

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/27 vom 15. Januar 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-01-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2018_27

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/27 du 15 janvier 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/27 del 15 gennaio 2020

Regeste

Art. 6 UVG: Verneinung einer beim Unfall erlittenen strukturellen Verletzung, hingegen Bejahung eines umfassenden degenerativen Vorzustandes im Bereich der rechten Schulter. Verneinung einer richtungsgebenden Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes. Bejahung einer Kontusionsverletzung mit vorübergehender Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes. Erreichen des Status quo sine vel ante rund zwei Monate nach dem Unfall entsprechend der medizinischen Erfahrung. Verneinung einer unfallkausalen Knieverletzung mit Blick auf den zeitlichen Ablauf bzw. die dreimonatige Latenzzeit zwischen Unfall und erstmaliger Erwähnung einer Knieproblematik in den Akten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Januar 2020, UV 2018/27).

Volltext

Entscheid vom 15. Januar 2020 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. UV 2018/27 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Hermann Ludescher, MMag., Pflugstrasse 22, Postfach 380, 9490 Vaduz, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) war seit dem 1. Juli 2016 arbeitslos und damit über die Kantonale Arbeitslosenkasse St. Gallen bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert (Suva-act. III/1). Die Suva hatte der Versicherten bereits als Arbeitnehmerin der B.____ GmbH aus der obligatorischen Unfallversicherung Versicherungsleistungen für eine Schulterverletzung rechts infolge eines Ereignisses vom 2. September 2015 erbracht. Am 23. Februar 2016 hatte sie mangels fortdauernder Unfallfolgen per 2. März 2016 den Abschluss des Schadenfalls, d.h. die Einstellung der bisher erbrachten Versicherungsleistungen (Heilkosten und Taggeld) und die Ablehnung eines Anspruchs auf weitere Versicherungsleistungen, verfügt. Die Verfügung war am 13. April 2016 in Rechtskraft erwachsen (vgl. Suva-act. I/1-56). Am 29. Mai 2017 meldete die Kantonale Arbeitslosenkasse der Suva einen Unfall vom 16. Mai 2017. Der Versicherten sei auf einer Agrarstrecke ein Traktor entgegengekommen, woraufhin sie mit dem Fahrrad vom Weg abgekommen sei und sich den rechten Fuss verletzt habe (Suva-act. II/1). Eine Erstbehandlung war am 26. Mai 2016 (recte: 26. Mai 2017) durch die Hausärztin der Versicherten, Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Medizin, erfolgt, die ein OSG-Distorsionstrauma diagnostiziert hatte. Bis 30. Juni 2017 bestand bei der Versicherten

eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. II/12). Die Suva entrichtete Taggelder und kam für die Heilbehandlungskosten auf (Suva-act. II/7 f.). Am 5. September 2017 meldete die Kantonale Arbeitslosenkasse der Suva einen Unfall der Versicherten vom 8. Juni 2017. Diese habe sich beim Aussteigen aus der Badewanne an der Wand angelehnt, sei abgerutscht und mit der rechten Schulter auf den Rand gefallen. Die Erstbehandlung habe durch Dr. C.____ und eine Nachbehandlung im Spital D.____ stattgefunden (Suva-act. III/1). Mit Schreiben vom 7. September 2017 teilte die Suva der Versicherten die Durchführung von Abklärungen zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht mit (Suva-act. III/5). Am selben Tag bat sie Dr. C.____ um Einreichung des Arzzeugnisses UVG (Suva-act. III/2) und das Spital D.____ um Zustellung seiner Untersuchungs- bzw. Behandlungsberichte (Suva-act. III/3). Laut Arzzeugnis UVG vom 11. September 2017 hatte eine Erstbehandlung bei Dr. C.____ am 30. Juni 2017 stattgefunden (Suva-act. III/7). Im Spital D.____ war die Versicherte sodann am 4. September 2017 wegen Schulter- und Kniebeschwerden durch Dr. med. E.____, Oberarzt, Chirurgie Spital D.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, untersucht worden. Dr. E.____ hatte folgende Diagnosen gestellt: Verdacht auf Bizepssehnenläsion Schulter rechts mit/bei Status nach Abstütztrauma vom 8. Juni 2017 sowie Verdacht auf Innenmeniskusläsion mit symptomatischer Baker Zyste Knie rechts mit/bei Status nach dreimaliger Kniegelenksarthroskopie 2006 und Status nach Distorsionstrauma vom 24. Mai 2017. Dr. E.____ hatte der Versicherten ausserdem bis 1. Oktober 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (Suva-act. III/6, III/12). In einer in der Radiologie des Spitals D.____ am 6. September 2017 durchgeführten MRI-Untersuchung des rechten Knies hatten eine Chondromalacia patellae, ein drittgradiger Knorpeldefekt am medialen Femurkondylus mit angrenzend fraglich diskreter Auffaserung des freien Randes des Innenmeniskushinterhorns, indes keine signifikante Meniskusruptur ausgemacht werden können (Suva-act. II/16). Am 8. September 2017 war sodann in der Radiologie des Spitals D.____ eine MRI-Untersuchung der rechten Schulter durchgeführt worden, welche eine artikulareseitige Partialruptur des Musculus supraspinatus sowie eine bursaleitige, kleine Partialläsion des Infraspinatus, eine Pulley-Läsion mit Oberrandläsion des Musculus subscapularis sowie eine begleitende Bursitis subdeltoidea/subacromialis zur Darstellung gebracht hatte (Suva-act. III/9). Am 28. September 2017 teilte die Versicherte der Suva mit, dass sie das Taggeld für den Monat September 2017 benötige und am 11. Oktober 2017 operiert werde (Suva-act. III/13). Am 29. September 2017 reichte das Spital D.____ der Suva einen Konsultationsbericht vom 27. September 2017 mit den aktuellen Diagnosen in Bezug auf die rechte Schulter und das rechte Kniegelenk ein (Suva-act. III/15). Anlässlich einer Besprechung vom 5. Oktober 2017 schilderte die Versicherte gegenüber der Suva, dass sie nach dem Velounfall vom 16. Mai 2017 keine Schmerzen im rechten Knie verspürt habe bzw. zu diesem Zeitpunkt mit dem rechten Knie noch nichts gewesen sei. Sie habe sich jedoch beim Badewannenunfall vom 8. Juni 2017 das Knie verdreht. Weiter berichtete sie, dass Dr. E.____ am 11. Oktober 2017 eine Schulteroperation durchführe, bezüglich des rechten Knies hingegen keine Operation geplant sei. Im Jahr 2006 sei bei ihr nach einem Unfall dreimal das rechte Knie operiert worden. Im Kindesalter habe sie sich ausserdem beim Handballspielen die rechte Schulter ausgekugelt. Die Verletzung sei indessen folgenlos abgeheilt. Eine letzte Schulteroperation habe im Jahr 2016 stattgefunden (Suva-act. III/16). Am 11. Oktober 2017 führten Dr. med. F.____ und Dipl. med. G.____, Chirurgie Spital D.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, bei der Versicherten bei der diagnostizierten Rotatorenmanschettenläsion (kleine PASTA-Läsion Supraspinatussehne

sowie Subscapularis-Oberrandläsion mit begleitender Bizepstendinopathie Schulter rechts) eine Schulterarthroskopie rechts mit Bizepstenodese und Rotatorenmanschettennaht durch (Suva-act. III/24, vgl. auch Suva-act. III/27 [Austrittsbericht vom 12. Oktober 2017 mit Bescheinigung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 11. Oktober bis 22. November 2017]). Am 16. Oktober 2017 holte die Suva eine kreisärztliche Kausalitätsbeurteilung hinsichtlich der Schulterproblematik rechts in Bezug auf das Unfallereignis vom 8. Juni 2017 und bezüglich der Kniebeschwerden rechts im Zusammenhang mit dem Unfall vom 16. Mai 2017 ein. Die Beurteilung erging am selben Tag (Suva-act. III/25). Mit Verfügung vom 17. Oktober 2017 teilte die Suva der Versicherten die rückwirkende Einstellung ihrer Leistungen per 31. August 2017 mit. Zur Begründung führte sie an, dass die aktuell bestehenden Schulterbeschwerden rechts nicht mehr unfallbedingt seien. Der Eingriff vom 11. Oktober 2017 sowie die Arbeitsunfähigkeit ab September 2017 stünden nicht in einem kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 8. Juni 2017. Der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 8. Juni 2017 eingestellt hätte, sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens am 31. August 2017 erreicht gewesen (Suva-act. III/26). Am 8. November 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt MMag. H. Ludescher, Vaduz (FL), gegen die Verfügung vom 17. Oktober 2017 Einsprache (Suva-act. III/31). Die Suva liess daraufhin am 28. November 2017 die Terminierung der Versicherungsleistungen für die Schulterproblematik rechts per Status quo sine vel ante im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 8. Juni 2017 sowie die Kausalität zwischen den Kniebeschwerden rechts und dem Ereignis vom 16. Mai 2017 nochmals durch Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, beurteilen (Suva-act. III/35). Am 30. Januar 2018 reichte Rechtsanwalt Ludescher eine ergänzende Einsprachebegründung ein. Die Versicherte sei seit 4. September 2017 bis 19. April 2018 aufgrund des Unfalls vom 8. Juni 2017 krankgeschrieben und arbeitsunfähig. Die Suva habe diesbezüglich ihre Leistungen zu erbringen. Insbesondere die Schulterbeschwerden rechts und die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit ab September 2017 wie auch die Kniebeschwerden rechts seien unfallkausal (Suva-act. III/47). Am 7. und 9. März 2018 legte die Suva den Schadenfall unter Hinweis auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. H.____ vom 7. Dezember 2017 und die seitens der Versicherten am 5. Oktober 2017 geschilderte Knieverdrehung beim Ereignis vom 8. Juni 2017 (vgl. Suva-act. III/16) für eine Kausalitätsbeurteilung der Kniebeschwerden rechts im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 8. Juni 2017 Kreisarzt Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vor. Dieser nahm erstmals kurz am 8. März 2018 und ausführlicher am 17. März 2018 Stellung (Suva-act. III/49 f., III/52). Mit Einspracheentscheid vom 22. März 2018 wies die Suva die Einsprache der Versicherten ab. Sie bestätigte in Bezug auf die Schulterproblematik ihre Leistungseinstellung per 31. August 2017 und verneinte einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenks und dem Badewannenunfall vom 8. Juni 2017 (Suva-act. 53). Gegen den Einspracheentscheid erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt Ludescher, mit Eingabe vom 23. April 2018 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zur Erbringung von Versicherungsleistungen zu verpflichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 24. Mai 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 3). Mit Replik vom 25. Juni 2018 (act. G 5) und Duplik vom 17. Juli 2018 (act. G 7) hielten die Parteien an ihren

Anträgen fest. Erwägungen Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Angesichts dieser gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für Heilkosten- und Taggeldleistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. dazu Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.; BGE 117 V 376 E. 3a). 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. 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 (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2008, 8C_522/2007, E. 4.3.2; BGE 112 V 32 f. E. 1). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen, 118 V 291 E. 3a). Anerkennt der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall, so entfällt diese erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N 58 f.). Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 117 V 264 E. 3b; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Die Beweislast liegt jedoch nur bezüglich derjenigen Verletzungen beim Unfallversicherer, welche thematisiert worden waren und somit Gegenstand der Anerkennung bildeten (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2009, 8C_363/2009, E. 1). Auch muss der Unfallversicherer 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 Bundesgerichts vom 29. April 2008, 8C_465/2007, E. 3.1 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). 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). Insofern sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, beweistauglich (BGE 125 V 353 f. E. 3, 135 V 469 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4, 122 V 162 f. E. 1d). Auch eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte oder die Expertin imstande sind, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C_780/2016, E. 6.1). Angesichts der obigen Darlegungen sprechen mithin keine formell-rechtlichen Gründe gegen den Einbezug der kreisärztlichen Aktenbeurteilung vom 16. Oktober 2017 (Suva-act. III/25), derjenigen von Dr. H.____ vom 7. Dezember 2017 (Suva-act. III/35) sowie derjenigen von Dr. I.____ vom 17. März 2018 (Suva-act. III/52). Ob letztlich auf diese abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiell-rechtlichen Beurteilung bzw. Beweiswürdigung zu prüfen. Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 22. März 2018 (Suva-act. III/53), der den Unfall der Beschwerdeführerin in der Badewanne vom 8. Juni 2017 zum Gegenstand hat (Suva-act. III/1). Nicht Gegenstand des Einspracheentscheids sind hingegen die früheren Unfälle der Beschwerdeführerin vom 2. September 2015 und 16. Mai 2017 sowie die dabei erlittenen Verletzungen (Suva-act. I und II). Die Beschwerdeführerin verletzte sich beim Unfall vom 8. Juni 2017 unbestrittenermassen die rechte Schulter. Die Beschwerdegegnerin anerkannte diesbezüglich mit Einspracheentscheid sowie mit der diesem zugrunde liegenden Verfügung vom 17. Oktober 2017 (Suva-act. III/26) - basierend auf den von ihr in die Wege geleiteten Abklärungen - eine Leistungspflicht für eine vorübergehende Gesundheitsschädigung (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 4.3) bis 31. August 2017. Für die im Bereich des rechten Schultergelenks festgestellten strukturellen Gesundheitsschäden, welche zum Eingriff vom 11. Oktober 2017 (Suva-act. III/24) mit nachfolgender mehrwöchiger ganzer oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. III/22, III/27, III/40) führten (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 3.2), lehnte sie indes eine Leistungspflicht von Grund auf ab. Das heisst, sie erkannte das Ereignis vom 8. Juni 2017 nicht als kausalen Faktor für die strukturellen Gesundheitsschäden. Angesichts der Ausführungen in

Erwägung 1.2 trägt die Beschwerdegegnerin mithin die Beweislast für das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs. Hinsichtlich der Frage, ob bezüglich der strukturellen Gesundheitsschäden ein Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 8. Juni 2017 besteht, ist dagegen die Beschwerdeführerin beweisbelastet. Die Beschwerdeführerin schilderte gegenüber der Beschwerdegegnerin am 5. Oktober 2017, sich beim Unfall vom 8. Juni 2017 das rechte Knie verdreht zu haben (Suva-act. III/16). Am 4. September 2017 war sie bei Dr. E. ___ wegen Schulter- und Kniebeschwerden rechts vorstellig geworden (Suva-act. III/6). Was die Kniebeschwerden rechts angeht, verneint die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid eine Leistungspflicht ebenfalls von Grund auf (vgl. Suva-act. III/53, Erwägung 5.b). Sie stellt sich auf den Standpunkt, bei der Beschwerdeführerin habe beim Unfall vom 8. Juni 2017 keine schädigende Einwirkung auf das rechte Knie stattgefunden und ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den behandelten Kniebeschwerden rechts und dem Unfallereignis vom 8. Juni 2017 sei nicht überwiegend wahrscheinlich. Hinsichtlich der Frage, ob zwischen den behandelten Kniebeschwerden rechts und dem Unfall vom 8. Juni 2017 ein Kausalzusammenhang besteht, ist mithin ebenfalls die Beschwerdeführerin beweisbelastet. Im Folgenden ist zunächst zu prüfen, ob sich die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 8. Juni 2017 in der rechten Schulter eine neue organisch-strukturelle, nicht vorübergehende Verletzung zugezogen hat. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine unfallkausale strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, Arthroskopie) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2 mit Hinweisen). Am 8. September 2017 wurde bei der Beschwerdeführerin in der Radiologie des Spitals D. ___ eine MRI-Untersuchung der rechten Schulter durchgeführt, bei welcher eine artikulareseitige Partialruptur des Musculus supraspinatus sowie eine bursaseitige, kleine Partialläsion des Infraspinatus, eine Pulley-Läsion mit Oberrandläsion des Musculus subscapularis sowie eine begleitende Bursitis subdeltoidea/subacromialis festgestellt wurden (Suva-act. III/9). Unstreitig waren mit den Rotatorenmanschettenläsionen und der Pulley-Läsion strukturelle Gesundheitsschädigungen im Bereich des Schultergelenks objektiviert, welche am 11. Oktober 2017 durch Dr. F. ___ und Dipl. med. G. ___ arthroskopisch mit Bizepsstenodese und Rotatorenmanschettennaht behandelt wurden (Suva-act. III/24), was zu einer mehrwöchigen zuerst vollständigen und später teilweisen Arbeitsunfähigkeit führte (Suva-act. III/22, III/27, III/40). In Bezug auf die Rotatorenmanschette und die von Bändern gebildete Rotatorenintervallschlinge (Pulley) gilt es zu beachten, dass diese zur Degeneration neigen. Allerdings können sie auch als Folge eines Traumas ein- oder abreißen bzw. geschädigt werden (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 628, 724 f. 728; Roche Lexion, Medizin, 5. Aufl. München/Jena 2003, S.1681; Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 1576, 1646; <https://medlexi.de/Pulley-L%C3%A4sion>; https://edoc.ub.uni-muenchen.de/8087/1/Held_Michael.pdf; <https://medlexi.de/Pulley-L%C3%A4sion>, beide abgerufen am 18. Dezember 2019). Im Folgenden ist zu prüfen, ob es sich vorliegend bei den Rotatorenmanschettenläsionen bzw.

der Partialruptur des Musculus supraspinatus und der bursaseitigen, kleinen Partiaalläsion des Infraspinatus sowie der Pulley-Läsion mit Oberrandläsion des Musculus subscapularis mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit um direkte Unfallverletzungen oder degenerative Gesundheitsschädigungen handelt. Ein massgebender Ausgangspunkt für die Beurteilung traumatischer Folgeschäden bzw. der Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bildet der gesundheitliche Zustand einer versicherten Person vor dem Unfall. Ist es durch den Unfall zu keinen neuen unfallbedingten Schäden gekommen, trifft der Unfall aber auf einen vorgeschädigten Körper, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustandes in Betracht (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). Für die Abgrenzung Vorzustand bzw. neue unfallbedingte strukturelle Schädigung stellt insbesondere der Vergleich bildgebender Untersuchungsergebnisse aus der Zeit vor und nach dem Unfall eine bedeutende Beweisgrundlage dar (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Aus der Zeit vor dem Unfall vom 8. Juni 2017 liegt zunächst ein Sonographie-Untersuchungsergebnis vom 22. September 2015 bei den Akten, welches nach einem Verhebetrauma vom 2. September 2015 (Suva-act. I/1) erhoben worden war. Dr. med. J.____, Leitender Arzt Radiologie, Spital K.____, stellte damals eine akut exazerbierte, mutmasslich ältere und chronische Tendinopathie an der medialen Supraspinatussehne mit Hinweisen auf eine feine Einreissung der Supraspinatussehne bei ödematöser Aufquellung, jedoch noch keine Sehnenrupturen fest (Suva-act. I/6). Laut kreisärztlicher Beurteilung von Dr. med. L.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 7. Dezember 2015 (vgl. Suva-act. I/21) lag damit eine chronische Überlastung vor (vgl. zur Terminologie Roche Lexikon, a.a.O., zu "chronisch": S. 334, zu "Tendopathie, Tendinopathie": S. 1808; Pschyrembel, a.a.O., zu "chronisch": S. 335, zu "Tendopathie": S. 1782). Am 20. Januar 2016 diagnostizierten die behandelnden Ärzte des Spitals D.____ bei der Beschwerdeführerin bei einem röntgenologisch erhobenen Acromiontyp II nach Bigliani ohne weitere Auffälligkeiten eine AC-Arthralgie rechts (Suva-act. I/27). Die am 28. Januar 2016 im Spital K.____ durch Dr. med. L.____, Oberärztin mbF Radiologie, durchgeführte MR Arthro-Untersuchung des rechten Schultergelenks zeigte sodann eine Ruptur des anterior-superioren Labrums, eine Ruptur des Ligamentum glenohumerale inferior sowie eine Teilruptur der kaudalen Kapsel (Suva-act. I/33). Die Ärzte des Spitals D.____ beurteilten das MR-Untersuchungsergebnis in einem Untersuchungsbericht vom 4. Februar 2016 dahingehend, dass sich neben einer aktivierten AC-Gelenksarthrose die Folge einer stattgehabten Luxation im Kindesalter im Sinne einer anterior-superioren, labralen Bankartläsion und ventro-kaudale Kapselverletzungen zeigen würde. Die Rotatorenmanschette sowie die Bizepssehne seien indes intakt (Suva-act. I/29). Kreisarzt Dr. I.____ kam aufgrund der geschilderten Aktenlage in einer kreisärztlichen Beurteilung vom 18. Februar 2016 zum Schluss, dass im Bereich des rechten Schultergelenks der Beschwerdeführerin ein erheblicher, wenn auch asymptomatischer Vorschaden vorliege (Suva-act. I/40). Laut Untersuchungsbericht der behandelnden Ärzte des Spitals D.____ vom 13. April 2016 wurde bei der Diagnose symptomatische AC-Gelenksarthrose sowie subacromiale Begleitimpingementsymptomatik Schulter rechts mit/bei Status nach AC-Gelenksinfiltration rechts am 3. Februar 2016 mit kurzzeitigem positivem Ansprechen eine operative Sanierung im Sinne einer AC-Gelenksresektion sowie gleichzeitiger subacromialer Dekompression geplant (Suva-act. I/51). Gemäss Aussage der Beschwerdeführerin vom 5. Oktober 2017 hat denn

2016 auch eine Schulteroperation stattgefunden (Suva-act. III/16). Aufgrund der dargelegten medizinischen Aktenlage folgte Kreisarzt Dr. H.____ - wie am 18. Februar 2016 bereits von seinem Kollegen Dr. I.____ festgehalten worden war (Suva-act. I/40) - in seiner Beurteilung vom 7. Dezember 2017 (Suva-act. III/35) schlüssig und überzeugend, dass bei der Beschwerdeführerin im Bereich des rechten Schultergelenks ein erheblicher, wenn auch asymptomatischer Vorschaden vorliege, der insbesondere MRT-morphologisch am 28. Januar 2016 (Suva-act. I/33) festgehalten worden sei. Die am 8. September 2017 im MRI (Suva-act. III/9) erhobenen Rotatorenmanschettenläsionen sowie die Pulley-Läsion mit Oberrandläsion des Musculus subscapularis sind zwar den früheren radiologischen Untersuchungsergebnissen noch nicht konkret zu entnehmen, doch ist zu berücksichtigen, dass sich die degenerative Problematik bereits rund ein Jahr vor dem Unfall vom 8. Juni 2017 umfassend dargestellt hat bzw. dass bis zum Unfall vom 8. Juni 2017 rund ein Jahr vergangen war und es sich bei einer Degeneration um einen fortschreitenden Prozess handelt, wobei die einzelnen Degenerationen häufig miteinander verbunden sind und insofern gegenseitige Begleitpathologien darstellen (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 579 ff, 726 ff.). Dr. H.____ weist schliesslich in Übereinstimmung mit den Akten darauf hin, dass keine aussagekräftige medizinische Echtzeitdokumentation mit entsprechender klinischer Befundung bestehe (Suva-act. III/35; vgl. dazu ferner Suva-act. III/6 f.), womit kein überzeugender Beweis vorliegt, der gegen eine degenerative Genese spricht. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Bereich der rechten Schulter der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Unfalls vom 8. Juni 2017 bereits ein umfassender degenerativer Vorzustand vorgelegen hat. Überzeugende Anhaltspunkte dafür, dass die partialen Rotatorenmanschettenläsionen sowie die Pulley-Läsion mit Oberrandläsion des Musculus subscapularis als unabhängige unfallkausale Verletzungen zu betrachten waren, bestehen nicht. Die Läsionen sind vorliegend auch ohne Trauma ohne Weiteres erklärbar. Als bedeutsames und vervollständigendes Indiz gegen eine Traumafolge wird in den kreisärztlichen Beurteilungen vom 16. Oktober 2017 (Suva-act. III/25) und 7. Dezember 2017 (Suva-act. III/35) der Unfallmechanismus bzw. die Art und Weise der Einwirkung auf die rechte Schulter der Beschwerdeführerin genannt. So führt nicht jeder Unfall bzw. Unfallmechanismus zu einer Verletzung oder zumindest nicht zu einer derart körperlich gravierenden, strukturellen Verletzung, dass eine operative Behandlung notwendig wird. Insbesondere für Rotatorenmanschettenläsionen werden in den medizinischen Fachartikeln konkrete Verletzungsmechanismen beschrieben, 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 und die - auch in den kreisärztlichen Beurteilungen beschriebene - exzentrische Belastung angespannter Anteile der Rotatorenmanschette, wie beispielsweise 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. Zu einer traumatischen Ruptur der Rotatorenmanschette kommt es demnach grundsätzlich dann, wenn durch indirekte Gewalteinwirkung bzw. durch eine plötzliche körpereigene Kraftanstrengung die mechanische Belastbarkeit des Sehngewebes überschritten wird, selten jedoch durch ein direktes Anpralltrauma (vgl. zum Gesagten Urteil des Bundesgerichts vom 17. Mai 2016, 8C_100/2016, E. 5 mit

Hinweis; <http://>

www.gaertner-servatius.de/krankheiten/-rotatorenmanschettenruptur_leitlinien.pdf, abgerufen am 18. Dezember 2019). Allgemeiner, aber dennoch mit dem letzten für eine traumatische Sehnenruptur geeigneten Verletzungsmechanismus übereinstimmend formuliert, findet sich in der medizinischen Literatur ein abruptes Abstützen bei einem Sturz auf den ausgestreckten Arm oder Ellbogen (<https://gelenkklinik.de/orthopaedische-erkrankung/schulter/ruptur-rotatorenmanschette.html>; <http://orthopaedie-unfallchirurgie.univ-ersimed.com/artikel/die-rotatorenmanschettenruptur-verletzung>; <http://www.orthozentrum.ch/de/Schulter-Ellbogen-Hand/Rotatorenmanschettenruptur-und-Impingement>; , alle abgerufen am 18. Dezember 2019). In Bezug auf das Ereignis vom 8. Juni 2017 steht ein Unfallhergang mit einer indirekten Gewalteinwirkung bzw. einer plötzlichen körpereigenen Kraftanstrengung auf das Schultergelenk nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. Die Beschwerdeführerin schilderte das fragliche Unfallereignis am 5. Oktober 2017 folgendermassen: "Ich wollte an diesem Tag aus der Badewanne steigen, sprich ich lag mit den Füßen nach unten in der Badewanne und wollte nach links aussteigen. Dazu mit der rechten Hand am Badewannenrand abgestützt, als ich dann aufstehen wollte, bin ich mit der rechten Hand abgerutscht und folglich mit meiner rechten Schulter - Arm war angelegt - voll an den Badewannengriff geknallt und zurück in die Badewanne gerutscht" (Suva-act. III/16). Die Beschwerdeführerin beschreibt damit - wie in den kreisärztlichen Beurteilungen festgestellt (Suva-act. III/25, III/35) - ein direktes Kontusionstrauma der rechten Schulter mit angelegtem Arm. Das im Arzzeugnis UVG vom 11. September 2017 vermerkte "Abstütztrauma" beim Ausrutschen (Suva-act. III/7) bezieht sich somit wohl kaum auf ein Auffangen eines Sturzes, sondern auf den Moment, als sich die Beschwerdeführerin, um aufzustehen, am Badewannenrand abstützte. In den kreisärztlichen Beurteilungen wird der vorliegend geschilderte Verletzungsmechanismus angesichts des vorgängig Gesagten nachvollziehbar und überzeugend als nicht überwiegend wahrscheinlich geeignet betrachtet, die im MRI am 8. September 2017 erhobenen Läsionen der rechten Schulter (Suva-act. III/9) zu verursachen. Angesichts der Darlegungen in den Erwägungen 3.3 bis 3.6 und im Sinne der überzeugenden kreisärztlichen Beurteilungen ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass sich die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 8. Juni 2017 keine Rotatorenmanschettenläsion und Pulley-Läsion mit Oberrandläsion des Musculus subscapularis in der rechten Schulter zugezogen hat. Vielmehr ist bezüglich der vorgenannten Schädigungen von einem degenerativen Vorzustand auszugehen. Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustandes in Betracht (vgl. Erwägung 3.4). Eine richtungsgebende Verschlimmerung liegt nach der Rechtsprechung vor, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo sine noch der Status quo ante je wieder erreicht werden können (vgl. André Nabold in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, N 54 zu Art. 6 [nachfolgend: UVG-Kommentar]; Irene Hofer in: Frésard-Fellay/Leuzinger/Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, Basel 2019, N 71 zu Art. 6 [nachfolgend: Basler Kommentar]; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2015, 8C_484/2014, E. 2.1). Auch eine teilkausale Bedeutung des Unfallereignisses im Sinne einer richtungsgebenden, mithin dauernden Verschlimmerung der vorbestehenden

degenerativen Gesundheitsschäden ist jedoch im vorliegenden Fall nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Genauso wie eine unfallbedingte strukturelle Läsion als objektiviert gilt, wenn sie durch einen entsprechenden apparativen/bildgebenden Untersuchungsbefund (insbesondere Röntgen, MRT, CT, Arthroskopie) erhoben wird bzw. bestätigt werden kann (vgl. Erwägung 3.1), gilt dies grundsätzlich für eine richtungsgebende Verschlimmerung eines Vorzustandes, bei einer Arthrose beispielsweise in Form eines höheren Schweregrades oder bei einem vorbestehenden Rotatorenmanschettenriss in Form einer Vergrößerung des ersten Risses. Eine unfallkausal richtungsgebende Verschlimmerung wird in Bezug auf die vorliegenden erhobenen strukturellen Gesundheitsschäden in den kreisärztlichen Beurteilungen offensichtlich nicht in Erwägung gezogen. Für eine solche bleibt bei der umfassenden degenerativen Problematik der Beschwerdeführerin im rechten Schultergelenk auch kaum Raum. Das gegenüber demjenigen im Jahr 2016 nach dem Unfallereignis vom 8. Juni 2017 ergänzte Befundbild ist ohne Weiteres als Degenerationsprozess erklärbar, wie er innerhalb eines Jahres verlaufen kann (vgl. Erwägung 3.5). Auch die Annahme einer richtungsgebenden Verschlimmerung drängt sich daher nicht auf. Die Beschwerdegegnerin hat indes ihre Leistungspflicht für eine durch das Kontusionstrauma vom 8. Juni 2017 erlittene vorübergehende unfallkausale Gesundheitsschädigung anerkannt. Von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes wird dann gesprochen, wenn Unfallfolgen bzw. deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie konkret beschrieben bzw. radiologisch als strukturelle Verletzung der Gelenke oder Knochen sichtbar gemacht werden können. In solchen Fällen wird bei einem geeigneten bzw. adäquaten Ereignis in einer ersten Phase davon ausgegangen, dass dieses eine schädigende Wirkung auf den Körper habe. Die aufgetretenen bzw. ausgelösten Beeinträchtigungen werden, obwohl sie möglicherweise weiterbestehen, nach einer gewissen Zeit gestützt auf medizinische Erfahrung aber nicht mehr dem Unfall angelastet. Die Unfallversicherung übernimmt in diesen Fällen nur den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, d.h. sie hat bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Als Beispiel dafür gelten insbesondere Kontusionsfolgen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5., 9. Januar 2012, 8C_601/2011, E. 3.2, und 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 und 4; vgl. auch Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 f.; vgl. dazu UVG-Kommentar, a.a.O., Art. 6 N 57). Bei einer Kontusion handelt es sich um eine Weichteilverletzung, die insbesondere klinisch objektivierbare Folgen zeitigen kann (Hämatome, Schwellungen, Druckdolenzen, Bewegungseinschränkungen, Muskelverhärtungen [vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 412; Roche Lexikon, a.a.O., S. 357]). Wie dargelegt, vermag jedoch eine Kontusion auch einen zuvor stummen degenerativen Vorzustand nur zu aktivieren. Der Unfallversicherer übernimmt die Leistungen bis zur Heilung der spezifischen Kontusionsfolgen und/oder - wie bereits erwähnt - den durch ein Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub. Beim Nachweis des Zeitpunkts des Dahinfallens von Unfallfolgen handelt es sich um einen hypothetischen Zustand, der sich - wie gesagt - häufig nur anhand der medizinischen Erfahrung bestimmen lässt. Die medizinische Erfahrung bezieht sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. In diesem Sinne ist die Bezugnahme auf medizinische Erfahrungssätze dann ungenügend, wenn im konkreten Fall Anhaltspunkte dafür vorliegen,

dass diese nicht zutreffen. Eine Kontusion respektive Weichteilverletzung, die - wie im vorliegenden Fall - nicht von einer strukturellen Läsion begleitet ist, heilt nach der medizinischen Erfahrung auch ohne spezifische Behandlung innert kurzer Zeit ab und die damit verbundenen Beschwerden bilden sich demzufolge gänzlich zurück (Debrunner, a.a.O., S. 412). Die Schlussfolgerung in den kreisärztlichen Beurteilungen, der Status quo sine vel ante sei im vorliegenden Fall spätestens Ende August 2017, d.h. also nach rund zwei Monaten, erreicht gewesen, überzeugt. Sie findet in der Erfahrungsmedizin eine Stütze und es ergeben sich auch aus der medizinischen Aktenlage keine Hinweise, welche Anlass bieten würden, von dieser Einschätzung abzuweichen. Laut Arztzeugnis UVG vom 11. September 2017 begab sich die Beschwerdeführerin erstmals rund drei Wochen nach dem Unfallereignis in ärztliche Behandlung. Eine medizinische Echtzeitdokumentation mit einer klinischen Befundung fehlt (Suva-act. III/7) und eine Arbeitsunfähigkeit bestand erst ab 4. September 2017 (vgl. Suva-act. III/1, III/12). Vor diesem Hintergrund ist von einem Regelfall auszugehen. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 22. März 2018 (Suva-act. III/53), mit welchem die Beschwerdegegnerin für die Schulterproblematik rechts ihre Leistungen per 31. August 2017 eingestellt und eine weitergehende Leistungspflicht abgelehnt hat, ist damit nicht zu beanstanden. Streitig und zu prüfen ist sodann die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin in Bezug auf die aktenkundige Knieproblematik rechts. So macht die Beschwerdeführerin geltend, sie habe sich beim Unfall vom 8. Juni 2017 neben der Schulterverletzung rechts auch eine Knieverletzung rechts zugezogen. Es ist offensichtlich, dass in der Regel nur ein vom Unfall betroffener Körperteil eine unfallbedingte Verletzung mit nachfolgenden Beschwerden zeitigen kann. Zu prüfen ist somit insbesondere der Unfallmechanismus bzw. ob respektive inwieweit beim Versuch der Beschwerdeführerin, aus der Badewanne auszusteigen, auch das rechte Knie tangiert worden ist. Die Beschwerdeführerin machte am 5. Oktober 2017 gegenüber der Beschwerdegegnerin folgende Schilderung: "Da ich ja bereits am rechten Fuss Schmerzen hatte, habe ich diesen beim Versuch, aufzustehen, wohl auch nicht voll belastet und habe mir beim Abrutschen zurück in die Badewanne, zusätzlich das rechte Knie verdreht. Sprich Unterschenkel glitt nach innen (wie im Schneidersitz) und dabei habe ich einen Knacks im rechten Knie verspürt, ein Knacken wie wenn man sich im Alltag bückt, respektive in die Knie geht" (Suva-act. III/16). Allerdings vermag die alleinige Schilderung eines konkreten Sachverhalts noch keinen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen einer Knieproblematik und einem an sich erlittenen Unfall zu begründen. Eine Verletzung führt regelmässig zu Schmerzen, welche unmittelbar im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah wahrgenommen und im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung beschrieben und diagnostiziert werden. Die Anforderungen an den Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs im Grad der Wahrscheinlichkeit sind strenger, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Eintritt bzw. der Objektivierung einer Schädigung ist (Urteil des Bundesgerichts vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 2.2). Dieser Grundsatz ist insbesondere in denjenigen Fällen zu beachten, in welchen nach einer längeren Latenzzeit radiologisch nur Befunde erhoben werden konnten, welche keiner eindeutigen frischen Verletzung wie einer Fraktur oder ligamentären Ruptur entsprechen, sondern verschiedene Ursachen - traumatische, degenerative oder krankhafte - haben können (vgl. nachfolgende Erwägung 5.3.2). Angesichts des Gesagten bilden also im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung die Unfalldiagnose bzw. die rechtzeitig erhobenen Befunde, die subjektiv geltend gemachten Beschwerden und folgerichtig der zeitliche Ablauf entscheidende Kriterien für die

Beurteilung der Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung. Gerade diese lassen jedoch im konkreten Fall massgebende Zweifel an einer Unfalleinwirkung auf das rechte Knie am 8. Juni 2017 aufkommen. Dr. I. ___ nahm in seiner ärztlichen Beurteilung vom 17. März 2018 (Suva-act. III/52) die vorgenannten Kriterien auf. Er wies in Übereinstimmung mit der Darstellung der Beschwerdeführerin vom 5. Oktober 2017 bzw. in Anbetracht der weiteren Akten auf die Tatsache hin, dass das Kniegelenk nicht angeschwollen sei (Suva-act. III/16) und im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 8. Juni 2017 auch keine weiteren Abklärungen in Bezug auf das rechte Kniegelenk erfolgt seien. Laut Arzzeugnis UVG vom 11. September 2017 gab die Beschwerdeführerin anlässlich der Erstbehandlung vom 30. Juni 2017 einzig Schmerzen im Bereich der rechten Schulter an (Suva-act. III/7). Auch laut Schadenmeldung UVG der Kantonalen Arbeitslosenkasse vom 5. September 2017 erlitt diese beim Unfall vom 8. Juni 2017 nur eine Verletzung an der rechten Schulter. Das rechte Knie wurde als betroffener Körperteil nicht genannt (Suva-act. III/1). Erstmals Erwähnung fanden die Kniebeschwerden im Konsultationsbericht von Dr. E. ___ vom 4. September 2017. Darin wurde ausgeführt, dass die Vorstellung der Beschwerdeführerin am selben Tag wegen Schulter- und Kniebeschwerden erfolgt sei. Dabei fällt auf, dass anamnestisch im Bericht nicht der Unfall vom 8. Juni 2017, sondern - wenn auch mit anderem Datum - offensichtlich der Fahrradunfall vom 16. Mai 2017 beschrieben wurde. Dr. E. ___ erhob als Befunde Druckdolenzen über dem medialen Femorotibialgelenk mit entsprechend auch provozierbaren Meniskuszeichen sowie eine diskrete Druckdolenz postero-medial im Bereich der Baker Zysten-Lokalisation und diagnostizierte den Verdacht auf eine Innenmeniskusläsion mit symptomatischer Baker Zyste Knie rechts mit/bei Status nach dreimaliger Kniegelenksarthroskopie 2006 und Status nach Distorsionstrauma vom 24. Mai 2017 (Suva-act. III/6). Im konkreten Fall besteht mithin zwischen Unfallereignis und erstmaliger Dokumentation von Kniegelenksbeschwerden rechts eine dreimonatige Latenzzeit, welche eine Unfalleinwirkung auf das rechte Knie nicht überwiegend wahrscheinlich erscheinen lässt. Für eine frühere Beschwerdesymptomatik liegt einzig die subjektive Angabe der Beschwerdeführerin vor, welche dem Wahrscheinlichkeitsbeweis indessen nicht zu genügen vermag. Auch ihr beschwerdeweise vorgebrachter Einwand - sie habe im Zeitpunkt des Unfalls vom 8. Juni 2017 eine hohe Dosis ärztlich verschriebener Schmerzmittel eingenommen, was eine falsche Wahrnehmung verursacht und auch entzündungshemmend gewirkt habe und einen normalen Verlauf der Unfallfolgen bzw. Schmerzen verhindert habe (act. G 1) - vermag dem vorgängig dargelegten zeitlichen Ablauf nichts anzuhaben. Eine bei der Beschwerdeführerin infolge der Konsultation bei Dr. E. ___ am 6. September 2017 durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks hat sodann eine Chondromalacia patellae, einen drittgradigen Knorpeldefekt am medialen Femurkondylus mit angrenzend fraglich diskreter Auffaserung des freien Randes des Innenmeniskushorns, jedoch keine signifikante Meniskusruptur zur Darstellung gebracht (Suva-act. II/16). Weiter ist im konkreten Fall im Bereich des rechten Kniegelenks ein Vorzustand nach dreimaliger Kniearthroskopie nach Knieverletzung aktenkundig (Suva-act. III/16). Dazu passen die am 6. September 2017 erhobenen umfassenden Knorpelschäden (vgl. Suva-act. II/16) und vor allem auch der ausgeprägte Schweregrad des Knorpeldefekts am medialen Femurkondylus, der sich kaum innerhalb dreier Monate nach dem Unfall vom 8. Juni 2017 bis zur MRI-Untersuchung hätte bilden können. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der vorliegenden Akten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als erstellt gelten kann, dass es sich bei der Kniegelenksproblematik rechts um eine kausale Folge des Unfallereignisses vom 8. Juni

2017 handelt. Demgemäss besteht kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf diesbezügliche Leistungen der Beschwerdegegnerin. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Entsprechend dem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin auch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.