



**Fall-Nr.:** UV 2015/40  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.08.2019  
**Entscheiddatum:** 24.07.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 24.07.2017**

**Art. 6 UVG: Verneinung eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen einer Nierenarteriendissektion und zwei Unfällen. Den ersten Unfall hatte der Beschwerdeführer ein Jahr vor der Diagnose Nierenarteriendissektion erlitten, den zweiten Unfall unmittelbar vor der akut aufgetretenen Nierenarteriendissektion (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Juli 2017, UV 2015/40).**

Entscheid vom 24. Juli 2017

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin

Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi

Geschäftsnr.

UV 2015/40

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. oec. Fritz Dahinden, Blumenbergplatz 1, 9000 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

### Versicherungsleistungen

#### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war durch seine Tätigkeit als Geschäftsführer und Bodenleger der Firma B.\_\_\_\_ bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Bagatellunfallmeldung UVG vom 11. Dezember 2013 meldete die Arbeitgeberin der Suva einen Unfall. Der Versicherte sei am 6. Dezember 2013 beim Skifahren mit den Skiern an einer unter dem Pulverschnee liegenden Eisscholle hängen geblieben und auf den Bauch sowie das Gesicht gestürzt. Es habe eine Erstbehandlung im Spital C.\_\_\_\_ stattgefunden (Schaden-Nr. XXXXXX; Suva-act. II/1).

A.b Mit Schadenmeldung UVG vom 12. Dezember 2014 meldete die Arbeitgeberin ein neues Unfallereignis. Der Versicherte habe an selbigem Tag bei der Arbeit beim Hinuntersteigen einer Treppe einen Fehltritt gemacht und dabei einen Zwick im Rücken verspürt. Die Schmerzen seien so stark gewesen, dass er kaum mehr habe gehen können, worauf ihn sein Vater in die Klinik D.\_\_\_\_ gebracht habe (Schaden-Nr. XXXXXX; Suva-act. I/1). Der diensthabende Arzt in der Notfallaufnahme diagnostizierte eine akute Lumbalgie. Eine Fraktur wurde radiologisch ausgeschlossen. Eine intravenöse Analgesie brachte eine deutliche Besserung der Schmerzen, so dass der Versicherte



unter Abgabe von Medikamenten am Nachmittag nach Hause entlassen werden konnte (Suva-act. I/30). Noch am gleichen Abend wurde er erneut wegen starker Rückenschmerzen in der Notfallaufnahme der Klinik D. \_\_\_ vorstellig. Die Medikamente hatte er wegen Magenkrämpfen und Erbrechen nicht mehr eingenommen. Nachdem die Laboruntersuchungen bis auf eine Ketonurie bzw. einen erhöhten Kreatininwert unauffällig gewesen waren, wurden die Beschwerden des Versicherten weiterhin als Lumbago gewertet. Unter einer teilweise neuen analgetischen Therapie gingen die Schmerzen deutlich zurück und der Versicherte konnte selbigen Abends wieder nach Hause entlassen werden (Suva-act. I/9-4 f.). Stärkste Schmerzen im Bereich der rechten Flanke und des Unterbauchs sowie Übelkeit machten am 13. Dezember 2014 erneut eine Konsultation in der Notfallaufnahme der Klinik D. \_\_\_ erforderlich. Weil diese Schmerzen nicht mehr durch ein Wirbelsäulentrauma zu erklären waren und klinisch der Verdacht auf eine akute Appendizitis mit ansteigenden Entzündungsparametern bestand, wurde zur weiteren Diagnostik eine CT-Untersuchung des Abdomens in der Radiologie der Klinik D. \_\_\_ durchgeführt. Dieses zeigte einen partiellen Niereninfarkt rechts bei Nierenarteriendissektion bei einer doppelten Nierenarterie rechts, worauf der Versicherte bei der Diagnose Niereninfarkt rechts (KM-CT 13. Dezember 2014 mit Perfusionsausfall von etwa 1/3 des Nierenparenchyms) mit akuter Niereninsuffizienz (aktuell Kreatinin 131) und anamnestisch sowie klinisch keiner Thrombose-/ Embolienprädisposition gleichentags in die Klinik für Nephrologie des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG) verlegt wurde (Suva-act. I/9-1 ff., I/11).

A.c Mit Bericht vom 22. Dezember 2014 bestätigten die Ärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG nach Durchführung einer Arteriographie der Arteria renalis rechts, einer Echokardiographie sowie einer angiologischen Untersuchung die Diagnosen eines akuten Niereninfarkts rechts am 12. Dezember 2014 bei Nierenarteriendissektion und einer Niereninsuffizienz, am ehesten nach Dezelerationstrauma vor einem Jahr und Zusatztrauma vor 1 Woche. Der Versicherte habe berichtet, bereits vor einem Jahr einen schweren Skiunfall erlitten zu haben. Damals sei es zu einem stumpfen Bauch-/Flankentrauma gekommen. Vor einer Woche habe er auf der Treppe einen Fehltritt gemacht, habe sich jedoch noch abfangen können und sei dabei mit der Flanke an eine Wand geprallt. Im Rahmen der Ursachenforschung hätten sich klinisch und anamnestisch keine Thrombose- oder Embolieprädisposition und keine Herzrhythmusstörungen gezeigt. Nikotinkonsum als



Risikofaktor habe ebenfalls ausgeschlossen werden können. Ebenso seien eine Thrombophilie- und Vaskulitis-Abklärung unauffällig gewesen und echokardiographisch sowie duplex-sonographisch hätten sich auch bei der linken Nierenarterie keine Hinweise für das Vorliegen einer Arteriosklerose ergeben. Es werde daher am ehesten von einer Nierenarteriendissektion im Rahmen des schweren Dezelerationstraumas vor einem Jahr ausgegangen. Der Versicherte werde für eine Standortbestimmung der extrakraniellen hirnersorgenden Arterien, insbesondere zum Ausschluss einer fibromuskulären Dysplasie, nochmals für eine duplexsonographische Untersuchung angeboten. Der Versicherte hatte sich bis am 19. Dezember 2014 in der Klinik für Nephrologie des KSSG aufgehalten (Suva-act. I/13). Anlässlich der am 27. Januar 2015 in der Klinik für Angiologie des KSSG durchgeführten Duplexsonographie der extrakraniellen hirnersorgenden Arterien beidseits zeigten sich keine Gefässveränderungen, insbesondere keine Hinweise für eine fibromuskuläre Dysplasie (Suva-act. I/18).

A.d Inzwischen hatte der Versicherte der Suva anlässlich eines Telefongesprächs vom 9. Januar 2015 geschildert, er sei am 12. Dezember 2014 während der Arbeit ausgerutscht (ca. 3 Stufen hinunter). Er habe einen Sturz vermeiden können, weil er vorwärts an der Wand aufgeprallt sei (Suva-act. I/10).

A.e Am 19. Januar 2015 fand in der Klinik für Nephrologie des KSSG eine Verlaufskontrolle statt. Im Untersuchungsbericht vom 21. Januar 2015 hielten die Ärztinnen bzw. Ärzte einen positiven Verlauf bei Status nach akutem Niereninfarkt rechts bei wahrscheinlich posttraumatischer Nierenarteriendissektion rechts am 12. Dezember 2014 fest (Suva-act. I/46).

A.f Mit ärztlicher Beurteilung vom 23. Januar 2015 verneinte die Kreisärztin der Suva, med. pract. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie FMH, einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen der Nierenarteriendissektion und dem aktuellen Bagatelltrauma vom 12. Dezember 2014. Hinsichtlich des Ereignisses vom 6. Dezember 2013 seien zu wenig Angaben vorhanden (Suva-act. 14).

A.g Am 18. Februar 2015 wurde der Versicherte von der Suva zum Hergang der Ereignisse vom 12. Dezember 2014 und 6. Dezember 2013 und zum Heilverlauf der



## St.Galler Gerichte

Nierenproblematik befragt. Der Versicherte berichtete ausserdem, dass er während des Spitalaufenthalts zunehmend belastungsabhängige Beschwerden im Bereich des rechten Ellbogens verspürt habe. Diesbezüglich werde er nun durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Orthopädie G.\_\_\_\_, abgeklärt (Suva-act. I/19). Die Suva ersuchte hierauf das Spital C.\_\_\_\_ sowie Dr. F.\_\_\_\_ um Zustellung von Berichten betreffend die Behandlung infolge des Ereignisses vom 6. Dezember 2013 bzw. die Ellbogenproblematik rechts (Suva-act. I/20 ff.). Am 26. Februar 2015 ging bei der Suva ein Bericht der Klinik Chirurgie-Orthopädie des Spitals C.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2013 mit der Diagnose RQW Unterlippe rechts ein. Laut Bericht war damals eine Wundversorgung durchgeführt und eine Tetanusimpfung verabreicht worden. Anamnestisch war festgehalten, der Versicherte sei auf der Piste beim Gehen gestürzt und mit dem Gesicht auf eine Eisfläche gestürzt. Eine Bewusstlosigkeit oder Amnesie habe nicht festgestellt werden können, hingegen habe der Versicherte über Schmerzen im Bereich der Lippe, Nase, des rechten Jochbogens und im kranialen Anteil der linken Rippen geklagt. Als Befunde waren zwei RQW der Unterlippe rechts (1.5cm und 0.5cm messend), ohne erkennbare tieferliegende Strukturen, eine Schürfwunde auf dem Nasenrücken und eine Kontusion des Jochbogens rechts mit Hämatom aufgeführt. Das Ergebnis einer grobkursorischen neurologischen Untersuchung war laut Bericht unauffällig und der Thorax war stabil, indolent und ohne Kontusionsmarken gewesen (Suva-act. I/23, II/4). Am 4. März 2015 berichtete Dr. F.\_\_\_\_ hinsichtlich der Ellbogenproblematik rechts. Er habe den Versicherten am 18. Februar 2015 in seiner Sprechstunde gesehen. Als Diagnose hielt er eine posttraumatische Epikondylitis humeri radialis fest (Suva-act. I/27).

A.h Am 17. März 2015 nahm med. pract. E.\_\_\_\_ in einer ärztlichen Beurteilung zur Unfallkausalität der beklagten Beschwerden (Niere und Ellbogen) Stellung (Suva-act. I/32). Gestützt auf die kreisärztlichen Ausführungen eröffnete die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 18. März 2015, dass die Nierenbeschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 12. Dezember 2014 zurückzuführen seien. Ebenso bestehe kein Zusammenhang mit dem geschilderten Ereignis vom 6. Dezember 2013. Die Suva sei demzufolge nicht leistungspflichtig. Für die seit 12. Dezember 2014 andauernden Ellbogenbeschwerden könnten hingegen die vollumfänglichen Versicherungsleistungen entrichtet werden (Suva-act. 33).

B.



## St.Galler Gerichte

B.a Gegen die Verfügung vom 18. März 2015 erhob der Versicherte am 23. März 2015 im Rahmen einer mündlichen Vorsprache bei der Suva Einsprache. Die Nierenverletzung sei seines Erachtens sowohl auf den Unfall vom 6. Dezember 2013 als auch auf denjenigen vom 12. Dezember 2014 zurückzuführen (Suva-act. I/40). Der Versicherte reichte einen Bericht der Klinik für Angiologie des KSSG vom 13. März 2015 betreffend das Ergebnis einer elektiven angiologischen bzw. sonographischen Kontrolluntersuchung vom 12. März 2015 (Suva-act. I/41) sowie eine Bestätigung von Dr. med. H.\_\_\_\_, Ärztlicher Leiter Notfallaufnahme, Klinik D.\_\_\_\_, vom 19. März 2015 ein, dass retrospektiv die Ätiologie des Niereninfarkts rechts durch eine Nierenarteriendissektion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit posttraumatisch bedingt sei. Wie bereits von den Kollegen des KSSG vermutet, sei die Nierenverletzung im Rahmen des Dezelerationstraumas vor einem Jahr und des zusätzlichen Traumas vom 12. Dezember 2014 nach einem Fehltritt passiert (Suva-act. I/42).

B.b Am 23. März 2015 sprach der Versicherte erneut bei der Suva vor, schilderte den Unfall vom 6. Dezember 2013 und erklärte sich mit der Verfügung vom 18. März 2015 nicht einverstanden (Suva-act. I/43).

B.c Mit E-Mail vom 7. April 2015 gelangte der vom Versicherten beauftragte Rechtsvertreter, Rechtsanwalt lic. iur. F. Dahinden, St. Gallen (Suva-act. I/50) mit dem Hinweis an die Suva, dass die Berichterstattung des Spitals C.\_\_\_\_, wonach Schmerzen im Bereich der linken Rippen bestanden hätten, auf einem Missverständnis beruhe. Der Versicherte habe damals über Schmerzen im gesamten Brustbereich, vor allem rechts, geklagt. Dies allerdings mit der Ergänzung, dass er bereits im Jahre 2010 einen Unfall erlitten und sich dabei die Rippen, damals auf der linken Seite, gebrochen habe (Suva-act. I/55).

B.d Mit Eingabe vom 30. April 2015 reichte Rechtsanwalt Dahinden zusammen mit verschiedenen Unterlagen eine Einspracheergänzung ein (Suva-act. I/66 ff.).

B.e Mit Einspracheentscheid vom 1. Juni 2015 wies die Suva die vom Versicherten erhobene Einsprache ab (Suva-act. 72).

C.



## St.Galler Gerichte

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch seinen Rechtsvertreter mit Eingabe vom 2. Juli 2015 Beschwerde erheben. Damit wird beantragt, es sei der Einspracheentscheid der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 1. Juni 2015 aufzuheben; es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer für die Folgen der rechtsseitigen Nierenbeschwerden die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen; eventuell sei die Streitsache zur Vornahme von weiteren Abklärungen und/oder zur Durchführung einer medizinischen Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; subeventualiter seien diese Abklärungen durch das Gericht vorzunehmen und/oder ein medizinisches Gutachten anzuordnen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zusammen mit der Beschwerde reichte Rechtsanwalt Dahinden zwei an Dr. med. I.\_\_\_\_, Stellvertretender Ärztlicher Leiter Interdisziplinäre Notfallaufnahme, Facharzt für Anästhesie FMH, Notarzt SGNOR, Klinik D.\_\_\_\_, und Dr. med. J.\_\_\_\_, Oberärztin mbF, Klinik für Angiologie des KSSG, gerichtete Schreiben vom 4. und 5. Juni 2015 mit medizinischen Fragen sowie das Antwortschreiben von Dr. I.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2015 ein (act. G 1.15 f., act. G 1.23). In der Beschwerde verwies Rechtsanwalt Dahinden darauf, dass Dr. J.\_\_\_\_ aus zeitlichen Gründen keinen schriftlichen Bericht habe verfassen können, ihn jedoch dazu ermächtigt habe, die am 11. Juni 2015 gewährten telefonischen Auskünfte zu verwenden (act. G 1).

C.b In der Beschwerdeantwort beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

C.c Mit Replik vom 17. September 2015 bekräftigte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers seine Beschwerdeanträge (act. G 5) und reichte weitere Unterlagen ein (act. G 5.1 f.).

C.d Mit Duplik vom 14. Oktober 2015 bestätigte die Beschwerdegegnerin ihren Antrag auf Beschwerdeabweisung (act. G 7).

C.e Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

## Erwägungen



1.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem Ereignisse aus den Jahren 2013 und 2014 zur Debatte stehen, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG 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 und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 181 E. 3.1 ff. mit Hinweisen; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach



dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1).

2.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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 eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). 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 (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f. E. 1b). Auch eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von med. pract. E. \_\_\_ erstellt wurde (vgl. Suva-act. I/32), ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (PVG 1996, 265 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371). Die Kreisärzte und Kreisärztinnen der Beschwerdegegnerin sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Im Verhältnis zu den Allgemeinpraktikern kommt ihnen eine spezialärztliche Stellung zu. Auch ihre Beurteilungen sind jedoch nach den vorgenannten allgemeinen Grundsätzen der Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit, Widerspruchsfreiheit sowie des Fehlens von Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der spezialärztlichen Beurteilung sprechen, zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 3. Oktober 2008, 8C\_510/2007, E. 7.5.4; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.; BGE 135 V 469 E. 4.4, 122 V 162 f. E. 1d). Die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung im



Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen, steht in denjenigen Fällen nicht im Vordergrund, in denen ein Arzt oder eine Ärztin einen Patienten oder eine Patientin nicht als Hausarzt oder Hausärztin, sondern als Facharzt bzw. Fachärztin behandelte. Im Übrigen sind in jeder ärztlichen Konstellation Anhaltspunkte zu beachten, die die Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen als nicht schlüssig erscheinen lassen (vgl. BGE 135 V 470 E. 4.5 f.; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2013, 4A\_172/2013, E. 3.3, mit weiteren Hinweisen, vom 12. Februar 2010, 8C\_907/2009, E. 1.1, und vom 27. Mai 2008, 9C\_24/2008, E. 2.3.2).

3.

3.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin in Bezug auf den am 13. Dezember 2014 von den Ärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG diagnostizierten und anschliessend behandelten akuten Niereninfarkt rechts bei Nierenarteriendissektion leistungspflichtig ist. Nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet der Gesundheitsschaden am rechten Ellbogen des Beschwerdeführers, für welchen die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 18. März 2015 ihre Leistungspflicht anerkannt hat (Suva-act. 33).

3.2 Der Beschwerdeführer hatte sich am Vortag der Nierendiagnose, d.h. am 12. Dezember 2014, unter Angabe starker Rückenschmerzen in der Notfallaufnahme der Klinik D.\_\_\_\_ eingefunden. Die diensthabenden Ärzte bzw. Ärztinnen diagnostizierten damals eine akute Lumbalgie (Suva-act. I/9-4 f., I/30). Als der Beschwerdeführer am 13. Dezember 2014 mit stärksten Schmerzen im Bereich der rechten Flanke und des Unterbauchs, die nicht mehr mit einer Wirbelsäulenproblematik zu erklären waren, sowie Übelkeit die Notfallaufnahme der Klinik D.\_\_\_\_ aufsuchte, ergab eine CT-Untersuchung von Abdomen und Becken den Niereninfarkt rechts bei Nierenarteriendissektion. Die Untersuchungen in der Klinik für Nephrologie des KSSG bestätigten die Diagnose (Suva-act. 13). Dr. I.\_\_\_\_ erklärt in seiner Stellungnahme zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 26. Juni 2015 schlüssig, dass der LWS-Bereich anatomisch keine eindeutig beschriebene Region sei und weist darauf hin, dass bereits bei der zweiten Konsultation in der Notfallaufnahme der Klinik D.\_\_\_\_ als Befunde eine Nierenklopfdolenz rechts sowie eine subtile Druckdolenz



periumbilical erhoben worden seien (vgl. Suva-act. 9-4). Da bis zum 13. Dezember 2014 weder ein direktes noch ein indirektes Trauma stattgefunden habe, könne mithin von der ersten bis zur dritten Vorstellung in der Notaufnahme von einem Ereignis (ohne Wertung ob durch Trauma oder Erkrankung ausgelöst) mit nachfolgender Schmerzsymptomatik ausgegangen werden (act. G 1.16). Angesichts des dargelegten Sachverhalts sowie der Ausführungen von Dr. I.\_\_\_\_ ist mithin davon auszugehen, dass es sich bei der zunächst diagnostizierten akuten Lumbalgie um eine Fehldiagnose handelte, was auch von med. pract. E.\_\_\_\_ und der Beschwerdegegnerin nicht angezweifelt wird, und der Beschwerdeführer am Tag des Treppenunfalls (12. Dezember 2014) unter einer Nierenarteriendissektion litt.

3.3 Med. pract. E.\_\_\_\_ (vgl. Suva-act. I/32) sowie Dr. J.\_\_\_\_ (vgl. act. G 1 Ziff. 3.2) gehen offenbar davon aus, dass eine Nierenarteriendissektion sowohl durch ein Trauma als auch durch unfallfremde Faktoren verursacht werden kann. Eine gegenteilige Aussage ist auch dem Bericht der Ärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG vom 22. Dezember 2014 nicht zu entnehmen (Suva-act. I/13). Während der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers im konkreten Fall von einer überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingten Nierenarteriendissektion ausgeht, betrachtet die Beschwerdegegnerin das Vorliegen einer unfallbedingten Gesundheitsschädigung nur als möglich und stützt sich dabei insbesondere auf die Beurteilung ihrer Kreisärztin med. pract. E.\_\_\_\_ vom 17. März 2015 (Suva-act. I/32) ab.

4.

Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 6. Dezember 2013 und 12. Dezember 2014 zwei Unfälle erlitten hat (vgl. Suva-act. I/1, II/1), hinsichtlich welcher nachfolgend zu prüfen ist, ob sie mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zur Nierenarteriendissektion geführt haben.

4.1

4.1.1 Der Bericht der Klinik für Nephrologie des KSSG vom 22. Dezember 2014 enthält verschiedene Aussagen, welche auf eine diesbezügliche Unfallkausalität hindeuten. So wurde der Diagnose eines akuten Niereninfarkts rechts am 12.



Dezember 2014 bei Nierenarteriendissektion die Angabe "am ehesten nach Dezelerationstrauma vor 1 Jahr und Zusatztrauma vor 1 Woche" angefügt. Weiter wurde im Bericht festgehalten, der Beschwerdeführer habe erzählt, bereits vor einem Jahr einen schweren Skiunfall erlitten zu haben. Damals sei es zu einem stumpfen Bauch-/Flanken trauma gekommen. Vor einer Woche habe der Beschwerdeführer auf der Treppe einen Fehltritt gemacht, habe sich jedoch noch abfangen können und sei dabei mit der Flanke an eine Wand geprallt. Fünf Minuten nach diesem Ereignis sei es zu stärksten Flankenschmerzen rechtsseitig und Übelkeit mit Erbrechen gekommen. Nachdem Risikofaktoren wie eine Thrombose- oder Embolieprädisposition, Herzrhythmusstörungen, Nikotinkonsum und eine Arteriosklerose hätten ausgeschlossen werden können und eine Thrombophilie- und Vaskulitis-Abklärung unauffällig gewesen seien, werde am ehesten von einer Nierenarteriendissektion im Rahmen des schweren Dezelerationstraumas vor einem Jahr ausgegangen (Suva-act. I/13).

4.1.2 Mit Schreiben vom 19. März 2015 bestätigte Dr. H.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer, dass retrospektiv die Ätiologie seines Niereninfarkts rechts durch eine Nierenarteriendissektion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit posttraumatisch bedingt sei, wie bereits von den Kolleginnen des KSSG vermutet im Rahmen des Dezelerationstraumas vor einem Jahr und des zusätzlichen Traumas vom 12. Dezember 2014 nach einem Fehltritt (Suva-act. I/42).

4.1.3 Med. pract. E.\_\_\_\_ hält in ihrer Beurteilung vom 17. März 2015 den Ausführungen der Ärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG entgegen, der Beschwerdeführer habe anamnestisch einen schweren Skiunfall vor einem Jahr erwähnt, weswegen die Klinikärztinnen die Nierenarteriendissektion dann auch auf das "schwere Dezelerationstrauma vor einem Jahr" zurückgeführt hätten. Die echtzeitlichen Akten würden indessen keine Hinweise auf ein schweres Trauma, geschweige denn auf ein schweres Dezelerationstrauma enthalten. In Bezug auf den Unfall vom 6. Dezember 2013 sei dem gleichentags erstellten Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ zu entnehmen, dass hier lediglich ein Sturz mit dem Gesicht auf eine Eisfläche auf der Piste im Gehen vorgelegen habe. Es werde dann auch lediglich eine RQW im Bereich der Unterlippe festgehalten, welche versorgt worden sei. In der gesamten Körperuntersuchung inklusive Thorax hätten sich keine Kontusionsmarken finden lassen. Der



Beschwerdeführer habe lediglich Beschwerden im kranialen Anteil der linken Rippe sowie im Bereich der Lippe und Nase sowie des rechten Jochbogens - hier nach Kontusion mit Hämatom - gehabt. Es bestehe mithin zum später vom Beschwerdeführer geäusserten schweren Skitrauma und der daraus gezogenen Schlussfolgerung der Fachärztinnen, dass ein schweres Dezelerationstrauma vorgelegen habe, eine erhebliche Diskrepanz. Von einem schweren Skitrauma sei anscheinend nicht auszugehen. Auch Brückensymptome würden nicht angegeben. Dass das eher bagatelläre Trauma vom 12. Dezember 2014 mit einer Kontusion der rechten oberen Extremität und gegebenenfalls konsekutiv auch der Flanke eine Nierenarteriendissektion hervorrufe, sei ebenfalls nicht als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten. Hierfür fehlten jegliche Hinweise. Die Niere und die Nierenarterie seien ausserdem derart gut geschützt in der Tiefe liegend, dass durch den einfachen Anprall via Arm an die Wand eine Dissektion kaum erwartet werden dürfe. Erfahrungsgemäss komme es selbst bei einem schweren Trauma im Sinne eines Polytraumas sehr viel häufiger zu Verletzungen des Nierengewebes als zu einer Gefässdissektion eines derart kleinen Gefässes. Sehr viel häufiger gesehen sei bei schwerstverletzten Patienten die Dissektion von grossen Gefässen, allen voran der Aorta. Kleine und kleinste Gefässe seien nahezu nie betroffen. Ein Zusammenhang mit dem Bagateltrauma werde im Übrigen auch von den Fachärztinnen als nicht wahrscheinlich angesehen, sondern es werde auf das "schwere Dezelerationstrauma" im Dezember 2013, also ein Jahr zuvor verwiesen, welches erwiesenermassen nicht stattgefunden habe. Gesamthaft sei mithin die Unfallkausalität der vorliegenden Nierenarteriendissektion nicht als überwiegend wahrscheinlich, sondern nur als möglich zu betrachten. Dies vor allem aufgrund der mangelnden Schwere der Traumata. Es sei vielmehr von einer spontanen Dissektion auszugehen, obwohl der Beschwerdeführer in vielen Punkten keine erhöhte bekannte Risikokonstellation aufweise, ausser seinem Alter und allenfalls als Auffälligkeit eine doppelte Nierenarterie (Suva-act. I/32).

4.1.4 Mit Schreiben vom 4. Juni 2015 gelangte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit folgenden Fragen an die Angiologin Dr. J.\_\_\_\_: "Können ein derartiger akuter Niereninfarkt und eine solche Nierenarteriendissektion rein spontan, also im Rahmen eines krankhaften Geschehens, eintreten?"; "Sprechen im konkreten Fall die Unmittelbarkeit zum Unfallereignis 2014 sowie die von der Klinik D.\_\_\_\_ festgestellten Ausschlusskriterien - keine Thrombose- oder Embolieprädisposition,



keine Herzrhythmusstörungen, kein Nikotinkonsum - gegen ein solches Geschehen?"; Wären der vom Patienten geschilderte rechtsseitige Aufprall auf der Skipiste und jener am Mauerknick grundsätzlich geeignet, Verletzungen von der Art der eingetretenen zu bewirken?"; "Wie ist der von der Suva-Chirurgie erhobene Einwand, dass bei einer traumatischen Einwirkung vor allem die Aorta gefährdet sei und kleine Gefässe, wie vorliegend die Nierenarterie, nahezu nie betroffen würden, aus angiologischer Sicht zu beurteilen?". Diese Fragen sind grundsätzlich für die Beurteilung der Ursächlichkeit der Nierenarteriendisektion als wegweisend zu bezeichnen. Laut Beschwerde vom 2. Juli 2015 erklärte Dr. J.\_\_\_\_ angeblich am 11. Juni 2015 telefonisch, dass ein Niereninfarkt und eine Nierenarteriendisektion grundsätzlich auch rein spontan auftreten könnten. Im konkreten Fall sei dies jedoch verneint worden, da trotz umfassender Abklärungen keinerlei Hinweise für ein krankhaftes Geschehen hätten eruiert werden können. Die Unfälle vom Dezember 2013 und Dezember 2014 seien sodann - wenn so geschehen wie vom Patienten geschildert - ohne weiteres geeignet gewesen, eine Nierenarteriendisektion und damit einen Niereninfarkt zu bewirken. Von einem "Vorrang", dass bei einer traumatischen Einwirkung vor allem die Aorta gefährdet sei, habe sie keine Kenntnis (act. G 1 Ziff. 3.2 f.).

4.2 Den Ausführungen von med. pract. E.\_\_\_\_, den Ärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG sowie von Dr. J.\_\_\_\_ lässt sich insgesamt übereinstimmend und nachvollziehbar entnehmen, dass der Unfallmechanismus bzw. die Art und Weise der Einwirkung auf den Bauch und/oder die Flanke und dabei auch die Schwere der Krafteinwirkung, aber auch der zeitliche Ablauf massgebende Ausgangspunkte für die Kausalitätsbeurteilung bilden. Dies zunächst in dem Sinne, als es offensichtlich erscheint, dass in der Regel nur ein vom Unfall betroffener Körperteil eine Verletzung mit nachfolgenden Beschwerden zeitigen kann, eine erlittene Verletzung im Regelfall zu Schmerzen führt und unmittelbar im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah auch wahrgenommen und im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung beschrieben wird. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beschwerden ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 NR. 275 S. 191 E. 1c). Mit dem alleinigen Vorliegen eines Gesundheitsschadens zeitnah zu einem Unfall ist jedoch nicht in jedem Fall auch dessen Unfallkausalität mit



dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. So führt nicht jeder Unfall zu einer Verletzung oder zumindest nicht zu einer derart körperlich gravierenden strukturellen Verletzung wie einer Nierenarteriendissektion (vgl. dazu beispielsweise ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 412; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 357 f.). Die Schwere der Krafteinwirkung auf den Körper muss geeignet sein, eine konkrete Verletzung herbeizuführen. Erfahrungsgemäss erhöht eine grössere Krafteinwirkung die Verletzungsgefahr. In diesem Sinne lassen sowohl die Ausführungen von med. pract. E.\_\_\_\_ als auch diejenigen der Ärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG und von Dr. J.\_\_\_\_ darauf schliessen, dass eine Nierenarteriendissektion durch ein schweres Dezelerationsstrauma hervorgerufen werden kann.

5.

Angesichts der in Erwägung 4.2 dargelegten Kriterien kommt der Unfall vom 6. Dezember 2013 als ursächliches Ereignis der Nierenarteriendissektion nicht überwiegend wahrscheinlich in Frage.

5.1 Laut Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2013 war der Beschwerdeführer gleichentags auf der Piste beim Gehen mit dem Gesicht auf eine Eisfläche gestürzt (Suva-act. II/4). Laut Schilderung des Beschwerdeführers vom 18. Februar 2015 gegenüber der Beschwerdegegnerin hat sich der Unfall nicht beim Gehen, sondern beim Skifahren ereignet. Er sei damals im Tiefschnee gefahren. Plötzlich hätten beide Skier wegen der Schneebeschaffenheit gestoppt, worauf es ihn aus beiden Bindungen katapultiert habe. Es habe ihn nach vorne geschleudert und er sei auf einer eisigen Stelle aufgeprallt (Suva-act. I/19). Am 23. März 2015 erzählte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin, er sei am 6. Dezember 2013 beim Skifahren brutal nach vorne gestürzt und auf Brust und Gesicht gefallen. Die RQW an der Oberlippe sei gravierend gewesen und habe genäht werden müssen. Auch habe er unter massiven Brustkorbschmerzen gelitten (Suva-act. I/67). Am 9. April 2015 schrieb er sodann seinem Rechtsvertreter, er sei mit ca. 30 km/h gefahren. Dabei hätten sich beide Skibindungen gleichzeitig geöffnet und er sei ca. 4-5 m durch die Luft geflogen und auf einer vereisten Stelle mit Oberkörper und Gesicht hart aufgeschlagen. Sein Oberkörper



habe von der Schulter bis zur Hüfte stark geschmerzt. Die Lippe habe genäht werden müssen (Suva-act. I/68).

5.2 Dass der Sturz beim Skifahren passiert ist, ist nicht in Frage zu stellen (vgl. dazu act. G 1.18, G 5.1). Dass tatsächlich ein - wie vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beschrieben - erheblicher Skiunfall stattgefunden hat (act. G 1), wird jedoch bereits durch die zunehmende Dramatik in den obgenannten Ereignisschilderungen relativiert. Während zunächst allgemein ein Sturz erwähnt worden war, wurde der Sturz schliesslich als brutal bezeichnet und von gravierenden und massiven Verletzungen gesprochen. Die nachträglich genannte Distanz von ca. 4-5 m zwischen der Stelle, an der sich die Bindungen öffneten, bis zur Aufschlagstelle erscheint ebenfalls eher der Dramatisierung zu dienen als der Wirklichkeit zu entsprechen. Anhand des Berichts des Spitals C.\_\_\_\_ lassen sich im Weiteren keine Schmerz- und Verletzungsangaben des Beschwerdeführers verifizieren, welche im Zusammenhang mit einer Nierenarteriendissektion gesehen werden könnten. Die aktenkundigen Fotos belegen - wie im Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ diagnostiziert - zwei RQW an der Unterlippe rechts (vgl. act. G 1.20, Suva-act. I/68) und belegen damit einen Sturz auf das Gesicht. Zwar weisen die Ausführungen im Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ unter der Rubrik "Procedere" (Fadenentfernung ca. 5 Tage postoperativ) darauf hin, dass die RQW genäht werden mussten. Die Erkennbarkeit tieferliegender Strukturen wurde jedoch verneint. Laut Spitalbericht klagte der Beschwerdeführer ausserdem über Schmerzen im kranialen Anteil der linken Rippen. Selbst wenn dabei - wie vom Beschwerdeführer mit Blick auf einen früheren Unfall vom 12. Dezember 2010 vermutet (vgl. dazu Suva-act. I/67 f., act. G 1.21), eine Seitenverwechslung (anstatt linke Rippen rechte Rippen) stattgefunden haben sollte, lassen auch die vorgenannten Schmerzangaben des Beschwerdeführers keine schwere Kontusion mit der Wahrscheinlichkeit einer Nierenarteriendissektion erkennen. Zum einen zeigte sich bei der Untersuchung der Thorax stabil und indolent und es waren keine Kontusionsmarken erkennbar, zum andern klagte der Beschwerdeführer über Schmerzen in einem Rippenbereich (kranial = zum Schädel hin), der nicht auf eine Kontusion auf Höhe der Nierenarterie hindeutet. Die Beschwerdegegnerin erklärt in der Beschwerdeantwort vom 14. August 2015 zutreffend, dass die Nierenarterie erst auf der Höhe der 11. und 12. und damit der beiden untersten Rippen ansetzt (act. G 3).



5.3 Zusammenfassend ist somit in Übereinstimmung mit med. pract. E.\_\_\_\_ festzuhalten, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem von der Schwere her nachgewiesenen Skiunfall zum später vom Beschwerdeführer geäusserten schweren Skitrauma besteht. Daher ist es nicht als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten, dass der Skiunfall angesichts der dokumentierten Verletzungen und der ärztlich erhobenen Befunde eine Nierenarteriendissektion hervorzurufen vermochte. Hierfür fehlen jegliche Hinweise.

5.4 Gegen einen solchen Sachverhalt spricht auch der zeitliche Ablauf. Die Heilung nach dem Unfall vom 6. Dezember 2013 dauerte offensichtlich wie bei einer "gewöhnlichen" Kontusionsverletzung lediglich kurze Zeit (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 412; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 357 f.). Die für eine Nierenarteriendissektion bzw. einen Niereninfarkt typischen Beschwerden wie starke Schmerzen im Bereich der Flanke und des Unterbauchs sowie Übelkeit mit Erbrechen (vgl. Suva-act. I/9, I/13, I/68) sind sodann unbestrittenermassen erst am 12. Dezember 2014 aufgetreten. Das Schadendossier betreffend den Unfall vom 6. Dezember 2013 umfasst an medizinischen Akten lediglich den Bericht des Spitals C.\_\_\_\_, und die Akten beider Schadendossiers enthalten - wie von med. pract. E.\_\_\_\_ zutreffend festgehalten - keine Hinweise auf Brückensymptome bzw. fortdauernde unfallkausale Beschwerden (weitere längere Heilbehandlungen, Arbeitsunfähigkeitsatteste). Selbst der Beschwerdeführer machte keine solchen geltend, indem er am 18. Februar 2015 gegenüber der Beschwerdegegnerin aussagte, die Beschwerden im Bereich der Rippenbogen hätten nur kurzzeitig angehalten und aus seiner Sicht seien von diesem Unfall keine Beschwerden verblieben. Die damalige Behandlung sei im Spital C.\_\_\_\_ erfolgt. Es habe damals keine Arbeitsunfähigkeit bestanden (Suva-act. I/19). Am 23. März 2015 erklärte er ausserdem gegenüber der Beschwerdegegnerin, bis zum erneuten Sturz vom 12. Dezember 2014 beschwerdefrei gewesen zu sein (Suva-act. 43). Insofern ist zwischen dem Skiunfall und der Nierenarteriendissektion kein zeitlicher Zusammenhang erkennbar (vgl. dazu Erwägung 5.1). Angesichts des Gesagten gibt es auch für die Darstellung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 2. Juli 2015 (act. G 1 Ziff. 3.5) - aufgrund der gegenwärtigen Akten sei davon auszugehen, dass der Unfall vom 6. Dezember 2013 zu einem Anriss und damit zu einer Schwächung der Nierenarterie rechts geführt habe; der Unfall vom 12.



Dezember 2014 habe dann definitiv die Nierenarteriendisektion und den akuten Niereninfarkt bewirkt - keine Anhaltspunkte.

6.

Zu prüfen bleibt, ob der Treppenunfall vom 12. Dezember 2014 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang zur Nierenarteriendisektion steht.

6.1 Anders als beim Unfall vom 6. Dezember 2013 sind die für eine Nierenarteriendisektion mit Niereninfarkt typischen Symptome akut am Unfalltag aufgetreten, womit ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang gegeben ist. Dieser Umstand bildet jedoch für sich allein nach konstanter bundesgerichtlicher Praxis keinen Beweis für eine Unfallkausalität. Der zeitliche Aspekt besitzt keine wissenschaftlich genügende Erklärungskraft. Andernfalls würde man sich mit dem blossen Anschein des Beweises bzw. mit der blossen Möglichkeit begnügen und davon ausgehen, dass eine gesundheitliche Schädigung schon deshalb durch den Unfall verursacht sei, weil sie nach diesem auftrat (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 4 N 69; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205 [Beweisführung nach der Formel "post hoc ergo propter hoc"]; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C\_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Der natürliche Kausalzusammenhang setzt vielmehr auch einen sachlichen, d.h. medizinischen Zusammenhang, voraus. Bei der Beantwortung der Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang hat das Gericht gestützt auf die medizinischen Beurteilungen bzw. Ansätze der Mediziner (vgl. dazu Erwägung 4.2) zu entscheiden, ob das Unfallereignis mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zur festgestellten Gesundheitsschädigung geführt hat (vgl. Erwägung 2.1).

6.2 Laut Schadenmeldung UVG vom 12. Dezember 2014 hatte der Beschwerdeführer gleichentags bei der Arbeit beim Hinuntersteigen einer Treppe einen Fehltritt gemacht und dabei einen Zwick in den Rücken verspürt (Suva-act. I/1). Anlässlich eines Telefongesprächs mit der Beschwerdegegnerin vom 9. Januar 2015 erklärte er, während der Arbeit ausgerutscht zu sein (ca. 3 Stufen hinunter). Er habe einen Sturz



vermeiden können, weil er an der Wand vorwärts aufgeprallt sei (Suva-act. I/10). Bei einer Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 18. Februar 2015 schilderte der Beschwerdeführer, während der Arbeit eine Treppe hinuntergegangen und dabei aus unerklärlichen Gründen irgendwie ins Straucheln geraten zu sein, wodurch die Gefahr entstanden sei, 2 bis 3 Treppenstufen hinunterzustürzen. Er habe einen Sturz gerade noch verhindern können, indem er sich unterhalb der Treppe an einer Wand seitlich abgefangen habe. Er sei dabei mit angelegtem rechten Arm seitlich gegen die Wand geprallt (= Körper nach links abgedreht und mit rechtem Arm und rechter Flanke gegen die Wand; Suva-act. 19). Laut Anamnese im Bericht der Orthopädie G.\_\_\_\_ vom 4. März 2015 war der Beschwerdeführer bei der Arbeit auf der Treppe gestürzt und mit der rechten Schulter und vor allem dem rechten Ellbogen an eine Wand geprallt. Er habe Schmerzen im Oberarm gespürt. Gleichzeitig habe er auch eine Kontusion der Flanke erlitten (Suva-act. 27). In der Einspracheergänzung vom 30. April 2015 beschrieb der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Mauerknick unterhalb der Treppe, an welchem der Beschwerdeführer aufgeprallt sei. Der Aufprall sei rechtsseitig erfolgt, was sich von den rechtsseitigen Ellbogen- und Oberarmschmerzen sowie der rechtsseitigen Nierenarteriendissektion ableiten lasse (Suva-act. 66). In der Beschwerde vom 2. Juli 2015 bringt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vor, es sei ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer mit voller Wucht rechtsseitig in einen Mauerknick geprallt sei (act. G 1, Ziff. 2.1). In der Replik vom 17. September 2015 bezeichnet er den Anprall als heftig und den Mauerknick zusätzlich als scharf (act. G 5).

6.3 Die vorgenannten Unfallschilderungen verändern sich von einem blossen Fehltritt über einen Aufprall vorwärts in eine Wand zu einem rechtsseitigen, offenbar die rechte Schulter, den rechten Ellbogen und die rechte Flanke tangierenden Anprall gegen einen scharfen Mauerknick mit voller Wucht. Der Umstand der immer bedeutungsvoller werdenden und auf eine rechtsseitige Nierenarteriendissektion stets besser zugeschnittenen Sachverhaltsumstände lässt am schwerwiegendsten Sachverhalt in der Beschwerde und Replik bereits Zweifel aufkommen. Zumindest bedarf er einer genauen Betrachtung. Den Akten liegen Fotos des Unfallortes bei, worauf gegenüber einer dreistufigen Treppe, auf der rechten Seite, nach einem offenen Durchgang, ein Mauerknick folgt (act. G 1.7). Die Entwicklung einer schweren Kraffteinwirkung bzw. ein beschleunigter, wuchtiger Anprall der rechten Körperseite am Mauerknick ist dabei zwar denkbar. Die Beschwerdegegnerin weist aber in der Beschwerdeantwort vom 14.



August 2015 schlüssig darauf hin, dass bei einem rechtsseitigen Anprall mit an den Körper angelegtem rechten Arm die rechte Körperflanke abgedeckt und damit geschützt ist und der rechtsseitige Anprall durch den angelegten Arm absorbiert wird (act. G 3).

6.4 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass auch in Bezug auf den Unfall vom 12. Dezember 2014 kein Sachverhalt mit einer schwerwiegenden Tangierung der rechten Flanke des Beschwerdeführers ausgewiesen ist, der mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine traumatische Verursachung der Nierenarteriendissektion nachweisen könnte.

7.

Die Aussagen der Ärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG im Bericht vom 22. Dezember 2014 (Suva-act. I/13) sowie die in der Beschwerde vom 2. Juli 2015 festgehaltenen telefonischen Auskünfte von Dr. J.\_\_\_\_ (act. G 1) vermögen den Beweis einer überwiegend wahrscheinlichen Kausalität zwischen den Unfallereignissen vom 6. Dezember 2013 und 12. Dezember 2014 und der Nierenarteriendissektion mit akutem Niereninfarkt ebenfalls nicht zu erbringen.

7.1 Unabhängig davon, welches Unfallereignis die Ärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG hinsichtlich Verursachung vorziehen, basieren ihre Beurteilungen auf den subjektiven Sachverhaltsdarstellungen des Beschwerdeführers über schwere Unfälle mit bedeutsamer Einwirkung auf die rechte Körperseite, insbesondere im Bereich der rechten Flanke. Wie in den Erwägungen 5 und 6 dargelegt, kann jedoch in Bezug auf beide Unfälle nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von schweren Dezelerationstraumen ausgegangen werden. Insbesondere die Schlussfolgerung, man gehe am ehesten von einer Nierenarteriendissektion im Rahmen des "schweren Dezelerationstraumas vor einem Jahr" aus, vermag nicht zu überzeugen (vgl. Erwägung 5). Einschränkend kommt hinzu, dass die Ärztinnen mit ihrer Formulierung "am ehesten" selbst zum Ausdruck bringen, dass sie eine traumatische Verursachung nur vermuten. Eine Vermutung vermag jedoch nicht den im Sozialversicherungsrecht geltenden Anforderungen an den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu genügen (vgl. THOMAS LOCHER/THOMAS



GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f.). Im gleichen Sinn vermag die Bestätigung von Dr. H.\_\_\_\_ vom 19. März 2013 keine Unfallkausalität zu begründen (vgl. Suva-act. I/42). Auch das alleinige Fehlen von Risikofaktoren beim Beschwerdeführer vermag den mangelnden Nachweis eines schweren Unfallereignisses nicht zu ersetzen, zumal die Ärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG eine Unfallkausalität im Anschluss an den Hinweis auf fehlende Risikofaktoren nur vermutet haben. Die Darstellung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 2. Juli 2015 (act. G 1 Ziff. 3.4) - am 13. Dezember 2014 sei ein Rekanalisationsversuch vorgenommen worden, bei dem der Beschwerdeführer vom damals zuständigen Facharzt darauf hingewiesen worden sei, dass er keine Verstopfung des Blutgefässes, sondern nur eine erhebliche Dissektion habe feststellen können, was bezogen auf sein Fachgebiet für ein traumatisches Geschehen spreche (vgl. auch act. G 5 Ziff. 3.3, Suva-act. I/21) - lässt sich dem Bericht der Ärztinnen der Klinik für Nephrologie vom 22. Dezember 2014 (Suva-act. I/13) nicht entnehmen. Unbestrittenermassen wurde beim Beschwerdeführer am 13. Dezember 2014 von den Fachärztinnen der Klinik für Nephrologie des KSSG ein Niereninfarkt bei langstreckiger Nierenarteriendisektion diagnostiziert (Suva-act. 13). Eine ärztliche Aussage, wonach eine Nierenarteriendisektion nur bei einem traumatischen Ereignis entstehen könnte, findet sich jedoch nicht.

7.2 Dr. J.\_\_\_\_ erachtete die Eignung der geschilderten Unfälle vom 6. Dezember 2013 und 12. Dezember 2014 für eine Nierendissektion mit Niereninfarkt in Anlehnung an die Unfallschilderungen des Beschwerdeführers im Sinne eines erheblichen Skiunfalls mit Aufprall auf den Bauch und eines Treppunfalls mit heftigem Aufprall rechtsseitig an einem scharfen Mauerknick als gegeben. Dies jedoch nur unter dem Vorbehalt, dass die Unfälle - wie vom Beschwerdeführer geschildert - geschehen seien (act. G 1 Ziff. 3.3). Ihrer Beurteilung kann demnach ebenfalls kein Beweiswert zukommen. Der von Dr. J.\_\_\_\_ und med. pract. E.\_\_\_\_ verschieden beantworteten Frage, ob der Aorta gegenüber der Nierenarterie bei einer traumatischen Einwirkung ein "Vorrang" zukomme, kommt damit keine weiterführende Bedeutung mehr zu. Unbestritten ist, dass eine Nierenarteriendisektion ein entsprechendes Unfallereignis erfordert, welches im konkreten Fall eben nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen ist.

8.



## St.Galler Gerichte

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich aus den aktenkundigen Angaben zu den Unfällen vom 6. Dezember 2013 und 12. Dezember 2014 sowie dem zeitlichen Ablauf - wie von med. pract. E. \_\_\_ angenommen und schlüssig begründet - keine Anhaltspunkte für eine natürliche Unfallkausalität der am 13. Dezember 2014 diagnostizierten Nieren-arteriendissektion mit Niereninfarkt ergeben. Die Beschwerdegegnerin hat damit ihre Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung zu Recht verneint. Dem Antrag des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers auf Durchführung einer medizinischen Begutachtung ist nicht stattzugeben. Bei der vorliegenden Ausgangslage sind von weiteren medizinischen Abklärungen respektive einem medizinischen Gutachten keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abgesehen werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 236 E. 5.3, 134 I 140 E. 5.3 und BGE 124 V 94 E. 4b).1

9.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 1. Juni 2015 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.