



**Fall-Nr.:** UV 2016/5  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.08.2019  
**Entscheiddatum:** 06.09.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 06.09.2017**

**Art. 6 UVG: Die Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin erfolgte ungerechtfertigt. Der Nachweis des Dahinfallens des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen der Rotatorenmanschettenläsion und damit auch zwischen der operativen Behandlung derselben sowie dem Unfallereignis wurde von der Beschwerdegegnerin nicht rechtsgenügend dargetan (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. September 2017, UV 2016/5).**

Entscheid vom 6. September 2017

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin

Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

UV 2016/5

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Goran Babic, Pat. Rechtsagent, Engelgasse 2, 9400 Rorschach,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

### Versicherungsleistungen

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war als Plattenleger und Geschäftsführer bei der B.\_\_\_\_ GmbH tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 25. August 2015 einen Unfall vom 2. August 2015 mit folgendem Sachverhalt meldete: "Auf dem Strand wollte ich ins Wasser steigen. Die Küste war felsig. Ich rutschte auf einem Felsen, der halb im Wasser liegt und sehr rutschig war, plötzlich aus und fiel auf die rechte Seite und spürte einen Knacks und sofort einen starken Schmerz in der rechten Schulter, weil ich mich beim Fallen mit der rechten Hand schützen bzw. stützen wollte." Als Unfallort war in der Schadenmeldung Klinik C.\_\_\_\_ in D\_\_\_\_, als erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik die Notaufnahme in C.\_\_\_\_ und als nachbehandelnder Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Allgemeinarzt und FMH Chirurgie, vermerkt (Suva-act. 1, vgl. auch Suva-act. 13). Eine Erstbehandlung bei Dr. E.\_\_\_\_ hatte am 17. August 2015 stattgefunden (Suva-act. 9). Am 27. August 2015 unterzog sich der Versicherte einer MRI-Untersuchung der rechten Schulter, welche eine ausgedehnte Rotatorenmanschettenruptur (3-Sehnenruptur Rotatorenmanschette, vgl. Suva-act. 19) rechts ergab (Suva-act. 8). An selbigem Tag sicherte die Suva dem Versicherten die Vergütung der Heilbehandlungskosten sowie die Entrichtung von Taggeldern zu (Suva-act. 5).



## St.Galler Gerichte

A.b Auf Zuweisung von Dr. E.\_\_\_\_ wurde der Versicherte am 2. September 2015 durch Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Leiter Orthopädie des Spitals G.\_\_\_\_, klinisch und röntgenologisch untersucht. Dieser sah die Indikation für ein operatives Vorgehen hinsichtlich der Rotatorenmanschettenruptur als eindeutig gegeben an (Suva-act. 8). Am 14. September 2015 führte Dr. F.\_\_\_\_ eine Schulteroperation rechts mit Rekonstruktion der Rotatorenmanschette sowie einer Acromioplastik durch (Suva-act. 19).

A.c Mit Schreiben vom 9. September 2015 widerrief die Suva ihre Übernahmezusicherung vom 27. August 2015 und kündigte dem Versicherten aufgrund neu bekannt gewordener Tatsachen eine Überprüfung ihrer Leistungspflicht bzw. die Vornahme weiterer Abklärungen an (Suva-act. 11). Am 25. September 2015 führte sie ein Gespräch mit dem Versicherten (Suva-act. 13). Weiter holte sie eine interne Stellungnahme ihres Kreisarztes Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, datiert vom 6. Oktober 2015, ein (Suva-act. 17).

A.d Mit Verfügung vom 7. Oktober 2015 bestätigte die Suva die Erbringung der gesetzlichen Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfalls vom 2. August 2015, widerrief also wiederum ihr Schreiben vom 9. September 2015, und eröffnete dem Versicherten die Einstellung ihrer Leistungen per 13. September 2015. Zur Begründung führte sie an, dass die heute bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. Der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 2. August 2015 eingestellt hätte (Status quo sine), sei gemäss kreisärztlicher Beurteilung spätestens am 13. September 2015 erreicht gewesen (Suva-act. 18).

B.

B.a Am 12. Oktober 2015 erhob der Versicherte gegen die Verfügung vom 7. Oktober 2015 Einsprache (Suva-act. 20).



## St.Galler Gerichte

B.b Die Suva liess deshalb am 10. November 2015 die Terminierung der Versicherungsleistungen per Status quo sine durch Kreisarzt Dr. H.\_\_\_\_ nochmals beurteilen (Suva-act. 23).

B.c Mit Einspracheentscheid vom 4. Januar 2016 wies die Suva die Einsprache des Versicherten ab (Suva-act. 29).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Goran Babic, Patentierter Rechtsagent, Rorschach, mit Eingabe vom 5. Februar 2016 Beschwerde mit dem Antrag, die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer ab 13. September 2015 die Versicherungsleistungen zu erbringen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (act. G 1). Zusammen mit der Beschwerdeeingabe wurden insbesondere verschiedene medizinische Fachartikel eingereicht (act. G 1.9-G 1.11).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 4. März 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

C.c Mit Replik vom 22. April 2016 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an seinem Antrag fest und reichte ein Schreiben an Dr. E.\_\_\_\_ vom 14. März 2016 mit der Bitte, zu den Ausführungen von Dr. H.\_\_\_\_ Stellung zu nehmen (act. G 5.1), sowie dessen Antwortschreiben vom 26. März 2016 (act. G 5.2) ein.

C.d Mit Duplik vom 13. Mai 2016 hielt die Beschwerdegegnerin ihrerseits an ihrem Antrag auf Beschwerdeabweisung fest (act. G 7).

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

## Erwägungen

1.



Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung per 13. September 2015 (vgl. dazu nachstehende Erwägung 4).

2.

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 die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

3.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (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 oder 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 als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers 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 mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich bei der Einstellung um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 263 f. E. 3b). Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. 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 (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 31. August 2001, U 285/00, E. 5a). Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, 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; vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, mit Hinweisen; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54). 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. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils



unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des EVG vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4).

3.2 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 (JELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 120 zu Art. 61; BGE 125 V 252 E. 3a; SVR 2010 IV Nr. 52, 9C\_125/2009, E. 3.3). 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 bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte oder Ärztinnen 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). Art. 8 der Bundesverfassung (BV; SR 101) und Art. 6 Ziff. 1 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; SR 0.101) geben keinen formellen Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.6; RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 E. 1a).

4.



Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom 2. August 2015 und erstattete entsprechend die Heilkosten und richtete Taggeld aus. Streitig ist, ob sie zu Recht die Versicherungsleistungen per 13. September 2015 und damit vor der operativen Behandlung der Rotatorenmanschettenruptur rechts durch Dr. F.\_\_\_\_ am 14. September 2015 eingestellt hat. Die Beschwerdegegnerin wäre für eine operative Behandlung und sodann bis zur Heilung der unmittelbaren Operationsfolgen (Wundheilung, postoperative Schmerzphase, Einnahme von Medikamenten, Schonungsphase mit möglicher Arbeitsunfähigkeit usw.) leistungspflichtig, sofern die operative Behandlung einen (teilweise) unfallkausalen Gesundheitsschaden umfasst hätte. Eine entsprechende Unfallkausalität wird jedoch von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilungen ihres Kreisarztes Dr. H.\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2015 (Suva-act. 17) und 10. November 2015 (Suva-act. 23) verneint.

5.

5.1 Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (13. September 2015) wies die rechte Rotatorenmanschette des Beschwerdeführers unbestrittenermassen radiologisch objektivierte retrahierte Kontinuitätsunterbrechungen in drei verschiedenen Anteilen, nämlich der Supraspinatus-, der Infraspinatus- sowie der Subscapularissehne, auf, worin ohne weiteres strukturelle Gesundheitsschädigungen zu sehen sind (vgl. Suva-act. 19, 23-4). Die Rotatorenmanschette neigt zur Degeneration. Allerdings kann sie auch als Folge eines Traumas ein- oder abreißen (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 628, 724 f., 728 ff.; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1681; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch 2014, 266. Aufl. Berlin 2014, S. 1870, 1939). Nachfolgend ist also zunächst zu prüfen, ob es sich bei der Rotatorenmanschettenläsion mit Beteiligung dreier Sehnen, wie sie beim Beschwerdeführer vorgelegen hat, um eine direkte Unfallverletzung oder einen degenerativen Vorzustand handelt.

5.2 Die Schädigung der Rotatorenmanschette rechts wurde bereits im Rahmen der MRI-Untersuchung vom 27. August 2015, d.h. dreieinhalb Wochen nach dem Unfall, erhoben (Suva-act. 8). Selbst Dr. H.\_\_\_\_ spricht diesbezüglich von einem zeitnahen bildgebenden Befund (Suva-act. 17), womit nicht ausgeschlossen ist, dass die am 14.



September 2015 operierte Rotatorenmanschettenläsion beim Unfall passiert ist bzw. eine traumatische Verletzung darstellt. Die Umstände, dass gemäss dem von Dr. H.\_\_\_\_ angeführten medizinischen Fachartikel bei Rotatorenmanschettenläsionen degenerative Veränderungen als Ursache im Mittelpunkt stehen (vgl. Suva-act. 23-5) und dass der Beschwerdeführer laut röntgenologischem Untersuchungsergebnis vom 2. September 2015 eine betonte Sklerose am Tuberculum majus sowie deutliche Zeichen einer AC-Überlastung mit Osteophyten aufweist (Suva-act. 8), aufgrund derer Dr. H.\_\_\_\_ von vorbestehenden Schäden des AC-Gelenks respektive von einer Impingementkonstellation spricht (vgl. Suva-act. 23-5), schliessen nicht aus, dass die Rotatorenmanschettenläsion im vorliegenden Fall nicht doch durch ein Trauma verursacht sein kann. Dies zumal sich die Annahme eines rein degenerativen Prozesses bei einer Häufigkeit von 25% bei Patienten mit Schulterbeschwerden zwischen dem 40. und 56. Lebensjahr (im Zeitpunkt des Unfalls war der Beschwerdeführer 54 Jahre alt) in keiner Weise aufdrängt (vgl. dazu auch PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1870).

5.3 Die Feststellung von Dr. H.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 10. November 2015 - die vom Beschwerdeführer glaubhaft geschilderte Symptomatologie mit einem hörbaren Zerreißen (Knacksen) und anschliessendem scharfen Schmerz (vgl. dazu Suva-act. 1, 13, 20, act. G 1) sei durchaus nachvollziehbar und sei dem Augenblick der degenerativ bedingten Kontinuitätsunterbrechung der Rotatorenmanschette zuzuordnen (Suva-act. 23-5) - bedeutet sodann, dass er offensichtlich von einem Zerreißen der Sehnen zeitgleich mit dem Sturz ausgeht. Auch dieser Umstand kann als Hinweis auf eine unfallbedingte Rotatorenmanschettenruptur betrachtet werden. Das Ereignis, wie es der Beschwerdeführer wiederholt und konsistent beschrieben hat, wird gemäss medizinischer Literatur als typisch für das traumatische Entstehen einer Rotatorenmanschette betrachtet (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 726; act. G 1.9). Sollte diese trotz zeitlichen Zusammentreffens mit dem Ereignis dennoch degenerativ bedingt sein, müsste dies als ausserordentlicher Zufall betrachtet werden, welcher im Vergleich zur traumatischen Verursachung weit unwahrscheinlicher erscheint. Auch wenn nicht von der Hand zu weisen ist, dass die in der Einsprache vom 12. Oktober 2015 (Suva-act. 20) ausserdem beschriebene Symptomatik eines unbeweglichen Arms, in hängender Position neben dem Körper, eher lehrbuchmässig erscheint, ist doch zu sagen, dass der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin am 25. September 2015 typisch für eine Rotatorenmanschettenläsion schilderte, er habe den



Arm nicht mehr nach oben bewegen können (Suva-act. 13), womit er eine Pseudoparalyse bzw. eine aktive Bewegungseinschränkung beschrieb (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 728; act. G 1.9, G 1.10). Dass diese - wie von der Beschwerdegegnerin geltend gemacht - klinisch nicht dokumentiert sei, stimmt so nicht. Zwar wurde sie von Dr. E.\_\_\_\_ im Arztzeugnis UVG vom 4. September 2015 nicht explizit erwähnt, doch hielt der Hausarzt jedenfalls das Vorliegen typischer Zeichen für eine Rotatorenmanschettenruptur Schulter rechts fest (Suva-act. 9). Im Übrigen vermochte der Beschwerdeführer anlässlich der klinischen Untersuchung durch Dr. F.\_\_\_\_ vom 2. September 2015 den Arm aktiv nur bis zur Horizontalen zu bewegen, assistiv infolge Abwehrspannung mit Schmerzen verbunden (Suva-act. 8; vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 728; act. G 1.9, G 1.10).

5.4 Ein massgebendes Beurteilungskriterium für die Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bildet im Weiteren der Unfallhergang, zu welchem sich Dr. H.\_\_\_\_ in seinen Beurteilungen umfassend äusserte. Dabei ist in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin (act. G 3) vorwegzunehmen, dass die Ereignisanalyse, d.h. die Einschätzung der Eignung, eine bestimmte Verletzung zu bewirken, welche auf Rückschlüssen biomechanischer Modelluntersuchungen und empirischer Beobachtung beruht (vgl. act. G 1.9), wenn auch nicht als alleiniger Beweis, so doch in der Zusammenhangsbewertung als relevanter Anhaltspunkt zu betrachten ist (vgl. act. G 1.9, S. 420). Dies zeigt sich auch darin, dass in den medizinischen Fachartikeln durchaus konkrete Verletzungsmechanismen beschrieben werden, welche zu einer traumatischen Sehnenruptur führen können. Als potenziell geeignete Verletzungsmechanismen werden genannt: das Abscheren des Sehnenansatzes von innen, sobald der maximal zulässige Rotationswinkel überschritten ist und der Sehnenansatz mit dem Pfannenrand in Konflikt gerät (sogenanntes inneres Impingement), z.B. bei einer Schulter(sub)luxation; die passive Traktion, z.B. nach unten (beim Versuch einen schweren fallenden Gegenstand aufzufangen), ventral oder medial; die exzentrische Belastung angespannter Anteile der Rotatorenmanschette, z.B. bei passiv forcierter Aussen- oder Innenrotation bei anliegendem oder abgespreiztem Arm, z.B. bei einem Sturz vom Gerüst nach vorn mit dem Versuch, den Fall durch Festhalten abzufangen. Die traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette erfolgt also dann, wenn durch indirekte Gewalteinwirkung, selten durch ein direktes Anpralltrauma bzw. durch eine plötzliche körpereigene Kraftanstrengung, die



mechanische Belastbarkeit des Sehngewebes überschritten wird (vgl. Suva-act. 23-4; act. G 1.9, S. 419 f.; <[http://www.gaertner-servatius.de/krankheiten/rotatorenmanschettenruptur\\_leitlinien.pdf](http://www.gaertner-servatius.de/krankheiten/rotatorenmanschettenruptur_leitlinien.pdf)>; <<https://de.wikipedia.org/wiki/Rotatorenmanschettenruptur>>, beide abgerufen am 28. August 2017). Allgemeiner, aber dennoch mit dem letzten der vorgenannten Verletzungsmechanismen übereinstimmend formuliert, findet sich in der medizinischen Literatur ein abruptes Abstützen bei Sturz bzw. eines Sturzes auf den ausgestreckten Arm oder Ellbogen (<<https://gelenk-klinik.de/orthopaedischeerkrankung/schulter/ruptur-rotatorenmanschette.html>>; <<http://orthopaedieunfallchirurgie.universimed.com/artikel/die-rotatorenmanschetten-ruptur-verletzung>>; <<http://www.orthozentrum.ch/de/Schulter-Ellbogen-Hand/Rotatorenmanschettenruptur-und-Impingementsyndrom>>; <<http://www.orthozentrum.ch/de/Schulter-Ellbogen-Hand/Rotatorenmanschettenruptur-und-Impingementsyndrom>>, alle abgerufen am 28. August 2017). Dass ein axiales Stauchungstrauma über das Ellbogengelenk (vgl. dazu Svua-act. 20) - wie von Dr. H. \_\_\_ in seiner ärztlichen Beurteilung vom 10. November 2015 festgehalten (Suva-act. 23-4) - oder eine axiale Stauchung - wie von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 4. März 2016 allgemein angeführt (act. G 3) - keine Schädigung der Rotatorenmanschette bewirken könnte, ist also zu bezweifeln. Für den konkreten Fall ist damit nun aber festzustellen, dass - entgegen der Auffassung von Dr. H. \_\_\_ - ein für eine unfallbedingte Rotatorenmanschettenruptur typischer Bewegungsablauf insoweit nicht ausgeschlossen werden kann, als im vorliegenden Fall bestimmt nur von einem Sturz mit direktem Aufprall der rechten Schulter auf einem Stein ausgegangen werden kann (vgl. dazu Suva-act. 17). Ein entsprechender Bewegungsablauf ist zwar dem Arzteugnis UVG von Dr. E. \_\_\_ vom 4. September 2015 (Suva-act. 9) sowie dem Protokoll der Beschwerdegegnerin vom 25. September 2015 über die gleichentags geführte Besprechung mit dem Beschwerdeführer (Suva-act. 13) zu entnehmen. In der Schadenmeldung UVG vom 25. August 2015 wurde jedoch ausdrücklich geschrieben, der Beschwerdeführer habe sich beim Sturz auf die rechte Seite mit der rechten Hand schützen bzw. stützen wollen (Suva-act. 1). Die Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers mögen zwar - wie von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 4. März 2016 geltend gemacht (act. G 3) - für die Besprechung vom 25. September 2015 ausgereicht haben, dennoch handelt es sich



hier, insbesondere für einen Versicherten anderer Muttersprache, um sprachliche Feinheiten. Gewisse Ungenauigkeiten könnten damit durchaus erklärt werden. Dies zeigt sich im Übrigen anschaulich auch anhand der Berichte von Dr. F.\_\_\_\_ vom 3. September 2015 (Suva-act. 8) und 24. September 2015 (Suva-act. 19), worin dieser einmal - einer axialen Stauchung nahe - einen "Schlag in die rechte Schulter", das andere Mal einen "Schlag auf die rechte Schulter" festhält. Unterstrichen wird die Schwierigkeit der genauen Ermittlung des Bewegungsablaufs durch das in der medizinischen Literatur festgehaltene schlüssige Ergebnis, dass die Richtung des Sturzes und der erste Kontakt des Aufpralls den Verletzten in der Regel nicht erinnerlich gewesen sei. Erfahrungsgemäss könnten viele Patienten verbal nicht zwischen einem Sturz auf den Arm oder direkt auf die Schulter unterscheiden (act. G 9, S. 421; act. G 1.10, S. 210). Selbst wenn von der Schilderung eines stumpfen Aufpralls mit der Schulter ausgegangen würde, ist es naheliegend, dass ein im Regelfall plötzlich und unerwartet eintretender bzw. sich schnell abspielender Sturz vom Stürzenden am ehesten als Kontusion bzw. stumpfer Aufprall des Körpers auf den Boden wahrgenommen wird. Zusammenfassend ist mithin zu sagen, dass ein Unfallereignis gemäss Schadenmeldung UVG vom 25. August 2015, worin ein Verletzungsmechanismus mit dem Potenzial für eine Schädigung der Rotatorenmanschette beschrieben wurde, nicht zum Vornherein unwahrscheinlicher erscheint, als ein ungeeigneter Verletzungsmechanismus.

5.5 Der Umstand, dass in den medizinischen Akten weder bezüglich der rechten Schulter noch des rechten Ellbogens klinische Zeichen einer Mitbeteiligung in Form von Hautabschürfungen, Hämatombildungen oder eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung des rechten Ellbogens erwähnt werden, und die MRI-Untersuchung vom 27. August 2015 keinerlei spezifische Zeichen einer relevanten Gewalteinwirkung wie Knochenödeme, Flüssigkeitskolektionen, Echoalterationen im Bereich des das Schultergelenk umgebenden Weichteilmantels oder einen intraartikulären Gelenkerguss gezeigt hat, stellt keinen diese Beurteilung aufhebenden Hinweis dar. Wie bereits erwähnt, konzentriert sich der von Dr. E.\_\_\_\_ im Arzteugnis UVG vermerkte objektive Befund nur auf die Symptome einer Rotatorenmanschettenruptur und dies dazu nur allgemein (Suva-act. 9). Wenn Dr. E.\_\_\_\_ nun auf Nachfrage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers in seinem Schreiben vom 26. März 2016 (act. G 5.2) die typischen Zeichen für die



Rotatorenmanschettenruptur konkretisiert, indem er festhält, an der betroffenen rechten Schulter sei deutlich ein Hämatom zu sehen gewesen, welches in Resorption begriffen gewesen sei, ist dies nicht anzuzweifeln. Grundsätzlich ist von der Richtigkeit einer solchen ärztlichen Angabe auszugehen, zumal es sich dabei nicht um eine Würdigung bzw. Schätzung mit Ermessensspielraum (beispielsweise um eine Arbeitsfähigkeitsschätzung) handelt. Im Übrigen ist nicht verständlich, weshalb die Beschwerdegegnerin in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes keine entsprechenden gezielten Auskünfte bei den behandelnden Ärzten eingeholt hat. Mangels Vorliegens eines Untersuchungsberichts über die unbestrittenermassen vor Ort bzw. in D.\_\_\_\_ erfolgte Notfallbehandlung (vgl. Suva-act. 1, 13 [Übergabe einer entsprechenden Quittung an die Beschwerdegegnerin]) lässt sich die kreisärztliche Aussage betreffend äusserlich wahrnehmbarer Verletzungszeichen auch nicht anderswie bestätigen. Ausserdem dürfte diesbezüglich bis zur Erstbehandlung bei Dr. E.\_\_\_\_ vom 17. August 2015 ein Heilungsprozess stattgefunden haben, was Dr. E.\_\_\_\_ ebenfalls festgestellt hat. Allgemein bleibt anzufügen, dass laut medizinischer Literatur das Ausbleiben einer Blutung aus dem Rupturbereich im Sehnenansatzgebiet ein traumatisches Ereignis nicht ausschliesst. Deltoideus und Bursa könnten das Durchtreten eines Blutergusses verhindern (act. G 1.9, S. 421). Eine wissenschaftliche Analyse der MRI-Aufnahmen traumatischer Fälle ergab eine derart geringe Häufigkeit eines Knochenmarködems (in lediglich 4% der traumatischen Gruppe; act. G 1.10, S. 211), dass auch das Fehlen eines solchen im Falle des Beschwerdeführers nicht gegen eine überwiegend wahrscheinlich traumatische Rotatorenmanschettenläsion spricht.

5.6 Damit verbleibt zwar die an sich überzeugende und nachvollziehbare Feststellung von Dr. H.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 11. November 2015, die mehrere Sehnen betreffende Kontinuitätsunterbrechung der Rotatorenmanschette könne durch ein einzelnes Unfallereignis nicht erklärt werden, da es für die traumatische Schädigung einzelner Sehnenanteile der Rotatorenmanschette unterschiedlicher Verletzungsmechanismen bedürfe (Suva-act. 23-5). Die in den Erwägungen 5.3-5.5 dargestellte Unfallanamnese (Unfallmechanismus in Form einer indirekten Gewalteinwirkung, zeitlicher Zusammenhang, hörbares Rissgeräusch, Beweglichkeitseinschränkung, Schmerzen) lässt sich jedoch damit nicht aufheben (vgl. dazu auch Erwägung 5.7). So ist beispielsweise der medizinischen Literatur auch zu entnehmen, dass infolge eines Traumas eine Rotatorenmanschettenruptur in



Kombination mit einer Läsion der Bizepssehne auftreten kann (vgl. act. G 9.1, S. 420; <<https://de.wikipedia.org/wiki/Rotatorenmanschettenruptur>>; <[https://www.ksw.ch/PortalData/1/Resources/CHI/Dokumente/Ruptur\\_der\\_Rotatorenmanschette.pdf](https://www.ksw.ch/PortalData/1/Resources/CHI/Dokumente/Ruptur_der_Rotatorenmanschette.pdf)>, beide abgerufen am 28. August 2017).

5.7 Im konkreten Fall erweist sich schliesslich der Hinweis der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid (Suva-act. 29) wie auch in der Beschwerdeantwort vom 4. März 2016 (act. G 3) auf den Begriff "post hoc ergo propter hoc" als untauglich. Allgemein vermag dieser juristisch gesehen zwar nichts über eine allfällige Unfallkausalität auszusagen (vgl. dazu ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Berlin 1989, S. 460 Fn 1205; KIESER, a.a.O., N 69 zu Art. 4; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb, SVR 2009 UV Nr. 13 [8C\_590/2007], S. 52, E. 7.2.4, sowie SVR 2008 UV Nr. 11 [U 290/06], S. 34, E. 4.2.3, je mit Hinweisen). Doch ist in Bezug auf den konkreten Fall zu berücksichtigen, dass eine Unfallanamnese mit einem typischen Bewegungsablauf für eine Rotatorenmanschettenruptur, unmittelbar darauf aufgetretenen typischen Symptomen, weswegen der Beschwerdeführer noch während seiner Ferien in D.\_\_\_\_ einen Arzt konsultierte, und mit einer unfallnah radiologisch erhobenen umfassenden Rotatorenmanschettenverletzung, welche nachfolgend operativ behandelt werden musste, nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann. Die blosse zeitliche Abfolge stellt nur in solchen Fällen einen ungenügenden Beweis dar, in denen das Vorliegen einer strukturellen Verletzung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden kann. Eine Gesamtbetrachtung im Sinne der vorangegangenen Erwägungen lässt jedoch nicht die überwiegend wahrscheinliche Schlussfolgerung zu, dass die am 14. September 2015 operativ behandelte Rotatorenmanschettenläsion unfallfremd war.

5.8 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es dem Gericht anhand der Ausführungen von Dr. H.\_\_\_\_ nicht möglich ist, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob bei der Operation vom 14. September 2015 eine traumatische Verletzung oder ein rein degenerativer Vorzustand behandelt worden ist.

6.



Wenn Dr. H.\_\_\_\_ bezüglich der Rotatorenmanschettenläsion von einem Vorzustand ausgeht und diesen "nur" durch eine minime Distorsion des rechten Schultergelenks als vorübergehend verschlimmert betrachtet (Suva-act. 23-6), könnte selbst in einem solchen Fall im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht von einem überwiegend wahrscheinlichen Dahinfallen jeder (teil-)kausalen Bedeutung des Unfallereignisses vom 2. August 2015 für die am 14. September 2015 vorgenommene Operation ausgegangen werden. Die Ausführungen in der Erwägung 5 sprechen auch hier gegen einen rein unfallfremden, d.h. restlos degenerativen Prozess.

7.

Nach dem Gesagten lassen die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. H.\_\_\_\_ keinen Entscheid darüber zu, ob das Unfallereignis vom 2. August 2015 per 13. September 2015 jede kausale Bedeutung hinsichtlich der am 14. September 2015 operativ behandelten Rotatorenmanschettenruptur verloren hat. Für eine Leistungseinstellung genügt eine derartige Beweislage nicht. Nachdem damit keine zuverlässige medizinische Beurteilungsgrundlage für die Frage des Wegfalls der Unfallkausalität per 13. September 2015 vorliegt und von weiteren medizinischen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. April 2015, 8C\_924/2014, E. 4.3), ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit über den 13. September 2015 hinaus von einer Unfallkausalität auszugehen, womit die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Unrecht per vorgenanntem Datum eingestellt hat.

8.

8.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 4. Januar 2016 (Suva-act. 29) gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer über den 13. September 2015 hinaus die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 2. August 2015 zu erbringen.

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



8.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Parteientschädigung ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. Art. 98 ff. des sanktgallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint vorliegend eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 4. Januar 2016 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, dem Beschwerdeführer auch über den 13. September 2015 hinaus die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 2. August 2015 zu erbringen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- zu bezahlen (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).