



Fall-Nr.: UV 2012/84
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 23.08.2019
Entscheiddatum: 25.10.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 25.10.2013

Art. 4 ATSG: Unfallereignis mit Schädigung des Knies nicht mit der nötigen Glaubwürdigkeit dargelegt. Art. 6 Abs. 1 UVG. Dahinfallen der Unfallkausalität bzw. Erreichen des Status quo sine/ ante hinsichtlich fortdauernder Schulterbeschwerden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Oktober 2013, UV 2012/84).

Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Miriam Lendfers,

Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Della Batliner

Entscheid vom 25. Oktober 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen

AXA Versicherungen AG, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Taggeldleistungen



Sachverhalt:

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war durch seine Tätigkeit im Bewachungsdienst bei der B.____ AG, St. Gallen, bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Bagatellunfallmeldung UVG vom 12. Oktober 2011 meldete die Arbeitgeberin der AXA einen Unfall. Der Versicherte sei am 7. Oktober 2011 in der Notschlafstelle des C.____ im Einsatz gewesen, als das Kipptor durch einen Windstoss nach unten gedrückt worden und ihm ins Gesicht geknallt sei. Als Folge davon habe er sich eine Schnittwunde über dem Nasenbein zugezogen (act. G 10.1/A1). Der Versicherte hatte sich noch am Unfalltag im Spital D.____ behandeln lassen, wo eine Nasenbeinkontusion, eine Rissquetschwunde (RQW) des Nasenrückens sowie eine Schulterprellung diagnostiziert worden waren (act. G 10.1/M4 f.). Am 11. November 2011 wurden auf Zuweisung des Hausarztes des Versicherten, Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, und mit dessen Indikationsangaben "Trauma am 6. Oktober 2011, Kopfschmerzen, Schulterverletzung, Abklärung? Sturz Knieverletzung mit VKB-Ruptur rechts 2007; zur Zeit Schmerzen und Instabilität, Abklärung?" im Röntgeninstitut Rodiag, Diagnostic Centers (nachfolgend: Röntgeninstitut Rodiag), MRI-Untersuchungen des Neurokranium, der rechten Schulter sowie des rechten Knies durchgeführt (act. G 10.1/M6). Am 21. November 2011 wies Dr. E.____ den Versicherten Dr. med. F.____, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, Sportmedizin (SGSM), mit den Diagnosen einer höhergradigen Partialruptur der Subscapularissehne rechts und eines Status nach subtotaler VKB-Ruptur zur orthopädischen Abklärung zu (act. G 10.1/M10), welche am 2. Dezember 2011 stattfand (act. G 10.1/M3 und M7). Am 9. Dezember 2011 folgte eine weitere Meldung des Ereignisses vom 7. November (richtig: Oktober) 2011 durch die Arbeitgeberin (act. G 10.1/A5).

A.b Nach Einholung von Berichten beim Spital C.____ (act. G 10.1/M5) sowie bei Dr. E.____ (act. G 10.1/M8) und Dr. F.____ (act. G 10.1/M3 und M11) legte die AXA den Schadenfall ihrem beratenden Arzt Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Chirurgie, Sportmedizin SGSM, Leiter medizinischer Dienst, zur Beurteilung vor. Nachdem dieser am 27. Februar 2012 Stellung genommen hatte (act. G 10.1/M14), eröffnete die AXA



dem Versicherten mit Verfügung vom 6. März 2012, dass ab dem 12. November 2011 betreffend Schulterbeschwerden rechts kein Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung mehr bestehe, und verneinte einen Anspruch auf Leistungen für die Kniebeschwerden rechts aus der obligatorischen Unfallversicherung (act. G 10.1/A12).

B.

Die von der Stadt H.____, Departement Soziales, Jugend und Alter, Soziale Dienste (vgl. dazu act. G 10.1/A15 f.), für den Versicherten gegen diese Verfügung am 11. April 2012 eingereichte (act. G 10.1/A13) sowie am 11. und 18. Mai 2012 begründete Einsprache (act. G 10.1/A17 f.) wies die AXA mit Einspracheentscheid vom 26. September 2012 ab (act. G 10.1/A19).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob I.____, Rechtsberatung J.____, für den Versicherten am 27. Oktober 2012 Beschwerde mit den Anträgen, die Beschwerde sei gutzuheissen, der Einspracheentscheid vom 26. September 2012 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien weiterhin die gesetzlichen Leistungen, d.h. das Taggeld auf der Basis einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit ab 7. Oktober 2011, zu erbringen. Angesichts der Beschwerdebegründung wurde sinngemäss auch ein Antrag auf Heilbehandlungsleistungen gestellt. Eventuell seien zusätzliche fachärztliche Expertisen zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit des Beschwerdeführers anzuordnen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

C.b Mit Schreiben vom 30. Oktober 2012 teilte das Versicherungsgericht I.____ mit, dass die berufsmässige Vertretung vor Gericht im Kanton St. Gallen - abgesehen von wenigen, hier nicht zutreffenden Ausnahmen - den Rechtsanwälten mit Anwaltspatent vorbehalten sei. I.____ sei damit nicht berechtigt, den Beschwerdeführer vor Versicherungsgericht zu vertreten. Dessen Vertretung sei entweder an einen Rechtsanwalt mit Anwaltspatent zu substituieren oder I.____ habe sich auf eine Beratung ohne weitere Präsenz im vorliegenden Verfahren zu beschränken (act. G 2).



St.Galler Gerichte

C.c In der Beschwerdeantwort vom 21. Februar 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (act. G 10).

C.d Mit Replik vom 11. April 2013 hielt der fortan nicht mehr vertretene Beschwerdeführer an den in der Beschwerde vom 27. Oktober 2012 gestellten Anträgen - hier offenbar vorsorglich erweitert um den Antrag auf Rente und Integritätsentschädigung - fest. Zusätzlich zum Taggeld beantragte er, es sei durch das Gericht ein verwaltungsexternes, polydisziplinäres, unabhängiges Gutachten anzuordnen (act. G 12).

C.e Mit Duplik vom 14. August 2013 bestätigte die Beschwerdegegnerin ihren Antrag auf Beschwerdeabweisung (act. G 18).

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

Erwägungen:

1.

Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden die Versicherungsleistungen, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gilt als Unfall die 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. Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer sodann bei Vorliegen eines Unfalls für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen sowie adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 181 E. 3.1 ff. mit Hinweisen). Bei physischen Unfallfolgen hat allerdings die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Die Rechtsfrage, ob die Voraussetzungen für eine Zusprechung der konkreten Leistungsarten erfüllt sind (der



angefochtene Einspracheentscheid enthält grundsätzlich die Ablehnung eines Gesuchs auf Heilbehandlung und Taggeld und begründet diese mit der Verneinung der Kausalität zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 7. Oktober 2011 bzw. eines Unfallereignisses an sich in Bezug auf das rechte Knie) und ob die Akten überhaupt eine genügende Beweislage dafür bilden, stellt sich erst bzw. überhaupt nur, wenn das Geschehen eines Unfallereignisses sowie die Bejahung kausaler Unfallrestfolgen bejaht werden können.

2.

Im konkreten Fall ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 7. Oktober 2011 einen Unfall erlitten hat, wobei er sich auch die rechte Schulter verletzte. Die Beschwerdegegnerin hat dafür ihre Leistungspflicht anerkannt und Versicherungsleistungen (Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen) erbracht. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Kausalzusammenhang zwischen der fortdauernd geklagten gesundheitlichen Beeinträchtigung an der rechten Schulter und dem Unfall vom 7. Oktober 2011 zu Recht ab 12. November 2011 verneint und damit eine Leistungspflicht ab diesem Datum abgelehnt hat. Der Beschwerdeführer beklagt zudem Kniebeschwerden rechts, wofür die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht von Grund auf abgelehnt hat. Diesbezüglich stellt sich die strittige Frage, ob der Beschwerdeführer ein Unfallereignis genügend glaubhaft gemacht hat bzw. beim Unfall vom 7. Oktober 2011 von einem Geschehnis auszugehen ist, bei welchem er sich auch das rechte Knie verletzt hat.

3.

3.1 Die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens sind von der leistungsansprechenden Person glaubhaft zu machen. Kommt sie dieser Forderung nicht nach, indem sie unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben macht, die das Bestehen eines unfallmässigen Schadens als unglaubwürdig erscheinen lassen, besteht keine Leistungspflicht der Unfallversicherung. Im Streitfall obliegt es dem Gericht zu beurteilen, ob die einzelnen Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt sind; zu diesem Zweck hat es den Sachverhalt von Amtes wegen zu untersuchen, kann aber die Mitwirkung der Parteien beanspruchen (RKUV 1990 Nr. U 86 S. 50). Bei sich



widersprechenden Angaben der versicherten Person über den Unfallhergang kann praxisgemäss auf die Beweismaxime abgestellt werden, wonach die so genannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Wenn die versicherte Person ihre Darstellung im Lauf der Zeit wechselt, kommt den Angaben, die sie kurz nach dem Unfall gemacht hat, in der Regel grösseres Gewicht zu als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers (BGE 121 V 47 E. 2a mit Hinweisen). Das Gericht stellt auf jene Sachverhaltsdarstellung ab, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen aber eine Beweislast insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel kommt zur Anwendung, wenn im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes kein wahrscheinlicher Sachverhalt ermittelt werden kann (BGE 114 V 305 E. 5b). Wird also auf dem Weg der Beweiserhebung das Vorliegen eines Unfallereignisses nicht wenigstens mit Wahrscheinlichkeit erstellt - die blosse Möglichkeit genügt nicht (Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Bern 2003, 3. Aufl., S. 451 f.) - so hat dieses als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten der den Anspruch erhebenden Person auswirkt.

3.2 Der mangelnde Nachweis einer ungewöhnlichen äusseren Einwirkung und somit eines Unfalls lässt sich nur selten durch medizinische Feststellungen bzw. Befunde ersetzen. Diese dienen mitunter aber als Indizien im Beweis für oder gegen das Vorliegen eines Unfalls (Urteil des Bundesgerichts vom 1. März 2012, 8C_50/2012, E. 5.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 72 E. 4.3.2.2).

3.3 Laut ambulantem Behandlungsbericht des Spitals C.____ vom 7. Oktober 2011 hatte beim Beschwerdeführer noch am Tag des Geschehens eine ambulante Wundversorgung mit Steristrips und eine Analgesie stattgefunden. Diagnostiziert wurden eine Nasenbeinkontusion, eine RQW des Nasenrückens und eine Schulterprellung. Anamnestisch wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe sich um 2 Uhr auf dem Notfall im Spital C.____ vorgestellt. Er arbeite als Securitas-



St.Galler Gerichte

Angestellter und habe sich um ca. 1:20 Uhr den Kopf und die rechte Schulter an einem sich (durch den Wind?) schliessenden Garagentor gestossen. Initial habe der Beschwerdeführer Nasenbluten gehabt und aktuell über erträgliche Nasen- sowie Schulterschmerzen rechts berichtet (act. G 10.1/M4). Laut Bagatell-Unfallmeldung der Arbeitgeberin vom 12. Oktober 2011 war der Beschwerdeführer am 7. Oktober 2011 in einer Notschlafstelle im Einsatz, als ein Kipptor durch einen Windstoss nach unten gedrückt wurde und ihm ins Gesicht knallte. Als betroffener Körperteil wurde die Nase und als Art der Schädigung eine tiefe Schnittwunde über dem Nasenbein angegeben (act. G 10.1/A 1). Die Arbeitgeberin hatte am 7. Oktober 2011 einen Ereignisrapport erstellt. Um 1 Uhr habe der Dienstwechsel in der Loge stattgefunden. Der Beschwerdeführer habe mit der Aussenkontrolle der Unterkunft begonnen und habe sich danach in die Unterkunft begeben. Kurz darauf habe er die Logentür mit blutüberströmtem Gesicht geöffnet. Laut Aussagen des Beschwerdeführers sei das Kipptor zur Unterkunft durch einen Windstoss nach unten gedrückt worden und sei ihm ins Gesicht geknallt. Der Beschwerdeführer habe über Schmerzen in der rechten Schulter, nicht jedoch im Gesicht geklagt. Die Wunde sei quer über das Nasenbein verlaufen und sei relativ tief gewesen. Nach der Erstversorgung habe sich der Beschwerdeführer ins Spital C.____ begeben. Er habe hierfür das Auto genommen und darauf bestanden, allein zu fahren. Um 2:50 Uhr sei der Beschwerdeführer aus dem Spital zurückgekehrt. Die Wunde sei versorgt worden und er habe Schmerzmittel bekommen. Der Beschwerdeführer habe seinen Dienst fortsetzen können, habe aber bei Ausdehnung der Schmerzen oder erneutem Bluten den Arzt konsultieren müssen (act. G 10.1/A 2). Die MRI-Untersuchung vom 11. November 2011 im Röntgeninstitut Rodiag wegen Beschwerden im rechten Knie zeigte einen Status nach subtotaler Ruptur des vorderen Kreuzbandes (VKB), einen kleinvolumigen Gelenkerguss sowie ein Ganglion ventro-lateral (act. G 10.1/M 6). Am 9. Dezember 2011 reichte die Arbeitgeberin des Beschwerdeführers eine weitere Meldung des Ereignisses vom 7. November (richtig: Oktober) 2011 mit der Bemerkung ein, dass die ganze Angelegenheit etwas suspekt sei und um genaue Nachforschungen ersucht werde. Als betroffene Körperteile wurden diesmal der Kopf, die Nase sowie die Schulter respektive der Oberarm vermerkt. Unter der Rubrik "Art der Schädigung" wurden gerissene Kreuzbänder, eine gebrochene Nase und ein gebrochener rechter Oberarm genannt (act. G 10.1/A5). Ein Kollege des Beschwerdeführers informierte die



Beschwerdegegnerin am 13. Dezember 2011 telefonisch dahingehend, dass der Beschwerdeführer aufgrund des Ereignisses vom 7. Oktober 2011 arbeitsunfähig sei. Der Grund dafür sei jedoch nicht die Verletzung an der Nase, sondern ausserdem erlittene Verletzungen an Schulter und Bein. Durch den Schlag des Tores habe er auch einen Sturz erlitten (act. G 10.1/A3). Am 2. Dezember 2011 fand eine Erstkonsultation bei Dr. F.____ statt. Auf die Frage der Beschwerdegegnerin, welche unfallbedingten Beschwerden/Schmerzen der Beschwerdeführer geäussert habe, gab er im Bericht vom 20. Dezember 2011 an, dass der Beschwerdeführer vor zwei Monaten gestürzt sei, als er von einem Garagentor getroffen worden sei. Seither würden ruhe- und belastungsabhängige Schmerzen in der rechten Schulter bestehen. Der Beschwerdeführer habe sich zudem das rechte Knie verdreht. Seitdem würden auch belastungsabhängige Schmerzen lateral im rechten Knie mit Schwellung desselben da sein. Als Diagnosen vermerkte Dr. F.____ eine Läsion der Subscapularissehne sowie eine Luxation der Bicepssehne rechts und eine subtotale vordere Kreuzbandruptur mit lateralem Meniskusganglion rechts (act. G 10.1/M3). Mit Dr. F.____ übereinstimmend berichtete Dr. E.____ zwar am 9. Januar 2012, der Beschwerdeführer sei am 7. Oktober 2011 gestürzt, als er von einem Garagentor getroffen worden sei, erwähnte dann aber keine Knieschmerzen und stellte auch keine entsprechende Diagnose. Der Beschwerdeführer sei erstmals am 7. November 2011 bei ihm in Behandlung gewesen. Seit dem Ereignis vom 7. Oktober 2011 leide er unter ruhe- und belastungsabhängigen Schulterschmerzen rechts und Kopfschmerzen. Entsprechend führte er als Diagnosen eine Läsion der Subscapularissehne sowie eine Luxation der Bicepssehne rechts an (act. G 10.1/M8). Inzwischen hatte der Kollege des Beschwerdeführers am 4. Januar 2012 nochmals geschildert, dass das elektrische Garagentor eventuell durch einen Windstoss unerwartet zugegangen sei und den Beschwerdeführer an Nase und Schulter getroffen habe. Zudem habe ein Sturz stattgefunden, wodurch die Kniebeschwerden rechts reaktiviert worden seien (act. G 10.1/A6). Mit Verfügung vom 6. März 2012 erfolgte schliesslich die Verneinung eines Leistungsanspruchs aus der obligatorischen Unfallversicherung für die Kniebeschwerden rechts mit der Begründung, diese stünden nicht in Zusammenhang mit dem Ereignis vom 7. Oktober 2011, weil sie bei der Notfallaufnahme im Spital Zweisimmen nicht erwähnt worden seien (act. G 10.1/A12). In der Einsprachebegründung vom 11. Mai 2012 und der Beschwerde vom 27. Oktober 2012 hielt der Beschwerdeführer schliesslich daran fest,



dass er am 7. Oktober 2011 gestürzt sei bzw. die Verdrehung und der Sturz vom 7. Oktober 2011 zu den heutigen Knieproblemen geführt hätten (act. G 10.1/A17, act. G 1).

3.4 Im konkreten Fall ist unbestritten, dass am 7. Oktober 2011 ein Kipptor - wahrscheinlich durch einen Windstoss - nach unten gedrückt worden ist und den Beschwerdeführer im Gesicht und an der rechten Schulter getroffen hat, worauf dieser über Schmerzen in der rechten Schulter geklagt und eine RQW im Gesicht erlitten hat. Dieser Geschehensablauf erfüllt unbestrittenermassen die Merkmale des Unfallbegriffs, insbesondere diejenigen des ungewöhnlichen äusseren Faktors mit schädigender Einwirkung auf den menschlichen Körper (vgl. Art. 4 ATSG). Klar ist, dass in Bezug auf das rechte Knie des Beschwerdeführers allein durch dieses Unfallgeschehen noch kein Unfall stattgefunden hat. Ein solcher wäre zu bejahen, wenn der Beschwerdeführer - wie geltend gemacht - zudem gestürzt wäre, sich dabei das rechte Knie verdreht und eine Knieläsion erlitten hätte (vgl. dazu A. Rumo-Jungo/A. P. Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 40; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 176). Aufgrund der in Erwägung 3.3 dargelegten Sachlage ist jedoch ein Unfallereignis bzw. ein Sturz am 7. Oktober 2011 mit Schädigung des rechten Knies nicht mit der nötigen Glaubwürdigkeit dargelegt.

3.5 Zwar sind in den Akten ein Sturz und Beschwerden im rechten Knie bereits vor Erlass der Verfügung vom 6. März 2012 erwähnt. Demgemäß kann zumindest nicht gesagt werden, diese Darstellung sei erst in Kenntnis des ablehnenden Entscheids abgegeben worden und eine Beeinflussung durch nachträgliche Überlegungen versicherungsrechtlicher Art sei somit nicht auszuschliessen. Dennoch ist zu sagen, dass die fragliche Sachverhaltsschilderung mit Sturz und Kniebeschwerden eine persönliche Schilderung des Beschwerdeführers darstellt, welche nicht durch eine weitere anwesende Person bestätigt ist. Der Kollege des Beschwerdeführers, der gegenüber der Beschwerdegegnerin ebenfalls einen Sturz erwähnte, war offensichtlich beim Ereignis vom 7. Oktober 2011 nicht anwesend, womit seine Aussage nicht als eigene Wahrnehmung des Ereignisablaufs angenommen werden kann. Ein Sachverhalt mit Sturz und Kniebeschwerden erweist sich jedoch vor allem insofern nicht als überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen, als er in den anfänglichen Unfallakten - in



der Unfallmeldung, im Behandlungsbericht des Spitals C.____ und im Ereignisrapport der Arbeitgeberin - nicht dokumentiert ist. Seine Zuverlässigkeit wird damit bereits in zeitlicher Hinsicht in Frage gestellt, zumal nicht einleuchtet, warum ein derart bedeutsamer Umstand wie ein Sturz als Schadensursache wiederholt in massgebenden Unfallakten unerwähnt geblieben sein sollte. Die Zweifel am Geschehen eines Sturzes und insbesondere an einer Unfalleinwirkung auf das Knie werden noch dadurch verstärkt, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall allein ins Spital C.____ gefahren ist, obwohl das Funktionieren des rechten Beins beim Autofahren - selbst bei einem automatischen Getriebe - unerlässlich ist. Im Übrigen ist auf den Umstand hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer nach dem Ereignis vom 7. Oktober 2011 seine Arbeit wieder aufnahm, erstmals am 7. November 2011 seinen Hausarzt Dr. E.____ aufsuchte und dieser ihm ab diesem Datum eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierte (act. G 10.1/A2, M2, M8). In der Unfallmeldung vom 9. Dezember 2011 wurde sogar festgehalten, der Beschwerdeführer habe das letzte Mal am 27. November 2011 gearbeitet. Auch dieser zeitliche Ablauf spricht gegen eine Kniebeteiligung anlässlich des Ereignisses vom 7. Oktober 2011. Der fehlende Beweis eines Unfallereignisses wird im vorliegenden Fall auch nicht durch die medizinischen Feststellungen bzw. Befunde ersetzt. Im Rahmen der MRI-Untersuchung im Röntgeninstitut Rodiag wurde insbesondere auch nach der Ursache der Beschwerden im rechten Knie geforscht. Der radiologische Nachweis einer zumindest mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch einen Unfall erfolgten Läsion würde ein massgebendes Indiz für ein Unfallgeschehen darstellen. Während es sich beim kleinvolumigen Gelenkerguss und dem Ganglion um Begleiterkrankungen degenerativer Kniegelenkserkrankungen handelt (vgl. dazu Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl. Berlin 2012, S. 748 unter "Gelenkerguss"; A. M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 1088), stellt eine VKB-Ruptur grundsätzlich eine typische Unfallverletzung dar. Doch gründet die entsprechende Diagnose im MRI-Untersuchungsbericht offensichtlich nicht auf dem Ereignis vom 7. Oktober 2011. Laut medizinischen Akten hat der Beschwerdeführer bei einem früheren Unfall vom 18. November 2007 mit Sturz auf das rechte Bein eine VKB-Ruptur erlitten (vgl. act. G 10.1/M12). Demgemäss wurde im MRI-Untersuchungsbericht als Indikation die VKB-Ruptur aus dem Jahr 2007 vermerkt und als Befund eine alte VKB-Ruptur festgehalten. Allein diese Diagnose - und gerade keine andere unfalltypische Diagnose - findet sich denn auch in den



Berichten von Dr. F.____ (act. G 10.1/M7, M11). Es besteht kein überzeugender Grund für die Annahme einer, ausgerechnet am 7. Oktober 2011, nochmals erlittenen VKB-Ruptur. Insofern als Dr. F.____ im Bericht vom 24. Januar 2012 (act. G 10.1/M11) die Frage nach dem Bestehen eines Vorzustandes betreffend dem rechten Knie mit nein beantwortet, vermag seine Verneinung unfallfremder Faktoren in keiner Weise zu überzeugen bzw. zu einer anderen Beurteilung zu führen.

3.6 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass am 7. Oktober 2011 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kein Unfallereignis mit einer natürlich und adäquat kausalen Schädigung des rechten Knies stattgefunden hat, weshalb die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht für die geltend gemachten Kniebeschwerden zu Recht verneint hat. Auch eine Verschlimmerung fällt aus diesen Gründen ausser Betracht.

4.

4.1 Ist - wie hinsichtlich der am 7. Oktober 2011 erlittenen Schulterverletzung rechts - der Kausalzusammenhang einmal gegeben und anerkannt, bleibt der Versicherer - anders als beim Beweis eines Unfallereignisses als solches wie auch hinsichtlich der (natürlichen) Unfallkausalität des Gesundheitsschadens - leistungspflichtig, sofern sich nicht hinreichend nachweisen lässt, dass er zu einem späteren Zeitpunkt dahingefallen ist (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Letzteres trifft dann zu, wenn der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b mit Hinweisen). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss ebenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast beim Unfallversicherer (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54).



4.2 Die Einstellung der Versicherungsleistungen mit Wirkung per 12. November 2011 bezüglich der rechten Schulter mangels (natürlichem) Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 7. Oktober 2011 und den über das Leistungseinstellungsdatum hinaus fortbestehenden Symptomen ist gestützt auf die Beurteilung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin, Dr. G.____, vom 27. Februar 2012 (act. G 10.1/M14) erfolgt. Dieser bejaht das Vorliegen unfallfremder Faktoren/Vorzustände bzw. verweist auf das Ergebnis der MRI-Untersuchung der rechten Schulter des Röntgeninstituts Rodiag vom 11. November 2011, welches eindeutig degenerative Veränderungen (Status nach Boxerkarriere), nämlich etwas Flüssigkeit in der Bursa subacromialis sowie subcutan kranio-lateral, kleine interstitielle Rissbildungen der Supra- und Infraspinatussehne, eine höhergradige Auffaserung der Subscapularissehne im oberen und mittleren Drittel, sowie eine konsekutive Luxation der langen Bicepssehne gegen medial zeige. Von Bedeutung ist für den beratenden Arzt in diesem Zusammenhang auch, dass die klinische Schulteruntersuchung rechts am Unfalltag im Spital C.____ unauffällig gewesen sei. Die dortigen Ärzte hätten am 7. Oktober 2011 die Diagnosen Nasenbeinkontusion, RQW Nasenrücken sowie Schulterprellung rechts gestellt (act. G 10.1/M4). Die Schulterfunktion sei uneingeschränkt beweglich gewesen. Angaben zu weiteren Beschwerden, insbesondere solche zu Kniebeschwerden und entsprechenden Befunden, seien keine gemacht worden. Der Status quo sine sei demzufolge mit dem Zeitpunkt des Schulter-MRI, welches als Ursache degenerative Veränderungen zeige, erreicht, d.h. inkl. 11. November 2011. Dr. F.____ sowie Dr. E.____ diagnostizierten in ihren Berichten vom 5. und 20. Dezember 2011 sowie 9. und 24. Januar 2012 ebenfalls entsprechend dem MRI-Untersuchungsergebnis eine Läsion (Partialruptur, Einriss) der Subscapularissehne sowie eine Luxation der Bicepssehne rechts (act. G 10.1/M3, M7 f., M11). Es handelt sich dabei sowohl um Befunde im Rahmen eines degenerativen Prozesses, aber auch unfallkausal auftretende gesundheitliche Störungen (vgl. dazu Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1681 unter "Sehnenriss", S. 1142 f. unter "Luxation"; Debrunner, a.a.O., S. 628, S. 635 f.; Pschyrembel, a.a.O., S. 1913 unter "Sehnenruptur", S. 1247 f. unter "Luxation"). Während Dr. G.____, wie gesagt, von degenerativen Prozessen ausgeht, verneinen Dr. F.____ und Dr. E.____ das Vorliegen unfallfremder Faktoren.

4.3 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 (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingetretenen oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte oder Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 469 f. E. 4.4 mit Hinweisen; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Der Umstand, dass Dr. G.____ seine Beurteilung vom 27. Februar 2012 (act. G 10.1/M14) aufgrund der Akten abgegeben und den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht hat, steht ihrem Beweiswert nicht entgegen. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 370 E. 5b).

4.4 Seinen Ausführungen zufolge hat Dr. G.____ seine Einschätzung in Kenntnis der vorliegenden Vorakten abgegeben. Sie umfasst zunächst das für eine Beurteilung der Unfallkausalität richtungweisende Beurteilungskriterium der ursprünglich gestellten Unfalldiagnose, welche ihrerseits auf den ursprünglich erhobenen Befunden basiert. Die echtzeitliche Unfalldiagnose im Spital C.____ in Bezug auf die rechte Schulter lautete "Schulterprellung". Allein durch diese Diagnose lassen sich jedoch keine fortdauernden unfallkausalen Beschwerden erklären. Bei einer Prellung handelt es sich um eine Weichteilverletzung ohne strukturelle Schädigung der Gelenke und Knochen, die auch ohne spezifische Behandlung immer innert kurzer Zeit folgenlos ausheilt (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 412). Zwar wurde seinerzeit im Spital C.____ keine radiologische Abklärung durchgeführt. Nachdem sich jedoch die klinische Befunderhebung vollkommen unauffällig zeigte - Schulter rechts frei beweglich, Funktionstest unauffällig - bestand offensichtlich auch kein weiterer Abklärungsbedarf. Unfallverletzungen - im konkreten Fall traumatisch bedingte Sehnenrupturen und Sehnenluxationen - zeigen sich in der Regel unmittelbar nach dem Unfall am auffälligsten, d.h. präsentieren sich mit den entsprechenden Schmerzen und Funktionseinschränkungen und werden damit zumindest klinisch vermutet. Der Umstand, dass sich die Befunderhebung im



konkreten Fall als vollkommen unauffällig zeigte, aber auch das geschilderte Unfallereignis - rechte Schulter an einem sich schliessenden Garagentor gestossen -, stimmt mit der Diagnose einer Schulterprellung ohne fortdauernde Verletzungsfolgen ohne weiteres überein und beinhaltet keinen Hinweis auf ein Geschehen der vorgenannten strukturellen Läsionen. Gerade auch in der Gesamtheit der in der MRI-Untersuchung hervorgebrachten, häufig degenerativ bedingten Gesundheitsschäden ist ein Hinweis auf einen umfassenden degenerativen Prozess zu sehen. Solche im MRI allgemein sichtbare, typische Kontusionsfolgen wie Hämatome und Schwellungen (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 234) werden demgegenüber im MRI-Untersuchungsbericht nicht erwähnt. Angesichts der dargelegten Sachlage darf - wie von Dr. G.____ angenommen und schlüssig begründet - mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Status quo sine bzw. ante im Zeitpunkt der Leistungseinstellung bzw. MRI-Untersuchung erreicht war. Die nicht begründete Verneinung unfallfremder Faktoren bei Diagnostizierung einer Läsion der Subscapularissehne sowie Luxation der Bicepssehne rechts bzw. fehlende Auslegung des Ergebnisses der MRI-Untersuchung durch Dr. F.____ und Dr. E.____ (act. G 10.1/M 3, M8, M11) vermag nicht zu genügen. Ihre Feststellung vermag damit die Beurteilung von Dr. G.____ nicht in Frage zu stellen.

4.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Nachweis für das Dahinfallen der Kausalität zwischen dem Unfall vom 7. Oktober 2011 und den im Bereich der rechten Schulter geklagten Beschwerden ab 12. November 2011 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan und davon auszugehen ist, dass diese auf unfallfremde Faktoren zurückzuführen sind. Die Einstellung der Leistungen erweist sich damit als gerechtfertigt.

5.

Dem Begehren, es sei durch das Gericht ein verwaltungsexternes, polydisziplinäres, unabhängiges Gutachten anzuordnen, ist nach dem Gesagten nicht stattzugeben. Da nicht anzunehmen ist, dass weitere medizinische Abklärungen für die Beurteilung der hier relevanten Rechtsfragen des Vorliegens eines Unfallereignisses (rechtes Knie) sowie eines natürlichen Kausalzusammenhangs (rechte Schulter) neue Erkenntnisse



bringen, kann darauf verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 131 I 157 E. 3 und Urteil des Bundesgerichts vom 9. März 2010, 8C_956/2009, E. 4.2).

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 26. September 2012 abzuweisen.

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

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

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