



**Fall-Nr.:** UV 2012/75  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 30.08.2019  
**Entscheiddatum:** 05.08.2013

### **Entscheid Versicherungsgericht, 05.08.2013**

**Art. 6 UVG. Die Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin erfolgte ungerechtfertigt. Der Nachweis des Dahinfallens des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den geltend gemachten Schulterbeschwerden und dem Unfallereignis wurde von der Beschwerdegegnerin nicht rechtsgenügend dargetan (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. August 2013, UV 2012/75).**

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Annina Baltisser

Entscheid vom 5. August 2013

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

c/o Fortuna Rechtsschutz Versicherung AG, Soodmattenstrasse 2, 8134 Adliswil,

gegen

Visana Versicherungen AG, Weltpoststrasse 19, Postfach 253, 3000 Bern 15,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Visana Services AG, Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 15,



## St.Galler Gerichte

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ war seit dem 1. September 2007 bei Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, angestellt und dadurch bei der Visana Versicherungen AG (nachfolgend: Visana) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er sich gemäss Bagatellunfallmeldung vom 28. Oktober 2008 am 27. September 2008 an der rechten Schulter verletzte (UV-act. 2). Der erstbehandelnde Arzt, Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, gab im Bericht vom 28. Oktober 2008 an, bei der Untersuchung habe sich eine freie Schultergelenksbeweglichkeit mit endphasiger Schmerzhaftigkeit nur bei Aussenrotation, insbesondere gegen Widerstand, gezeigt (UV-act. 7). Im Bericht vom 12. August 2009 führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, radiologisch zeige sich ein unauffälliges Glenohumeralgelenk mit Akromion Typ II bei gleichzeitig ausgeprägtem spitzzulaufendem Sporn und einem gerade noch normalen akromiohumeralen Abstand von rund acht Millimetern sowie AC-Gelenksarthrose bei rund ca. halbe Schaftbreite nach kranial überstehender Clavicula im AC-Gelenk (UV-act. 8). Die Visana erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

A.b Am 7. Februar 2011 meldete die Arbeitgeberin, der Versicherte sei am 2. Februar 2011 in einem Bergrestaurant mit Skischuhen auf dem Plattenboden ausgerutscht und hingefallen. Dabei habe er sich die rechte Schulter und das linke Knie verletzt (UV-act. 12). Eine am 9. Februar 2011 durchgeführte MRI-Arthrographie der rechten Schulter ergab eine breitflächige transmurale Ruptur von Supra- und Infraspinatussehne, eine mittelgradige AC-Arthrose sowie eine degenerative Auffaserung der langen Bizepssehne (UV-act. 13). Am 16. Februar 2011 diagnostizierte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Schulthess Klinik, Zürich, einen Status nach direkter Traumatisierung der rechten Schulter am 2. Februar 2011, eine Arthro-MR-



tomographisch ausgedehnte ältere posterosuperiore Läsion der Rotatorenmanschette (Supraspinatus- und Infraspinatussehne) mit Retraktion des Sehnenstumpfes bis zum Glenoid und in den schräg-sagittalen Schnitten ausgeprägte Atrophie der betroffenen Rotatorenmanschetten-Muskulatur mit beginnender Verfettung Goutalier Stadium I-II, nebenbefundlich eine mittelgradige AC-Gelenksarthrose und degenerative Auffaserung der langen Bicepssehne. Dr. D.\_\_\_\_ führte im Weiteren aus, aufgrund der Bildgebung müsse von

einer frischen Traumatisierung der rechten Schulter bei jedoch schon vorbestehender älterer posterosuperiorer Läsion der Rotatorenmanschette ausgegangen werden. Bei Beschwerdepersistenz könne im Verlauf eine Schulterarthroskopie rechts im Sinne eines Débridements evaluiert werden (UV-act. 15). Mit Schreiben vom 24. März 2011 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ eine ausgedehnte posterosuperiore Rotatorenmanschettenläsion rechts und führte im Weiteren aus, diese sei, wie von Dr. D.\_\_\_\_ angenommen, möglicherweise vorbestehend. Dennoch schienen die degenerativen Veränderungen an der Muskulatur dafür zu wenig stark ausgeprägt, so dass fraglich sei, ob nicht ein erheblicher Teil der jetzt vorliegenden Läsion frischen Ursprungs sei (UV-act. 17). In den Berichten vom 26. April 2011 und 23. August 2011 führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, die Schulterfunktion sei in Kenntnis der ausgedehnten Rotatorenmanschettenläsion sehr gut erhalten bzw. weiterhin frei und symmetrisch im Vergleich zur linken Seite. In therapeutischer Hinsicht wolle der Versicherte den weiteren Verlauf abwarten und es werde weiterhin konservativ verfahren (UV-act. 19 ff.).

A.c Am 22. März 2012 wurde im Kantonsspital E.\_\_\_\_ eine MRI-Arthrographie der rechten Schulter durchgeführt. Diese ergab einen im Verlauf etwa unveränderten Status der Rotatorenmanschette mit Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne sowie eine Retraktion der Sehnenstümpfe mit zunehmender Atrophie und Verfettung der Muskelbäuche, etwa unveränderte AC-Arthrose und degenerativ signalveränderte lange Bizepssehne sowie (was aber wohl eine Falschangabe sein dürfte) "eine intakte Infraspinatussehne" (UV-act. 24). Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 22. Mai 2012 aus, die Röntgenbilder würden eine Verschlechterung gegenüber dem Befund vom letzten Herbst mit einer acromiohumeralen Distanz von 4mm und einer leichten subacromialen Arthrose zeigen. Hinsichtlich des weiteren



## St.Galler Gerichte

Verlaufs bestehe die Möglichkeit, die Situation zu akzeptieren, was sich bei der relativ guten Funktion rechtfertigen liesse. Möglich sei auch eine Schmerzverbesserung durch ein arthroskopisches, subacromiales Débridement oder eine Verbesserung der Schulterfunktion durch einen Latissimus dorsi-Transfer (UV-act. 26).

A.d Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte als beratender Arzt der Visana in seiner Beurteilung vom 25. Mai 2012 aus, der Unfall vom 2. Februar 2011 sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (teil-)ursächlich für die gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Der Status quo sine sei spätestens nach drei bis sechs Monaten erreicht worden (UV-act. 28). Der beratende Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in der Beurteilung vom 5. Juni 2012 aus, gemäss den vorliegenden Berichten habe der Unfall vom 27. September 2008 nicht zu einer relevanten Verletzung der Schulter geführt. Aufgrund der vorliegenden Unterlagen sei davon auszugehen, dass sich die Läsion der Rotatorenmanschette unabhängig von Unfallereignissen zwischen August 2009 (gemeint wohl: September 2008) und Februar 2011 degenerativ entwickelt habe (UV-act. 30).

A.e Gestützt auf die Beurteilungen der beratenden Ärzte vom 25. Mai 2012 und 5. Juni 2012 eröffnete die Visana dem Versicherten mit Verfügung vom 6. Juni 2012 die Einstellung der bisherigen Versicherungsleistungen per 2. August 2011 und verneinte darüber hinaus einen Anspruch auf Versicherungsleistungen gestützt auf einen Rückfall zum Ereignis vom 27. September 2008 (UV-act. 39).

A.f Am 15. Juni 2012 wurde der Versicherte in der Uniklinik Balgrist, Zürich, an der rechten Schulter operiert (Latissimus dorsi-Transfer rechts; UV-act. 54, vgl. auch UV-act. 26).

A.g Gegen die Verfügung vom 6. Juni 2012 erhob der Versicherte am 3. Juli 2012 Einsprache und machte sinngemäss geltend, der Fallabschluss durch die Visana sei zu früh erfolgt, da er sich noch in ärztlicher und physiotherapeutischer Behandlung befunden habe. Im Falle einer Ablehnung eines Leistungsanspruchs im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 2. Februar 2011 sei von einem Rückfall zum Ereignis vom 27. September 2008 auszugehen (UV-act. 49).



A.h In der Beurteilung vom 31. Juli 2012 führte Dr. H.\_\_\_\_ aus, im MRI vom 9. Februar 2012 hätten verschiedene strukturelle Alterationen festgestellt werden können, von denen keine in erkennbarer Weise auf das Ereignis vom 2. Februar 2011 zurückzuführen sei. Hinsichtlich des Ereignisses vom 27. September 2008 führte er aus, eine akute Verletzung relevanten Ausmasses sei aufgrund des Berichtes von Dr. C.\_\_\_\_ vom 12. August 2008 weitestgehend auszuschliessen. Nachdem somit keines der beiden erwähnten Ereignisse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zur Läsion der Rotatorenmanschette geführt habe, dürfe, im Sinne eines Ausschlussverfahrens, davon ausgegangen werden, dass sich die Läsion krankheitshalber entwickelt habe (UV-act. 56).

A.i Mit Einspracheentscheid vom 24. August 2012 wies die Visana die Einsprache des Versicherten vom 3. Juli 2012 ab. Die beratenden Ärzte Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ seien zum Schluss gekommen, dass das Ereignis vom 2. Februar 2011 zu einer vorübergehenden Symptomatisierung eines Vorzustandes geführt habe und der Status quo sine nach spätestens sechs Monaten erreicht worden sei. Unter diesen Umständen sei eine Zuordnung der bestehenden Beschwerden zum Ereignis vom 2. Februar 2011 nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Nicht überwiegend wahrscheinlich sei gestützt auf die Ausführungen von Dr. H.\_\_\_\_ eine Zuordnung der Schulterbeschwerden zum Ereignis vom 27. September 2008. Die medizinischen Beurteilungen der beratenden Ärzte seien schlüssig und nachvollziehbar (UV-act. 71).

A.j Im Bericht vom 18. September 2012 führte Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, die Beschwerden des Versicherten, welche zur Operation vom 15. Juni 2012 geführt hatten, seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Ereignisse vom 27. September 2008 und 2. Februar 2011 zurückzuführen, da vor dem ersten Unfallereignis absolut keine Schulterbeschwerden bestanden hätten. Die grosse posterosuperiore Rotatorenmanschettenruptur, welche das MRI vom 9. Februar 2011 gezeigt habe, sei einerseits über die Jahre nach dem ersten Sturzereignis vom 27. September 2008 entstanden, durch das zweite Sturzereignis vom 2. Februar 2011 aber zusätzlich traumatisiert und bestimmt auch vergrössert worden. Der Versicherte befände sich



## St.Galler Gerichte

zurzeit noch in der postoperativen Rehabilitationsphase (UV-act. 78). Am 30. Oktober 2012 hielt Dr. H.\_\_\_\_ an seiner Beurteilung vom 31. Juli 2012 fest (UV-act. 79).

B.

B.a Gegen den Einspracheentscheid vom 24. August 2012 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 25. September 2012 mit den Anträgen, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen und es seien weitere medizinische Abklärungen anzuordnen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung führt der Beschwerdeführer im Wesentlichen an, es sei nicht nachvollziehbar, dass die beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin, ohne ihn jemals untersucht zu haben, zum Schluss kämen, dass die Beschwerden degenerativer Natur seien. Dies ergebe sich nicht aus den Arztzeugnissen der behandelnden Ärzte und sei aktenwidrig. Auch Dr. I.\_\_\_\_ bestätige in seinem Bericht vom 18. September 2012, dass der Status quo sine noch nicht erreicht sei. Somit habe die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt nicht richtig abgeklärt (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 3. Dezember 2012 beantragt die Beschwerdegegnerin, auf die Beschwerde sei nicht einzutreten, da der Beschwerdeführer die Beschwerde gegen die Visana Services AG und damit gegen die falsche Partei richte. Eventualiter sei die Beschwerde abzuweisen. Indem drei bis sechs Monate nach dem Ereignis vom 2. Februar 2011 der Status quo sine erreicht worden sei, seien die im Anschluss geklagten Beschwerden aufgrund der Aktenlage keinesfalls mehr adäquat kausal auf den Unfall vom 2. Februar 2011 zurückzuführen. Ein Rückfall zum Ereignis vom 27. September 2008 scheitere bereits am Nachweis der natürlichen Kausalität (act. G 5).

B.c In der Replik vom 21. Januar 2013 (act. G. 7) und der Duplik vom 22. März 2013 (act. G 11) halten beide Parteien an ihren Anträgen fest. Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.



Erwägungen:

1.

Vorab ist zu prüfen, ob auf die Beschwerde einzutreten ist. Die Beschwerdegegnerin verneint diese Frage mit der Begründung, die Beschwerde richte sich gegen die Visana Services AG und damit gegen die falsche Partei. Passivlegitimiert sei die Visana Versicherungen AG (act. G 5). Der Vorwurf, die falsche Partei sei belangt worden, verfängt allerdings nicht. Zwar geht die Parteistellung der Visana Versicherungen AG im vorliegenden Verfahren aus den Akten klar hervor; der Einspracheentscheid vom 24. August 2012 (UV-act. 71), gegen welchen sich die Beschwerde vom 25. September 2012 (act. G 1) richtet, bezeichnet die Visana Versicherungen AG und nicht die Visana Services AG als Partei. Allerdings muss sich die Beschwerdegegnerin entgegenhalten lassen, dass die Abgrenzung der Visana Versicherungen AG von der Visana Services AG der beschwerdeführenden Partei mitunter Schwierigkeiten bereiten kann, zumal Letztere auf den relevanten Dokumenten – so insbesondere auf der Verfügung vom 6. Juni 2012 (UV-act. 39) und dem Einspracheentscheid – als Kontaktadresse aufgeführt ist. Vor diesem Hintergrund ist die Bezeichnung der Beschwerdegegnerin von Amtes wegen zu berichtigen. Die Bestreitung der Passivlegitimation durch die Beschwerdegegnerin erweist sich unter diesen Umständen als überspitzt formalistisch. Da auch die übrigen Eintretensvoraussetzungen, insbesondere jene der örtlichen und sachlichen Zuständigkeit, erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

2.

2.1 In materieller Hinsicht ist streitig, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen, welche sie im Anschluss an das Unfallereignis vom 2. Februar 2011 ausgerichtet hatte, zu Recht auf den 2. August 2011 einstellte.

2.2 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 Sinne 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 177, E. 3.1 mit Hinweisen). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle; sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne Weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen).

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



überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (vgl. dazu Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Für die Verneinung muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit dem 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 18. Dezember 2003, U 258/02, sowie vom 31. August 2001, U 285/00).

2.4 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, [ATSG; SR 830.1]). 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 (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, N 33 ff. zu Art. 43).

3.



3.1 Der Beschwerdeführer stellt sich u.a. auf den Standpunkt, dass die Leistungseinstellung zu früh erfolgt sei, da die Behandlung noch nicht abgeschlossen gewesen sei. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei der Leistungseinstellung auf die Beurteilungen der beratenden Ärzte Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ vom 25. Mai 2012 und 5. Juni 2012 (UV-act. 28 ff.), gemäss welchen der Status quo sine nach sechs Monaten und damit am 2. August 2011 erreicht worden sei.

3.2 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 medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als 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). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (vgl. BGE 135 V 469 E. 4.3.2 mit Hinweisen). An die Beweiswürdigung von Stellungnahmen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte sind jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 472 E. 4.7).

3.3 Der die Beschwerdegegnerin beratende Arzt Dr. G.\_\_\_\_ führt in seiner Beurteilung vom 25. Mai 2012 (UV-act. 28) hinsichtlich des Ereignisses vom 2. Februar 2011 aus, bereits im MRI vom 9. Februar 2011 seien keine somatisch nachweisbaren Veränderungen festgestellt worden. Durch das Ereignis vom 2. Februar 2011 sei es zu einer vorübergehenden Symptomatik (Schmerzauslösung) gekommen und es hätten



sich im Verlauf keine somatisch nachweisbaren Komplikationen gezeigt, welche die Heilung beeinträchtigt hätten. Es bestünden ausschliesslich degenerative und unfallunabhängige Beeinträchtigungen und die Befunde wiesen auf einen unfallunabhängigen und seit längerer Zeit andauernden, vorbestehenden Prozess hin. Der Status quo sine sei spätestens nach drei bis sechs Monaten erreicht worden. Diese Aussage von Dr. G.\_\_\_\_, wonach im MRI vom 9. Februar 2011 keine somatisch nachweisbaren Veränderungen festgestellt worden seien, steht mit der vorliegenden Aktenlage insofern im Widerspruch, als im besagten MRI vom 9. Februar 2011 u.a. der Befund einer breitflächigen transmuralen Ruptur von Supra- und Infraspinatussehne und somit eine somatisch nachweisbare Veränderung erhoben wurde (UV-act. 13). Dass der Unfall vom 2. Februar 2011 nicht überwiegend wahrscheinlich (teil-)ursächlich für die gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers ist, kann somit entgegen den Ausführungen von Dr. G.\_\_\_\_ nicht durch den MRI-Befund vom 9. Februar 2011 gestützt werden. Darüber hinaus ist die Beurteilung hinsichtlich der übrigen Aktenlage unvollständig, zumal sich Dr. G.\_\_\_\_ auch nicht mit der damals auf den 15. Juni 2012 geplanten Operation (Latissimus dorsi-Transfer rechts; vgl. UV-act. 54) auseinandersetzt. Sodann enthält sich der beratende Arzt bei seiner Beurteilung, wonach ein Status quo sine spätestens nach drei bis sechs Monaten erreicht worden sei, jeglicher Begründung. Zwar handelt es sich beim Status quo sine um einen hypothetischen Zustand, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (vgl. das Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Jedoch vermag vor dem Hintergrund der vorliegenden Aktenlage eine allein auf Erfahrungswerte abgestützte und nicht näher begründete Festlegung des Erreichens des Status quo sine der Beweisanforderung der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht zu genügen.

3.4 Der beratende Arzt Dr. H.\_\_\_\_ führt in der Beurteilung vom 31. Juli 2012 (UV-act. 56) seinerseits aus, keine der verschiedenen strukturellen Alterationen (strukturellen Veränderungen), welche im MRI vom 9. Februar 2011 festgestellt worden seien, sei in erkennbarer Weise auf das Ereignis vom 2. Februar 2011 zurückzuführen. Vielmehr seien sämtliche als pathologisch zu bewertenden Befunde als unfallfremd zu bezeichnen. Die Aktivierung von Beschwerden durch ein Sturzereignis sei plausibel, doch könne aufgrund allgemeiner Erfahrung davon ausgegangen werden, dass diese Schmerzen nach spätestens drei bis sechs Monaten abklingen würden, nachdem keine



traumatisch bedingten Strukturveränderungen hätten festgestellt werden können. Damit beschränkt sich auch Dr. H.\_\_\_\_ im Wesentlichen auf Ausführungen zum MRI vom 9. Februar 2011. Eine Auseinandersetzung mit der gesamten medizinischen Aktenlage sowie den neueren Befunden findet nicht statt. Vor diesem Hintergrund überzeugt das von Dr. H.\_\_\_\_ angewendete Ausschlussverfahren, wonach davon ausgegangen werden dürfe, dass sich die Läsion der Rotatorenmanschette rein krankheitshalber entwickelt habe, nicht.

3.5 Im Widerspruch zu den Aktenbeurteilungen von Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ steht sodann der Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 18. September 2012 (UV-act. 78), gemäss welchem die Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die beiden Ereignisse vom 27. September 2008 und 2. Februar 2011 zurückzuführen seien. Dabei vermag insbesondere die Aussage Dr. I.\_\_\_\_, wonach sich in der MRI-Untersuchung vom 22. März 2012 (UV-act. 24) eine klare Zunahme der fettigen Infiltration der Infraspinatusmuskulatur sowie eine weitere Atrophisierung der Supraspinatusmuskulatur gezeigt habe und dies darauf hindeute, dass ein wesentlicher Teil der im ersten MRI vom 9. Februar 2011 erkannten Ruptur frisch gewesen sei, da eine solche Dynamik bei initial lang bestehender chronischer degenerativer Ruptur nicht zu erwarten gewesen wäre, Zweifel an der Schlüssigkeit der Feststellungen der beratenden Ärzte zu begründen.

3.6 Insgesamt ist der Wegfall der Unfallkausalität durch die Beurteilungen der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin somit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt.

4.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Dahinfallen des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 2. Februar 2011 und den über den 2. August 2011 hinaus geklagten Schulterbeschwerden nicht rechtsgenügend dargetan ist. Die Einstellung der Leistungen durch die Beschwerdegegnerin per 2. August 2011 erweist sich damit als ungerechtfertigt. Bei dieser Ausgangslage erübrigt sich die Prüfung eines Rückfalls zum Ereignis vom 27. September 2008. Im Hinblick auf eine spätere Leistungseinstellung wird es sich angesichts der widersprüchlichen



medizinischen Aktenlage aufdrängen, den Beschwerdeführer durch einen unabhängigen, auf Schulterchirurgie spezialisierten, Facharzt untersuchen zu lassen.

4.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 24. August 2012 gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer über den 2. August 2011 hinaus die gesetzlichen Leistungen für den am 2. Februar 2011 erlittenen Unfall auszurichten.

4.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Eine Parteientschädigung ist dem nicht durch einen Rechtsanwalt vertretenen Beschwerdeführer nicht zuzusprechen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, dem Beschwerdeführer über den 2. August 2011 hinaus die gesetzlichen Leistungen für den am 2. Februar 2011 erlittenen Unfall zu erbringen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.