



**Fall-Nr.:** UV 2018/21  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 20.04.2020  
**Entscheiddatum:** 20.02.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 20.02.2020**

**Art. 4 UVG, Art. 6 Abs. 2 UVG in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 UVV: Frage, ob mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ein Unfall oder ein unfallähnliches Ereignis nachgewiesen ist, offengelassen. Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV: Bejahung einer unfallähnlichen Körperschädigung in Form einer Teilruptur der Supraspinatussehne. Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV: Verneinung einer Leistungspflicht des Unfallversicherers, weil die partielle Rotatorenmanschettenläsion mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch eine Degeneration verursacht wurde. Art. 4 ATSG: Verneinung einer unfallbedingten neuen partiellen Rotatorenmanschettenläsion oder einer richtungsgebenden Verschlimmerung derselben infolge eines Unfalls. Art. 6 Abs. 2 UVG: Anerkennung einer Leistungspflicht für eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes durch den Unfallversicherer. Verneinung einer Leistungspflicht bei Erreichen des Status quo sine vel ante (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Februar 2020, UV 2018/21). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_224/2020.**

**Entscheid vom 20. Februar 2020**

Besetzung

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

Geschäftsnr.

UV 2018/21



## St.Galler Gerichte

Parteien

A.\_\_\_\_,

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Sutter, Haus Eden, Paradiesweg 2,  
Postfach, 9410 Heiden,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Versicherungsleistungen**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war als Flachdachbauer bei der B.\_\_\_\_ GmbH angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 25. Mai 2016 liess er durch seine Arbeitgeberin melden, er sei am 9. März 2016 beim Transportieren einer Badewanne gestolpert und gestürzt und habe sich dabei die rechte Schulter verletzt (Suva-act. 1). Die Erstbehandlung hatte am 12. März 2016 bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, stattgefunden, der als Befunde primär Schmerzen, jedoch keine Bewegungseinschränkung erhoben, einen Verdacht auf eine Zerrung des Musculus deltoideus diagnostiziert und als Differenzialdiagnose eine Rotatorenmanschettenläsion gestellt hatte. Eine Arbeitsunfähigkeit war keine bescheinigt worden (Suva-act. 8).



## St.Galler Gerichte

**A.b.** Am 1. Juni 2016 wurde beim Versicherten bei anhaltenden Schulterschmerzen eine kernspintomographische Untersuchung der rechten Schulter durch Dr. med. D.\_\_\_, Radiologie E.\_\_\_, Diagnosezentrum F.\_\_\_, durchgeführt, welche eine leichtgradige traumatisierte AC-Gelenksarthrose, eine geringgradige interstitielle Partialruptur der Supraspinatussehne auf einer Länge von 5 mm in der mittleren Portion der Supraspinatussehne, eine leichtgradige Bursitis subdeltoidea, eine leichtgradige verdickte Gelenkkapsel im Recessus axillaris sowie differentialdiagnostisch eine beginnende Kapsulitis zur Darstellung brachte (Suva-act. 9).

**A.c.** Mit Arztzeugnis UVG vom 6. Juni 2016 erhob Dr. C.\_\_\_ als Befunde primär Probleme im Humeruskopf lateral, eine verminderte Beweglichkeit im Schultergelenk und eine Zunahme der Schmerzen beim Heben des Arms. Weiter bescheinigte er eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 24. Mai 2016 (Suva-act. 10).

**A.d.** Am 10. Juni 2016 wurde der Versicherte durch Dr. med. G.\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädie H.\_\_\_, untersucht, der im Untersuchungsbericht vom 14. Juni 2016 eine geringgradige Partiaalläsion der Supraspinatussehne mit Begleitbursitis subdeltoidea rechts diagnostizierte, die Indikation zu einem operativen Vorgehen verneinte, erklärte, dass der Versicherte eine Infiltration der rechten Schulter abgelehnt habe, und eine Verordnung zur Physiotherapie ausstellte (Suva-act. 12, 26).

**A.e.** Am 24. Juni 2016 beurteilte Suva-Kreisärztin med. pract. I.\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, dass aktuell eine Teilkausalität der Beschwerden nicht ausgeschlossen werden könne (Suva-act. 13).

**A.f.** Am selben Tag schilderte der Versicherte der Suva nochmals telefonisch das Ereignis vom 9. März 2016 (Suva-act. 15). Dr. C.\_\_\_ bescheinigte dem Versicherten weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 23).

**A.g.** Mit Schreiben vom 27. Juni 2016 sprach die Suva dem Versicherten für die Folgen des Unfalls vom 9. März 2016 Leistungen für Heilbehandlungen sowie Taggelder zu (Suva-act. 19).



**A.h.** Am 28. Juni 2016 führte Dr. G.\_\_\_\_ beim Versicherten eine intraartikuläre und subacromiale Infiltration der rechten Schulter durch und stellte eine weitere Physiotherapieverordnung aus (Suva-act. 25, 32). Am 7. Juli 2016 teilte der Versicherte der Suva mit, dass die Beschwerden nach der Infiltration etwas weniger geworden seien (Suva-act. 27). Dr. C.\_\_\_\_ bescheinigte ihm weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 29). In einem ärztlichen Zwischenbericht vom 12. August 2016 hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, dass sich der Zustand weiterhin bessere bzw. die Beschwerden rückläufig seien, die Prognose gut sei, die Physiotherapie noch beendet werde, keine Konsultationen mehr geplant seien und seit dem 17. Juli 2016 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (Suva-act. 34, vgl. auch Suva-act. 33). Am 24. August 2016 bestätigte der Versicherte den Abschluss der ärztlichen und therapeutischen Behandlung (Suva-act. 36).

**A.i.** Am 3. November 2016 liess der Versicherte durch seine Arbeitgeberin einen Rückfall zum Ereignis vom 9. März 2016 melden. Der Versicherte habe im Sommer wieder mit der Arbeit begonnen. Im Oktober seien nun die Schmerzen in der Schulter leider wieder zurückgekommen. Dr. C.\_\_\_\_ habe ihm eine Physiotherapie verordnet und er arbeite bis auf Weiteres 100% (Suva-act. 37; vgl. auch Suva-act. 39, 43).

**A.j.** Am 15. Dezember 2016 legte die Suva den Schadenfall ihrer Kreisärztin med. pract. I.\_\_\_\_ vor, die am 19. Dezember 2016 befand, dass die erneuten Schulterbeschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 9. März 2016 zurückzuführen seien. Es sei davon auszugehen, dass eine klassische - anlage- bzw. degenerativ bedingte - Impingementkonstellation durch das inkriminierte Ereignis vorübergehend aktiviert worden sei. Dauerhafte Beschwerden seien dadurch jedoch nicht zu erklären. Die heutigen Beschwerden seien dem Vorzustand geschuldet (Suva-act. 44). Die Suva teilte dem Versicherten daraufhin die Einstellung ihrer Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2016 mit (Suva-act. 46).

**A.k.** Am 9. Januar 2017 suchte der Versicherte wegen persistierender Beschwerden der rechten Schulter Dr. G.\_\_\_\_ auf, der eine kernspintomographische Verlaufsuntersuchung in der Radiologie E.\_\_\_\_ veranlasste (Suva-act. 51). Die Untersuchung wurde am 10. Januar 2017 durch Dr. med. J.\_\_\_\_ durchgeführt (Suva-act. 59).



## St.Galler Gerichte

**A.l.** Mit Schreiben vom 16. Januar 2017 reichte die Klinik K.\_\_\_\_ der Suva ein Kostengutsprache gesuch für einen stationären Aufenthalt zur Durchführung einer Arthroskopie mit subacromialer Dekompression und Rotatorenmanschettenrekonstruktion rechts ein (Suva-act. 49). Am 17. Januar 2017 liess der Versicherte durch seine Arbeitgeberin erneut einen Rückfall zum Ereignis vom 9. März 2016 mit einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit dem 2. Januar 2017 melden (Suva-act. 48). Mit Schreiben vom 23. Januar 2017 berichtete Dr. G.\_\_\_\_ Dr. C.\_\_\_\_, dass aus seiner Sicht ein Zusammenhang zwischen der Schulterproblematik rechts und dem Ereignis vom 9. März 2016 bestehe, weshalb er die Suva-Kreisärztin nochmals um Überprüfung der Kostengutsprachesituation ersuche (Suva-act. 53).

**A.m.** Am 8. Februar 2017 schilderte der Versicherte gegenüber der Suva nochmals das Ereignis vom 9. März 2016 und äusserte sich zu den Themen Heilverlauf, Brückensymptome, aktuelles Befinden und Krankengeschichte (Suva-act. 62).

**A.n.** Am 15. Februar 2017 führte Dr. G.\_\_\_\_ beim Versicherten eine Schulterarthroskopie mit subacromialer Dekompression, Bizepsstenodese, plastischer Rekonstruktion der Rotatorenmanschette (Supraspinatussehnenrekonstruktion, Pulleyverschluss) durch (Suva-act. 65, vgl. auch Suva-act. 66).

**A.o.** Nach einer ärztlichen Beurteilung durch Suva-Kreisärztin med. pract. I.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2017, worin diese weiterhin daran festhielt, dass von einer zeitlich limitierten Verschlimmerung eines Vorzustandes auszugehen sei, und den operativen Eingriff vom 15. Februar 2017 als nicht überwiegend wahrscheinlich kausal zum sinnfälligen Ereignis vom 9. März 2016 bezeichnete (Suva-act. 67), verneinte die Suva mit Verfügung vom 27. Februar 2017 ihre Leistungspflicht für die am 17. Januar 2017 gemeldeten Schulterbeschwerden rechts mangels eines sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs zum Ereignis vom 9. März 2016 (Suva-act. 68).

**A.p.** Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch seine Rechtsschutzversicherung (CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG; nachfolgend: CAP), am 14. März 2017 Einsprache (Suva-act. 74).

**A.q.** Am 27. März 2017 legte die Kollektiv-Krankenversicherung (Allianz Suisse Versicherungsgesellschaft AG) des Versicherten der Suva insbesondere eine



## St.Galler Gerichte

Beurteilung von Dr. med. L.\_\_\_\_, Pädiatrie FMH, vom 3. März 2017 (Suva-act. 77) sowie ein Schreiben von Dr. C.\_\_\_\_ vom 21. März 2017 (Suva-act. 78/3) vor und ersuchte um Zustellung des Einspracheentscheids (Suva-act. 78).

**A.r.** Am 27. April 2017 reichte die CAP die Einsprachebegründung ein (Suva-act. 80), worauf die Suva den Schadenfall am 18. Juli 2017 Kreisärztin med. pract. I.\_\_\_\_ mit der Frage vorlegte, ob und wenn ja, in welchem Zeitpunkt Unfallfolgen im Beschwerdebild des Versicherten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen würden bzw. gespielt hätten (Suva-act. 82). In einer Kurzbeurteilung vom 31. Juli 2017 ging die Kreisärztin davon aus, dass die Beschwerden bis Ende Juli/Mitte August 2016 als überwiegend wahrscheinlich kausal zum Ereignis vom 9. März 2016 zu betrachten gewesen seien, sofern die Suva weiterhin von einem Unfall ausgehe. Darüber hinaus bestehende Beschwerden wären nicht überwiegend wahrscheinlich dem Ereignis anzulasten. Insbesondere die spätere Operation sei an den Vorzustand adressiert. Sofern von einem sinnfälligen Ereignis auszugehen wäre, wäre keine Listendiagnose anzunehmen (Suva-act. 85).

**A.s.** Mit Schreiben vom 2. August 2017 nahm die Suva die Verfügung vom 27. Februar 2017 zurück und betrachtete die gegen diese Verfügung am 14. März 2017 erhobene Einsprache als erledigt (Suva-act. 86).

**A.t.** Am 11. September 2017 verfügte die Suva die Einstellung der Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilbehandlung) per 1. Januar 2017 (Suva-act. 89).

### **B.**

**B.a.** Gegen diese Verfügung liess der Versicherte am 16. Oktober 2017 durch die CAP Einsprache erheben (Suva-act. 96).

**B.b.** Nach Einholung einer ausführlichen Beurteilung ihrer Kreisärztin med. pract. I.\_\_\_\_ zur Terminierung ihrer Leistungspflicht (Suva-act. 101 f.) wies die Suva die Einsprache mit Entscheid vom 12. Februar 2018 ab (Suva-act. 103).



### C.

**C.a.** Gegen den Einspracheentscheid vom 12. Februar 2018 erhob Rechtsanwalt Dr. Peter Sutter, Heiden, für den Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 14. März 2018 Beschwerde mit dem Antrag, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen aus UVG weiterhin zu erbringen, eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).

**C.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 3. Mai 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheids vom 12. Februar 2018 (act. G 3).

**C.c.** Mit Replik vom 27. Juni 2018 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an seinem Antrag gemäss Beschwerdeschrift fest (act. G 7). Zusammen mit der Beschwerdeschrift reichte er eine Bestätigung von M.\_\_\_\_ - dem Arbeitskollegen, der am 9. März 2016 mit dem Beschwerdeführer die Badewanne transportiert hatte - vom 6. Juni 2018 (act. G 7.1) ein.

**C.d.** Mit Duplik vom 18. Juli 2018 hielt die Beschwerdegegnerin ihrerseits am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (act. G 9).

### 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.

**2.1.** 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 oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Der Unfallversicherer hat bei Vorliegen eines Unfalls gemäss Art. 4 ATSG für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Ereignis steht (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; André Nabold in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, Art. 6 N 48 ff. [nachfolgend: UVG-Kommentar]; Irene Hofer in: Frésard-Fellay/Leuzinger/Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, Basel 2019, Art. 6 N 63 ff. [nachfolgend: Basler Kommentar]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der 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 (UVG-Kommentar, a.a.O., Art. 6 N 53, 59; Basler Kommentar, a.a.O., Art. 6 N 66, 74; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; BGE 122 V 157 E. 1b mit zahlreichen Hinweisen; SZS 2018 S. 357 f.). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a).

**2.2.** Der Bundesrat kann sodann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalls ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Art. 6 Abs. 2 UVG). In Art. 9 Abs. 2 UVV hat er in einer abschliessenden Aufzählung (UVG-Kommentar, a.a.O., Art. 6 N 42; Basler Kommentar, a.a.O., Art. 6 N 61) folgende Körperschädigungen auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung den Unfällen gleichgestellt, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g) und Trommelfellverletzungen (lit. h). Mit dem Wort "eindeutig" wird mittelbar das allgemeine



Leistungserfordernis des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen unfallähnlichem Ereignis und Listenverletzung zum Ausdruck gebracht. Denn daran fehlt es, wenn eine Listenverletzung "eindeutig", d.h. ausschliesslich auf eine Krankheit zurückzuführen ist. Die in Art. 9 Abs. 2 lit. a bis h UVV aufgezählten Läsionen können hingegen dann eine unfallähnliche Körperschädigung darstellen, wenn sie vor- oder überwiegend (nicht ausschliesslich) auf einer Krankheits- oder Degenerationserscheinung beruhen. Ist indessen nachgewiesen, dass die Schädigung eindeutig (d.h. zweifelsfrei) durch Erkrankung oder Degeneration verursacht ist, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers (Alfred Bühler, Die unfallähnliche Körperschädigung, in SZS 1996 S. 98 f.; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1989, S. 203, 203 Fn 453; BGE 116 V 147 E. 2c). Den Ärzten und Ärztinnen kommt die Aufgabe zu, dazu Stellung zu nehmen, ob eine Schädigung eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen ist (vgl. Erwägung 2.1). Das bei einem Unfall vorausgesetzte Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors ist bei den unfallähnlichen Körperschädigungen nicht erforderlich. Neben einer Körperschädigung im Sinn von Art. 9 Abs. 2 UVV muss aber eine schädigende äussere Einwirkung, wenigstens im Sinn eines Auslösefaktors, vorliegen (Urteil des Bundesgerichts vom 1. März 2018, 8C\_835/2017, E. 3), damit eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinn von Art. 9 Abs. 2 UVV und damit die Leistungspflicht des Unfallversicherers bejaht werden kann.

**2.3.** 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 351, E. 3a mit Hinweis). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und 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 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Art. 8 der Bundesverfassung (BV; SR 101)



und Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) geben keinen formellen Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit eines Berichts oder Gutachtens eines versicherungsinternen Arztes, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C\_592/2012, E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008, 8C\_510/2007, E. 7.5.4). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass auch reine Beurteilungen aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von med. pract. I.\_\_\_\_ erstellt wurden (Suva-act. 13, 44, 67, 85, 102), beweiskräftig sein können, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C\_196/2014, E. 5.1.1). Insbesondere die vorliegend bedeutsamen ärztlichen Beurteilungen von med. pract. I.\_\_\_\_ vom 21. Februar und 30. November 2017 (Suva-act. 67, 102) wurden in Kenntnis der Vorakten ("Aktenmässiger Verlauf"; Suva-act. 67) abgegeben und enthalten eine ausführliche Begründung der strittigen Kausalitätsfragen. Weiter ist festzustellen, dass med. pract. I.\_\_\_\_ als Fachärztin für Chirurgie die fachliche Qualifikation für die medizinische Würdigung des konkreten Falles nicht abgesprochen werden kann. Die Kreisärzte und Kreisärztinnen der Beschwerdegegnerin sind ausserdem nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte bzw. Fachärztinnen im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen sowie Heil- und Therapieverläufe prüfend beobachten bzw. diesbezüglich Empfehlungen und Einschätzungen abgeben, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008, 8C\_510/2007, E. 7.5.4.), welche im konkreten Fall gefragt sind. Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formell-rechtlichen Gründe gegen den Einbezug der kreisärztlichen Aktenbeurteilungen von med. pract. I.\_\_\_\_. Ob letztlich auf diese abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiell-rechtlichen Beurteilung bzw. Beweiswürdigung zu prüfen.

**2.4.** Die durch einen Unfall oder ein unfallähnliches Ereignis verursachte strukturelle Schädigung kann einen zuvor intakten oder einen bereits vorgeschädigten Körperteil



betreffen. Ist letzteres der Fall, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustandes in Betracht. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch einen Unfall oder ein unfallähnliches Ereignis verschlimmerten oder überhaupt manifest gewordenen Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall oder das unfallähnliche Ereignis 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 Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall oder dem unfallähnlichen Ereignis bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall oder unfallähnliches Ereignis früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Eine richtungsgebende Verschlimmerung liegt vor, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo sine noch der Status quo ante je wieder erreicht werden können (UVG-Kommentar, a.a.O., Art. 6 N 54; Basler Kommentar, a.a.O., Art.6 N 71; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O. S. 54).

**2.5.** Im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es für die Bejahung eines natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (UVG-Kommentar, a.a.O., Art. 6 N 52; Basler Kommentar, a.a.O., Art. 36 N 1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4).

**2.6.** Gemäss Art. 11 UVV 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 ff.). 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



oder unfallähnliches Ereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall oder unfallähnlichen Ereignis erlittenen Gesundheitsschädigung wiederum ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c mit Hinweis; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 f. E. 2).

**2.7.** Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosser Möglichkeit eines Sachverhalts genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N 58 f.; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 43 N 46). Der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gilt sowohl beim Nachweis eines Unfallereignisses oder unfallähnlichen Ereignisses, beim Nachweis des leistungsbegründenden natürlichen Kausalzusammenhangs im Grundfall, bei Rückfällen und Spätfolgen als auch beim Nachweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens.

**2.8.** 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 122 V 158 E. 1a, BGE 121 V 210 E. 6c). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsrecht tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4 f., 55). Wird auf dem Weg der Beweiserhebung das Vorliegen eines Unfallereignisses oder eines unfallähnlichen Ereignisses nicht wenigstens mit Wahrscheinlichkeit erstellt (vgl. Erwägungen 2.1 und 2.2.2), so hat dieses als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten der den Anspruch erhebenden Person auswirkt (BGE 116 V 136 E. 4b; RKUV 1990 Nr. U 86 S. 50). Bezüglich des Nachweises einer ausschliesslich pathologischen oder degenerativen Kausalität einer Listenverletzung bzw. unfallähnlichen Körperschädigung gemäss Art. 9 Abs. 2 UVV trägt hingegen - weil es eine anspruchshindernde Tatfrage betrifft - der Unfallversicherer die Beweislast (Bühler, a.a.O., S. 116). Bei der Einstellung von Versicherungsleistungen handelt es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage. Auch die Beweislast für den Wegfall der vom Unfallversicherer zunächst anerkannten



natürlichen Kausalität liegt demnach beim Unfallversicherer, diejenige bei der Frage ob ein leistungsbegründender Kausalzusammenhang überhaupt je gegeben war, wiederum jedoch bei der versicherten Person (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 263 f. E. 3b; UVG-Kommentar, a.a.O., Art. 6 N 7; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Die Beweislast für den Wegfall der natürlichen Kausalität liegt jedoch nur für Verletzungen beim Unfallversicherer, welche bei der damals anerkannten natürlichen Kausalität thematisiert worden waren und somit Gegenstand der Anerkennung bildeten (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2009, 8C\_363/2009, E. 1; Urteil des EVG vom 27. April 2005, U 6/05, auszugsweise publiziert in: AJP 2006 S. 1290 ff.).

### 3.

**3.1.** Unbestritten ist, dass die Beschwerdegegnerin ursprünglich, d.h. nach Eingang der Schadenmeldung UVG vom 25. Mai 2016 (Suva-act. 1) und gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von med. pract. I. \_\_\_ vom 24. Juni 2016 (Suva-act. 13), eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 9. März 2016 anerkannt und Leistungen - zunächst nur für Heilbehandlung, Taggelder erst für die ab 24. Mai 2016 bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers (Suva-act. 10, 23) - erbracht hat (siehe das Schreiben betreffend Übernahme von Versicherungsleistungen für das Ereignis vom 9. März 2016 vom 27. Juni 2016; Suva-act. 19). Nach der Arbeitsaufnahme ab 17. Juli 2016 sowie gestützt auf die Bestätigung des Beschwerdeführers vom 24. August 2016, wonach die ärztliche bzw. therapeutische Behandlung abgeschlossen sei (Suva-act. 33, 36, vgl. dazu auch Suva-act. 34), wurden die Leistungen für Heilbehandlung und Taggelder eingestellt und der Schadenfall formlos abgeschlossen. Mit Schadenmeldung UVG vom 3. November 2016 meldete der Beschwerdeführer erneut Schulterschmerzen rechts bzw. einen Rückfall zum Ereignis vom 9. März 2016 an (Suva-act. 37). Nach Einholung einer kreisärztlichen Beurteilung von med. pract. I. \_\_\_ (Suva-act. 44) verneinte nun die Beschwerdegegnerin mit formlosem Schreiben vom 19. Dezember 2016 ihre Leistungspflicht für die neu gemeldeten Beschwerden der rechten Schulter mangels Unfallkausalität und teilte die Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2016 mit (Suva-act. 46). Das Schreiben blieb unwidersprochen, doch reichte der Beschwerdeführer am 17. Januar 2017 eine weitere Schadenmeldung UVG ein, in welcher er erneut eine Schulterproblematik rechts vermerkte und einen Rückfall zum Ereignis vom 9. März 2016 meldete (Suva-act. 48). Am 16. Januar 2017 war zudem ein Kostengutsprache gesuch für eine durch Dr. G. \_\_\_ in der Klinik K. \_\_\_ durchzuführende Schulteroperation, insbesondere eine arthroskopische Rotatorenmanschetten-



Rekonstruktion mit vorgesehener Aufenthaltsdauer vom 15. bis 19. Februar 2017 (Suva-act. 65), eingereicht worden (Suva-act. 49). Am 23. Januar 2017 folgte ein Schreiben von Dr. G. \_\_\_ an die Beschwerdegegnerin, worin dieser um Überprüfung der Kostengutsprachesituation ersuchte (Suva-act. 53). Die Beschwerdegegnerin liess die erneute Schadenmeldung vom 17. Januar 2017 bzw. die Kausalität der gemeldeten Schulterproblematik rechts, insbesondere der Rotatorenmanschettenläsion, durch med. pract. I. \_\_\_ abklären (Suva-act. 54 ff., 67) und verneinte mit Verfügung vom 27. Februar 2017 eine diesbezügliche Leistungspflicht (Suva-act. 68). Nachfolgend an die ärztlichen Beurteilungen von med. pract. I. \_\_\_ vom 21. Februar 2017 (Suva-act. 67) und 31. Juli 2017 (Suva-act. 85) widerrief jedoch die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 2. August 2017 (Suva-act. 86) die Verfügung vom 27. Februar 2017 und verfügte am 11. September 2017 die Einstellung der bisherigen Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilbehandlung) per 1. Januar 2017 (Suva-act. 89). Sie anerkannte nun verfügungsweise eine unfallbedingte vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes im Bereich der rechten Schulter, ging jedoch von einem Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen der Schulterbeschwerden per Leistungseinstellungsdatum aus. Diese Verfügung liegt dem Einspracheentscheid vom 12. Februar 2018 (Suva-act. 103) zugrunde, welcher Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet.

**3.2.** Aus dem Sachverhalt in Erwägung 3.1 ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin die mit der Schadenmeldung UVG vom 25. Mai 2016 gemeldete Schulterverletzung rechts als vorübergehende Gesundheitsschädigung gewertet, einen diesbezüglichen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers über den 31. Dezember 2016 hinaus demnach unter dem Aspekt eines möglichen fortdauernden Grundfalls geprüft und entsprechend in der Verfügung vom 11. September 2017 die Formulierung "Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) werden .... eingestellt" verwendet hat (Suva-act. 89). Im Rahmen der Rückfallmeldungen vom 3. November 2016 und 17. Januar 2017 prüfte sie ausserdem die Kausalität der Rotatorenmanschettenläsion rechts und lehnte eine diesbezügliche Leistungspflicht für die Heilbehandlung, insbesondere also auch für die am 15. Februar 2017 durchgeführte Arthroskopie mit arthroskopisch subacromialer Dekompression, Bizepsstenodese, plastischer Rekonstruktion der Rotatorenmanschette (Supraspinatussehnenrekonstruktion, Pulleyverschluss; Suva-act. 65), und dadurch entstandene Arbeitsunfähigkeiten von Grund auf ab. Sie anerkannte das Ereignis vom 9. März 2016 weder als teilkausalen noch als einzigen kausalen Faktor für die Rotatorenmanschettenläsion (Suva-act. 68). Auch wenn die Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der Leistungszusage vom 27. Juni 2016 (Suva-act. 19) Kenntnis von der Rotatorenmanschettenläsion hatte (vgl. Suva-act.



8), ergibt sich dennoch aus den Akten, dass sie diesbezüglich umfassende medizinische Abklärungen erst infolge der Schadenmeldung vom 17. Januar 2017 veranlasste. Im Zeitpunkt der Leistungszusage vom 27. Juni 2016 (Suva-act. 19) lagen der Beschwerdegegnerin noch keine Angaben medizinischer Fachpersonen vor, aus denen ein Sachverhalt entsprechend einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität der arthroskopisch therapierten Rotatorenmanschettenläsion hervorgegangen wäre. Med. pract. I. \_\_\_ hatte in der Beurteilung vom 24. Juni 2016, welche zur Leistungszusage vom 27. Juni 2016 geführt hatte, nur von einer nicht auszuschliessenden Teilkausalität der Beschwerden und einer späteren Beurteilung betreffend einer richtungsweisenden oder zeitlich limitierten Verschlimmerung gesprochen (Suva-act. 13). Zwar wurde die grundsätzliche Ablehnung einer Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bezüglich der Rotatorenmanschettenläsion in der Verfügung vom 11. September 2017 nicht explizit festgehalten. Dennoch ergibt sich diese indirekt aus der Leistungseinstellung per 1. Januar 2017, also vor der Operation derselben vom 15. Februar 2017. Aus den obigen Darlegungen ist zu folgern, dass die Beschwerdegegnerin die Beweislast für den Nachweis des Dahinfallens einer vorübergehenden Verletzung zu tragen hat, während hinsichtlich der Frage, ob bezüglich der Rotatorenmanschettenläsion ein Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 9. März 2016 besteht, der Beschwerdeführer beweisbelastet ist (vgl. Erwägung 2.8).

#### 4.

Vorliegend ist, wie gesagt, unbestritten, dass die Beschwerdegegnerin infolge der Schadenmeldung UVG vom 25. Mai 2016 (Suva-act. 1) für das Ereignis vom 9. März 2016 Versicherungsleistungen (Heilbehandlungs- und Taggelderleistungen) im Zusammenhang mit einer Schulterverletzung rechts erbracht hat. In ihrer Beschwerdeantwort vom 3. Mai 2018 (act. G 3) stellt sie sich nun auf den Standpunkt, es liege kein Unfallereignis nach Art. 4 ATSG vor. Auf eine Rückforderung der erbrachten Leistungen verzichtet sie offensichtlich. Diese Vorgehensweise ist insofern nicht zu beanstanden, als der Unfallversicherer gemäss BGE 130 V 380 die Möglichkeit hat, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeldern anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision (vgl. dazu Art. 53 ATSG) einzustellen, d.h. den Fall abzuschliessen, dies mit der Begründung, ein versichertes Ereignis liege - bei richtiger Betrachtungsweise - gar nicht vor. Wie die nachfolgenden Erwägungen (vgl. Erwägungen 5.1 ff.) zeigen, können die Fragen, ob mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit am 9. März 2016 ein



Unfallereignis oder ein unfallähnliches Ereignis stattgefunden hat, offengelassen werden.

### 5.

**5.1.** Suva-Kreisärztin med. pract. I. \_\_\_ verneinte in ihrer Beurteilung vom 31. Juli 2017 das Vorliegen einer Listendiagnose gemäss Art. 9 Abs. 2 UVV (Suva-act. 85). Konkret steht ein Sehnenriss gemäss lit. f zur Diskussion. Nicht alle Sehnenläsionen (Risse, Zerrungen und Dehnungen) können als unfallähnliche Körperschädigungen qualifiziert werden, sondern nach lit. f des genannten Artikels nur Sehnenrisse. Ein eigentlicher Sehnenriss besteht dann, wenn die Sehne vollständig gerissen ist. Teilrupturen können nur unter erschwerten Nachweisanforderungen unter Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV subsumiert werden (BGE 114 V 302 E. 3d, 306 E. 5c). Weil sich die partiellen Sehnenrisse bzw. Teilrupturen in der Regel klinisch nicht von sekundären entzündlichen Reaktionen (Tendinitis, Peritendinitis, Paratenonitis, Tendovaginitis) unterscheiden lassen, fällt eine Qualifikation als unfallähnliche Körperschädigung nur in Betracht, wenn die Teilruptur als solche medizinisch eindeutig festgestellt ist, sei dies intraoperativ oder durch Kontrastmitteldarstellung. Kann dieser Nachweis nicht erbracht werden, so hat der Leistungsansprecher die Folge der Beweislosigkeit zu tragen (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4, 29; Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N 56; vgl. auch Erwägung 2.7).

**5.2.** Gemäss Bericht von Dr. D. \_\_\_ vom 1. Juni 2016 (Suva-act. 8) hatte die gleichentags beim Beschwerdeführer durchgeführte kernspintomographische Untersuchung der rechten Schulter eine geringgradige interstitielle Partialruptur der Supraspinatussehne ansatznahe auf einer Länge von 5mm in der mittleren Portion der Supraspinatussehne zur Darstellung gebracht. Laut Operationsbericht vom 15. Februar 2017 hatte bei der gleichentags durchgeführten Arthroskopie in der Pulleyregion eine Partiaalläsion der Supraspinatussehne mit Lappenbildung, jedoch keine eindeutige transmurale Komponente, diagnostiziert werden können. Insgesamt bestand eine Ausdünnung in dieser Region (Suva-act. 65). Damit liegt eigentlich ein hinreichender Nachweis für einen Sehnenteilriss vor und die gegenteilige Feststellung von med. pract. I. \_\_\_ kann nicht nachvollzogen werden, zumal sie ohne jegliche Begründung erfolgt ist. Im Übrigen ist gerade auch in der am 15. Februar 2017 arthroskopisch durchgeführten plastischen Rekonstruktion der Rotatorenmanschette (Supraspinatussehnenrekonstruktion, Pulleyverschluss) ein deutlicher Hinweis auf das Vorliegen einer Teilruptur der Supraspinatussehne zu sehen.



### 5.3.

**5.3.1.** Nachfolgend stellt sich jedoch die Frage, ob hinsichtlich der als belegt zu betrachtenden Listenverletzung (vgl. Erwägung 5.2) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 9. März 2016 zu bejahen ist. Med. pract. I. \_\_\_ geht in ihrer umfassenden ärztlichen Beurteilung vom 21. Februar 2017 offensichtlich davon aus, dass die Supraspinatussehnenläsion rechts des Beschwerdeführers nichts mit dem Ereignis vom 9. März 2016 zu tun hat, sondern ausschliesslich einem degenerativen Vorzustand anzulasten ist (Suva-act. 67).

**5.3.2.** Als Anhaltspunkt für eine degenerative Ursache der Partialruptur der Supraspinatussehne des Beschwerdeführers sprechen für med. pract. I. \_\_\_ zunächst die MRI-Befunde seines rechten Schultergelenks, welche problemlos mit degenerativen Veränderungen beim mittelfünfzigjährigen Beschwerdeführer zu vereinbaren seien. Insbesondere auch die Acromionform sei prädisponierend für eine Impingementkonstellation mit Supraspinatussehnenläsion (Suva-act. 67/5). Die Rotatorenmanschette neigt gemäss medizinischer Literatur zur Degeneration (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 627 f., 724 f., 728 ff; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1681; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 1576). Insofern erscheint es naheliegend, bei der Beurteilung der vorliegenden Frage den Gesundheitszustand des ganzen rechten Schultergelenks zu betrachten. Wie bereits erwähnt, liess sich beim Beschwerdeführer am 1. Juni 2016 kernspintomographisch im rechten Schultergelenk, neben der Partialruptur der Supraspinatussehne, ein Acromion Typ 2 nach Bigliani mit einem noch knapp normal weiten Subacromialraum, eine mässiggradige AC-Gelenksarthrose, eine leichtgradige Bursitis subdeltoidea sowie eine leichtgradig verdickte Gelenkkapsel im Recessus axillaris erheben (Suva-act. 8). Bei einer Arthrose, einer Bursitis und einer verdickten Gelenkkapsel handelt es sich im Regelfall um krankheitsbedingte bzw. degenerative Gesundheitsschäden (Debrunner, a.a.O., S. 579 ff., 725, 733, 735; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 134, 280; Pschyrembel, a.a.O., S. 152 f., 297). In der MRT-Verlaufskontrolle vom 10. Januar 2017 wurde sodann in Bezug auf die Supraspinatussehne eine aktuell auch diskrete Signalauslöschung als Zeichen einer beginnenden Verkalkung - ebenfalls eine degenerative Veränderung der Supraspinatussehne - festgestellt (Suva-act. 59; vgl. Debrunner, a.a.O., S. 726). Angesichts der vorstehenden auf Bildgebung beruhenden Gesamtsituation des rechten Schultergelenks des Beschwerdeführers spricht med. pract. I. \_\_\_ überzeugend von einer sich deutlich darstellenden anlagebedingten



Impingementsituation. Nichts deutet auf eine traumatische Supraspinatussehnenläsion hin und es besteht kein überzeugender Anlass, die Partialruptur der Supraspinatussehne aus den weiteren umfassenden degenerativen Gesundheitsschäden herauszulösen und als unabhängigen unfallähnlichen Sehnenriss im Sinne von Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV zu betrachten. Sie fügt sich ohne Weiteres in diese ein. Eine Degeneration ist ein fortschreitender Prozess mit mechanischer Abnutzung des Bewegungsapparates, in dessen Folge sich mit zunehmendem Alter Abnutzungserscheinungen, insbesondere auch im Bereich der Rotatorenmanschette, zeigen (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 579 ff., 728 ff.; Pschyrembel, a.a.O., S. 1576), womit das Alter des Beschwerdeführers von med. pract. I.\_\_\_\_ schlüssig ebenfalls in die Beurteilung miteinbezogen wurde. Der Schweregrad der verschiedenen Befunde des Beschwerdeführers zeigte sich (noch) als leicht bis mässiggradig, was - wie von med. pract. I.\_\_\_\_ ausgesagt - mit dem Alter des Beschwerdeführers vereinbar ist, einen rein degenerativen Prozess absolut erklären und nicht offenkundig Raum für einen traumatischen Ursachenanteil übrig lässt (Suva-act. 67). Laut Debrunner (a.a.O., S. 728) ist eine Degeneration mit Rissbildungen der Rotatorenmanschette vorwiegend bei Männern von etwa 50 Jahren an sehr häufig.

**5.3.3.** In ihrer Stellungnahme vom 30. November 2017 räumt med. pract. I.\_\_\_\_ sodann ein, dass die Beurteilung der Rotatorenmanschette insofern nicht einfach sei, als ähnlich geachtete Befunde sowohl anlagebedingt degenerativ als auch traumatisch auftreten könnten. Umso mehr müsse das Trauma und der nachfolgende zeitliche Verlauf betreffend Beschwerden, ärztliche Konsultationen und das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit, unter Berücksichtigung der Tätigkeit, betrachtet werden. Med. pract. I.\_\_\_\_ entnimmt insbesondere den vorgenannten Kriterien Erkenntnisse für ihre Kausalitätsbeurteilung (Suva-act. 102). Allgemein ist zu sagen, dass es im Regelfall offensichtlich erscheint, dass nur ein von einem geeigneten traumatischen Ereignis betroffener Körperteil eine Verletzung mit nachfolgenden Beschwerden zeitigen kann. Sodann führen diese erlittenen Verletzungen normalerweise zu Schmerzen und werden unmittelbar im Anschluss an das traumatische Ereignis oder zumindest unfallnah auch wahrgenommen und im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung beschrieben. Wie gesagt, ist eine Degeneration im Gegensatz zu einem akuten Trauma ein fortschreitender Prozess. Sie beginnt unbedeutend und nimmt im Verlauf zu. Entsprechend kann sie zunächst ohne Weiteres symptomlos oder unmerklich schleichend verlaufen, aber auch unvermittelt und schlagartig in veränderter Weise kompliziert werden (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 586, 878). Insofern stellt eine neuartige Schmerzwahrnehmung keine Besonderheit dar. Wie die nachfolgenden



Erwägungen zeigen, sprechen die von med. pract. I.\_\_\_\_ für die Kausalitätsbeurteilung angeführten Kriterien bzw. der zeitliche Ablauf des Auftretens und der Entwicklung der Beschwerden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dafür, dass sich die partielle Rotatorenmanschettenläsion des Beschwerdeführers - unabhängig davon, ob sie vorbestanden hat oder möglicherweise auch erst nachfolgend an das gemeldete Ereignis vom 9. Juni 2016 entstanden ist - zumindest unabhängig vom geltend gemachten Trauma entwickelt hat und symptomatisch geworden ist.

**5.3.4.** Wie bereits erwähnt, entnimmt med. pract. I.\_\_\_\_ der Art und Weise wie bzw. wann eine Beschwerdeproblematik auftritt, überzeugende Erkenntnisse für ihre Kausalitätsbeurteilung. Ein typisches Symptom einer Läsion der Supraspinatussehne ist laut medizinischer Literatur die Pseudoparalyse, bei welcher der Arm nicht mehr aktiv über die Horizontale gehoben werden kann (Debrunner, a.a.O., S. 728; Pschyrembel, a.a.O., S. 1576). Die Kreisärztin spricht in ihrer Beurteilung vom 21. Februar 2017 gleichbedeutend von einer Functio laesa mit Bewegungseinschränkung (Suva-act. 67). Wie sie zutreffend feststellt, ist jedoch im konkreten Fall zeitnah zum Ereignis vom 9. März 2016 keine solche Symptomatik aktenkundig. Der Beschwerdeführer begab sich relativ bald nach dem Ereignis in hausärztliche Behandlung bei Dr. C.\_\_\_\_, der zwar als Befund einen Schmerz in der rechten Schulter lateral, jedoch keine Bewegungseinschränkung erhob und die Diagnose eines Verdachts auf eine Zerrung des Musculus deltoideus stellte. Eine Rotatorenmanschettenläsion führte er nur als Differentialdiagnose an (Suva-act. 8). Der Beschwerdeführer ist sodann Flachdachbauer, übt also eine Arbeit aus, bei welcher es einer guten körperlichen Konstitution bedarf und insbesondere die Arme und Schultergelenke beansprucht werden. Insofern erscheint es schlüssig und überzeugend, wenn med. pract. I.\_\_\_\_ den zeitlichen Ablauf der Arbeitsfähigkeit bzw. -unfähigkeit beleuchtet und im Umstand, dass beim Beschwerdeführer über zwei Monate nach dem Trauma vom 9. März 2016 keine Arbeitsunfähigkeit resultierte (vgl. dazu Suva-act. 8, 10, 23, 29; Bescheinigung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab 24. Mai 2016), einen weiteren gewichtigen Anhaltspunkt gegen eine traumatisch bedingte Supraspinatussehnenläsion oder zumindest richtungsweisende Verschlimmerung einer allenfalls vorbestehenden Supraspinatussehnenläsion sieht. Nach der Arbeitsaufnahme ab 17. Juli 2016 (Suva-act. 33 f.) vermochte der Beschwerdeführer nochmals bis 1. Januar 2017 (Suva-act. 48), d.h. während rund fünfeneinhalb Monaten, zu 100% seiner Arbeit als Flachdachbauer nachzugehen. Das Gesamtbild des zeitlichen Ablaufs spricht mithin für einen degenerativen Prozess.



**5.3.5.** Laut Einschätzung von med. pract. I. \_\_\_ vom 21. Februar 2017 wird die Beurteilung der Verneinung einer traumatischen Läsion nachvollziehbar ergänzt durch den Umstand eines beim Beschwerdeführer ähnlich gearteten Beschwerdebildes rechts und links (Suva-act. 67). So kommt es häufig vor, dass paarige Körperteile, wenn auch nicht gleichzeitig, so doch im Verlauf der Jahre, eine ähnliche Gesundheitssituation aufweisen. Laut Angaben des Beschwerdeführers vom 8. Februar 2017 gegenüber der Beschwerdegegnerin (Suva-act. 62) hatte er ca. drei Jahre vorher unter Schulterschmerzen links gelitten, welche ohne irgendein Ereignis plötzlich aufgetreten waren. Damals habe eine ärztliche Behandlung durch Dr. C. \_\_\_ stattgefunden, der gemäss seiner Erinnerung einmalig eine Spritze in die linke Schulter gemacht habe. Danach seien die Beschwerden abgeheilt und er habe keine Probleme mehr gehabt (vgl. dazu auch Suva-act. 12).

**5.4.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Kreisärztin med. pract. I. \_\_\_ in ihren Beurteilungen vom 21. Februar und 30. November 2017 (Suva-act. 67, 102) zum überzeugenden und nachvollziehbaren Schluss gelangt, dass die partielle Suprapspinassehnenläsion rechts des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in keinem Zusammenhang zum Ereignis vom 9. März 2016 steht. Nach der gesamten Aktenlage ist es als erwiesen zu erachten, dass der fragliche Gesundheitsschaden durch eine Degeneration verursacht wurde und - wie von med. pract. I. \_\_\_ festgestellt - mit dem Ereignis vom 9. März 2016 nichts zu tun hat. So fehlt es vorliegend an entscheidenden Anhaltspunkten für eine traumatische Kausalität. An dieser Beurteilung vermögen auch die Feststellung von Dr. G. \_\_\_ im Untersuchungsbericht vom 23. Januar 2017 (Suva-act. 53) - aus seiner Sicht bestehe ein Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom Ende März 2016 -, die Aussage von Dr. L. \_\_\_ in der medizinischen Beurteilung vom 3. März 2017 (Suva-act. 72) - die Schulterbeschwerden könnten als Folge einer kombinierten Wirkung von degenerativen und traumatisch bedingten Faktoren beurteilt werden - sowie die Meinung von Dr. C. \_\_\_ in seinem Schreiben vom 21. März 2017 (Suva-act. 78), - die Beschwerdegegnerin müsste diesen Fall übernehmen - nichts zu ändern. So sind den vorgenannten ärztlichen Berichten bzw. Schreiben keine weiteren, in Auseinandersetzung mit der gesamten Aktenlage beweisbildenden, stichhaltigen medizinischen Begründungen zu entnehmen, anhand welcher sich nachvollziehen liesse, aus welchen Gründen die Ärzte zu ihren Schlussfolgerungen gelangt sind. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für eine unfallähnliche Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV ist damit grundsätzlich zu verneinen. Aus denselben Überlegungen, wie sie in den Erwägungen 5.3 angestellt worden sind, sind mit dem Beweisgrad der überwiegenden



Wahrscheinlichkeit auch eine im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 9. März 2016 stehende, sich dem Erreichen des Status quo sine vel ante entziehende neue partielle Rotatorenmanschettenläsion oder eine richtungsgebende Verschlimmerung derselben infolge des Ereignisses vom 9. März 2016 auszuschliessen.

### 6.

**6.1.** Die Beschwerdegegnerin hat indes für das Ereignis vom 9. März 2016 bis 31. Dezember 2016 Versicherungsleistungen für eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes erbracht. Dabei stützte sie sich auf die Beurteilungen von med. pract. I. \_\_\_ vom 21. Februar, 31. Juli und 30. November 2017 (Suva-act. 67, 85, 102), welche - sofern die Beschwerdegegnerin überhaupt von einem Unfall ausgehe - den Status quo sine vel ante Ende Juli/Anfang August 2016 als erreicht ansah. Eine weitere Leistungspflicht im Zusammenhang mit den über das Leistungseinstellungsdatum hinaus andauernden Schulterbeschwerden rechts, insbesondere für die Operation vom 15. Februar 2017 (Suva-act. 65), wäre denn auch - wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen - in jedem Fall abzulehnen.

**6.2.** Aufgrund der Schadenmeldung UVG vom 25. Mai 2016 bzw. dem darin geschilderten Ereignis vom 9. März 2016 (Suva-act. 1) hat Dr. C. \_\_\_ gemäss Arzzeugnis UVG vom 2. Juni 2016 anlässlich der Erstbehandlung vom 12. März 2016 die Verdachtsdiagnose einer Zerrung des Musculus deltoideus gestellt (Suva-act. 8). Bei einer Zerrung handelt es sich um eine Weichteilverletzung, die sich zwar beispielsweise durch den Unfallmechanismus erklären oder anhand klinisch erhobener Befunde - wie Hämatome, Schwellungen, Druckdolenzen, Bewegungseinschränkungen, Sensibilitätsstörungen, Muskelverhärtungen - objektivieren lässt; sie muss aber - wie im konkreten Fall - nicht von einer strukturellen Läsion begleitet sein (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 412; Roche Lexikon, a.a.O., S. 357). Es ist eine medizinische Erfahrungstatsache, dass Weichteilverletzungen wie Distorsionen normalerweise innert kurzer Zeit abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 412). Diese medizinische Erfahrungstatsache darf im Rahmen des im Sozialversicherungsrecht zur Anwendung gelangenden Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N 58 f.). Dies hat insbesondere für den Nachweis des Dahinfallens natürlich kausaler Unfallfolgen zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im



konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren.

**6.3.** In den vorliegenden Akten finden sich keine Hinweise, welche bezüglich Heilverlaufs der vom Beschwerdeführer infolge des Ereignisses vom 9. März 2016, am 12. März 2016 erstmals ärztlich behandelten und am 25. Mai 2016 gemeldeten Beschwerdesymptomatik in der rechten Schulter auf einen Ausnahmefall hinweisen würden. Was die Schwere der Distorsion angeht sind weder besondere, erschwerende Tatbestandselemente erwähnt noch werden solche geltend gemacht. Eine Distorsion kann sich durch verschiedene Schweregrade auszeichnen, kann also durchaus auch nach einer geringfügigen Einwirkung - wie sie im Falle des Beschwerdeführers anzunehmen ist - auftreten. Ebenso sprechen die anlässlich der Erstbehandlung vom 12. März 2016 von Dr. C.\_\_\_\_ erhobenen geringgradigen Befunde (primär Schmerzen Schulter rechts lateral ohne Bewegungseinschränkung; Suva-act. 8) sowie das echtzeitliche Fehlen einer Arbeitsunfähigkeit (vgl. dazu Erwägung 3.1; Suva-act. 8) gegen einen Ausnahmefall. Beim Beschwerdeführer bestand zwar ab 24. Mai 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, dies jedoch eben erst nach einer mehr als zweimonatigen Latenzzeit und im Zusammenhang mit dem Tragen einer ca. 50 kg schweren Rolle bei der Arbeit (Suva-act. 10, 15). Damit übereinstimmend hatte der Beschwerdeführer Dr. C.\_\_\_\_ nach der Konsultation vom 12. März 2016, drei Tage nach dem Ereignis vom 9. März 2016, bis zum 24. Mai 2016 nicht mehr konsultiert. Sowieso war der Beschwerdeführer sodann ab 17. Juli 2017 wieder 100% arbeitsfähig (Suva-act. 33 f.) und spätestens im August 2016 erfolgte (wieder) ein Behandlungsabschluss (Suva-act. 33 f., 36). Erst am 3. November 2016 erging eine Rückfallmeldung (Suva-act. 37), nachdem Dr. C.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer am 28. Oktober 2016 bei der Diagnose Status nach Teilläsion der Supraspinatussehne eine Physiotherapieverordnung ausgestellt hatte (Suva-act. 39, vgl. Suva-act. 43), dieser aber dennoch bis anfangs Januar 2017 nochmals arbeitsfähig war. Der dargelegte zeitliche Ablauf bezüglich der initialen Dauer der ärztlichen Behandlung mit einer fehlenden Arbeitsunfähigkeit zeigt einen regelrechten Heilungsverlauf mit dem zunächst typischen degressiven Verlauf, wie er in der Regel nach einer Schmerzverursachung nach einer Distorsion zu erwarten ist. Die erneute ärztliche Behandlung im Mai 2016 mit einer ersten Arbeitsunfähigkeit vermag gleichfalls keinen Ausnahmefall aufzuzeigen. Auch nach dem Behandlungsabschluss im August 2016 kam es erst wieder Ende Oktober 2016 zu Schulterbeschwerden, was für eine traumatische Genese untypisch ist und auf eine degenerative Entwicklung im Zusammenhang mit der schliesslich am 15. Februar 2017 arthroskopisch behandelten Partialläsion der Supraspinatussehne hinweist. So hielt auch Dr. D.\_\_\_\_ im kernspintomographischen Untersuchungsbericht vom 1. Juni 2016



## St.Galler Gerichte

(Suva-act. 9) eine traumatisierte AC-Gelenksarthrose fest, sah also eine Traumatisierung offensichtlich nicht im Zusammenhang mit der Partialruptur der Supraspinatussehne, und beurteilte die Traumatisierung als leichtgradig.

**6.4.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auch bei Bejahung eines am 9. März 2016 erlittenen Unfallereignisses und einer dabei erlittenen Distorsion im Bereich des rechten Schultergelenks - wie von med. pract. I. \_\_\_ überzeugend beurteilt - per Ende Juli/Anfang August 2016 ein Status quo sine vel ante anzunehmen wäre und damit die Leistungseinstellung per 31. Dezember 2016 auch unter dem Gesichtspunkt einer angenommenen unfallkausalen vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes nicht zu beanstanden wäre.

### 7.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 12. Februar 2018 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

#### 2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.