

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/46 vom 14. November 2019**

Sg Versicherungsgericht, 2019-11-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2018\\_46](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2018_46)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/46 du 14 novembre 2019

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/46 del 14 novembre 2019

## **Regeste**

Art. 6 UVG: Verneinung unfallkausaler struktureller bzw. schlecht verheilte struktureller Läsionen. Anerkennung vorübergehender Unfallläsionen infolge Kontusion und Distorsion. Erreichen des Status quo sine vel ante per Leistungseinstellungsdatum. Beweislosigkeit hinsichtlich psychischer Unfallfolgen. Selbst bei Annahme einer natürlich kausalen psychischen Problematik Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. November 2019, UV 2018/46).

## **Volltext**

Entscheid vom 14. November 2019 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiber Markus Jakob Geschäftsnr. UV 2018/46 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergnana, Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) war als Maschinenoperateurin bei der B.\_\_\_\_ bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als die Arbeitgeberin der Suva am 20. Juni 2017 einen Unfall meldete. Die Versicherte habe am 19. Juni 2017 eine Störung an einer Maschine beheben wollen und sich dabei die Finger eingeklemmt (Suva-act. 1). Die Erstbehandlung erfolgte gleichentags im Krankenhaus C.\_\_\_\_ in D.\_\_\_\_, wo die behandelnde Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ nach einer Röntgenuntersuchung eine Quetschung der rechten Hand diagnostizierte und der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigte (Suva-act. 2, 24). Mit Schreiben vom 22. Juni 2017 sicherte die Suva der Versicherten für den Unfall vom 19. Juni 2017 die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu (Suva-act. 7). Am 21. Juni 2017 führte Dr. med. F.\_\_\_\_, ebenfalls behandelnder Arzt im Krankenhaus C.\_\_\_\_, und am 26. Juni 2017 Dr. E.\_\_\_\_ bei der Versicherten Verlaufskontrollen durch und bescheinigten jeweils eine Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit. Wegen anhaltender leichter Kribbelparästhesien in den Fingern, dem Gefühl, keine Kraft zu haben, sowie ausstrahlenden Schmerzen im Bereich des linken Arms, empfahl Dr. E.\_\_\_\_ bei anhaltenden Beschwerden eine neurologische Vorstellung. Die Versicherte wollte jedoch noch zuwarten (Suva-act. 9 f., 14 f., 24). Anlässlich einer Kontrolluntersuchung im Krankenhaus C.\_\_\_\_ durch Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2017 schilderte die Versicherte immer noch Kribbelparästhesien im Finger und zudem ein Ziehen im gesamten Arm bis zur Schulter. Dr. G.\_\_\_\_ betrachtete dieses möglicherweise von der HWS herkommend und stellte der Versicherten eine Überweisung zum Neurologen zur Abklärung der Kribbelparästhesien

mittels EMG aus (Suva-act. 24). Am 25. Juli 2017 wurde die Versicherte durch Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, untersucht, der die motorische Funktionsfähigkeit des Nervus medianus im Bereich des rechten Handgelenks sowie die sensorische Funktionsfähigkeit des Nervus medianus im Bereich der Dig II und IV überprüfte. Dr. H.\_\_\_\_ erhob als Befunde Missempfindungen der rechten Hand, ein Taubheitsgefühl des rechten Ringfingers, eine leichte Zervikobrachialgie rechts, jedoch kein radikuläres Ausfallsyndrom. Als Diagnosen hielt er einen Arbeitsunfall am 19. Juni 2017 mit Quetschung der rechten Hand, seitdem eine Zervikobrachialgie rechts und kein Karpaltunnelsyndrom fest. Er empfahl eine konservative Therapie, Ruhe und Schonung (Suva-act. 33). Am 27. Juli 2017 stellte Dr. H.\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeitsbestätigung vom 31. Juli bis 31. August 2017 und am 29. August 2017 eine solche vom 1. bis 30. September 2017 aus (Suva-act. 19, 26). Im ärztlichen Zwischenbericht vom 29. August 2017 vermerkte Dr. H.\_\_\_\_ Schmerzen im Bereich der HWS und der rechten Hand, hielt fest, dass sich die Versicherte in der Physiotherapie und Behandlung bei ihrem Hausarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin, Additivfacharzt für Geriatrie und Gerontologie, befinde (vgl. dazu auch Suva-act. 17) und verlängerte die Arbeitsunfähigkeit nochmals um vier Wochen (Suva-act. 31, vgl. dazu Suva-act. 26). Die auf Zuweisung von Dr. H.\_\_\_\_ bei der Versicherten am 30. August 2017 im MR Institut C.\_\_\_\_ von Dr. med. J.\_\_\_\_ durchgeführte MRT-Untersuchung der HWS zeigte eine Streckhaltung mit diskreter Chondrose C2 bis C4 ausgeprägter als C4 bis C6 in Form von Wasserverlust, ansonsten jedoch normale Befunde (Suva-act. 29). Am 10. Oktober 2017 holte die Suva bei Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine versicherungsmedizinische Beurteilung ein, wobei sie vermerkte, der Hausarzt habe noch angegeben, dass die Versicherte versucht hätte, die Hand zu lösen und es sie hierbei "verrissen" habe. Seither leide sie unter einer Zervikobrachialgie rechtsseitig, Schulterschmerzen, Gefühlsstörungen der rechten Hand, betont des rechten Ringfingers (Suva-act. 34). Nachdem Dr. K.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 10. Oktober 2017 die noch beklagte Beschwerdesymptomatik im Bereich des Nackens bzw. der HWS bei Ausschluss unfallbedingter struktureller Verletzungen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht mehr im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 19. Juni 2017 gesehen hatte und angesichts der klinischen Befunde auch bezüglich der Hand von einer vollständigen unfallbedingten Arbeitsfähigkeit spätestens drei Monate nach dem Unfall, also ab 20. September 2017, ausgegangen war (Suva-act. 34), eröffnete die Suva der Versicherten mit Verfügung vom 2. November 2017, dass der Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden habe, wieder erreicht sei. Entgegenkommenderweise würde sie noch Versicherungsleistungen bis 12. November 2017 ausrichten. Die weiter andauernde Arbeitsunfähigkeit und medizinische Behandlung gingen alsdann zu Lasten der Krankenversicherung (Suva-act. 38). Am 16. Oktober 2017 hatte Dr. I.\_\_\_\_ der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit bis 16. November 2017 bestätigt (Suva-act. 37). Gegen die Verfügung vom 2. November 2017 liess der Versicherte durch Dr. I.\_\_\_\_ mit Eingabe vom 12. November 2017 Einsprache erheben (Suva-act. 40; die Versicherte hat das Dokument mitunterzeichnet). Am 15. Dezember 2017 bescheinigte Dr. I.\_\_\_\_ der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit bis 31. Januar 2018 (Suva-act. 41). Auf hausärztliche Zuweisung und bei den Indikationen anhaltende Omalgie rechts, Elevationsdefizit, Rotatorenmanschettenläsion führte Dr. med. L.\_\_\_\_, MR Institut C.\_\_\_\_, bei der Versicherten am 22. Dezember 2017 eine MRT-Untersuchung der rechten Schulter durch. Diese zeigte eine tendinopathisch veränderte Supraspinatussehne mit feinem, 1 mm breitem Einriss,

welcher 1 cm vom Ansatz entfernt oberflächlich und gelenksseitig gelegen sei, eine Ansatzentendinopathie der Infra- und Subscapularissehne ohne Ruptur, eine normale übrige Rotatorenmanschette, eine initiale Omarthrose und AC-Gelenksarthrose sowie eine Bursitis subacromialis/subdeltoïdalis (Suva-act. 42). Mit Schreiben vom 24. Oktober 2017 kündigte die B.\_\_\_\_ GmbH & Co. KG das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten per 31. Dezember 2017 (Suva-act. 51). Am 15. Februar 2018 äusserte sich die Versicherte nochmals mündlich gegenüber der Suva (Suva-act. 45). Am 7. März 2018 wurde das Schadendossier erneut für eine versicherungsmedizinische Beurteilung Dr. K.\_\_\_\_ vorgelegt (Suva-act. 56). Dieser verfasste seine Beurteilung am 7. März 2018 (Suva-act. 57). Gestützt darauf wies die Suva die Einsprache vom 12. November 2017 gegen die Verfügung vom 2. November 2017 mit Einspracheentscheid vom 9. Mai 2018 ab (Suva-act. 70). Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) mit Eingabe vom 22. Mai 2018 Beschwerde bei der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin; act. G1). Die Beschwerde wurde zuständigkeitshalber an das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen überwiesen (Eingang am 21. Juni 2018; act. G0). Die Beschwerdeführerin lässt sinngemäss beantragen, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, aufgrund des Unfalls vom 19. Juni 2017 weiterhin Leistungen zu erbringen (act. G1). Sie reichte ausserdem einen Bericht über eine am 20. Februar 2018 im MR Institut C.\_\_\_\_ durch Dr. med. M.\_\_\_\_, durchgeführte MRT-Untersuchung des Plexus, sowie einen Befundbericht samt Befundergebnis von Dr. H.\_\_\_\_ vom 15. März 2018 ein (act. G1). Mit Beschwerdeantwort vom 10. September 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei (act. G5). Die Beschwerdeführerin hat auf die Einreichung einer Replik innert angesetzter verzichtet (act. G11). Mit Schreiben vom 28. Februar, 1. März 2019 und 16. April 2019 reichte die Beschwerdeführerin weitere Eingaben mit Unterlagen ein (act. G12, G12.1 ff., G14, G14.1 ff.). Diese wurden der Beschwerdegegnerin zur Kenntnis und allfälligen Stellungnahme zugestellt (act. G13, G15). Mit Schreiben vom 14. Mai 2019 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag gemäss Beschwerdeantwort fest, und erklärte, es bleibe auch mit den neu aufgelegten Akten der Beschwerdeführerin unverändert dabei, dass in Bezug auf die Unfallfolgen (unkomplizierte Quetschverletzung der rechten Hand sowie leichte Distorsion der HWS und rechten Schulter) der Status quo ante/sine spätestens drei bis vier Monate nach dem Unfall erreicht gewesen sei (act. G16). Mit Schreiben vom 9. Juni 2019 wandte die Beschwerdeführerin ein, dass sich nie jemand den Unfallort angesehen habe und damit niemand wisse, in welcher Maschine sie eingeklemmt worden sei (act. G18). Mit Schreiben vom 3. September 2019 teilte Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedernana, St. Gallen, dem Versicherungsgericht die rechtliche Interessenwahrung der Beschwerdeführerin mit (act. G20). Am 23. September 2019 reichte Rechtsanwalt Pedernana eine Beschwerdeergänzung mit den Anträgen ein, die Verfügung vom 2. November 2017 sei aufzuheben und die Sache für weitere medizinische Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventualiter sei die Beschwerdeführerin für eine Begutachtung aufzubieten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G22). Mit Eingabe vom 21. Oktober 2019 nahm die Beschwerdegegnerin zur Beschwerdeergänzung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin Stellung (act. G24) und brachte insbesondere vor, dass auf die Beschwerde aus formell-rechtlichen Gründen insofern nicht eingetreten werden könne, als in der Beschwerdeergänzung neu nur und ausschliesslich die Aufhebung der Verfügung vom 2. November 2017 beantragt worden sei, Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Prozesses hingegen ausschliesslich der Einspracheentscheid vom 9. Mai 2018 sei. Am 23.

Oktober 2019 nahm der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein weiteres Mal zum Schadenfall Stellung (act. G26) und reichte zudem eine Bestätigung des behandelnden Arztes Dr. I.\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2019 unter anderem für die fortbestehende Arbeitsunfähigkeit ein (act. G26.1). Mit Schreiben vom 30. Oktober 2019 korrigierte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin sein Rechtsbegehren folgendermassen: "1. Der Einspracheentscheid vom 9. Mai sei aufzuheben und die Sache für weitere medizinische Abklärungen an die Suva zurückzuweisen. 2. eventualiter: Die Beschwerdeführerin sei für eine Begutachtung aufzubieten. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin." (act. G28). Erwägungen Formellrechtlich ist zunächst festzuhalten, dass dem Antrag der Beschwerdegegnerin in ihrer Eingabe vom 21. Oktober 2019 (act. G24) - es sei auf die Beschwerde der Beschwerdeführerin deshalb nicht einzutreten, weil deren Rechtsvertreter in der Beschwerdeergänzung vom 23. September 2019 (act. G22) neu und ausschliesslich die Aufhebung der Verfügung vom 2. November 2017 beantragt habe - nicht gefolgt werden kann. Zwar ist ihr darin zuzustimmen, dass Anfechtungsgegenstand im vorliegenden Beschwerdeverfahren der Einspracheentscheid vom 19. Mai 2018 (Suva-act. 70) bildet, welcher an die Stelle der Verfügung vom 2. November 2017 (Suva-act. 38) getreten ist. Entsprechend kann Beschwerde auch nur gegen den Einspracheentscheid erhoben werden (vgl. Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 69 N 21, § 75 N 15; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 52 N 60, Art. 56 N 12). Nachdem jedoch die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 22. Mai 2018 sinngemäss richtig die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 19. Mai 2018 beantragt hatte (act. G1), kann unbesehen des Antrags in der Beschwerdeergänzung auf diesen ursprünglichen Antrag abgestellt werden. Eine gegenteilige Beurteilung wäre überspitzt formalistisch, zumal es sich bei der Eingabe des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin um eine Beschwerdeergänzung und offensichtlich um eine irrtümliche Nennung der Verfügung anstelle des Einspracheentscheids gehandelt hat. So hat er das Rechtsbegehren mit Schreiben vom 30. Oktober 2019 dahingehend korrigiert, dass er die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 9. Mai 2018 verlangt (act. G28). Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 19. Juni 2017 und erbrachte Heilkosten- und Taggeldleistungen. Streitig und zu prüfen ist, ob sie ihre Leistungen zu Recht per 12. November 2017 eingestellt hat. Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. 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 regelmässig 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; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58). Bei physischen Unfallfolgen spielt

indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen deckt (BGE 134 V 111 E. 2, 127 V 103 E.5b/bb, 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 Nr. 14 S. 45; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 58 f.). Das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit einer Unfallkausalität genügt nicht (Locher/ Gächter, a.a.O., § 70 N. 58 f.). Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt für einen Leistungsanspruch nicht (Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N. 58 f.). 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 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 351, E. 3a mit Hinweis). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 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 Europäischen Menschenrechtskommission (EMRK; SR 0.101) geben keinen formellen Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen 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 eines Berichts oder Gutachtens eines versicherungsinternen Arztes, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C\_592/2012, E.5.3; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008, 8C\_510/2007, E. 7.5.4). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass auch reine Aktenbeurteilungen, wie sie vorliegend von Dr. K. \_\_\_ erstellt wurden (Suva-act. 34, 57), beweiskräftig sein können, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden

medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung einer versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C\_196/2014, E. 5.1.1). Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formellrechtlichen Gründe gegen den Einbezug der ärztlichen Aktenbeurteilungen von Dr. K.\_\_\_\_ (Suva-act. 34, 57). Ob letztlich auf diese abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiell-rechtlichen Beurteilung und Beweiswürdigung zu prüfen. Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Beim Nachweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens handelt es sich um eine leistungsaufhebende Tatfrage. Die entsprechende Beweislast liegt hier - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang überhaupt je gegeben war - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen; Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 4, 79). Dieser Grundsatz gilt aber nur für Verletzungen, welche damals thematisiert worden waren und somit Gegenstand der Anerkennung bildeten (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2009, 8C\_363/2009, E. 1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 27. April 2005, U 6/05, auszugsweise publiziert in: AJP 2006 S. 1290 ff.). Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift indessen erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmens des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 222 E. 6 mit Hinweisen; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4, 55). Die Beschwerdeführerin leidet seit dem Unfallereignis vom 19. Juni 2017 über den Leistungseinstellungszeitpunkt (12. November 2017) hinaus unter rechtsseitigen Nacken-, Schulter-, Arm- und Brustschmerzen sowie unter Schmerzen und Gefühlsstörungen in der rechten Hand, insbesondere im Bereich des Ringfingers, also auch unter Beschwerden, für die eine traumatische Schädigung oder Erkrankung des peripheren Nervensystems als Ursache in Frage kommen (Suva-act. 33, 40, 45, act. G1). Im konkreten Fall ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 19. Juni 2017 eine Quetschverletzung der rechten Hand zufolge Einklemmens in einer Maschine erlitten hatte (Suva-act. 1, 24, 33, act. G12.1, G12.1.1). Anerkannt ist sodann, dass die Beschwerdeführerin versucht hatte, die Hand aus der Maschine zu lösen bzw. sich gegen den Druck der Maschine zu wehren, indem sie mit dem Körper dagegen gedrückt hatte und es dadurch zu einem "Verreissen" des rechten Arms, der rechten Schulter und der HWS gekommen war (Suva-act. 33, 57-3, act. G1). Beim Unfall vom 19. Juni 2017 hat mithin in Bezug auf verschiedene Körperteile der Beschwerdeführerin eine schädigende Einwirkung stattgefunden, hinsichtlich welcher es zu prüfen gilt, ob sie über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinaus die gesundheitlichen

Störungen der Beschwerdeführerin und mithin einen weitergehenden Anspruch auf Versicherungsleistungen der Unfallversicherung begründen können. Angesichts der Ausführungen in Erwägung 3.4 trägt die Beschwerdegegnerin die Beweislast für den Nachweis des Dahinfallens der Folgen der Quetschverletzung der Finger II bis IV, der Verletzung des rechten Arms, der rechten Schulter und der HWS. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Unfallrestfolgen werden grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Als objektiviert gilt eine unfallkausale somatische Läsion, wenn sie durch einen entsprechenden bildgebenden (radiologischen) oder - zur Diagnostik von Störungen des Nervensystems - elektrophysiologischen Untersuchungsbefund zur Darstellung gebracht bzw. bestätigt wird (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; 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]). Die Beschwerdeführerin wurde hinsichtlich ihrer Beschwerdesymptomatik umfassend und wiederholt spezifisch untersucht. Dr. K. \_\_\_ kommt in seiner ärztlichen Beurteilung vom 7. März 2018 zum Schluss, dass es durch das am 19. Juni 2017 erlittene Unfallereignis zu einer leichten Quetschung der Finger II bis IV mit Weichteilschwellung und einer reversiblen Nervenirritation der Fingernerven II bis IV sowie zu einer leichten Distorsion der HWS gekommen sei, strukturelle Schäden hingegen unfallbedingt weder im Bereich der HWS, des rechten Schultergelenks noch der rechten Hand entstanden seien (Suva-act. 57-3). Bei der Würdigung seiner Beurteilung fällt auf, dass sie auf einer - abgesehen von der Beschwerdeführerin bzw. ihres Rechtsvertreters erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Unterlagen - umfassenden Aktenkenntnis beruht und das gesamte Leidenbild der Beschwerdeführerin berücksichtigt. Weder aus den von Dr. K. \_\_\_ berücksichtigten noch aus den von der Beschwerdeführerin und ihrem Rechtsvertreter eingereichten weiteren medizinischen Untersuchungsberichten ergeben sich objektive Gesichtspunkte, welche geeignet wären, die Schlussfolgerung von Dr. K. \_\_\_ in Zweifel zu ziehen und nicht als überzeugend zu bezeichnen. Im Rahmen der Erstbehandlung am 19. Juni 2017 im Krankenhaus C. \_\_\_ hat Dr. E. \_\_\_ in Bezug auf die in der Maschine eingequetschte rechte Hand als klinische Befunde eine leichte Schwellung der Finger II bis IV, eine beschwerdefreie Mittelhand, einen kompletten Faustschluss sowie eine komplette Streckung der Finger, jedoch Kribbelparästhesien in den Fingern II bis IV, vor allem im Bereich des Zeigefingers, hier berührungsempfindlich, erhoben (Suva-act. 24). Durch eine Röntgenuntersuchung konnte jedoch eine knöcherne Verletzung ausgeschlossen werden (Suva-act. 24). Dr. K. \_\_\_ weist sodann in seiner ärztlichen Beurteilung vom 7. März 2018 zutreffend darauf hin, dass die Missempfindungen laut dem Bericht von Dr. E. \_\_\_ über die Verlaufsuntersuchung vom 26. Juni 2017 innerhalb von zehn Tagen einen deutlichen Rückgang gezeigt hätten und klinisch keine auffälligen Befunde erhebbar gewesen seien. So hätten eine intakte Durchblutung, ein uneingeschränkter Faustschluss sowie eine uneingeschränkte Fingerbeweglichkeit, keine Schwellung und keine Hämatomverfärbung festgestellt werden können (Suva-act. 57-3, vgl. auch Suva-act. 24). Wegen der anhaltenden Missempfindungen und Taubheitsgefühle in der rechten Hand, insbesondere im Bereich des rechten Ringfingers, wurde die Beschwerdeführerin jedoch am 25. Juli 2017 elektrophysiologisch durch Dr. H. \_\_\_ untersucht. Konkret prüfte der Neurologe den sensorischen Funktionszustand des Medianusnervs beidseitig sowie den motorischen Funktionszustand des Medianusnervs rechtsseitig. Dr. H. \_\_\_ sprach in seinem am selben Tag verfassten neurologischen Arztbrief von einem fehlenden Befund für einen radikulären Ausfall und stellte insbesondere kein Karpaltunnelsyndrom fest (Suva-act. 33).

Am 15. März 2018 führte Dr. H.\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin erneut eine elektrophysiologische Untersuchung im Bereich des Medianusnervs durch. Die Befunde zeigten sich unverändert ohne Auffälligkeiten (act. G1). Übereinstimmend fanden sich schliesslich auch bei der am 9. August 2018 durch Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, durchgeführten sonographischen Untersuchung beider Handgelenke keine sicheren Hinweise auf ein Karpaltunnelsyndrom (act. G3.1). Eine röntgenologische Untersuchung vom 9. August 2018 brachte einzig eine zystische Aufhellung, in Projektion auf das Os Trapezium rechtsseitig, zur Darstellung. Eine Knochenzyste kann zwar sekundär als Folge einer primären Knochenfraktur auftreten, doch konnte eine solche am Unfalltag röntgenologisch ausgeschlossen werden (Suva-act. 24), womit ihre sekundäre Entwicklung selbstredend ausser Betracht fällt. Ansonsten zeigten sich die Röntgenbilder vom 9. August 2018 unauffällig, d.h. ohne knöchernen Befund, ohne Arthrosezeichen und ohne entzündliche Erosionen (act. G3.1). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass - wie von Dr. K.\_\_\_\_ bereits vor der letzten elektrophysiologischen Untersuchung überzeugend dargelegt - sowohl klinisch, aber insbesondere auch bildgebend/apparativ keine Hinweise auf eine unfallkausale (posttraumatische) Nervenverletzung oder ossäre Verletzung bestehen, welche einen organischen Dauerschaden erfassen würden, aufgrund dessen die von der Beschwerdeführerin fortdauernd geklagten Hand(-gelenks)beschwerden nach Massgabe der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf eine beim Unfallereignis vom 19. Juni 2017 erlittene strukturelle Läsion zurückgeführt werden könnten. Anlässlich seiner Untersuchung vom 25. Juli 2017 stellte Dr. H.\_\_\_\_ sodann die Diagnose Zervikalbrachialgie, bei welcher Schmerzen im Bereich der HWS, der Schulter, am Oberarm und an der Hand bestünden, welche die Beschwerdeführerin - wie gesagt - im Zeitpunkt der Leistungseinstellung aufgewiesen habe (Suva-act. 33). Eine Diagnose mit dem Wortteil -algie beschreibt für sich allein nur einen Schmerz bzw. Schmerzzustand im konkret genannten Körperbereich (vgl. Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 46, Klinisches Wörterbuch). Gerade die Ursachen von Nacken- und Schulterschmerzen sind vielfältig. Die Ursache muss in keiner Weise ein Unfallereignis sein. Die genannten Beschwerden vermögen sich zudem wechselseitig zu beeinflussen bzw. gegenseitig zu unterhalten, weshalb sie erfahrungsgemäss auch häufig zusammen beschrieben werden (Zervikobrachialsyndrom: Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 1972; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1286; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 799 f.). Eine MRT-Untersuchung der HWS vom 30. August 2017 durch Dr. J.\_\_\_\_ ergab eine Streckfehlhaltung der HWS mit diskreter Chondrose C2 bis C4, ausgeprägter C4 bis C6 in Form von Wasserverlust. Ansonsten zeigte das Kernspintomogramm normale Verhältnisse (Suva-act. 29). Wie von Dr. K.\_\_\_\_ in seinen Beurteilungen vom 10. Oktober 2017 (Suva-act. 34) und 7. März 2018 (Suva-act. 57) überzeugend festgestellt, können mit dem vorgenannten Untersuchungsergebnis organisch-strukturelle Unfallfolgen im Bereich der HWS ausgeschlossen werden (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 848 ff.; Roche Lexikon, a.a.O., S. 326; Psyhyrembel, a.a.O., S. 330; zur Streckfehlhaltung vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C\_124/2008, E. 6 mit vielen Hinweisen, und 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 und 3.3). Am 9. August 2018 führte Dr. N.\_\_\_\_ eine röntgenologische Untersuchung der HWS durch, welche die unfallfremde Streckfehlhaltung bestätigte. Im Untersuchungsbericht wird zudem eine vollständige Blockierung der gesamten HWS, sowohl in Reklination als auch in Inklination (act. G3.1), erwähnt, welche sich am Unfalltag noch nicht hatte nachweisen lassen. Eine solche ist für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisebare Unfallfolge zu betrachten. Im Weiteren kann sie

unterschiedliche Auslöser haben, muss also nicht traumatisch verursacht worden sein (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 860; Urteile des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C\_124/2008, E. 6 mit vielen Hinweisen, und 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3. und 3.3). Am 14. Februar 2019 folgte eine weitere röntgenologische Untersuchung durch Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie. Als Befunde hielt dieser zusätzlich eine diskrete Anterolisthese von HWK 3 gegenüber HWK 4 und diskret auch gegenüber HWK 5 sowie eine leichte Retrolisthese von HWK 2 gegenüber HWK 3 und HWK 3 gegenüber HWK 4 fest. Zwischen HWK 2 und HWK 3, HWK 3 und HWK 4 sowie HWK 4 und HWK 5 bilde sich eine Stufe im Sinne einer Instabilität (act. G14.2). Die Anterolisthese, Retrolisthese sowie Instabilität werden im Zusammenhang mit der unfallfremden eingeschränkten Reklination und Inklinatation erwähnt. So gelten auch die Anterolisthese (= Spondylolisthesis) sowie die Retrolisthese ausdrücklich als Wirbelverschiebungen degenerativer Art und auch die Instabilität entsteht vorrangig im Rahmen eines degenerativen Prozesses und vermag nur selten als unfallkausaler Gesundheitsschaden sekundär, d.h. als Folge einer primären Verletzung (insbesondere einer Wirbelfraktur, an welcher es im konkreten Fall fehlt) aufzutreten (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 777, 843, 847, 852 f.; Leitlinie der Orthopädie, a.a.O., S. 191; Pschyrembel, a.a.O., S. 1700 f. zu „Spondylolisthesis“). Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass sich bei der Beschwerdeführerin auch keine unfallbedingte strukturelle Läsion der HWS feststellen liess, welche mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit die fortdauernd geklagte Beschwerdesymptomatik im Bereich der HWS mit Ausstrahlung in die Schulter verursachen könnte. Zu prüfen ist weiter, ob sich die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 19. Juni 2017 eine Schulterverletzung rechts zugezogen hat. In einer von Dr. L.\_\_\_\_ am 22. Dezember 2017 durchgeführten kernspintomographischen Untersuchung der rechten Schulter fanden sich keine unfallbedingten strukturellen Schäden des Schultergelenks, welche die als Indikation im Untersuchungsbericht angeführten Schulterschmerzen oder das Elevationsdefizit erklären könnten (Suva-act. 42). Die sich darstellende tendinopathische Signalerhöhung im Ansatzbereich der Supraspinatussehne mit feinem, 1mm breitem Einriss stellt laut überzeugender Beurteilung von Dr. K.\_\_\_\_ keine Unfallfolge dar, sondern sei ausschliesslich auf degenerative Veränderungen im Zusammenhang mit der ebenfalls beschriebenen tendinopathischen Verschleisserkrankung aller Rotatorenmanschettenansätze (auch der Infra- und Subscapularissehne) anzusehen (Suva-act. 57-3). Eine Tendinopathie stellt grundsätzlich ein krankheitsbedingtes Leiden bzw. eine degenerative Veränderung dar, welche höchstens sekundär, d.h. als Folge- oder Begleiterscheinung einer primären Verletzung, beispielsweise einer Fraktur oder Ruptur, auftritt (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 725; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1808; Pschyrembel, a.a.O., S. 1782). Eine Rotatorenmanschettenruptur wurde indes im MRT-Untersuchungsbericht befundmässig nicht erhoben. Dem im Zusammenhang mit der Tendinopathie erhobenen "Riss" kann keine Traumarelevanz beigemessen werden (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 628). Überzeugend ist sodann die Feststellung von Dr. K.\_\_\_\_, dass die mehrere Sehnen betreffende Tendinopathie durch ein einzelnes Unfallereignis nicht erklärt werden kann. Das rechte Schultergelenk der Beschwerdeführerin zeigte schliesslich weitere (degenerative) Affektionen (Omarthrose, AC-Arthrose, Bursitis [Debrunner, a.a.O., S. 579 ff.; Roche Lexikon, a.a.O., S. 134, 280, 1363; Pschyrembel, a.a.O., S. 152 f., 297 f., 1303 f.]), welche die Beurteilung von Dr. K.\_\_\_\_ insofern stützen als sich letztlich in der rechten Schulter der Beschwerdeführerin eine umfassende degenerative Problematik präsentierte. Weiter brachte schliesslich eine am 14. Februar 2019 durch Dr. O.\_\_\_\_ durchgeführte Röntgenuntersuchung

- mit den Befunden leichter Humeruskopfstand, kaum degenerative Veränderungen, keine frischen knöchernen Verletzungszeichen, kein Hinweis auf eine Tendinosis - keine Unfallläsion im Bereich der rechten Schulter hervor. Angesichts des Gesagten lässt sich somit auch kein Gesundheitsschaden im Bereich der rechten Schulter der Beschwerdeführerin erheben, der mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 19. Juni 2017 verursacht wurde. Anlässlich einer am 14. Februar 2018 durch Prim. Dr. M.\_\_\_\_, Landeskrankenhaus P.\_\_\_\_, bei der Beschwerdeführerin vorgenommenen MRT-Untersuchung des Plexus brachialis rechts zum Ausschluss einer Läsion desselben, konnte eine Schädigung nicht eindeutig zur Darstellung gebracht werden. Im Untersuchungsbericht wurde zwar eine fragliche Verdickung des Nervenganglions C7 und C8 rechts im Neuroforamen als mögliche Traktionsfolge genannt (act. G1). Mit den vagen Formulierungen "fraglich" und "möglich" wird jedoch eine Unbestimmtheit hinsichtlich eines traumatischen Sachverhalts deutlich gemacht bzw. ein solcher nur im Sinn eines möglichen traumatischen Gesundheitsschadens ausgesprochen. Dies vermag dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht zu genügen (vgl. Erwägung 3.1). Der fehlende Nachweis einer überwiegend wahrscheinlichen Traktionsfolge wird auch dadurch offenkundig, dass Prim. Dr. M.\_\_\_\_ diesbezüglich ein ergänzendes MRT der HWS unter besonderer Berücksichtigung der C7 und C8 Wurzel rechts empfahl. Zwar zog er eine HWS-Läsion in Erwägung, doch hatte - wie in Erwägung 4.5 dargelegt - bereits im Rahmen der durch Dr. J.\_\_\_\_ am 30. August 2017 durchgeführten MRT-Untersuchung der HWS keine solche nachgewiesen werden können (Suva-act. 29). Schmerzen sind primär ein subjektives Phänomen. In Anbetracht der sich diesbezüglich naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten genügen die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Annahme struktureller Unfallrestfolgen nicht; vielmehr wird im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung - wie bereits erwähnt - verlangt, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend mit einer objektiv nachweisbaren Organpathologie erklärbar bzw. objektivierbar sind. Nach dem Gesagten steht fest, dass die Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anlässlich des Unfalls vom 19. Juni 2017 keine klar ausgewiesene neue, bleibende, allenfalls schlecht verheilte strukturelle Läsion im Bereich der HWS, der rechten Schulter, des rechten Arms, der rechten Hand oder der Brust erlitten hat, welche die überwiegend wahrscheinliche Annahme von Langzeitbeschwerden zulassen würde. Laut Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 19. Juni 2017 hatte die Beschwerdeführerin beim gleichentags erlittenen Unfall eine Quetschung der rechten Hand erlitten (Suva-act. 24). Wie bereits erwähnt, ist anerkannt, dass es beim Unfall zusätzlich zu einem "Verreißen" des rechten Arms, der rechten Schulter und der HWS gekommen ist (Suva-act. 33, 57-3, act. G1; vgl. Erwägung 4.1). Bei der Kontusion (= Quetschung) und Distorsion (= Zerrung) handelt es sich um Weichteilverletzungen ohne strukturelle Schädigung der Gelenke und Knochen, die jedoch in gewissen Fällen anhand klinischer Befunde (Hämatome, Schwellungen, Druckdolenz, Bewegungseinschränkungen, Sensibilitätsstörungen, Muskelverhärtungen) objektiviert werden können. Nach der medizinischen Erfahrung heilen Kontusionen und Distorsionen ohne spezifische Behandlung innert kurzer Zeit folgenlos aus und die mit ihr verbundenen Beschwerden bilden sich demzufolge gänzlich zurück (Debrunner, a.a.O., S. 412). Dieser medizinische Erfahrungssatz, der von Dr. K.\_\_\_\_ in seiner ärztlichen Beurteilung vom 7. März 2018 (Suva-act. 57-3) mit der Erklärung eines überwiegend wahrscheinlich nicht

mehr bestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 19. Juni 2017 und den fortdauernd von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden bzw. eines erreichten Status quo ante (Erreichen des Gesundheitszustandes, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat [Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54]) und von der Beschwerdegegnerin mit der Leistungseinstellung per 12. November 2017 angewendet worden ist (Suva-act. 38), darf im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden. Bei einer Kontusions- und Distorsionsverletzung wird in einer ersten Phase gestützt auf einen geeigneten Unfallmechanismus sowie auf klinische Befunde von einer schädigenden Einwirkung auf den Körper ausgegangen. Fortdauernde Beschwerden werden jedoch aufgrund der obgenannten medizinischen Erfahrungstatsache eben nicht mehr dem Unfall angelastet. Dass damit der Zeitpunkt der Leistungseinstellung ein Stück weit theoretisch bleibt, versteht sich aus der Sache selbst. Die im konkreten Fall angenommene dreimonatige Heilungsdauer erscheint angesichts des obgenannten Erfahrungssatzes plausibel und überzeugend. In Bezug auf die Kontusionsverletzung vermochte Dr. E. \_\_\_ anlässlich der Untersuchung vom 26. Juni 2017 einen deutlichen Rückgang der Missempfindungen und im Vergleich zum Unfalltag keine Schwellung und keine Hämatomverfärbung mehr festzustellen. Im Übrigen erhob sie eine intakte Durchblutung, einen uneingeschränkten Faustschluss und eine uneingeschränkte Fingerbeweglichkeit (Suva-act. 24). Eine Distorsion kann sich sodann durch verschiedenste Schweregrade auszeichnen, kann also durchaus auch nach einem geringfügigen Vorfall auftreten. Im konkreten Fall ist hinsichtlich des Schweregrads nichts bekannt. Die Annahme einer Distorsionsverletzung im Bereich des rechten Arms, der rechten Schulter und der HWS basiert auf der Unfallschilderung der Beschwerdeführerin, insbesondere in der Beschwerde vom 22. Mai 2018 (act. G1). Diese erscheint auch plausibel. Da nie eine strukturelle Verletzung dargetan wurde, sondern lediglich eine Distorsion stattgefunden hat, gibt es keine Fakten, welche gegen die Annahme einer Heilung derselben nach drei Monaten sprechen würden. Nachdem Dr. K. \_\_\_ vertretbar in seiner ärztlichen Beurteilung vom 7. März 2018 von einer Heilungsdauer von drei Monaten ausging (Suva-act. 57-3), erscheint eine Leistungseinstellung nach erst rund fünf Monaten (per 12. November 2017) - wie sie von der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vorgenommen wurde - nicht als verfrüht. Die Aussage von Dr. I. \_\_\_ in der Einsprache vom 12. November 2017 (Suva-act. 40) - die Beschwerden des Bewegungsapparates seien sehr wohl durch den Unfall ausgelöst worden und die Beschwerdeführerin sei auch heute noch zu 100% arbeitsunfähig aufgrund des Unfalls - vermag an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Die anfängliche Kausalität oder die Auslösung der Beschwerden durch den Unfall wird nicht in Abrede gestellt. Zur Frage des Status quo ante machte Dr. I. \_\_\_ indes keine deutliche Aussage. Überhaupt gibt der Hausarzt mit seiner Feststellung nur eine Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin wieder, lässt es aber an einer davon losgelösten objektiven ärztlichen Prüfung der geklagten bzw. präsentierten Leiden fehlen. Die alleinige Tatsache, dass die Beschwerdeführerin - wie von Dr. I. \_\_\_ am 21. Oktober 2019 bestätigt (act. G26.1) - vor dem Unfall vom 19. Juni 2017 nie gesundheitliche Probleme gehabt habe, die zu Arbeitsausfällen geführt hätten, weshalb die aktuell fortbestehende Arbeitsunfähigkeit dem Unfall anzulasten sei - reicht nicht aus, um von einer Unfallkausalität auszugehen (vgl. dazu die beweisrechtlich untaugliche Formel "post hoc ergo propter hoc" z.B. in: Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 Fn. 1205). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellung vorhanden sind, und somit auf die ärztliche

Beurteilung von Dr. K.\_\_\_\_ abgestellt werden kann und keine weiteren Abklärungen angezeigt sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C\_196/2014, E. 5.1.2). Der Nachweis für das Dahinfallen der Kausalität zwischen dem Unfall vom 19. Juni 2017 und den direkten Unfallfolgen im Bereich der rechten Hand, der HWS, der rechten Schulter und des rechten Arms auf den 12. November 2017 ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan und es ist davon auszugehen, dass fortdauernde Beschwerden auf unfallfremde Faktoren zurückzuführen sind. Die Einstellung der bisherigen Leistungen auf dieses Datum hin und die Verneinung weiterer Leistungsansprüche erweist sich damit als gerechtfertigt. Weitere Abklärungen in Bezug auf das Unfallgeschehen - sofern solche überhaupt möglich wären - erübrigen sich. In der Beschwerdeergänzung vom 23. September 2019 ersucht der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin um die Abklärung einer posttraumatischen Belastungsstörung (act. G22). Sein Schreiben vom 23. Oktober 2019 enthält die Aussage, je länger eine posttraumatische Belastungsstörung untherapiert sei, desto schlechter werde "das Outcome" sein (act. G26). Dr. I.\_\_\_\_ erklärte ausserdem in seiner ärztlichen Bestätigung vom 21. Oktober 2019, der Unfall habe die Beschwerdeführerin auch psychisch aus der Bahn geworfen (act. G26.1). Erstmals im Beschwerdeverfahren wurde somit von beschwerdeführender Seite auf eine psychische Problematik als Unfallfolge hingewiesen. Eine Anerkennung einer diesbezüglichen Leistungspflicht von Seiten der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Schreibens vom 22. Juni 2017 fällt damit ausser Betracht. Hinsichtlich der Frage, ob bezüglich einer psychischen Problematik ein Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 19. Juni 2017 besteht, ist demnach die Beschwerdeführerin beweisbelastet. Abgesehen von der blossen Angabe einer posttraumatischen Belastungsstörung bzw. der Aussage, die Beschwerdeführerin sei aus der Bahn geworfen worden, sind den vorliegenden Akten keine konkreten, medizinisch substantiiert belegten Hinweise auf eine psychische Problematik zu entnehmen. Die zuletzt erwähnte Aussage stammt zwar von Dr. I.\_\_\_\_ und damit von einem Arzt, doch kann sie nicht bereits deshalb als Diagnose für eine relevante psychische Gesundheitsstörung oder gar eine posttraumatische Belastungsstörung gelten. Eine zu berücksichtigende ärztlich bestätigte psychiatrische Diagnose ist mithin nicht aktenkundig. Nicht vorgebracht und belegt wurde auch, dass sich die Beschwerdeführerin einer psychiatrischen Behandlung unterziehen würde, was zumindest bei einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erwarten wäre. Selbst wenn jedoch bei Annahme einer zum Unfall vom 19. Juni 2017 natürlich kausalen psychischen Problematik eine Adäquanzprüfung für einen mittelschweren Unfall durchzuführen wäre (vgl. dazu BGE 115 V 133), könnte die Beschwerdeführerin nichts für ihren Standpunkt ableiten. Die Adäquanz wäre - wie von der Beschwerdegegnerin in ihrer Eingabe vom 21. Oktober 2019 zutreffend festgestellt, zu verneinen. Bei der Prüfung der einschlägigen Kriterien sind nur die organisch bedingten Beschwerden zu berücksichtigen, während die psychisch begründeten Anteile, deren hinreichender Zusammenhang mit dem Unfall den Gegenstand der Prüfung bildet, ausgeklammert bleiben (BGE 115 V 140 6c/aa; Urteil des Bundesgerichts vom 17. September 2007, U 442/06, E. 4.1 mit Hinweis). Angesichts des Eintritts eines Status quo sine vel ante bezüglich der physischen Unfallfolgen innert spätestens fünf Monaten nach dem Unfall wären die Adäquanzkriterien, welche mehrheitlich eine zeitliche Komponente beinhalten, zumindest nicht in der erforderlichen Anzahl oder Ausprägung erfüllt (vgl. zum Ganzen Rumo-Jungo/Holzer, S. 57 ff.). Angesichts des Gesagten kann der überwiegend wahrscheinliche Beweis für eine natürlich und adäquat unfallkausale psychische Problematik nicht erbracht werden. Die diesbezüglichen Konsequenzen der Beweislosigkeit

trägt, wie gesagt, die Beschwerdeführerin (vgl. Erwägung 6.1). Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 15. November 2017 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung. 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.