K.____ vom 1. Juni 2017. Dieser hat die Kausalität zwischen den Sehnenrupturen und dem Unfall insbesondere aufgrund des Unfallhergangs, des Schmerzverlaufs sowie aufgrund der in den MRT-Untersuchungen sichtbar gewordenen degenerativen Veränderungen in der rechten Schulter des Beschwerdeführers verneint (vgl. act. G 3.1/2.13). Folglich sind diese laut Dr. K.____ gegen eine Unfallkausalität sprechenden Punkte auf ihre Schlüssigkeit und Stichhaltigkeit zu überprüfen.

4.3 Hinsichtlich des Unfallhergangs hat Dr. K.____ ausgeführt, dass der Beschwerdeführer gegenüber seinem Hausarzt Dr. C.____ zunächst angegeben habe, das Unfallereignis sei nicht mehr genau rekonstruierbar, in einem Fragebogen an die Unfallversicherung jedoch plötzlich von einem Traktionstrauma gesprochen habe (act. G 3.1/2.13 S. 7). Der Beschwerdeführer hat in der Unfallmeldung vom 30. November 2016 angegeben, dass es bei einem plötzlichen Stopp des Busses, in welchem er gestanden habe, zu einer starken Muskelzerrung wegen einer schweren Einkaufstasche gekommen sei (act. G 3.1/3). Diese Version hat der Beschwerdeführer am 3. Dezember 2016 im Fragebogen der Beschwerdegegnerin wiederholt (vgl. act. G 3.1/1.3 f.) und auch gegenüber Dr. F.____, Dr. L.____ und Dr. M.____ im Wesentlichen



konstant wiedergegeben (vgl. act. G 3.1/2.4 und 3.1/1.124 ff.). In dem von Dr. C.____ eingereichten Auszug der Krankengeschichte hinsichtlich der Erstkonsultation vom 7. November 2016 ist als Unfallmechanismus angemerkt worden, dass der Beschwerdeführer bei einer brusken Busbremsung mit der rechten Schulter gegen eine Haltestange geschlagen habe oder es zu einer Schulterzerrung rechts gekommen sei, weil sich der Beschwerdeführer an der Haltestange habe festhalten müssen. Ein genauer Unfallhergang könne nicht beschrieben werden, da es zu schnell gegangen sei (act. G 3.1/ 2.1). Dabei fällt auf, dass in der Krankengeschichte zusätzlich auf eine Haltestange hingewiesen worden ist, während nichts von einer Einkaufstasche vermerkt worden ist. Allerdings handelt es sich beim Auszug aus der Krankengeschichte im Gegensatz zur Unfallmeldung lediglich um eine indirekte Wiedergabe des vom Beschwerdeführer geschilderten Unfallhergangs, zum anderen ist der Auszug aus der Krankengeschichte erst am 21. März 2017 (vgl. act. G 3.1/2.1) und somit nach der Unfallmeldung (vgl. act. G 3.1/3) bzw. nach dem am 3. Dezember 2016 ausgefüllten Fragebogen der Beschwerdegegnerin (act. G 3.1/1.4) erstellt worden. Das gleiche gilt für die im Arztzeugnis von Dr. C.____ vom 5. Dezember 2016 enthaltene Unfallschilderung, wonach der Beschwerdeführer bei einer brusken Bremsung eines Busses mit der rechten Schulter gegen eine Haltestange geschlagen habe (act. G 3.1/2.2). Folglich kann der Beschwerdeführer nicht ohne weiteres auf der Darstellung im Auszug der Krankengeschichte als Aussage der ersten Stunde behaftet werden (vgl. dazu Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O, S. 5), ist es doch gerichtsnotorisch, dass eine Aussage bei der indirekten Wiedergabe schnell einmal abgekürzt oder leicht verändert werden kann. Dazu kommt, dass gewisse Abweichungen in der Darstellung des Unfallereignisses durchaus nachvollziehbar sind, zumal sich der Unfall sehr plötzlich und unerwartet ereignet hat, weshalb der Beschwerdeführer laut Auszug aus der Krankengeschichte den Unfall nur schwer hat rekonstruieren können (vgl. act. G 3.1/2.1). Insbesondere kann vom Beschwerdeführer als medizinischem Laien auch nicht erwartet werden, dass er die Begriffe "Kontusion" und "Zerrung" korrekt verwendet, da es sich dabei um medizinische Interpretationen handelt. Zudem ist bereits im Auszug aus der Krankengeschichte nicht nur die Option einer Kontusion, sondern auch diejenige einer Zerrung aufgeführt worden (vgl. act. G 3.1/2.1). Jedenfalls widersprechen sich die Unfallschilderungen des Beschwerdeführers nicht wesentlich, sondern weisen einen roten Faden auf, indem der Beschwerdeführer konstant davon berichtet hat, dass es im



Bus zu einem plötzlichen Stopp gekommen sei und er sich dabei eine Verletzung an der Schulter zugezogen habe. Die Schilderungen, dass der Beschwerdeführer eine Einkaufstasche getragen habe und sich an einer Haltestange angeschlagen habe bzw. sich an der Haltestange habe festhalten wollen, widersprechen sich jedenfalls gegenseitig nicht. Der genaue Unfallhergang lässt sich wohl nur schwer rekonstruieren. Aus diesem Umstand kann die Beschwerdegegnerin aber gerade nichts zu ihren Gunsten ableiten. Lässt sich der Unfallmechanismus nicht genau rekonstruieren, so kann allein daraus nicht gefolgert werden, dass dieser nicht geeignet gewesen sei, die Sehnenrupturen zu verursachen. Dazu kommt, dass die Ausführungen der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin hinsichtlich des Unfallmechanismus und dessen Auswirkungen nicht schlüssig sind. Dr. I. ___ hat ausgeführt, dass sowohl der Unfallmechanismus "Anprall an der rechten Schulter" als auch derjenige einer "Zerrung am Arm durch das Tragen einer schweren Tasche" nicht geeignet seien, eine gesunde Sehne zum Reißen zu bringen (vgl. act. G 3.1/2.9 S. 2). Dem widersprechen zum einen die Ausführungen von Dr. F. ___, Dr. L. ___ und Dr. M. ___, die den vom Beschwerdeführer beschriebenen Unfallmechanismus durchaus als adäquates Trauma bezeichnet haben (vgl. act. G 3.1/2.4, 2.12 und 1.124 ff.). Zum anderen beziehen sich die Aussagen von Dr. I. ___ nur auf eine gesunde Sehne, ohne dass er sich dazu geäußert hat, inwiefern diese Mechanismen einen möglicherweise bestehenden degenerativen Vorzustand strukturell verschlimmern könnten (vgl. act. G 3.1/2.9 S. 2). Dr. F. ___ hat nämlich darauf hingewiesen, dass das Vorbestehen altersentsprechender Veränderungen der Sehnen, die bei einem geringergradigen Trauma als bei einem gesunden 20-Jährigen mit gut elastischer Rotatorenmanschette zur Ruptur führen könnten, nicht ausgeschlossen sei (vgl. act. G 3.1/2.12). Der beratende Arzt Dr. K. ___ hat, wie bereits erwähnt, auf die aus seiner Sicht bestehende Diskrepanz hingewiesen, dass der Beschwerdeführer zunächst angegeben habe, der Unfallmechanismus nicht mehr genau rekonstruieren zu können, später jedoch von einem Traktionstrauma gesprochen habe (act. G 3.1/2.13 S. 7). Einen nachvollziehbar begründeten Schluss hat er aus dieser angeblichen Diskrepanz jedoch nicht gezogen (vgl. act. G 3.1/2.13 S. 7 ff.). Weiter hat er ausgeführt, dass, selbst wenn ein starker Zug auf den rechten Arm eingewirkt hätte, die These eines adäquaten Traumas zur Entstehung der ausgedehnten Rotatorenmanschettenläsion mit Omarthrose nicht begründet werden könne (act. G 3.1/2.13 S. 9). Zum einen fehlt eine Begründung dieser Schlussfolgerung.



Zum anderen haben die behandelnden Ärzte nicht behauptet, dass der Unfall sämtliche im Schultergelenk vorhandenen arthrotischen Veränderungen bewirkt habe, sondern dass der Unfall ursächlich für die Sehnenrupturen gewesen sei (vgl. insbesondere act. G 3.1/2.12). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Ausführungen zum Unfallmechanismus der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin nicht besonders schlüssig erscheinen und der vom Beschwerdeführer beschriebene bzw. nicht genau rekonstruierbare Unfallmechanismus jedenfalls nicht gegen eine Unfallkausalität spricht.

4.4 Als für eine unfallkausale Problematik ebenfalls atypisch hat Dr. K.____ den Schmerzverlauf beschrieben. Für einen posttraumatischen Zustand sei es mit somatischen Befunden nicht erklärbar, dass die Schmerzen zunächst nachlassen würden, um dann wieder unfallkausal zu exazerbieren. Das Nachlassen der Schmerzen würde der Normalität in einem Heilungsverlauf entsprechen. Dass die Schmerzen zunächst nachgelassen hätten, leite er aus der Tatsache ab, dass der Beschwerdeführer eine bei Dr. C.____ vereinbarte Konsultation im November 2016 nicht wahrgenommen habe (act. G 3.1/2.13 S. 7). Zwar könnte ein längeres Aussetzen ärztlicher oder therapeutischer Behandlungen unter Umständen den Schluss rechtfertigen, eine Besserung sei eingetreten. Aus einer einzigen nicht wahrgenommenen Konsultation auf eine Schmerzverbesserung zu schliessen, ist jedoch fragwürdig. Dies umso mehr, als dass der Beschwerdeführer am 18. November 2016, rund zwei Wochen vor dem ausgelassenen Kontrolltermin, noch bei Dr. C.____ erschienen ist und Dr. C.____ ihm am 28. November 2016 auf seinen Wunsch hin eine Physiotherapieverordnung ausgestellt hat, der Beschwerdeführer die Physiotherapie auch tatsächlich in Anspruch genommen hat, durch die Physiotherapie aber eine Verschlechterung der Schmerzsituation eingetreten ist, woraufhin der Beschwerdeführer wiederum Dr. C.____ aufgesucht hat (vgl. act. G 3.1/2.1). Der Beschwerdeführer stellt sich denn auch auf den Standpunkt, er habe den Termin bei Dr. C.____ im November 2016 nicht wegen einer Schmerzbesserung nicht wahrgenommen, sondern weil er ihn vergessen habe (act. G 3.1/1.128). Dass sich der Beschwerdeführer nach dem Unfall nicht sogleich arbeitsunfähig gefühlt hat, schliesst eine Unfallkausalität ebenfalls nicht aus. Zum einen ist aus dem Auszug aus der Krankengeschichte zu schliessen, dass Dr. C.____ dem Beschwerdeführer auf dessen Wunsch hin wohl bereits bei der ersten Konsultation ein Arbeitsunfähigkeitsattest



ausgestellt hätte (act. G 3.1/2.1), was für eine gewisse Schwere der damaligen Beschwerden spricht. Zum anderen ist es, wie der Beschwerdeführer zu Recht vorbringt (vgl. act. G 1 S. 2 ff.), durchaus möglich, dass gerade auch die Physiotherapie zu einer Verschlechterung der Situation beigetragen hat, möglicherweise sogar die Ruptur der vorgeschädigten Supraspinatussehne erst verursacht hat. Dies würde erklären, weshalb nach der Durchführung der Physiotherapie eine Verschlechterung der Schmerzsituation und der Schulterbeweglichkeit eingetreten ist (vgl. act. G 3.1/2.1). Eine fehlerhafte oder unglückliche Behandlung von Unfallfolgen würde eine Unfallkausalität jedoch nicht unterbrechen. Dass der Beschwerdeführer zunächst davon ausgegangen sein könnte, die Beschwerden liessen sich mit einer Physiotherapie verbessern, zumal Dr. C.____ ihm eine solche Verordnung ohne Weiteres ausgestellt zu haben scheint (vgl. act. G 3.1/2.1), ist durchaus nachvollziehbar. Selbst eine vorübergehende Schmerzreduktion bedeutet jedoch gemäss Dr. F.____ nicht automatisch eine Heilung. Dr. F.____ hat ausgeführt, dass schmerzarme Intervalle insbesondere bei unfallbedingten Rotatorenmanschettenläsionen häufig, wenn nicht sogar normal seien (vgl. act. G 3.1/1.128). Dr. L.____ und Dr. M.____ haben den Schmerzverlauf ebenfalls als für ein Unfallereignis typisch bezeichnet und zu Recht darauf hingewiesen, dass die Beschwerden auch unter analgetischer Medikation abnehmen können (vgl. act. G 3.1/1.125). Schliesslich ist anzumerken, dass die Schulterschmerzen direkt nach dem Unfallereignis aufgetreten sind und vor dem Unfall keine Schulterschmerzen bestanden haben, was, wie Dr. F.____ zu Recht darauf hinweist, ein weiteres Indiz für eine Unfallkausalität ist (vgl. act. G 3.1/5). Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass der Schmerzverlauf im vorliegenden Fall nicht gegen eine Kausalität des Unfalls für die Sehnenrupturen, sondern eher für eine Unfallkausalität spricht.

4.5 Als weiteres Argument gegen eine Unfallkausalität hat Dr. K.____ den mittels Bildgebung nachgewiesenen Vorzustand der rechten Schulter aufgeführt, der seiner Meinung nach nicht durch eine einmalige Traktion bewirkt worden sein könne (act. G 3.1/2.13 S. 7). Weiter hat er festgehalten, dass sich auch keine Hinweise auf eine richtunggebende Verschlimmerung fänden. In der MRT fehle eine konkrete, lokale Signalstörung an der Rotatorenmanschette. Eine solche bräuchte es, wenn zwei Monate vor der Bilderstellung eine schädigende Kraft die nachgewiesene Veränderung bewirkt haben sollte. Überdies bestünden subchondrale Zysten im Bereich der Ansätze



der Supraspinatus- und Infraspinatussehne, was ebenfalls für eine alterskorrelierende Degeneration der Rotatorenmanschette spreche (act. G 3.1/2.1 S. 8). Unbestritten ist, dass schon vor dem Unfall degenerative Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette bestanden haben (vgl. act. G 3.1/1.124 ff. und 2.12). Dr. F.____ schliesst sogar altersentsprechende Veränderungen an den Sehnen selber nicht kategorisch aus (act. G 3.1/2.12 S. 2). Zu Recht hat sie jedoch darauf hingewiesen, dass sich aus allenfalls bestehenden degenerativen Vorzuständen nicht ohne weiteres ableiten lasse, der Unfall habe nicht zur Ruptur der Supraspinatus- und Infraspinatussehne beigetragen. Sie hat einleuchtend dargelegt, allenfalls vorbestehende altersentsprechende Veränderungen der Sehnen hätten vielleicht dazu geführt, dass es bereits bei einem geringergradigeren Trauma wie bei einem 20-Jährigen mit noch gut elastischer Rotatorenmanschette zu einer Sehnenruptur gekommen sei, gleichwohl sei die Sehnenruptur diesfalls immer noch traumatologisch bedingt (act. G 3.1/2.12 S. 2). Weiter hat Dr. F.____ ausgeführt, dass es bei einer länger vorliegenden degenerativen Schädigung der Rotatorenmanschette nicht innerhalb von wenigen Monaten zur Sehnenretraktion komme. Intraoperativ habe sich anders als in der MRT vom 5. Januar 2017 eine vollständige Ruptur der Infraspinatussehne mit beginnender Retraktion gezeigt, weshalb hier bereits durch das Trauma eine Ruptur vorgelegen haben dürfte. Die Interpretation der MRT vom 5. Januar 2017, wonach die Infraspinatussehne aufgetrieben sei ohne höhergradige Partialruptur könne im Nachhinein nicht als korrekt bezeichnet werden (act. G 3.1/2.12 S. 1). Bei genauer Beurteilung der primären MRT-Bilder zeige sich durchaus bereits eine Zerrung der Infraspinatussehne, die wohl im Verlauf dann ruptiert sei (act. G 3.1/5). Im Übrigen würden sowohl die Infraspinatus- als auch die Supraspinatussehne Zeichen einer frischen Ruptur mit einer leichten Einblutung aufweisen (act. G 3.1/2.12 S. 1). Dass ein degenerativer Riss zu eingebluteten Sehnenenden führe könne, sei orthopädisch nicht schlüssig (act. G 3.1/1.128). Übereinstimmend dazu haben Dr. M.____ und Dr. L.____ nachvollziehbar ausgeführt, dass die Ruptur eine deutliche Dynamik zeige, was für ein Unfallereignis spreche. Die MRT vom 5. Januar 2017 sei leider erst ca. zweieinhalb Monate nach dem Trauma angefertigt worden. Zwischen der MRT und der Operation seien nochmals sechs Wochen verstrichen. In dieser Zeit habe sich die Ruptur vergrössert und retrahiert. Eine degenerative Ruptur reisse nicht so schnell weiter und würde nicht eine solch massive Zunahme an Retraktion in kurzer Zeit zeigen. Auch die



Trophik der Muskulatur sei zum Zeitpunkt nach dem Unfall noch ordentlich und für ein Trauma, welches zwei Monate davor stattgefunden habe, völlig adäquat gewesen. In der MRT, welche sieben Monate nach dem Unfall angefertigt worden sei, zeige sich eine Re-Ruptur der rekonstruierten Sehnen und eine Verfettung und Atrophie der Supra- und Infraspinatusmuskulatur. Insgesamt könne somit ganz klar davon ausgegangen werden, dass ein Trauma für die Ruptur ursächlich gewesen sei. Die leichte Knorpelveränderung, die als Grund für die vorbestehende Degeneration erwähnt werde, habe keinen Zusammenhang mit dem Krankheitsbild einer Sehnenruptur und sei somit kein Argument gegen ein Trauma (act. G 3.1/1.124 f.). Dazu passt, dass Dr. F.____ der Auffassung gewesen ist, dass im MRT vom 5. Januar 2017 keine Atrophie der Infraspinatus- und Supraspinatusmuskulatur vorgelegen habe, was sie als weiteres Indiz gegen eine chronische Läsion gesehen hat (act. G 3.1/2.12 S. 1 f.). Zwar ist Dr. E.____ in seiner Beurteilung der MRT vom 5. Januar 2017 von einer leichtgradigen Atrophie des Musculus supraspinatus ausgegangen, jedoch nicht von einer Atrophie des Musculus infraspinatus, obwohl er eine solche als Befund ebenfalls erwähnt hat (act. G 3.1/2.3). Dies könnte darauf hindeuten, dass er mindestens die Atrophie im Musculus infraspinatus als vernachlässigbar eingestuft hat, womit erklärbar wäre, dass Dr. F.____ von einer fehlenden Atrophie ausgegangen ist. Aus den Ausführungen von Dr. L.____ und Dr. M.____, Dr. F.____ und Dr. E.____ ist jedenfalls zu schliessen, dass im Zeitpunkt der MRT vom 5. Januar 2017, wenn überhaupt, lediglich eine leichtgradige Atrophie des Musculus supraspinatus und allenfalls des Musculus infraspinatus vorgelegen hat (act. G 3.1/2.3, 2.12 und 1.124 ff.), weshalb nachvollziehbar ist, dass die behandelnden Ärzte auch die fehlende Muskelatrophie als Indiz gegen eine chronische Läsion der Sehnen gewertet haben (vgl. act. G 3.1/1.124 ff. und 2.12).

4.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der schlüssigen und übereinstimmenden Ausführungen dreier ausgewiesener Fachspezialisten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass das Unfallereignis mindestens teilkausal für die Sehnenrisse gewesen ist. Die drei gegenteiligen Einschätzungen der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin vermögen demgegenüber nicht darzutun, dass die Sehnenrisse überwiegend wahrscheinlich unfallfremd gewesen sind, zumal Dr. J.____ für seine Einschätzung gar keine Begründung abgegeben hat (vgl. act. G 3.1/2.11), Dr. I.____ als Begründung im Wesentlichen lediglich den Unfallmechanismus angeführt hat (vgl. act. G 3.1/2.9) und



die Ausführungen von Dr. K.____ ebenfalls nicht überzeugen (vgl. act. G 3.1/2.13 und E. 4.3 ff.). Dazu kommt, dass die Einschätzung von Dr. K.____ lediglich auf einer Aktenbeurteilung beruht, während die behandelnden Fachspezialisten den Beschwerdeführer persönlich untersucht haben und Dr. F.____ sogar die Operation durchgeführt hat (vgl. act. G 3.1/2.8). Folglich hat die Beschwerdegegnerin eine über den 31. Dezember 2016 hinausreichende Leistungspflicht für die Folgen des Unfalls vom 31. Oktober 2016 zu Unrecht abgelehnt.

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist der Einspracheentscheid vom 9. Oktober 2017 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer auch über den 31. Dezember 2016 hinaus die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 31. Oktober 2016 zu erbringen. Die zusätzlich zur Unfallkausalität verlangten Leistungsvoraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten, insbesondere das Vorliegen einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit, wird die Beschwerdegegnerin noch zu prüfen haben.

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

5.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG). Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint vorliegend eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 9. Oktober 2017 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, dem Beschwerdeführer über



den 31. Dezember 2016 hinaus die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 31. Oktober 2016 zu erbringen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.