

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/49 vom 17. April 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-04-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2018_49

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/49 du 17 avril 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/49 del 17 aprile 2020

Regeste

Art. 6 Abs. 1 UVG: Verneinung eines Kausalzusammenhangs zwischen dem anerkannten Unfall und der Rotatorenmanschettenläsion. Anerkennung einer Leistungspflicht für eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes im Sinne einer Schulterprellung (Kontusion) durch die Unfallversicherung. Verneinung einer Leistungspflicht bei Erreichen des Status quo sine vel ante. Die Leistungseinstellung ist ex nunc et pro futuro erfolgt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. April 2020, UV 2018/49).

Volltext

Entscheid vom 17. April 2020 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt Geschäftsnr. UV 2018/49 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. rer. publ. Michael B. Graf, GN Rechtsanwälte, St. Leonhard-Strasse 20, Postfach 728, 9001 St. Gallen, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) war aufgrund seiner Tätigkeit für die Firma B.____ bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen Unfälle versichert, als er sich am 12. Juli 2017 beim Ablad einer schweren Palette im Bereich der rechten Schulter verletzte (Suva-act. 1). Am 11. August 2017 begab er sich bei seiner Hausärztin Dr. med. C.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, in Behandlung, welche als Befunde eine freie Beweglichkeit der Schulter und ein sehr schmerzhaftes Anheben über die Horizontale hinaus erhob und die Diagnose einer Tendinopathie der rechten Schulter stellte (vgl. Suva-act. 20). Dr. C.____ veranlasste eine MRT-Untersuchung des rechten Schultergelenks, welche am 22. August 2017 im Röntgeninstitut D.____ durchgeführt wurde. Zur Darstellung kam eine Komplettruptur der Supra- und partielle Ruptur der Infraspinatussehne sowie eine Grad I Verfettung und beginnende Hypotrophie beider Muskeln, eine moderate AC-Gelenksarthrose mit leichtgradiger subakromialer Einengung und eine initiale Omarthrose (Suva-act. 23). Ab dem 23. August 2017 attestierte Dr. C.____ dem Versicherten bis auf Weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit (Suva-act. 16). Am 28. August 2017 sicherte die Suva dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) für die Folgen seines Berufsunfalls vom 12. Juli 2017 zu (Suva-act. 2). Am 6. September 2017 konsultierte der Versicherte Dr. med. E.____, Orthopädie F.____. Dieser diagnostizierte im Untersuchungsbericht vom 8. September 2017 eine posttraumatische Supraspinatussehnenruptur rechts unter Mitbeteiligung Infraspinatus und lange Bizepssehne

nach Trauma am 12. Juli 2017. An diesem Tag habe eine direkte Distorsion/Kontusion der rechten Schulter-/Armregion stattgefunden mit sofortigen Schmerzen. Die frühere Anamnese sei bezüglich der Schulter bland. Den radiologischen Befund vom 22. August 2017 gab Dr. E. ___ als ausgedehnte Läsion im Supraspinatus- und kranialen Infraspinatusbereich, leichte Ausdünnung der Restsehne, keine myxoide Degeneration sowie Mitbeteiligung der langen Bizepssehne wieder (Suva-act. 10). Am 11. September 2017 schilderte der Versicherte der Suva den Unfallhergang telefonisch dahingehend, dass die Palette, welche etwa eine Tonne schwer gewesen sei, ins Schlingern gekommen sei. Beim Versuch, sie zu stoppen, sei sie gegen seine Schulter gekracht (Suva-act. 9). Gleichtags erteilte die Suva gegenüber der Klinik G. ___ Kostengutsprache für einen stationären Aufenthalt des Versicherten vom 14. bis 18. September 2017 zur arthroskopischen Defilée-Erweiterung und zur Rekonstruktion der Rotatorenmanschette und eventuellen Bizepsstenodese rechts durch Dr. E. ___ (Suva-act. 5 und 7). Am 15. September 2017 führte Dr. E. ___ beim Versicherten eine arthroskopische subacromiale Dekompression und Tenotomie Bizeps sowie eine offene Rekonstruktion Supraspinatus, Infraspinatus durch plastische Verschiebung und Tenodese Bizeps Schulter rechts durch (Suva-act. 11 und 19). Am 22. Oktober 2017 reichte Dr. C. ___ der Suva das Arztzeugnis UVG ein, worin sie erklärte, vom Unfallereignis keine Kenntnis zu haben, da der Versicherte keine Angaben dazu gemacht habe (Suva-act. 20). Am 9. und 24. November 2017 legte die Suva den Schadenfall ihrer beratenden Ärztin Dr. med. H. ___, Fachärztin für Neurochirurgie, vor (vgl. Beurteilungen vom 21. und 30. November 2017 in Suva-act. 24 und 31). Dr. E. ___ attestierte dem Versicherten anlässlich einer postoperativen Verlaufskonsultation vom 13. Dezember 2017 nach wie vor eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Suva-act. 33). Dem daraufhin von der Suva bei ihm einverlangten (vgl. Suva-act. 35) Sprechstundenbericht vom 20. Dezember 2017 ist zu entnehmen, dass sich im Nachgang zur Operation eine eher Frozen Shoulder-Komponente rechts entwickelt habe (Suva-act. 36). Anlässlich der nächsten Verlaufskonsultation vom 9. Januar 2018 erhob der Facharzt die Diagnose einer leichten retraktilen Kapsulitisentwicklung (vgl. Bericht vom 17. Januar 2018; Suva-act. 39). Unter Berücksichtigung der kreisärztlichen Beurteilungen (Suva-act. 24 und 31) und nach einem Gespräch mit dem Versicherten vom 18. Januar 2018 (vgl. Suva-act. 40) teilte die Suva diesem mit Schreiben vom 31. Januar 2018 mit, die noch bestehenden Beschwerden seien nicht mehr unfallbedingt. Der Zustand, wie er sich ohne den Unfall vom 12. Juli 2017 eingestellt hätte, sei spätestens am 12. September 2017 erreicht worden. Deshalb müsse ein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ab dem 1. März 2018 abgelehnt und die bisherigen Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) müssten auf diesen Zeitpunkt eingestellt werden (Suva-act. 41). Der Versicherte und dessen Arbeitgeberin konnten sich anlässlich einer Standortbestimmung mit der Suva vom 8. Februar 2018 mit der Leistungsablehnung nicht einverstanden erklären (Suva-act. 43). Dr. E. ___ teilte der Suva am 13. Februar 2018 mit, es handle sich seines Erachtens klar um eine postoperative retraktile Kapsulitis nach Rotatorenmanschettenoperation, wie sie nicht selten anzutreffen sei. Seines Erachtens seien deshalb klar noch Unfall- bzw. Operations- und Schädigungsfolgen auf die Sehnenruptur zurückzuführen (Suva-act. 46; vgl. auch Sprechstundenbericht vom gleichen Tag in Suva-act. 44). Nachdem die Suva den Fall nochmals Dr. H. ___ vorgelegt (vgl. Suva-act. 45 und 48) und am 15. März 2018 eine weitere Besprechung mit dem Versicherten und dessen Arbeitgeberin durchgeführt hatte (Suva-act. 49), hielt sie mit Verfügung vom 20. März 2018 an ihrer Leistungsablehnung ab dem 1. März 2018 fest (Suva-act. 50). Der Versicherte

liess am 4. Mai 2018 durch seinen Rechtsvertreter Einsprache gegen die Verfügung vom 20. März 2018 erheben und unter anderem aktuelle medizinische Berichte einreichen (Suva-act. 63). Vorab war am 26. April 2018 Dr. E.____ bezüglich der Kausalitätsfrage an Dr. H.____ gelangt und hatte am 27. April 2018 eine Antwort erhalten (vgl. Suva-act. 60 und 62). Mit Einspracheentscheid vom 24. Mai 2018 wies die Suva die Einsprache des Versicherten betreffend seine Schulterproblematik rechts ab (Suva-act. 66 = act. G 1.2). Per 31. Mai 2018 beendete die Firma B.____ ihr Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten, weil dieser seine Tätigkeit nicht mehr ausführen könne (Suva-act. 49 S. 2). Gegen den Einspracheentscheid vom 24. Mai 2018 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch seinen Rechtsvertreter mit Eingabe vom 22. Juni 2018 Beschwerde erheben mit den Anträgen, den angefochtenen Einspracheentscheid aufzuheben und ihm weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu gewähren. Nach Erreichen des Endzustandes seien ihm eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zuzusprechen. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen durchzuführen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen für das Einsprache- und Beschwerdeverfahren. Auch beantragte er die Durchführung einer Verhandlung. Zur Begründung machte er unter anderem geltend, die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) habe den von ihr zu erbringenden Beweis des Wegfalls der unfallbedingten Beschwerden nicht erbracht. Die kreisärztliche Beurteilung von Dr. H.____ vom 20. Februar 2018 sei falsch, da nicht nur ein Anpralltrauma vorliege (act. G 1). In der Beschwerdeantwort vom 23. Juli 2018 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde in Bestätigung des Einspracheentscheids vom 24. Mai 2018. Der Beschwerdeführer habe beim Unfall vom 12. Juli 2017 lediglich eine Prellung der rechten Schulter erlitten, und die operierten rechtsseitigen Schulterschäden würden einem Vorzustand entsprechen (act. G 3). Mit Replik vom 12. Oktober 2018 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (act. G 7). Mit Duplik vom 14. November 2018 bestätigte auch die Beschwerdegegnerin ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde (act. G 9). Am 26. November 2018 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers seine Honorarnote zu den Akten (act. G 11 und 11.1). Unter Bezugnahme auf eine entsprechende telefonische Anfrage von Seiten des Gerichts teilte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 1. April 2020 mit, dass auf eine mündliche Verhandlung verzichtet werde (act. G 15). Erwägungen Unbestritten ist im vorliegenden Fall, dass der Beschwerdeführer am 12. Juli 2017 einen Unfall mit Beteiligung der rechten Schulter erlitten und die Beschwerdegegnerin in der Folge Versicherungsleistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen) erbracht hat. Strittig und zu prüfen ist demgegenüber, ob Letztere zu Recht einen Anspruch des Beschwerdeführers auf über den 28. Februar 2018 hinausgehende Versicherungsleistungen abgelehnt hat (vgl. act. G 1.2). In diesem Zusammenhang stellt sich insbesondere die Frage, ob die Rotatorenmanschettenläsion traumatisch oder degenerativ bedingt war, da zum Leistungseinstellungszeitpunkt noch die durch Dr. E.____ diagnostizierte retraktile Kapsulitis rechts bestand (vgl. beispielsweise Suva-act. 44), welche eine unbestrittene sekundäre Folge der am 15. September 2015 durchgeführten Rotatorenmanschettenläsion-Operation war (vgl. Suva-act. 48 S. 4). Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) hat der Unfallversicherer bei Vorliegen eines Unfalls (vgl. dazu Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Ereignis steht (André Nabold, in: Kommentar

zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], Bern 2018, N 48 ff. zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Irene Hofer, Basel 2019, Art. 6 N 63 ff.; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 53 zu Art. 6 UVG, 59; BSK UVG-Hofer, a.a.O., Art. 6 N 66, 74; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen; SZS 2018 S. 357 f.). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Ist es durch einen Unfall zu keinen neuen unfallbedingten strukturellen Schäden gekommen, trifft er aber auf einen vorgeschädigten Körper, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes in Betracht. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch einen Unfall verschlimmerten oder überhaupt manifest gewordenen Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht (mehr) die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N 58 f.; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). 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 352 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 Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) geben keinen

formellen Anspruch auf 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). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass auch reine Beurteilungen aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. H.____ erstellt wurden (Suva-act. 24, 31, 48), 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 mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1). Insbesondere die vorliegend von der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vor allem berücksichtigte ärztliche Beurteilung von Dr. H.____ vom 20. Februar 2018 (Suva-act. 48) wurde in Kenntnis der Vorakten (vgl. "Aktenmässiger Verlauf" auf den S. 1 bis 3) abgegeben und enthält eine ausführliche Begründung der strittigen Kausalitätsfrage.

Rechtsprechungsgemäss kann die Beurteilung des Kausalzusammenhangs zum Unfallereignis in einem Aktengutachten erörtert werden (Urteil des Bundesgerichts vom 21. September 2011, 8C_396/2011, E. 5.2 mit Hinweis). Weiter ist festzustellen, dass Dr. H.____ als Fachärztin für Neurochirurgie die fachliche Qualifikation für die medizinische Würdigung des konkreten Falles nicht abgesprochen werden kann, wie dies der Beschwerdeführer tut (vgl. act. G 7 Ziff. 9). Die Kreisärzte und Kreisärztinnen der Beschwerdegegnerin sind ausserdem nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte bzw. Fachärztinnen im Bereich der Unfallmedizin. Da sie in ihrer Funktion als Kreisärzte ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen sowie Heil- und Therapieverläufe prüfend beobachten bzw. diesbezüglich Empfehlungen und Einschätzungen abgeben, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008, 8C_510/2007, E. 7.5.4.), welche im konkreten Fall gefragt sind. Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formell-rechtlichen Gründe gegen den Einbezug der kreisärztlichen Aktenbeurteilungen von Dr. H.____ (vgl. diesbezügliche Beanstandungen in act. G 1 Ziff. 23). Ob letztlich auf diese abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiell-rechtlichen Beurteilung bzw. 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 122 V 158 E. 1a, BGE 121 V 210 E. 6c mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsrecht tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4 f., 55). Bei der Einstellung von Versicherungsleistungen

handelt es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage. Die Beweislast für den Wegfall der vom Unfallversicherer zunächst anerkannten natürlichen Kausalität liegt - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender Kausalzusammenhang überhaupt je gegeben war - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 263 f. E. 3b; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). 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 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 unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift indessen erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen 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 Beschwerdegegnerin hat vorliegend unbestrittenermassen anerkannt, dass der Beschwerdeführer am 12. Juli 2017 einen Unfall im Sinne des Gesetzes mit einer schädigenden Einwirkung auf die rechte Schulter erlitten hat, und ihm mit Schreiben vom 28. August 2017 Heilkosten- und Taggeldleistungen zugesichert (Suva-act. 2; vgl. auch Suva-act. 3 und 4). Diese Anerkennung erfolgte offensichtlich basierend auf der in der Schadenmeldung UVG vom 24. August 2017 angegebenen Unfallbeschreibung "Beim Ablad einer schweren Palette dagegen gestossen" und gestützt auf den darin als Schädigung angeführten Riss im Bereich der Schulter (Suva-act. 1). Am 11. September 2017 hat die Suva Kostengutsprache für einen stationären Aufenthalt vom 14. bis 18. September 2017 zur arthroskopischen Defilée-Erweiterung und zur Rekonstruktion der Rotatorenmanschette und eventuellen Bizepsstenodese rechts durch Dr. E.____ erteilt (Suva-act. 5 und 7). Der Operationsbericht vom 15. September 2017 ging am 19. September 2017 bei ihr ein (Suva-act. 11) und der Spitalaustrittsbericht am 20. September 2017 (Suva-act. 13). Am 9. Oktober 2017 erhielt die Suva den durch Dr. E.____ ausgefüllten Unfallschein UVG mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit seit 6. September 2017 (Suva-act. 15 und 16). Gleichentags bat die Suva Dr. C.____, das Arztzeugnis UVG auszufüllen (Suva-act. 14), was am 22. Oktober 2017 geschah (Suva-act. 20). Am 9. November 2017 nahm die Suva schliesslich Kenntnis vom Bericht über die MRT-Untersuchung vom 22. August 2017 (Suva-act. 23). Am selben Tag leitete sie erstmals eine Überprüfung der Kausalitätsfrage bei ihrer beratenden Ärztin Dr. H.____ ein (vgl. kreisärztliche Beurteilung vom 21. November 2017; Suva-act. 24). Am 24. November 2017 erkundigte sie sich sodann bei Dr. H.____, ob eine richtungsgebende oder eine vorübergehende Verschlimmerung vorliege (vgl. kreisärztliche Beurteilung vom 30. November 2017; Suva-act. 31). Nachdem die Suva dem Versicherten am 18. Januar 2018 anlässlich einer Besprechung bereits mitgeteilt hatte, dass aufgrund der versicherungsmedizinischen Feststellungen und aufgrund der bisherigen medizinischen Akten der Fall wohl per 31. Januar 2018 terminiert werde, informierte sie ihn mit Schreiben vom 31. Januar 2018 darüber, dass die aktuell bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien und deshalb der Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ab dem 1. März 2018 abgelehnt werde und die bisherigen Versicherungsleistungen auf diesen Zeitpunkt eingestellt würden (Suva-act. 41). Auch wenn ein "Riss" im Bereich der Schulter, wie vorstehend erwähnt, bereits in der Schadenmeldung UVG vom 24. August 2017

thematisiert worden war, ergibt sich aus der in Erwägung 3.1 beschriebenen Sachlage, dass die Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt des Leistungszugeschreibens vom 28. August 2017 und des Kostengutspracheschreibens vom 11. September 2017 ihre Untersuchungspflicht zu Recht noch nicht als abgeschlossen betrachtete. Sie ergänzte ihre medizinischen Akten fortlaufend und liess die Unfallkausalität der festgestellten gesundheitlichen Störungen erst nach Kenntnis der während längerer Zeit nach der Operation vom 15. September 2017 attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit durch ihren kreisärztlichen Dienst beurteilen (Suva-act. 15 und 24). Der zweiten Vorlage an die Kreisärztin vom 24. November 2017 ist explizit zu entnehmen, dass der Fall "ohne Prüfung Kausalität" übernommen worden sei (Suva-act. 31). Erst mit den kreisärztlichen Stellungnahmen vom 21. und 30. November 2017 lagen der Beschwerdegegnerin Angaben einer medizinischen Fachperson vor, aus denen ein Sachverhalt entsprechend einer nicht überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität der operativ therapierten Rotatorenmanschettenläsion hervorging. Auch wenn die Beschwerdegegnerin die Operationskosten übernommen und für die ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten Taggeldleistungen erbracht hat, kann damit die Anerkennung einer Leistungspflicht nicht auf die Rotatorenmanschettenläsion - und die Kapsulitis, die sich im Anschluss an die Operation vom 15. September 2017 entwickelt hat - bezogen werden. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass sich den Unfallversicherern die Möglichkeit bietet, selbst auf eine fälschlicherweise anerkannte Kausalität zurückzukommen und die Leistungen - ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision - mit Wirkung ex nunc et pro futuro (sowie bei Verzicht auf eine Rückforderung) einzustellen, wenn ihr der überwiegend wahrscheinliche Beweis gelingt, dass zwischen dem Unfallereignis und der anerkannten Verletzung bzw. den daraus resultierenden Beeinträchtigungen gar nie ein natürlicher Kausalzusammenhang bestanden hatte. Der Nachweis eines Dahinfallens einer - fälschlicherweise - faktisch anerkannten Unfallkausalität erübrigt sich diesfalls (BGE 130 V 384 E. 2.3.1; vgl. ferner Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2017, 8C_819/2016, E. 6.1). Die Beweislast hinsichtlich der Frage, ob es sich bei der Rotatorenmanschettenläsion um eine beim Unfall vom 12. Juli 2017 erlittene Verletzung handelt, liegt somit beim Beschwerdeführer (vgl. vorstehend Erwägung 2.5 sowie nachfolgend Erwägung 4). Eine Anerkennung einer Leistungspflicht ist hingegen mit dem Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 28. August 2017 für aus einem Anpralltrauma resultierende Verletzungen erfolgt (Suva-act. 1 und 2). Für die Leistungseinstellung nach dieser anerkannten vorübergehenden Verschlimmerung ist wie vorstehend in Erwägung 2.5 ausgeführt die Beschwerdegegnerin beweisbelastet (vgl. nachfolgend Erwägung 5). Nach dem Gesagten stellt sich die Frage, ob hinsichtlich der im Leistungseinstellungszeitpunkt beim Beschwerdeführer noch diagnostizierten Kapsulitiskomponente der rechten Schulter (Suva-act. 39 und 44), welche sich als sekundäre Folge der Rotatorenmanschetten-Operation vom 15. September 2017 entwickelte (vgl. Suva-act. 48 S. 4), mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang zum Unfall vom 12. Juli 2017 zu bejahen ist. Folglich ist entscheidend, ob die Rotatorenmanschettenläsion traumatisch oder degenerativ bedingt war. Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass eine Rotatorenmanschettenruptur sowohl traumatische wie auch degenerative Ursachen haben kann (Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 728; Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Auflage Berlin 2017, S. 1576). Dr. H. ___ geht in ihrer kreisärztlichen Beurteilung vom 20. Februar 2018 davon aus, dass

die Supraspinatussehnenruptur mit Mitbeteiligung der Infraspinatussehne und der langen Bizepssehne des Beschwerdeführers nichts mit dem Ereignis vom 12. Juli 2017 zu tun habe, sondern einem degenerativen Vorzustand anzulasten sei (Suva-act. 48; vgl. auch Suva-act. 24, 31 und 62). Der behandelnde Orthopäde Dr. E.____ erachtet demgegenüber die Rotatorenmanschettenläsion rechts als traumatisch bedingt (Suva-act. 10, 44 und 60). Dr. H.____ entnimmt unter anderem dem zeitlichen Verlauf nach dem Unfall betreffend Beschwerden, ärztliche Konsultationen und dem Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit Erkenntnisse für ihre Kausalitätsbeurteilung (Suva-act. 48 S. 4). Der Beschwerdeführer begab sich unbestrittenermassen und aktenkundig am 11. August 2017 und damit einen Monat nach dem Unfall vom 12. Juli 2017 erstmals in ärztliche Behandlung (Suva-act. 20; act. G 1 Ziff. 13). Eine Krankschreibung erfolgte gar erst ab dem 23. August 2017 (Suva-act. 16). Der Beschwerdeführer schilderte am 18. Januar 2018 seine bis zum 22. August 2017 ausgeübte berufliche Tätigkeit dahingehend, dass er in der Arbeitsvorbereitung tätig gewesen sei. Von 100% Arbeitspensum sei er etwa 20% im Büro gewesen, die restlichen 80% habe er Baustellen im Raum [...] betreut. Er sei auch oftmals mit dem Personenwagen mit Anhänger unterwegs gewesen und habe Materialien auf die Baustellen transportiert (Suva-act. 40 S. 1 unten). Am 11. September 2017 hatte er gegenüber der Suva erklärt, seine Arbeit beinhalte belastende Arbeitshaltungen (Suva-act. 8). Angesichts dieser beschriebenen Arbeitstätigkeit kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich die Angabe des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, dieser habe nach dem Unfall weiterarbeiten können, da er keine schweren Arbeiten mehr habe verrichten müssen (act. G 1 Ziff. 12), auf den gesamten Zeitraum bis zur Krankschreibung ab 23. August 2017 bezieht. Der Beschwerdeführer übte gemäss seiner Schilderung eine Arbeit aus, bei welcher er oft ein Auto lenken musste und insbesondere auch die Arme und Schultergelenke beansprucht wurden. Insofern erscheint es schlüssig und überzeugend, wenn Dr. H.____ im Umstand, dass beim Beschwerdeführer über einen Monat nach dem Trauma vom 12. Juli 2017 keine Arbeitsunfähigkeit resultierte, einen gewichtigen Anhaltspunkt gegen eine traumatisch bedingte Rotatorenmanschettenläsion sieht. Daran vermag nichts zu ändern, dass der Beschwerdeführer diesbezüglich erklärte, er habe nach dem Ereignis vom 12. Juli 2017 durchgebissen und sei daher nicht sofort zum Arzt gegangen. Nach dem Ereignis habe er in Ruhe keine Schmerzen gehabt, sondern erst beim Heben der Schulter. Er habe nicht ganz einschätzen können, ob die Schmerzsituation vom Knie oder von der Schulter ausgegangen sei (Suva-act. 43 S. 1). Ein typisches Symptom einer Läsion der Supraspinatussehne ist laut medizinischer Literatur die Pseudoparalyse, bei welcher der Arm nicht mehr aktiv über die Horizontale gehoben werden kann (Debrunner, a.a.O., S. 728; Pschyrembel, a.a.O., S. 1576). Dass eine solche beim oder zeitnah zum Unfall aufgetreten wäre, macht der Beschwerdeführer nicht geltend. Der Beschreibung seines Rechtsvertreters nach hat er beim Unfall zwar sofort einen heftigen Schmerz verspürt, jedoch unter Schmerzen weiterarbeiten können, da er keine schweren Arbeiten mehr habe verrichten müssen (act. G 1 Ziff. 12). Neben dem zeitlichen Ablauf spricht auch die fehlende Schilderung des Unfallereignisses gegenüber der Hausärztin eher gegen das Vorliegen einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion (vgl. Suva-act. 20). Soweit der Beschwerdeführer diesbezüglich anführt, er habe Dr. C.____ vom Ereignis vom 12. Juli 2017 erzählt (vgl. Suva-act. 43 S. 1), so erscheint dies zweifelhaft, ist aber jedenfalls beweislos. Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass eine Hausärztin Angaben ihres Patienten wahrheitsgetreu in dessen Krankengeschichte festhält und später ausgefüllte Berichte (wie vorliegend das Arztzeugnis UVG vom 22. Oktober 2017 [Suva-act. 20]; vgl.

entsprechendes Vorbringen des Rechtsvertreters in der Replik [act. G 7 Ziff. 8]) gestützt auf die echtzeitlichen Einträge in der Krankengeschichte verfasst. Der zeitliche Ablauf des Auftretens und der Entwicklung der Beschwerden und der Arbeitsunfähigkeit sowie die späte Erstkonsultation der Ärztin sprechen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dafür, dass sich die Rotatorenmanschettenläsion des Beschwerdeführers unabhängig vom am 12. Juli 2017 erlittenen Trauma entwickelt hat. Als Anhaltspunkt für eine degenerative Ursache der Rotatorenmanschettenläsion des Beschwerdeführers sprechen für Dr. H.____ auch die kernspintomografischen Veränderungen des rechten Schultergelenks. Es liessen sich am 22. August 2017 neben der Komplettruptur der Supra- und einer partiellen Ruptur der Infraspinatussehne eine Verfettung Grad I und beginnende Hypotrophie beider Muskeln, eine moderate AC-Gelenksarthrose mit leichtgradiger subakromialer Einengung sowie eine initiale Omarthrose erheben (Suva-act. 23). Dr. H.____ spricht angesichts der vorgenannten Befundlage in Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur nachvollziehbar von degenerativen Veränderungen des glenohumeralen Gelenks sowie des AC-Gelenks (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 627 f., 724 f., 728 ff; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1681; Pschyrembel, a.a.O., S. 1576). Es besteht kein Anlass, die Rotatorenmanschettenläsion aus der weiteren umfassenden Problematik herauszulösen und als unabhängige traumatisch bedingte Gesundheitsschädigung zu betrachten. Dr. H.____ weist ausserdem auf eine leichtgradige subakromiale Einengung als biomechanische Grundlage einer Impingementsymptomatik hin. Ein Impingementmechanismus fördert die Schädigung der Rotatorenmanschette durch Reibung (Debrunner, a.a.O., S. 728; Pschyrembel, a.a.O., S. 862; , , beide abgerufen am 23. März 2020). Die Befunde sind sodann laut Dr. H.____ gut vereinbar mit degenerativen Befunden eines 19__ geborenen Mannes. Eine Degeneration ist ein fortschreitender Prozess mit mechanischer Abnutzung des Bewegungsapparates, in dessen Folge sich mit zunehmendem Alter Abnutzungserscheinungen zeigen. Insbesondere die Rotatorenmanschette neigt gemäss medizinischer Literatur zur Degeneration (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 579 ff., 627 f., 724 f., 728 ff.; Pschyrembel, a.a.O., S. 1576; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1681). Insofern ist es nachvollziehbar, dass das Alter des Beschwerdeführers von Dr. H.____ in die Beurteilung miteinbezogen worden ist. Laut Debrunner (a.a.O., S. 728) ist eine Degeneration mit Rissbildungen der Rotatorenmanschette vorwiegend bei Männern von etwa 50 Jahren an sogar sehr häufig. Die Einschätzung von Dr. E.____, für eine degenerative Rotatorenmanschettenruptur fehle es an der myxoiden Degeneration sowie an degenerativen Veränderungen des Humeruskopfhochstandes, wird von Dr. H.____ nicht ignoriert, wie dies der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers geltend macht (act. G 1 Ziff. 17 i.V.m. Suva-act. 60). Vielmehr misst sie diesen beiden Punkten bei der Vielzahl an relevanten Kriterien für die Kausalitätsbeurteilung anscheinend nicht dieselbe Gewichtung bei, wie dies Dr. E.____ tut. Dr. H.____ verweist diesbezüglich auf die ausführliche Abhandlung sämtlicher Kriterien in ihrer Beurteilung vom 20. Februar 2018 (vgl. Suva-act. 62 i.V.m. 48). Dass das Fehlen der myxoiden Degeneration oder von degenerativen Veränderungen des Humeruskopfhochstandes alleine ein Trauma zu belegen vermöchten, ist auch der medizinischen Literatur nicht zu entnehmen. Vielmehr postuliert diese die Notwendigkeit der Prüfung sämtlicher Unterscheidungskriterien, welche für eine Abnutzung oder ein Trauma sprechen können (vgl. beispielsweise Swiss Medical Forum, Ausgabe 2018/1516, Übersichtsartikel, Revidierte Unterscheidungskriterien, Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette, zu finden unter

<https://doi.org/10.4414/smf.2019.03247>, abgerufen am 23. März 2020). Laut Einschätzung von Dr. H. ___ wird die Beurteilung, dass eine traumatische Verletzung zu verneinen sei, auch durch den Unfallhergang bestätigt. Ihr zufolge ist der Unfallmechanismus mit direktem Anpralltrauma der rechten Schulter kein typischer Unfallmechanismus, welcher eine Supraspinatus-, Infraspinatus- und Bizepssehnenläsion bewirken kann (Suva-act. 48 S. 4). Gemäss Schadenmeldung UVG vom 24. August 2017 hat der Beschwerdeführer seine rechte Schulter verletzt, indem er beim Ablad einer schweren Palette dagegen gestossen sei, wobei ein Hubwagen involviert gewesen sei (Suva-act. 1). Telefonisch erklärte er der Beschwerdegegnerin am 11. September 2017, das Fahrzeug sei ein wenig im Schlamm versunken und die Palette, welche ca. eine Tonne schwer gewesen sei, sei ins Schlingern gekommen. Er habe sie stoppen wollen, dabei sei sie gegen seine Schulter gekracht (Suva-act. 9). Dr. E. ___ gab die Schilderungen des Beschwerdeführers anlässlich der Erstkonsultation am 6. September 2017 folgendermassen wieder: "Am 12. Juli 2017 wollte er ein Palett verschieben, das eine Tonne schwer war. Es kam ihm offensichtlich entgegen mit dem Rolli. Dieser sank dann im Schlamm ein. Direkte Distorsion/Kontusion dann der rechten Schulter-/Armregion mit sofortigen Schmerzen" (Suva-act. 10 S. 1). Nach einer Besprechung mit dem Beschwerdeführer vom 18. Januar 2018 hielt ein Aussendienstmitarbeiter der Beschwerdegegnerin fest, ersterem habe am 12. Juli 2017 beim Abladen von Platten und Material der Hubwagenbügel (Schlag, Anprall) gegen seine rechte Schulter geschlagen (Suva-act. 40 S. 2). In der Einsprache vom 4. Mai 2018 und in der Beschwerde vom 22. Juni 2018 lässt der Beschwerdeführer den Unfallhergang detaillierter beschreiben: Am 12. Juli 2017 habe er von einem tiefen Autoanhänger eine mit Keramikplatten beladene Holzpalette abgeladen. Er habe den Anhänger mit einer Rampe versehen und die ca. eine Tonne schwere Palette mit einem Palettrolli gezogen. Er habe den Haltegriff mit beiden Händen festgehalten und sich mit seinem Körper gegen den langsam nach unten rollenden Rolli gestemmt. Dieser sei mit den beiden Vorderrädern im weichen Untergrund stecken geblieben und habe abrupt gestoppt. Dabei habe es den Haltegriff des Rollis wuchtig nach vorne geschlagen. Er habe in diesem Moment immer noch mit seinem ganzen Körpergewicht gegen den Rolli gedrückt, so dass es seine Arme und Schultern, insbesondere rechtsseitig, heftig nach hinten geschlagen habe (Suva-act. 63 Ziff. 9 und act. G 1 Ziff. 12). Die Unfallschilderungen gegenüber der Beschwerdegegnerin vom 24. August und 11. September 2017 und vom 18. Januar 2018 ergeben ein stimmiges Bild im Sinne eines Anpralltraumas und einer Kontusion. In dieses Bild fügt sich - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (act. G 1 Ziff. 21) - auch die Schilderung vom 6. September 2017 gegenüber Dr. E. ___ ein. Dieser geht von einer direkten Distorsion/Kontusion der rechten Schulter-/Armregion aus (Suva-act. 10 S. 1), erwähnt jedoch kein Zurückschlagen des Armes. Die Beschwerdegegnerin wendet zutreffend ein, dass die erstmalige Geltendmachung des Zurückschlagens des Armes in der Einsprache und damit nach dem Beizug des Rechtsvertreters und nach erfolgter Leistungseinstellung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt betrachtet werden könne (vgl. dazu Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 5; BGE 121 V 47 E. 2a mit Hinweisen). Den Arthro-MRI Befunden sind gemäss Dr. H. ___ damit übereinstimmend keine Hinweise auf eine unphysiologische Zugbelastung der Supraspinatussehne oder eine erhebliche direkte Krafteinwirkung zu entnehmen (Suva-act. 48 S. 3). Auch die fehlende Schilderung eines Unfallereignisses gegenüber der erstbehandelnden Hausärztin spricht gegen einen dramatischen Unfallhergang (vgl. Suva-act. 20 sowie vorstehend Erwägung 4.2). Im Übrigen wäre selbst bei Annahme eines Unfallmechanismus, welcher geeignet wäre, eine

Supraspinatus-, Infraspinatus- und Bizepssehnenläsion herbeizuführen, angesichts der übrigen Kriterien (insbesondere zeitlicher Verlauf bezüglich Beschwerden und Arbeitsfähigkeit nach dem Unfall, Zeitpunkt des ersten Arztbesuchs, degenerative Veränderungen des Schulterbereichs) eine traumatische Läsion nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Folglich erübrigen sich diesbezüglich weitere Beweiserhebungen, wie sie der Beschwerdeführer beantragen lässt (act. G 1 Ziff. 12). Auch ist der Beschwerdegegnerin keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorzuwerfen, wie dies beschwerdeweise beantragt wird (act. G 1 Ziff. 22). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Kreisärztin Dr. H. ___ in ihren Beurteilungen vom 21. und 30. November 2017 sowie 20. Februar 2018 (Suva-act. 24, 31 und 48) zum überzeugenden und nachvollziehbaren Schluss gelangte, dass die retraktile Kapsulitis rechts, die sich beim Beschwerdeführer nach der Operation vom 15. September 2017 entwickelt hat, nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in einem Zusammenhang zum Ereignis vom 12. Juli 2017 steht. Auf diese Beurteilungen kann abgestellt werden. Hieran vermag der Umstand nichts zu ändern, dass beim Beschwerdeführer diesem selbst und Dr. E. ___ zufolge vor dem Unfall keine Schulterbeschwerden zu verzeichnen waren (Suva-act. 10 S. 1 40 S. 1 sowie 43 S. 1). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass der Umstand, dass vor einem Unfall keine entsprechenden Beschwerden geklagt worden sind, für sich allein nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung keinen Beweis für deren Unfallkausalität bildet. Der zeitliche Aspekt besitzt keine wissenschaftlich genügende Erklärungskraft. Andernfalls würde man sich mit dem blossen Anschein des Beweises bzw. mit der blossen Möglichkeit begnügen und davon ausgehen, dass eine gesundheitliche Schädigung schon dann durch den Unfall verursacht sei, wenn sie nach diesem auftrat (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 4 N 69; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205 [= Beweisführung nach der Formel "post hoc ergo propter hoc"]; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 ff. E. 2b/bb). Auch Dr. E. ___s Beurteilung vermag nichts am Beweiswert der kreisärztlichen Beurteilungen zu ändern. Mangels Auseinandersetzung mit den vorstehend erläuterten Kriterien (vgl. Erwägungen 4.2 bis 4.4) kommt ein Abstellen auf die Einschätzung von Dr. E. ___ nicht in Frage. Hieran vermag der Umstand, dass er den Beschwerdeführer mehrfach klinisch untersucht und behandelt sowie operiert hat, nichts zu ändern (act. G 1 Ziff. 23 und act. G 7 Ziff. 7). Auch ist diesbezüglich in der vorliegenden Konstellation kein Vorteil des Behandlers gegenüber der Kreisärztin zu sehen. Intraoperative Erkenntnisse bezüglich der Kausalitätsfrage scheint Dr. E. ___ keine gezogen zu haben (vgl. Operationsbericht in Suva-act. 11). Vielmehr folgt seine Beurteilung der vorstehend erwähnten Beweisführung nach der Formel "post hoc ergo propter hoc". Dr. E. ___ bringt denn auch nichts weiter gegen die Kausalitätsbeurteilung von Dr. H. ___ vor, sondern geht fälschlicherweise davon aus, dass der Unfallversicherer begründen müsse, warum überwiegend wahrscheinlich degenerative Veränderungen vorliegen würden (Suva-act. 60; vgl. hierzu vorstehend Erwägungen 2.5 und 3). Seinen Berichten sind keine in Auseinandersetzung mit der gesamten Aktenlage beweisbildenden, stichhaltigen medizinischen Begründungen zu entnehmen, anhand welcher sich nachvollziehen liesse, aus welchen Gründen der Arzt zu seiner Schlussfolgerung gelangt ist. Die Beschwerdegegnerin hat für das Ereignis vom 12. Juli 2017 bis zum 28. Februar 2018 Versicherungsleistungen erbracht, wobei sie eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes im Sinne einer Schulterprellung anerkannte. Dabei stützte sie sich auf die

Beurteilungen von Dr. H.____ vom 30. November 2017 und vom 20. Februar 2018, welche den Status quo sine acht Wochen nach dem Unfallereignis, also am 6. September 2017, als erreicht erklärte (Suva-act. 31 und 48). Dass die Schulterverletzung des Beschwerdeführers vor seinem Unfall nicht symptomatisch bzw. klinisch stumm gewesen ist, ist unbestritten. Das Symptomatisch- bzw. Aktivwerden eines degenerativen Vorzustandes durch ein Trauma stellt indessen eine medizinisch anerkannte Erfahrungstatsache dar, welche von der Rechtsprechung im Rahmen des rechtlichen Instituts der vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes aufgenommen wurde (vgl. dazu Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54; Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3, 9. Januar 2012, 8C_601/2011, E. 3.2.2, 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 und 4, und 25. Oktober 2007, 8C_467/2007, E. 3.1 f.). Von einer vorübergehenden unfallbedingten Verschlimmerung eines Vorzustandes wird dann gesprochen, wenn Unfallfolgen oder deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie konkret beschrieben oder radiologisch als strukturelle Verletzung der Gelenke oder Knochen sichtbar gemacht werden können. In solchen Fällen wird bei einem geeigneten und adäquaten Ereignis in einer ersten Phase davon ausgegangen, dass dieses eine schädigende Wirkung auf den Körper habe. Die aufgetretenen oder 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 auch Kontusionsfolgen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3, 9. Januar 2012, 8C_601/2011, E. 3.2.2, und 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 und 4; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 14. März 2000, U 266/99, E. 1; vgl. auch Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 f.; vgl. dazu UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 57 zu Art. 6 UVG). Es ist eine medizinische Erfahrungstatsache, dass Weichteilverletzungen wie Kontusionen und Distorsionen normalerweise innert kurzer Zeit abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 412). Diese medizinische Erfahrungstatsache darf im Rahmen des im Sozialversicherungsrecht zur Anwendung gelangenden Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N 58 f.). Dies hat insbesondere für den Nachweis des Dahinfallens natürlich kausaler Unfallfolgen zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Medizinische Erfahrungssätze beziehen 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, was vorliegend insbesondere angesichts des zeitlichen Ablaufs nach dem Unfall (vgl. vorstehend Erwägung 4.2) nicht der Fall ist. Es finden sich keine Hinweise, welche auf einen Ausnahmefall hinweisen würden. Nach dem Gesagten ist mit der Beschwerdegegnerin acht Wochen nach dem Unfall vom 12. Juli 2017, jedenfalls aber zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 28. Februar 2018, vom Status quo sine vel ante auszugehen. Folglich ist die Leistungseinstellung ab dem 1. März 2018 nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer lässt eine Parteientschädigung für das Einspracheverfahren beantragen. Für das Einspracheverfahren wird gemäss Art. 52 Abs. 3

ATSG in der Regel keine Parteientschädigung ausgerichtet. Vorliegend ist keine Ausnahme von dieser Regel ersichtlich, zumal die sich stellende Frage der Unfallkausalität und die diesbezügliche Begründung der Beschwerdegegnerin klar aus deren Verfügung vom 20. März 2018 hervorgegangen sind. Damit wäre dem Beschwerdeführer eine Anfechtung - insbesondere auch unter Berücksichtigung der der Beschwerdegegnerin zukommenden Untersuchungspflicht - auch ohne anwaltliche Vertretung möglich gewesen. Es ist weder erkennbar noch vom Beschwerdeführer geltend gemacht worden, dass das Einspracheverfahren besondere Anforderungen an ihn gestellt oder besonders komplexe Fragen beinhaltet hätte. Im Übrigen wurde die Einsprache zu Recht abgewiesen, weshalb auch der Ausgang des Einspracheverfahrens gegen einen Anspruch auf Parteientschädigung spricht. Nach dem Gesagten besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung für das Einspracheverfahren. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 24. Mai 2018 vollumfänglich abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

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