



**Fall-Nr.:** UV 2008/34  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 14.04.2020  
**Entscheiddatum:** 11.02.2009

### **Entscheid Versicherungsgericht, 11.02.2009**

**Art. 6 UVG, Art. 11 UVV, Art. 49 ATSG. Konkretisierung der Rechtsprechung: Trotz eines lediglich internen, rein administrativen Fallabschlusses ohne Mitteilung an den Beschwerdeführer kann unter bestimmten Voraussetzungen im Rahmen einer ex-ante Betrachtung von einem Rückfall anstelle des Grundfalls ausgegangen werden. Verneinung eines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festzustellenden Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den nach zwei Jahren zu einer Arbeitsunfähigkeit führenden Schulterbeschwerden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Februar 2009, UV 2008/34).**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichter Martin Rutishauser und Franz Schlauri; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 11. Februar 2009

in Sachen

B.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Curdin Conrad, Bischofszeller Strasse 21a,  
Postfach, 9201 Gossau SG,

gegen

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



## St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Der am 10. November 1960 geborene B.\_\_\_\_ war bei der Arbeitslosenversicherung angemeldet und dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am Vormittag des 3. März 2005 wollte er mit dem Auto links abbiegen, als von hinten ein anderes Auto auf seines auffuhr. Nachdem am Abend Kopf- und Nackenschmerzen sowie Übelkeit und Schwindel aufgetreten waren (Suva-act. G 3.1.7), suchte der Versicherte am folgenden Tag seinen Hausarzt Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, auf. Dieser diagnostizierte im Zeugnis vom 22. März 2005 eine Kontusion im Bereich der HWS (Halswirbelsäule) mit starken Schmerzen, Erbrechen und Schwindel (Suva-act. G 3.1.2). Eine Röntgenuntersuchung am 15. März 2005 durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Röntgendiagnostik am Röntgeninstitut Dr. med. D.\_\_\_\_, ergab in Bezug auf die HWS keine Auffälligkeiten. Bezüglich der rechten Schulter wurde ein minimaler Schulterhochstand rechts festgestellt, ansonst war die Artikulation des Schultergelenks normal mit regelrechter Struktur und Kontur der gelenksbildenden Skelettabschnitte ohne Hinweis auf eine Fraktur (Suva-act. G. 3.1.3). Ein ebenfalls am 15. März 2005 von Dr. C.\_\_\_\_ durchgeführtes MRI der HWS ergab als einzige Anomalie eine minime linkskonvexe skoliotische Fehlhaltung des cerviko-thorakalen Übergangs und das gleichentags erfolgte Schädel-MRI war unauffällig (Suva-act. G 3.1.4). Da sich die Beschwerden besserten, konnte der Versicherte am 1. April 2005 eine neue Stelle bei der E.\_\_\_\_ antreten (Suva-act. G 3.1.7). Ab diesem Zeitpunkt war er wieder zu 100 % arbeitsfähig (Suva-act. G 3.1.14).

A.b Auf Grund anhaltend geklagter Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich wurde der Versicherte am 19. Mai 2005 im Kantonsspital St. Gallen neurologisch abgeklärt. Im Bericht vom 22. Juni 2005 wurde die Diagnose einer persistierenden Cervikobrachialgie rechts mit HWS-Distorsionstrauma (ICD10: S 13.4) gestellt. Der



## St.Galler Gerichte

neurologische Befund hielt diffuse Druckdolenzen der paravertebralen cervikalen Muskulatur sowie v.a. der ventralen Muskelpartien der rechten Schulter fest. Ausserdem sei die Beweglichkeit nicht eingeschränkt und der weitere Neurostatus unauffällig. Hinsichtlich der vom Versicherten geschilderten, seit Jahren auftretenden Kopfschmerzen, welche sich durch das Trauma nicht verändert hätten, gingen die Ärzte vom Vorliegen einer klassischen Migräne aus (Suva-act. G 3.1.10). Die am selben Tag am Kantonsspital St. Gallen durchgeführte Elektroenzephalographie (EEG) ergab keine Auffälligkeiten (Suva-act. G 3.1.11).

A.c Dr. med. F.\_\_\_, der mit Dr. A.\_\_\_ eine Praxisgemeinschaft geführt hatte, hielt im ärztlichen Zwischenbericht vom 10. Oktober 2005 fest, dass der Versicherte immer noch an Schulter- und Nackenschmerzen leide und deshalb zuletzt am 13. September 2005 bei Dr. med. G.\_\_\_, dem Praxisnachfolger von Dr. A.\_\_\_ (Suva-act. G 3.1.17), in der Kontrolle gewesen sei (Suva-act. G 3.1.14).

A.d Auf die schriftliche Anfrage der Suva vom 13. Februar 2006 meldete der Versicherte am 28. Februar 2006, dass die ärztliche Behandlung infolge des Unfalls vom 3. März 2005 beendet worden sei (Suva-act. G 3.1.15).

A.e Am 13. Oktober 2006 stürzte der Versicherte während der Arbeit von einer Leiter (Suva-act. G 3.2.1). Wegen einer dabei erlittenen LWS-ISG-Kontusion schrieb ihn Dr. G.\_\_\_ vom 19. bis 26. Oktober 2006 zu 100 % arbeitsunfähig (Suva-act. G 3.2.2). Nach den Angaben des Versicherten klangen die Beschwerden wieder vollkommen ab (Suva-act. G 3.2.7).

A.f Mit Schadenmeldung vom 31. Mai 2007 liess der Versicherte durch seine Arbeitgeberin geltend machen, dass er ab dem 30. April 2007 erneut infolge des Auffahrunfalls arbeitsunfähig geworden sei (Suva-act. G. 3.1.16). Dr. F.\_\_\_ attestierte ihm ab diesem Zeitpunkt bis auf Weiteres wegen zunehmender Schmerzen in der rechten Schulter eine volle Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. G 3.1.18 und G 3.1.24). Im Bericht vom 16. Juli 2007 erklärte er, dass es sich bei den vorliegenden Beschwerden nicht um einen Rückfall, sondern um eine persistierende Problematik in der rechten Schulter seit dem Verkehrsunfall vom 3. März 2005 handle. Bezüglich seines Befundes verwies er auf die MRI-Bilder der rechten Schulter vom 22. Mai 2007 des



## St.Galler Gerichte

Röntgeninstituts D.\_\_\_\_ welche eine Verdehnung an der Supraspinatussehne mit Ruptur der Supraspinatussehne der rechten Schulter zeigen würden (Suva-act. G 3.1.24). Die ambulante Untersuchung in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen am 5. Juli 2007 ergab die Diagnosen einer Acromio-Clavicular-Gelenksarthrose (AC-Gelenksarthrose) sowie eines subacromialen Impingements rechts (Suva-act. G 3.1.21).

A.g Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte beim Versicherten gemäss dem Bericht vom 9. Juni 2007 neben einer arteriellen Hypertonie und Adipositas ein seit mehr als zehn Jahren bestehendes chronifiziertes Kopfschmerzsyndrom. Für einen Migränekopfschmerz habe er demgegenüber keinerlei Hinweise gefunden (Suva-act. G 3.1.26).

A.h Im Bericht vom 13. August 2007 nahm Dr. med. I.\_\_\_\_, Suva-Kreisarzt, zur Frage der Unfallkausalität Stellung. Er kam zum Schluss, dass die aktuellen Beschwerden nicht in einem überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 3. März 2005 stehen würden und die Unfallkausalität somit nicht gegeben sei (Suva-act. G 3.1.28).

A.i Mit Verfügung vom 17. August 2007 eröffnete die Suva dem Versicherten, dass die als Rückfall gemeldeten Kopf-, Nacken- und Schulterbeschwerden rechts in keinem sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 3. März 2005 stünden. Im Weiteren bestehe auch kein Zusammenhang zwischen diesen Beschwerden und dem Leitersturz vom 13. Oktober 2006 (Suva-act. G 3.1.30).

A.j Am 7. September 2007 berichteten die Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen über die Nachkontrolle des Versicherten vom 6. September 2007. Hinsichtlich der rechten Schulter fanden sie eine volle Mobilität. Es hätten sich keine Impingement-Zeichen auslösen lassen und die Rotatorenmanschettentests seien allesamt negativ verlaufen. Zur Behandlung empfahlen sie dem Versicherten Physiotherapie. Ausserdem befürworteten sie einen Arbeitsversuch in Höhe eines Arbeitspensums von 50 % (Suva-act. G 3.1.34).

B.



## St.Galler Gerichte

B.a Am 17. September 2007 liess der Beschwerdeführer, vertreten durch seine Rechtsschutzversicherung, gegen die Verfügung vom 17. August 2007 Einsprache erheben (Suva-act. G 3.1.36).

B.b Die am 6. Dezember 2007 und am 11. Februar 2008 durchgeführten Nachkontrollen ergaben gemäss den Berichten der Orthopädie des Kantonsspitals vom 7. Dezember 2007 (Suva-act. G 3.1.41) und 11. Februar 2008 (Suva-act. G 3.1.56) klinisch keine Hinweise für eine Rotatorenmanschettenläsion. Demgegenüber war der Impingement-Test nach Hawkins und Neer beide Male positiv.

B.c Die Suva wies die Einsprache mit Entscheid vom 13. Februar 2008 ab (Suva-act. G. 3.1.57). In ihrer Begründung berief sie sich u.a. auf die ärztliche Beurteilung des Suva-Arztes Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, vom 7. Februar 2008 (Suva-act. G 3.1.55), welche sie zum integrierenden Bestandteil ihres Entscheids erklärte.

C.

C.a Gegen diesen Entscheid richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Curdin Conrad, Gossau, für den Versicherten erhobene Beschwerde vom 17. März 2008. Der Rechtsvertreter beantragt die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 13. Februar 2008 und der Verfügung vom 17. August 2007 sowie die Rückweisung der Angelegenheit an die Suva zur Neubeurteilung der Unfallkausalität und zur Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung bringt er im Wesentlichen vor, dass es sich bei den zu behandelnden Beschwerden gemäss Dr. F.\_\_\_\_ um eine persistierende Problematik in der rechten Schulter des Beschwerdeführers seit dem Verkehrsunfall vom 3. März 2005 handle. Daher sei die Frage der Leistungspflicht nicht vor dem Hintergrund eines Rückfalls zu prüfen und die seinerzeit anerkannte Unfallkausalität deshalb nicht nochmals nachzuweisen. Vielmehr obliege die Pflicht zum Nachweis, dass die aktuellen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nichts mehr mit dem Unfall vom 3. März 2005 zu tun hätten, der Beschwerdegegnerin. Im Weiteren habe die AC-Gelenksarthrose im Unfallzeitpunkt noch nicht bestanden, weshalb sie offensichtlich eine Folge der damals erlittenen Traumatisierung der rechten Schulter sein müsse. Eine Klärung würde sich schliesslich auch hinsichtlich des Widerspruchs in



## St.Galler Gerichte

Bezug auf die Ergebnisse der MRI-Bilder vom 22. Mai 2007 in den Berichten der Suva-Ärzte sowie des Kantonsspitals einerseits und in den Angaben von Dr. F.\_\_\_\_ andererseits aufdrängen.

C.b In der Beschwerdeantwort vom 23. April 2008 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung ihres Einspracheentscheids.

C.c Mit Schreiben vom 27. August 2008 nahm der Beschwerdeführer zur Beschwerdeantwort vom 23. April 2008 Stellung. Er reichte einen Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_ vom Röntgeninstitut und MR-Zentrum Dres D.\_\_\_\_, K.\_\_\_\_, L.\_\_\_\_ an Dr. F.\_\_\_\_ vom 22. Mai 2007 betreffend der gleichentags durchgeführten Kernspintomographie der rechten Schulter ein (act. G 11).

C.d Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet.

Erwägungen:

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die vom Beschwerdeführer für die Zeit ab dem 30. April 2007 geltend gemachten gesundheitlichen Beschwerden auf den Unfall vom 3. März 2005 zurückzuführen sind und der Beschwerdeführer damit Anspruch auf Versicherungsleistungen der Suva hat.

2.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. 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 Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung oder im Beschwerdefall das Gericht nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181, 119 V 337 f. E. 1). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181, 119 V 337 f. E. 1). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat jedoch die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a).

2.2 Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; [BGE 127 V 457](#) E. 4b, 118 V 297 E. 2d; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4.2). Praxisgemäss handelt es sich bei einem Rückfall um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, sodass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt, während von Spätfolgen dann gesprochen wird, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Laufe längerer Zeit organische oder psychische Folgen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich somit



begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4 Ingress). Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang, dass die für den Grundfall an sich massgebenden kausalen Faktoren mit der Zeit wegfallen können, weshalb der Unfallversicherer bei einem Rückfall nicht automatisch an seiner damaligen Leistungszusage behaftet werden kann. Es obliegt vielmehr dem Leistungsansprecher, den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem ursprünglichen Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. 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 und 121 V 210 E. 6c, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel 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 (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung liegt die Beweislast bei anspruchsbegründenden Tatfragen demzufolge bei der Partei, welche den Anspruch geltend macht. Bei anspruchsaufhebenden Tatfragen liegt sie bei der Partei, welche sich auf das Dahinfallen des Anspruchs beruft. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (RKUV 1994 U 206 S. 327 f. E. 1 mit Hinweis und E. 3b). Ferner ist zu beachten, dass umso strengere Anforderungen an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen sind, je grösser der zeitliche Abstand zwischen Unfall und Eintritt gesundheitlicher Störungen ist (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c).



2.3 Hinsichtlich des Beweiswerts von Arztberichten und die Anforderungen für die Beweiswürdigung der Entscheidungsgrundlagen ist auf die Ausführungen in Ziff. 2 des Einspracheentscheids der Suva vom 13. Februar 2008 zu verweisen. Dieser gibt die höchstrichterliche Rechtsprechung ausführlich wieder.

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin anerkannte die Leistungspflicht für das Unfallereignis vom 3. März 2005 und erbrachte sowohl Leistungen für die ärztliche Behandlung der Nacken- als auch der Schulterbeschwerden. Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin teilte ihr der Beschwerdeführer am 28. Februar 2006 mit, dass die ärztlichen Behandlungen beendet worden seien. Die Beschwerdegegnerin schloss den Fall daraufhin intern ab. Nachdem der Beschwerdeführer Ende April 2007 erneut arbeitsunfähig geworden war, prüfte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht im Rahmen eines Rückfalls zum Unfall vom 3. März 2005. Dagegen macht der Beschwerdeführer geltend, dass gestützt auf den Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2007 nicht von einem Rückfall, sondern immer noch vom Grundfall ausgegangen werden müsse. Folglich habe die Beschwerdegegnerin nachzuweisen, dass die Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nichts mehr mit dem Unfall vom 3. März 2005 zu tun hätten.

3.2 Gemäss Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) muss der Versicherer über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, schriftlich verfügen. Verfügungspflichtige Anordnungen im Sinn von Art. 49 Abs. 1 ATSG sind grundsätzlich alle Entscheide, die in der Abwicklung eines konkreten Rechtsverhältnisses gefällt werden (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Basel/Genf/Zürich 2003, Art. 49, Rz. 6). Demgegenüber regelt Art. 51 Abs. 1 ATSG, dass Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht unter Art. 49 Abs. 1 ATSG fallen, in einem formlosen Verfahren behandelt werden können. Die Fallabwicklung erfolgt somit primär durch Erlass schriftlicher Verfügungen nach Art. 49 Abs. 1 ATSG und nur wo dieser nicht verlangt ist, kann die Entscheidung im formlosen Verfahren ergehen (Kieser, a.a.O. Art. 51 Rz. 4). Hier ist bezüglich der Ausgestaltung jedoch Art. 51 Abs. 2 ATSG zu beachten, welcher bestimmt, dass im formlosen



Verfahren der Erlass einer formellen Verfügung verlangt werden kann. Gemäss Art. 124 lit. b UVV ist eine Verfügung insbesondere über die Kürzung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu erlassen. Nach Art. 56 Abs. 2 ATSG kann Beschwerde erhoben werden, wenn der Versicherungsträger entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt. Das mit einer derartigen Rechtsverweigerungsbeschwerde verfolgte rechtlich geschützte Interesse besteht darin, einen an eine gerichtliche Beschwerdeinstanz weiterziehbaren Entscheid zu erhalten (in BGE 134 V 145 nicht publizierte E. 1 des Entscheids vom 12. März 2008 i/S A., M., T. und S. [8C\_23/2007]). Erlässt ein Versicherer nur ein einfaches Schreiben, erlangt dieses nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung in der Regel dennoch rechtliche Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt (BGE 134 V 152 E. 5.3.2). Standen zu einem bestimmten Zeitpunkt indessen keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall nach der neuesten Rechtsprechung des Bundesgerichts auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. Entscheidend ist in dieser Konstellation, ob zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, dass keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten werde. Dies ist im Rahmen einer ex-ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen. Dabei kommt der Art der Verletzung und dem bisherigen Verlauf eine entscheidende Rolle zu: Lag ein vergleichsweise harmloser Unfall mit günstigem Heilungsverlauf vor, welcher nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete, wird tendenziell eher von einem stillschweigend erfolgten Abschluss auszugehen sein als nach einem kompliziert verlaufenen Heilungsprozess. Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalls und nicht unter demjenigen eines Rückfalls zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Urteil des Bundesgerichts vom 26. September 2008 i/S. B. [8C\_102/2008] E. 4.1 mit Hinweis).

3.3 Aus den Akten der Beschwerdegegnerin ist nicht ersichtlich, dass sie den Fallabschluss zum Unfall vom 3. März 2005 wenigstens in einem einfachen Schreiben an den Beschwerdeführer mitgeteilt hätte. Der Abschluss ist somit entgegen der



gesetzlichen Verpflichtung ohne Verfügung und ohne schriftliche Mitteilung an den Beschwerdeführer nach Eingang seines Antwortschreibens vom 28. Februar 2006 betreffend die Beendigung der ärztlichen Behandlungen erfolgt. Da nach diesem Zeitpunkt keine Leistungen mehr zur Diskussion standen, konnte in Anbetracht der vorliegenden Umstände jedoch mit genügender Zuverlässigkeit angenommen werden, dass die Unfallfolgen geheilt seien und weder eine Behandlungsbedürftigkeit noch eine erneute Arbeitsunfähigkeit auftreten werde. Konkret handelte es sich nicht um ein allzu gravierendes Unfallereignis und die ärztlichen Befunde wie auch die seit April 2005 bestehende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers liessen auf vollkommen ausgeheilte Unfallfolgen schliessen. Im Weiteren waren nach Behandlungsabschluss durch die Ärzte aktenmässig keine fortdauernden Beschwerden mehr ausgewiesen. Dass der Beschwerdeführer trotz geltend gemachten andauernden Schmerzen während mehr als eines Jahres keinen Arzt mehr aufsuchte und auf diese Weise einen allfälligen Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung aufs Spiel setzte, erscheint doch eher unwahrscheinlich. Insofern vermag der Hinweis des Beschwerdeführers auf klare Brückensymptome bzw. das Fortdauern des Grundfalls nicht zu überzeugen. Aus diesen Gründen ist die Leistungspflicht der Unfallversicherung für die mit der Schadenmeldung vom 31. Mai 2007 geltend gemachten Beschwerden auch ohne Mitteilung des Fallabschlusses in beweisrechtlicher Hinsicht unter dem Gesichtspunkt eines Rückfalls und nicht unter demjenigen eines Grundfalls zu prüfen. Die Beweislast bzw. die Folgen eines ungenügenden Beweises hat damit der Beschwerdeführer zu tragen. Nichts anderes würde gelten, wenn das Schreiben der Suva an den Beschwerdeführer vom 13. Februar 2006 als implizite Mitteilung des Fallabschlusses als Folge der beendeten ärztlichen Behandlung verstanden würde, da die einjährige Frist zur Anbringung von Einwänden bei Einreichung der Schadenmeldung vom 31. Mai 2007 bereits abgelaufen gewesen wäre.

4.

4.1 Laut den Schilderungen des Beschwerdeführers vom 29. April 2005 habe er am Vormittag des 3. März 2005 beabsichtigt, mit dem Auto links abzubiegen, als ein nachkommender Personenwagen auf die hintere rechte Ecke seines bereits stillstehenden Autos aufgefahren sei. Da er die rechte Hand am Lenkrad gehalten habe und angegurtet gewesen sei, habe es ihn durch den Aufprall nach vorne geworfen,



wodurch er einen Schlag in die rechte Schulter erhalten habe. Danach sei er in den Sitz zurückgeworfen worden und mit dem Kopf gegen die Nackenstütze geprallt. Einen Aufprall der rechten Schulter machte er nicht geltend. Dr. A.\_\_\_\_ stellte im Arztzeugnis vom 22. März 2005 betreffend die Behandlung vom 4. März 2005 Schmerzen im Nacken und im rechten Arm, eine verspannte CWS-Muskulatur (Muskulatur der cervikalen Wirbelsäule [Halswirbelsäule]) v.a. rechts sowie eine HWS-Kontusion mit starken Schmerzen, Erbrechen und Schwindel fest. Im Röntgeninstitut Dr. med. D.\_\_\_\_ fand Dr. C.\_\_\_\_ in Bezug auf die rechte Schulter ausser einem minimalen Schulterhochstand keine Auffälligkeiten. Die Artikulation des Schultergelenks war normal und ohne Hinweis auf eine Fraktur. Auch die Untersuchung in der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen vom 22. Juni 2005 ergab keine neurologischen Ausfälle. Trotz voller Arbeitsfähigkeit ab 1. April 2005 suchte der Beschwerdeführer wegen anhaltenden Schulter- und Nackenschmerzen noch einige Male seinen Hausarzt auf, gemäss Akten letztmals am 13. September 2005. Spätestens im Februar 2006 war die ärztliche Behandlung beendet (Suva-act. G 3.1.15). Danach sind bis zum 1. Mai 2007 keine weiteren ärztlichen Konsultationen oder anderen medizinischen Behandlungen zur Schulter-/Nackenproblematik ausgewiesen. Selbst während der Behandlungsdauer infolge des Unfalls vom 13. Oktober 2006 waren keine medizinischen Massnahmen betreffend Schulter- oder Nackenschmerzen indiziert und die ärztlichen Unterlagen enthalten auch keine Hinweise für bestehende Beschwerden (Suva-act. G 3.2). Zwischen der Mitteilung über den Behandlungsabschluss und der Meldung von erneut aufgetretenen Beschwerden liegen damit mindestens vierzehn (seit der letztbekanntesten ärztlichen Behandlung sogar neunzehn) Monate. In Anbetracht dieser erheblichen behandlungsfreien Zeit und wie bereits in E. 3.3 festgestellt wurde, sind damit entgegen dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2007 keine Brückensymptome nachgewiesen.

4.2 Dr. F.\_\_\_\_ erklärt im Bericht vom 16. Juli 2007, dass er den Beschwerdeführer wegen zunehmender Schmerzen in der Schulter ab dem 30. April 2007 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben habe. Der Beschwerdeführer selber macht im Wesentlichen geltend, dass er seit dem Unfall vom 3. März 2005 mal mehr und mal weniger unter Schulter- und Nackenbeschwerden rechts gelitten habe. Seit Anfang 2007 sei es dann zu einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes gekommen und ab dem 30. April 2007 hätten sich die Beschwerden derart verschlimmert, dass er seiner



Arbeitstätigkeit nicht mehr habe nachgehen können. Am 9. Juli 2007 äusserte er gegenüber der Suva, zeitweise auch Schwindelanfälle zu haben sowie "vermehrt" schwarze Punkte vor den Augen zu sehen, "die praktisch andauernd vorhanden" seien.

4.3 Im Bericht zur neurologischen Abklärung vom 9. Juni 2007 hält Dr. H.\_\_\_\_ fest, dass ihm der Beschwerdeführer von einer vor Jahren durchgeführten augenärztlichen Untersuchung mit auffälligem Befund berichtet habe. Auf Grund des in seiner Praxis am 5. Juni 2007 festgestellten hohen Blutdrucks von 170 / 100 mmg Hg empfahl Dr. H.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine augenärztliche Verlaufskontrolle durchzuführen, insbesondere auch mit Fundusbeurteilung (Fundus Hypertonikus). Er beurteilte den klinisch-neurologischen Untersuchungsbefund als regelrecht und konnte keine Hinweise für fokal-neurologische Defizite feststellen. Neben einer leichten Verspannung im Schulter-Nackebereich sei die Kopfbeweglichkeit frei gewesen. Dr. H.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer chronifizierte Kopfschmerzen mit einem aktuell holocephalen Kopfschmerz vorliegen würden. Auch wenn Dr. I.\_\_\_\_ im Bericht vom 13. August 2007 die Kopfschmerzproblematik gestützt auf die neurologische Untersuchung im Kantonsspital St. Gallen vom 22. Juni 2005 im Unterschied zu Dr. H.\_\_\_\_ als Migräne betitelt, ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer seit über zehn Jahren unter derselben Kopfschmerzsymptomatik leidet und diese sich auch durch das Unfallereignis vom 3. März 2005 nicht intensiviert hat. Sowohl die Kopfschmerzsymptomatik als auch die Augenproblematik sind damit als vorbestehend und folglich nicht unfallkausal zu betrachten.

4.4 Damit bleibt zu prüfen, ob die Beschwerden in der rechten Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 3. März 2005 zurückgeführt werden können. Von Bedeutung ist vorerst die Frage nach dem Vorliegen relevanter unfallkausaler somatischer Befunde im Sinn struktureller Veränderungen. Die Abklärungen am Röntgeninstitut Dr. med. D.\_\_\_\_ vom März 2005 ergaben hinsichtlich der rechten Schulter keine strukturellen Verletzungen. Insbesondere wurde keine strukturelle Läsion wie beispielsweise eine Acromioclaviculargelenkluxation oder eine Bandläsion, welche gemäss dem Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 13. August 2007 zur Entwicklung einer Acromioclaviculargelenkhyperthrophie hätten führen können, und auch kein Riss in der Rotatorenmanschette festgestellt. Infolge der zwei Jahre später erneut aufgetretenen Beschwerden hat sich der Beschwerdeführer nochmals



verschiedentlich medizinisch abklären lassen. Der Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vom 6. Juli 2007 hält fest, dass gemäss dem am 22. Mai 2007 durchgeführten MRI der rechten Schulter kein Kontrastmittelaustritt in die Bursa subdeltoidea erfolgt und eine intrinsische Signalsteigerung der Supraspinatussehne "ohne durchgehende Rissbildung" festgestellt worden sei. Ausserdem sei die Subscapula-/Infraspinatussehne unauffällig und es habe eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose diagnostiziert werden können. Die Ärzte des Kantonsspitals legten dar, dass die Schulterbeschwerden aktuell klinisch eher von der AC-Gelenksarthrose rechts sowie einem konsekutiven subacromialen Impingement herrühren würden. Gestützt auf diesen Bericht gingen auch die Suva-Ärzte Dr. I. \_\_\_ im Bericht vom 13. August 2007 und Dr. J. \_\_\_ in der Beurteilung vom 7. Februar 2008 von einer intakten Rotatorenmanschette aus. Davon abweichend hält das Schreiben des Röntgenarztes Dr. K. \_\_\_ vom 22. Mai 2007 betreffend die gleichentags durchgeführte Kernspintomographie der rechten Schulter fest, dass "auch wenig Kontrastmittel" aus dem Gelenk in die Bursa subdeltoidea ausgetreten sei. Dr. F. \_\_\_ folgerte gemäss dem Bericht vom 16. Juli 2007 aus den MRI-Bildern vom 22. Mai 2007 bzw. dem Schreiben von Dr. K. \_\_\_ vom 22. Mai 2007, dass eine Verdehnung der Supraspinatussehne mit Ruptur der Supraspinatussehne der rechten Schulter vorliege. Trotz dieser Divergenz bezüglich des Zustandes der Rotatorenmanschette liesse sich selbst bei einer im Jahr 2007 festgestellten Ruptur der Rotatorenmanschette keine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität nachweisen. Die Sehnenansätze der Rotatorenmanschette, besonders jener des Supraspinatus am tuberculum maius, sind ein notorischer Schwachpunkt: Ihre Vaskularisation ist prekär, und sie neigen deshalb zu pathologischen, vor allem degenerativen Veränderungen. Diese werden durch mechanische, akute oder chronische Traumatisierung, durch Überbeanspruchung, Instabilität oder Funktionsstörungen beim Armheben verschlimmert. Es kann dabei gelegentlich zu schmerzhaften Einklemmungserscheinungen kommen ("Impingement"). Rotatorenmanschettenrisse treten fast immer genau an dieser Stelle auf und gehören zu den normalen Alterserscheinungen. Kleine Defekte verursachen in der Regel weder Beschwerden noch Symptome. Degenerative Veränderungen der Sehnenansätze der Supraspinatussehne sind eine typische Alterserscheinung. Sie kommen bei Gesunden ab dem 40. Altersjahr zunehmend häufig vor, meist ohne Symptome, und bei der Mehrzahl aller über 60-jährigen lassen sich Rupturen finden. Nur bei wenigen werden



sie auch manifest, dann jedoch überwiegend als chronisches Leiden (Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 725 f.). Der mittlerweile 48-jährige Beschwerdeführer, der für die H. Schlegel AG Kaminsanierungen ausführte, übte eine vorwiegend handwerkliche Tätigkeit aus. Zu seinem Aufgabenbereich gehörte das Tragen und Heben von schweren Materialien, wobei der Einsatz beider Arme und Hände unabdingbar war (Suva-act. G 3.1.22). Vor diesem Hintergrund muss die Möglichkeit, dass die AC-Gelenksarthrose mit subacromialem Impingement vorliegend ein degeneratives Problem darstellt, als mindestens ebenso wahrscheinlich in Betracht gezogen werden wie ihre grundsätzlich denkbare Entwicklung durch einen Unfall.

5.

Wie Dr. J.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 7. Februar 2008 bereits aufgezeigt hat, ist vorliegend jedoch von Bedeutung, dass auf Grund des Unfallablaufs eine Schulterverletzung, wie sie geltend gemacht wird, unwahrscheinlich ist. In Bezug auf das Unfallereignis vom 3. März 2005 erscheint eine entsprechende Unfalleinwirkung nicht plausibel. Dies umso mehr, als es dabei nicht zu einem Aufprall der Schulter kam. Zudem finden sich weder in den echtzeitlichen Akten noch in der Beschwerdeschrift konkrete Angaben des Beschwerdeführers darüber, inwiefern Kräfte durch den Unfall auf die rechte Schulter gewirkt haben sollen. Der Beschwerdeführer war angegurtet und es ist davon auszugehen, dass die Gurten funktioniert haben. Sein damaliger Hausarzt Dr. A.\_\_\_\_ stellte am 4. März 2005 noch keine Schulterprobleme fest. Die Abklärungen am Röntgeninstitut vom 15. März 2005 ergaben auch keine Hinweise auf Frakturen des rechten Schultergelenks, weshalb diese Beschwerden offensichtlich nicht von einer strukturellen Verletzung begleitet wurden. In Betracht fällt somit lediglich die auf Grund des Unfallhergangs ebenfalls kaum vorstellbare Möglichkeit, dass der Beschwerdeführer beim Unfall eine Prellung der Schulter erfahren hat. Dass diese jedoch abheilte, zeigt sich bereits darin, dass nach Behandlungsabschluss während eineinhalb Jahren in den Akten keine ärztlichen Konsultationen zur Schulterproblematik erwähnt werden. Auch die Krankenkasse des Beschwerdeführers ging auf Grund des Unfallhergangs sowie der erstellten Befunde nicht davon aus, dass eine Unfallkausalität bei den Schulterbeschwerden gegeben sei. Sie anerkannte ihre



Leistungspflicht von Beginn weg und verzichtete darauf, gegen die Verfügung der Suva vom 17. August 2007 ein Rechtsmittel zu ergreifen (vgl. Art. 49 Abs. 4 ATSG).

6.

Obgleich nach Eintritt des Unfalls vom 3. März 2005 die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas im Raum stand, ist vorliegend nicht weiter zu prüfen, ob die Voraussetzungen eines Rückfalls dieser Symptomatik gegeben sind. Der Beschwerdeführer macht zwar in undifferenzierter Weise und ganz allgemein "Schulter- und Nackenbeschwerden" geltend, eine für das Beschwerdebild des Schleudertraumas typische Verletzung für den fraglichen Zeitraum ab 30. April 2007 liegt jedoch nicht vor. So hätte beim Schleudertrauma nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung eine Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vorherrschend auftreten müssen (BGE 117 V 360 E. 4b). Diese Beschwerden sind vorliegend – mit Ausnahme der vorbestehenden Kopfschmerzen und Augenproblematik – jedoch nicht ausgewiesen und werden vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht.

7.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die ab Ende April 2007 eingetretene Arbeitsunfähigkeit auf Grund von Beschwerden der rechten Schulter nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis vom 3. März 2005 kausal beeinflusst worden ist. Auch zum Unfall vom 13. Oktober 2006 besteht kein überwiegend wahrscheinlicher Zusammenhang. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ist damit zu verneinen.

8.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Februar 2008 lässt sich somit nicht beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist im Sinn der vorstehenden Erwägungen abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

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