

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/33 vom 12. August 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-08-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2019\\_33](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2019_33)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/33 du 12 août 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/33 del 12 agosto 2020

## **Regeste**

Art. 6 UVG: Gutheissung der Beschwerde. Bejahung einer vorübergehenden oder richtungsgebenden Verschlimmerung im Sinne einer zunehmenden Beschwerdesymptomatik im Zusammenhang mit einem vorbestehenden Lipom nach einem Sturz mit dem Snowboard auf den Bauch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. August 2020, UV 2019/33). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_587/2020.

## **Volltext**

Entscheid vom 12. August 2020 Besetzung Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Michaela Machleidt Lehmann und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi Geschäftsnr. UV 2019/33 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Debora Bilgeri, Advokatur am Falkenstein, Falkensteinstrasse 1, Postfach 152, 9016 St. Gallen, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war seit 1. August 2005 als Elektroinstallateur bei der B.\_\_\_\_ AG tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert (Suva-act. 1). Am 2. März 2017 meldete die Arbeitgeberin, der Versicherte sei am 3. Februar 2017 beim Skifahren gestürzt und habe sich eine Prellung der Leiste zugezogen. Als erstbehandelnder Arzt wurde Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH, aufgeführt. Zudem wurde ab 3. Februar 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vermerkt (Suva-act. 1). Mit Schreiben vom 6. März 2017 sprach die Suva dem Versicherten für die Folgen des Nichtberufsunfalls vom 3. Februar 2017 die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu (Suva-act. 5). Am 8. März 2017 reichte Dr. C.\_\_\_\_ der Suva das Arzteugnis UVG ein. Laut diesem hatte am 6. Februar 2017 eine Erstbehandlung stattgefunden. Der Versicherte hatte angegeben, dass er am 3. Februar 2017 mit dem Snowboard auf einer Eisplatte gestürzt sei. Dr. C.\_\_\_\_ hatte als Befunde ein gespanntes Abdomen sowie einen leicht reduzierten Allgemeinzustand infolge der Schmerzen erhoben und die Diagnose eines stumpfen Bauchtraumas und eines Verdachts auf eine Rezidivhernie gestellt und ab 6. Februar 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt (Suva-act. 6, vgl. auch act. 51-2). Mit Schreiben vom 21. März 2017 reichte die Klinik D.\_\_\_\_ der Suva ein Kostengutsprache gesuch für einen stationären Aufenthalt zur Behandlung einer Rezidivhernie links durch Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt Chirurgie FMH, ein (Suva-act. 7). Auf Zuweisung von Dr. E.\_\_\_\_ war beim Versicherten am 15. März 2017 eine Sonographie durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, Ultraschalldiagnostik SGUM und Manuelle Medizin SAMM, durchgeführt worden, welche laut gleichentags

erstelltem Ultraschallbericht ein indirektes (laterales) Inguinalhernienrezidiv links sowie einen im grössten Durchmesser 2cm messenden entzündlich veränderten Lymphknoten der Arteria/Vena femoralis gezeigt hatte (Suva-act. 16). Am 23. März 2017 führte Dr. E.\_\_\_\_ beim Versicherten bei der Diagnose eines indirekten Inguinalhernienrezidivs links bei Status nach TEP (total extraperitoneale Hernioplastik) im April 2013 (vgl. dazu Suva-act. 28) und Status nach Snowboardunfall mit starkem Bauchtrauma am 3. Februar 2017 eine Leistenrevision mit Leistenhernienrepair links nach Millikan/Rutkow mit Medium Perfix light Plug und Onlay Mesh durch (Suva-act. 15-1). Laut Operationsbericht vom 24. März 2017 (Suva-act. 15-1) und Hospitalisationsbericht vom 27. März 2017 (Suva-act. 15-2) hatte sich intraoperativ ein etwa kleinfingergrosses präperitoneal herniertes bzw. durchgepresstes Lipom finden lassen, welches abgetragen worden war. Mit Schreiben vom 27. März 2017 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass zu den Versicherungsleistungen noch nicht endgültig Stellung genommen werden könne. Sobald die Abklärungen durchgeführt worden seien, orientiere sie über ihre Leistungspflicht (Suva-act. 13). Am 5. Juli und 11. August 2017 legte die Suva den Schadenfall ihrer Abteilung Versicherungsmedizin zur Beurteilung der Frage vor, ob das Hernienrezidiv eine durch den Unfall vom 3. Februar 2017 eingetretene Verschlimmerung des im April 2013 in der Klinik G.\_\_\_\_ durchgeführten endoskopischen Hernienrepairs darstelle und falls ja, ob die Operationskosten vom 23. März 2017 vom Unfallversicherer zu übernehmen seien (Suva-act. 29, 33-1). Kreisarzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt Chirurgie, verneinte dies am 14. August 2017 und erklärte, dass es sich nicht um eine Hernie im eigentlichen Sinne, sondern um ein präperitoneales Lipom handle. Es trete also nicht im Sinne eines Rezidivs ein Herniensack durch eine Lücke vor, sondern nur ein gutartiger Fetttumor. Dies sei keine Unfallfolge. Zudem habe sich in der Sonographie weder ein Bluterguss noch eine Schwellung gezeigt (Suva-act. 33-2). Inzwischen hatte am 20. Juli 2017 eine Besprechung der Suva mit dem Versicherten stattgefunden, bei welcher dieser angegeben hatte, dass Dr. C.\_\_\_\_ zuerst exakte Abklärungen in Bezug auf allfällige Blutungen im gesamten Bauchraum durchgeführt und gesagt habe, dass die Schmerzen in der Leiste keine Priorität hätten. Dies, obwohl die Leiste permanent derart geschmerzt habe, als ob ihm jemand ständig zwischen die Beine geschlagen hätte. Die Abklärungen bezüglich der Blutungen im Bauchraum hätten zwei bis drei Wochen in Anspruch genommen. Nachdem solche hätten ausgeschlossen werden können, seien die Abklärungen bezüglich der linken Leiste in die Wege geleitet worden (Suva-act. 30). Mit Schreiben vom 23. August 2017 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass in Bezug auf seinen Leistenbruch, welchen er auf das Ereignis vom 3. Februar 2017 zurückführte, die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nicht gesamthaft erfüllt seien. Es könnten demnach keine Versicherungsleistungen erbracht werden (Suva-act. 34). Mit Schreiben vom 20. April 2018 teilte der Versicherte der Suva sinngemäss mit, dass er mit der Leistungsablehnung nicht einverstanden sei (Suva-act. 35 f.) und reichte einen Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ an Dr. C.\_\_\_\_ vom 15. März 2017 (Suva-act. 36-2), ein Bestätigungsschreiben von Dr. E.\_\_\_\_ vom 28. März 2018 (Suva-act. 36-3) sowie eine Zahlungsaufforderung für unbezahlte Kostenbeteiligungen über Fr. 2'022.75 (Suva-act. 36-5) ein. Am 1. Juni 2018 legte die Suva den Schadenfall erneut ihrer Abteilung Versicherungsmedizin zur Beurteilung der Unfallkausalität vor (Suva-act. 37). Kreisarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt in einer ärztlichen Beurteilung vom 14. Juni 2018 zusammenfassend fest, dass mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine Verschlimmerung durch den Unfall vom 3. Februar 2017 eingetreten sei und die

Kosten der am 23. März 2017 erfolgten Operation nicht durch die Suva zu übernehmen seien (Suva-act. 38). Mit Verfügung vom 21. Juni 2018 bestätigte die Suva die Ablehnung ihrer Leistungspflicht (Suva-act. 40). Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. D. Bilgeri, St. Gallen, mit Eingabe vom 22. August 2018 Einsprache (Suva-act. 44-1 ff.). Mit dieser reichte er eine "Medizinische Begründung aus Sicht des behandelnden Chirurgen/Operateur" von Dr. E. \_\_\_ vom 13. August 2018 ein, der eine Verschlimmerung durch den Unfall vom 3. Februar 2017 sowie eine Leistungspflicht der Suva in Bezug auf die Operation vom 23. März 2017 bejahte (Suva-act. 44-6 f.). Am 29. November 2018 beauftragte die Suva das Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin erneut mit der Frage, ob das Inguinalhernienrezidiv mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 3. Februar 2017 zurückzuführen sei. Sie wies darauf hin, dass gemäss kreisärztlichen Beurteilungen keine Unfallfolge vorliege, während gemäss Beurteilung von Dr. E. \_\_\_ eine solche gegeben sei (Suva-act. 48). Med. pract. J. \_\_\_, Facharzt Chirurgie, Facharzt Chirurgie und Unfallchirurgie (DE) sowie Facharzt für Viszeralchirurgie (DE), Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin, beauftragte darauf die Suva, dem Dossier die zeitnah ergriffenen diagnostischen Massnahmen (wie z.B. eine CT) für den Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit (wohl bis zum 20. Februar 2017) zuzuführen, um die Aussagen des Versicherten anlässlich der Besprechung mit der Suva vom 20. Juli 2017 zu überprüfen (Suva-act. 49). Dr. C. \_\_\_ reichte der Suva am 24. Januar 2014 einen Auszug aus der Krankengeschichte des Versicherten vom 6. Februar 2017 ein (Suva-act. 51-2), erklärte jedoch anlässlich eines Telefongesprächs vom 5. Februar 2019 über keine Bildgebung zu verfügen (Suva-act. 53). Med. pract. J. \_\_\_ nahm daraufhin in einer chirurgischen Beurteilung vom 12. Februar 2019 zur Kausalitätsfrage Stellung und schloss sich den kreisärztlichen Beurteilungen an, dass die am 23. März 2017 durchgeführte Operation nicht an Unfallfolgen adressiert gewesen sei (Suva-act. 54). Die von der Suva ergänzten Akten wurden der Rechtsvertreterin des Versicherten mit Schreiben vom 15. Februar 2019 unterbreitet (Suva-act. 55), worauf diese mit Schreiben vom 11. März 2019 mitteilte, an der Einsprache vom 22. August 2018 festzuhalten (Suva-act. 56). Zusammen mit dem Schreiben reichte sie eine weitere Stellungnahme von Dr. E. \_\_\_ vom 22. Februar 2019 ein (Suva-act. 57). Mit Einspracheentscheid vom 21. März 2019 wies die Suva die Einsprache vom 22. August 2018 gegen die Verfügung vom 21. Juni 2018 ab (Suva-act. 61). Gegen den Einspracheentscheid erhob die Rechtsvertreterin des Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführer) mit Eingabe vom 7. Mai 2019 Beschwerde mit folgenden Anträgen: 1. Der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben. 2. Die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. 3. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Sachverhaltsabklärung durch ein externes medizinisches Gutachten an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G1). Zusammen mit der Beschwerde reichte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers eine Aktenbeurteilung von Prof. Dr. med. K. \_\_\_, Chirurgie, Spital L. \_\_\_, vom 2. Mai 2019 ein (Suva-act. 69). Mit Stellungnahme vom 3. Juni 2019 ersuchte die Beschwerdegegnerin das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen um Überprüfung der Rechtzeitigkeit der Beschwerde (act. G3). Mit Schreiben vom 5. Juni 2019 teilte das Versicherungsgericht der Beschwerdegegnerin mit, dass die Beschwerde rechtzeitig eingereicht worden sei (act. G4), worauf diese am 2. August 2019 ihre Beschwerdeantwort mit dem Antrag auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheids einreichte (act. G5). Sie stützte sich dabei auf eine nach Einsichtnahme in die im Beschwerdeverfahren von der

Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers neu aufgelegten medizinischen Stellungnahmen erstellte chirurgische Beurteilung von med. pract. J. \_\_\_ vom 23. Juli 2019 (Suva-act. 73). In der Replik vom 10. Oktober 2019 hielt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers unverändert an den Anträgen der Beschwerde fest (act. G9). In der Duplik vom 13. November 2019 hielt die Beschwerdegegnerin ihrerseits an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (act. G11). Erwägungen Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht in Bezug auf den am 23. März 2017 durch Dr. E. \_\_\_ behandelten Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers (Suva-act. 15) zu Recht verneint hat, weil zwischen diesem und dem Unfall vom 3. Februar 2017 kein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe. Bei Bejahung einer Leistungspflicht wäre die Beschwerdegegnerin bis zur Heilung für die unmittelbaren Operationsfolgen (Wundheilung, postoperative Schmerzphase, Einnahme von Medikamenten, Schonungsphase mit möglicher Arbeitsunfähigkeit usw.) leistungspflichtig. Der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung setzt zunächst einen Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) voraus. Als solcher gilt eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer bei Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 ATSG) für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 181 E. 3.2 ff. mit Hinweisen; 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, N 66 zu Art. 6 UVG; 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 von den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (vgl. UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 53, 59 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 66 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2 sowie in BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2 des Urteils 8C\_216/2009 vom 28. Oktober 2009, je mit Hinweisen). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres gegeben (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 f. E. 3a, 117 V 365 E. 5c/bb mit Hinweisen; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl., Bern 2014, § 70 Rz. 58 f.; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4). 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 je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die 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. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, demzufolge die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität der Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C\_101/2008, E. 2.2; BGE 117 V 264 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 27. April 2005, U 6/05, auszugsweise publiziert in: AJP 2006 S. 1290 ff.). 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). Mit Schadenmeldung UVG vom 2. März 2017 liess der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin durch seine Arbeitsgeberin melden, er sei am 3. Februar 2017 beim Skifahren gestürzt und habe sich links und rechts eine Prellung der Leiste zugezogen. Eine Erstbehandlung habe bei Dr. C. \_\_\_ stattgefunden und es bestehe seit 3. Februar 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 1). Angesichts dieser Ereignisschilderung bzw. Arbeitsunfähigkeitsmeldung ging die Beschwerdegegnerin von einem Nichtberufsunfall aus und sicherte dem Beschwerdeführer mit formlosem Schreiben vom 6. März 2017 die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu (Suva-act. 4). Es ist jedoch offensichtlich, dass die Anerkennung einer Leistungspflicht durch die Beschwerdegegnerin zu diesem Zeitpunkt ohne weitere Angaben medizinischer Fachpersonen, welche ihr Auskunft über den konkreten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gegeben hätten, erfolgt ist, und die Beschwerdegegnerin nur von einer erfahrungsgemäss innert kurzer Zeit ausheilenden Prellung der Leisten bzw. von einem absehbaren Heilverlauf ausging. Erstmalig mit Eingang des Kostengutsprachegesuchs vom 21. März 2017 erhielt die Beschwerdegegnerin Kenntnis von einer operativ zu therapierenden Rezidivhernie links (Suva-act. 7). Die Beschwerdegegnerin verlangte daraufhin zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht, insbesondere im Hinblick auf den geplanten Eingriff, mit Schreiben vom 27. März 2017 von Dr. C. \_\_\_, der Klinik D. \_\_\_ sowie von Dr. F. \_\_\_ sämtliche medizinischen Berichte, inklusive die Berichte über die durchgeführten radiologischen Untersuchungen, ein (Suva-act. 8 ff.). Zeitgleich kündigte sie dem Beschwerdeführer an, dass sie zu den Versicherungsleistungen noch nicht endgültig Stellung nehmen könne und ihn nach Durchführung der Abklärungen über ihre Leistungspflicht orientieren werde (Suva-act. 13). Die von ihr eingeholten medizinischen Unterlagen legte die Beschwerdegegnerin ihrer Abteilung Versicherungsmedizin zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht mit der Frage vor, ob das Hernienrezidiv eine Verschlimmerung des im April 2013 in der Klinik G. \_\_\_ durchgeführten endoskopischen Hernienrepairs darstelle und falls ja, ob die Operationskosten vom 23. März 2017 vom Unfallversicherer zu übernehmen seien (Suva-act. 29, 33-1), was Dr. H. \_\_\_ am 14. August 2017 verneinte (Suva-act. 33-2). Gestützt auf diese Beurteilung lehnte die

Beschwerdegegnerin die Erbringung von Versicherungsleistungen für einen Leistenbruch mit Schreiben vom 23. August 2017 ab (Suva-act. 34). Nach einer weiteren kreisärztlichen Beurteilung durch Dr. I.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2018 (Suva-act. 38) folgte schliesslich am 21. Juni 2018 die verfügungsweise Ablehnung (Suva-act. 40). Angesichts der obigen Sachlage ist offensichtlich, dass die Beschwerdegegnerin von einem strukturellen Gesundheitsschaden in Form einer Rezidivhernie in der linken Leiste erstmals mit dem Kostengutsprachege such der Klinik D.\_\_\_\_ Kenntnis erhielt, ihr also ein solcher im Zeitpunkt des Leistungszugeschreibens vom 6. März 2017 noch nicht bekannt war und somit auch nicht Gegenstand der Anerkennung bildete. Vor diesem Hintergrund hätte der Beschwerdeführer in Bezug auf die Frage, ob eine leistungsbegründende Unfallkausalität in Bezug auf den am 23. März 2017 durch Dr. E.\_\_\_\_ operativ behandelten Gesundheitsschaden gegeben ist, die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (vgl. vorstehende Erwägung 2.2; vgl. dazu auch nachfolgende Erwägung 4.5.1). 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). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die Beurteilungen der Suva-Kreisärzte und Kreisärztinnen bzw. der Ärzte und Ärztinnen des Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin der Suva gehören - kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 229 E. 5.2, 135 V 469 f. E. 4.4 und 471 E. 4.7; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C\_385/2014, E. 4.2.2; SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12, 8C\_839/2016, E. 3.2). Die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen, steht in denjenigen Fällen nicht im Vordergrund, in denen ein Arzt oder eine Ärztin einen Patienten oder eine Patientin nicht als Hausarzt oder Hausärztin, sondern als Facharzt bzw. Fachärztin behandelte. Im Übrigen sind Anhaltspunkte, welche die medizinischen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen als nicht schlüssig erscheinen lassen, zu beachten, auch wenn sie von behandelnden Ärztinnen oder Ärzten stammen (vgl. BGE 135 V 470 E. 4.5 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 8C\_907/2009, E. 1.1). Die Rechtsprechung erachtet sodann Aktengutachten als zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte bzw. die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C\_780/2016, E. 6.1). Angesichts der obigen

Darlegungen sprechen zumindest keine formellrechtlichen Gründe gegen den Einbezug der Aktenbeurteilungen von Dr. H.\_\_\_\_, Dr. I.\_\_\_\_ und med. pract. J.\_\_\_\_ (Suva-act. 33-2, 38, 54, 73). Ob letztlich auf diese abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiellrechtlichen Beurteilung zu prüfen. Materiellrechtlich ist zu prüfen, ob die operative Behandlung vom 23. März 2017 einem unfallkausalen Gesundheitsschaden gegolten hat. Aktenkundig ist, dass beim Beschwerdeführer am 25. April 2013 bei Vorliegen einer indirekten Leistenhernie eine endoskopische Leistenhernienoperation in TEP-Technik durch Dr. M.\_\_\_\_ durchgeführt worden war (Suva-act. 28). In der nach dem Unfall vom 3. Februar 2017 beim Beschwerdeführer durchgeführten Sonographie vom 14. März 2017 erhob Dr. F.\_\_\_\_ sodann laut Untersuchungsbericht vom 15. März 2017 den Befund eines indirekten lateralen Inguinalhernienrezidivs links (Suva-act. 16) und auch Dr. E.\_\_\_\_ hielt im Operationsbericht vom 24. März 2017 als Diagnose ein indirektes Inguinalhernienrezidiv links fest (Suva-act. 15). Die Ärzte der Beschwerdegegnerin, Dr. H.\_\_\_\_, Dr. I.\_\_\_\_ sowie med. pract. J.\_\_\_\_, wie auch Dr. E.\_\_\_\_ und der von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beigezogene Prof. K.\_\_\_\_ sind sich jedoch darin einig, dass am 23. März 2017 keine Leistenhernie im eigentlichen Sinne (= angeborene oder erworbene sackartige Ausstülpung des Peritoneum parietale [Bruchsack], die die anatomisch präformierten Lücken und Schwachstellen oberhalb des Leistenbandes als Bruchpforte haben, wobei Anteile der Baucheingeweide [Bruchinhalt] in die Leiste verlagert werden [Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston, S. 1037; Roche Lexikon, Medizin 5. Aufl. München 2003, S. 806]) bzw. kein mit der früher operierten Leistenhernie in Zusammenhang stehendes Leistenhernienrezidiv operiert wurde (vgl. Suva-act. 33, 38, 44-6 f., 54, 57, 69, 73). Laut Dr. H.\_\_\_\_ wurde bei der Operation vom 23. März 2017 ein präperitoneales Lipom, d.h. ein gutartiger Fetttumor (vgl. dazu Psyhyrembel, a.a.O., S. 1059; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1118), operiert (Suva-act. 33-2). Auch Prof. K.\_\_\_\_ geht von einem Lipom aus, welches bereits vor dem Unfall vom 3. Februar 2017 im linken Leistenkanal des Beschwerdeführers befindlich war, also nicht durch den Unfall verursacht wurde (Suva-act. 69-3, 73-10). Er bezeichnet das Lipom als Pseudorezidiv, unter welchem man ein während der Operation zurückgelassenes Lipom im Leistenkanal verstehe, welches eine ähnliche Symptomatik wie eine Leistenhernie verursachen könne und deshalb meist zu einer Reoperation führe. Aus diesem Grund müssten vorhandene Lipome aus dem inneren Leistenring während der endoskopischen Phase entfernt werden. Beim Beschwerdeführer habe bei der Zweitoperation vom 23. März 2017 tatsächlich kein eigentliches indirektes Hernienrezidiv festgestellt werden können. Es sei ein Pseudorezidiv und zusätzlich noch im Bereich des Leistenrings ein Teil vom vorgängig eingelegten Netz entfernt worden (Suva-act. 69-2). Auch Dr. E.\_\_\_\_ nennt im Operationsbericht vom 24. März 2017 (Suva-act. 15-1), im Hospitalisationsbericht vom 27. März 2017 (Suva-act. 15-2) sowie in seiner Stellungnahme vom 22. Februar 2019 (Suva-act. 57) ein herniertes kleinfingergrosses präperitoneales, möglicherweise rumliegendes Lipom und hält in letzterer (Suva-act. 57-2) zudem fest, es sei korrekt, dass im Verlauf des Samenstrangs immer Fettgewebe vorliege und hier eben nicht von einer Neubildung gesprochen werden könne. Med. pract. J.\_\_\_\_ schliesst sich in seiner chirurgischen Beurteilung vom 23. Juli 2017 den Ausführungen von Prof. K.\_\_\_\_ zum Lipom an (Suva-act. 73-9 f.). Angesichts der aufgeführten, übereinstimmenden medizinischen Aktenlage ist davon auszugehen, dass sich beim Beschwerdeführer bereits zum Zeitpunkt des Unfalls vom 3. Februar 2017 im linken Leistenkanal ein Lipom befand und sich bei diesem Vorzustand die weitere widersprüchliche Diskussion in den

aktenkundigen medizinischen Beurteilungen hinsichtlich Unfallkausalität mit der Frage befasst, ob in Bezug auf dieses Lipom durch den Unfall vom 3. Februar 2017 eine (strukturelle) Verschlimmerung in der linken Leiste des Beschwerdeführers eingetreten ist. Dr. E. \_\_\_ bejaht diese Frage und stellt sich in seiner Begründung vom 13. August 2018 (Suva-act. 44-6 f.) auf den Standpunkt, dass aus seiner Sicht Unfälle mit dem Snowboard hohe Bauchdrücke erzeugen könnten, was ein Durchtreten von vor dem Bauchfell liegendem Fettgewebe durch Öffnungen (in diesem Fall innerer Leistenring) hervorrufen könne. In seiner Stellungnahme vom 22. Februar 2019 (Suva-act. 57) weist er darauf hin, dass wohl die Druckerhöhung durch den Unfall die herumliegende Lipomstruktur durch den inneren Leistenring hinausgedrückt habe. Nach dem Sturz sei das Lipom im Leistenring stecken geblieben und habe Beschwerden gemacht. Stetiger leichter Druck führe zur Ausstülpung, was man irgendwann vielleicht mit einem kleinen Kraftakt bei der Arbeit verspüren möge und es dann erstmalig bemerke. Die Entstehung habe jedoch früher begonnen. Er vergleiche es immer mit einem vollen Fass, welches erst beim letzten Tropfen zu überlaufen beginne. In diesem Fall sei es absolut nachvollziehbar, dass durch den Druck, entstanden beim Trauma, eben dieses Lipom den Weg durch den inneren Leistenring nach aussen gefunden habe und im Leistenring stecke. Hätte dieser Zustand schon früher vorgelegen, hätte der Beschwerdeführer schon vor dem Sturz entsprechende Beschwerden gehabt. Eine Druckentstehung im Bauch habe das lipomatöse Gewebe sofortig durch den Leistenring nach vorne pressen können und habe dem Beschwerdeführer ab diesem Zeitpunkt Beschwerden verursacht. Das Lipom sei nicht riesig gewesen, aber doch ursächlich für die Beschwerden, da diese postoperativ nicht mehr vorhanden gewesen seien. Das Fettgewebe werde als präperitoneales Lipom bezeichnet, weil es durch den inneren Leistenring ausgetreten sei und nicht im Verlauf des Samenstrangs, wo immer Fettgewebe vorliege, gelegen habe. Er sei der Meinung, dass der Druck im Bauch das möglicherweise rumliegende Lipom hinausgedrückt und deshalb zu Schmerzen geführt habe. Entsprechend habe er in der Begründung vom 13. August 2018 auch nicht von Fettgewebe im Leistenkanal im Sinne von im Samenstrang verlaufend geschrieben, sondern eben von Fettgewebe, welches von hinten durch den inneren Leistenring im Leistenring steckend herausgedrückt worden sei. Die Annahme von Dr. E. \_\_\_ - das Lipom sei durch den Sturz durch den inneren Leistenring hinausgedrückt worden - hat als unbestritten und nachgewiesen zu gelten. Bauch- und Unterleibsbrüche - dazu gehören auch Leistenbrüche - sind nach medizinischer Erfahrung in der Regel krankheitsbedingte Leiden und nur in seltenen Ausnahmefällen Unfallfolge. Eine Hernie kann als unfallbedingt betrachtet werden, wenn das Unfallereignis mit einer direkten, heftigen sowie bestimmten Einwirkung verbunden ist und die schwerwiegenden Symptome der Hernie unverzüglich und mit sofortiger, mindestens mehrstündiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. Die Leistenhernie im Besonderen kann nur als unfallbedingt qualifiziert werden, wenn anlässlich eines bestimmten einmaligen Ereignisses (Überanstrengung, unkoordinierte Bewegung, Sturz, Druck von aussen usw.) ein angeborener Bruchsack erstmalig und plötzlich mit Eingeweiden gefüllt wurde (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Januar 2008, 8C\_601/2007, E. 2.1). Das Bundesgericht qualifiziert also eine Leistenhernie (nur) im seltenen Fall eines angeborenen, also bereits bestehenden, Bruchsacks als unfallbedingt. Der Beschwerdeführer ist beim Snowboardunfall vom 3. Februar 2017 unbestrittenermassen auf den Bauch gestürzt. Wie bereits erwähnt, betrachtet Dr. E. \_\_\_ den Sturz auf den Bauch als adäquates Ereignis für eine Verschlimmerung bzw. Veränderung des Vorzustandes. Der Sturz habe einen Druck auf den Bauch erzeugt, was wiederum ein Durchtreten von

Fettgewebe durch den inneren Leistenring hervorgerufen habe. Eine plötzliche Erhöhung des intraperitonealen Drucks bzw. eine im Einzelfall mögliche Entstehung einer Leistenhernie infolge einer plötzlichen Druckerhöhung im Bauchraum, schliesst offensichtlich auch med. pract. J. \_\_\_ nicht aus (Suva-act. 73-9). So wird ein "Druck von aussen" auch in bundesgerichtlicher Rechtsprechung als adäquates Ereignis für einen Leistenbruch anerkannt, wenn auch nur im seltenen Fall eines angeborenen Bruchsacks (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. Januar 2008, 8C\_601/2007, E. 2.1). In der vorliegend bereits natürlich vorhandenen Lücke des inneren Leistenrings (Suva-act. 44-6 f.) ist jedoch ebenfalls ein Umstand zu sehen, der sich in die vom Bundesgericht sehr eingeschränkt definierte Unfallqualifikation einfügt. Aus den medizinischen Akten geht sodann übereinstimmend hervor, dass das bei der Leistenhernienoperation vom 25. April 2013 eingelegte Kunststoffnetz den Eintritt von Gewebe in den Leistenring in der Regel verhindert. So konnte laut Prof. K. \_\_\_ durch die korrekte Lage des eingelegten Netzes kein Rezidiv entstehen (Suva-act. 69-2). Und auch med. pract. J. \_\_\_ erklärt in seiner chirurgischen Beurteilung vom 23. Juli 2019 (Suva-act. 73-5) ausführlich die Funktion des Kunststoffnetzes, welches zuverlässig den Eintritt von intraabdominell gelegenem Gewebe in den inneren Leistenring und damit in den Leistenkanal, durch den beim Mann die Strukturen des Samenstrangs nach aussen treten, verhindert. Es sei somit nicht überwiegend wahrscheinlich, dass Fettgewebe, das vor dem Ereignis innerhalb der Bauchwand gelegen habe, im Rahmen des Unfalls vom 3. Februar 2017 durch den mittels des Kunststoffnetzes breitflächig abgedeckten inneren Leistenring in den Leistenkanal ausgetreten sei. Streitig und zu prüfen bleibt damit einzig, ob das Lipom - wie von Dr. E. \_\_\_ angenommen - überwiegend wahrscheinlich mit dem Sturz vom 3. Februar 2017 symptomatisch wurde, was zur Operation vom 23. März 2017 führte. Wird davon ausgegangen, dass die nach dem Unfall aufgetretenen Schmerzen in der linken Leiste Folge einer durch den Unfall lediglich aktivierten (zuvor stummen) vorbestehenden Gesundheitsschädigung sind, hat die Beschwerdegegnerin nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit (RKUV 1994 Nr. U206 S. 328 f. E. 3, mit Hinweisen; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 71 zu Art. 6 UVG; UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 54 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54; SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C\_816/2009, E. 4.3). Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat die Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Unter Umständen hat der Beschwerdeführer damit Anspruch auf eine, operative Eingriffe miteinschliessende, zweckmässige Behandlung, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der von den Unfällen zumindest mitverursachten Schmerzen dient und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch die Unfälle bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C\_423/2012, E. 5.3, und 24. Juni 2008, 8C\_326/2008). Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung ist also selbst dann leistungs begründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *Conditio sine qua non* war (Urteile des Bundesgerichts vom 19. Oktober 2011, 8C\_515/2011, E.4.1, und 5. April 2007, U 413/05, E. 4.2). Anzuführen bleibt, dass im

konkreten Fall nicht die Beschwerdegegnerin den Nachweis des Dahinfallens der Kausalität zu erbringen hat, sondern der Beschwerdeführer hat zunächst die Unfallkausalität der von ihm geklagten gesundheitlichen Störungen zu belegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2017, 8C\_819/2016, E. 4.3). Kann der Nachweis nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbracht werden, hätte er deshalb auch die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (vgl. Erwägung 2.3). Laut Einschätzung von med. pract. J. \_\_\_ in der chirurgischen Beurteilung vom 23. Juli 2019 (Suva-act. 73-10) scheidet die Erhöhung des intraabdominellen Drucks als Ursache für eine Verschlimmerung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers aus. Um das Gegenteil mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bejahen zu können, müsste laut seiner Auffassung durch das Unfallereignis eine strukturelle Veränderung des Fettgewebes eingetreten sein. Med. pract. J. \_\_\_ hält fest, dass es, wäre zum Beispiel eine Einblutung im Bereich der linken Leiste sonographisch objektiviert worden oder wenigstens eine Schwellung, eine Schürfung im Bereich der Leiste oder auch ein oberflächliches Hämatom dokumentiert, nicht nur möglich wäre, dass eine strukturelle Veränderung des Fettgewebes in der linken Leiste zufolge des Unfalls eingetreten wäre. Solche Zeichen einer Traumatisierung der linken Leiste seien jedoch mit den medizinischen Berichten nicht dokumentiert. Zudem seien die Leistenbeschwerden erst verzögert dokumentiert. Der Hausarzt erinnere sich zwar im Nachhinein daran, dass der Beschwerdeführer auch bei der Erstvorstellung Leistenbeschwerden angegeben habe. Er habe dies jedoch weder dokumentiert, noch sei er diesen Beschwerden initial nachgegangen, wie es zu erwarten gewesen wäre. Eine gezielte Diagnostik der linken Leistenregion wäre notwendig geworden. Med. pract. J. \_\_\_ argumentiert unter anderem in dem Sinne, dass im Regelfall erlittene Verletzungen zu Schmerzen führen und unmittelbar im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah auch wahrgenommen und im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung beschrieben werden. Die Bedeutsamkeit der von ihm angesprochenen fehlenden Brückensymptomatik im konkreten Fall erscheint jedoch - soweit sie aufgrund der Akten überhaupt bestätigt werden kann - fraglich. Zunächst ist festzuhalten, dass bereits in der Schadenmeldung UVG vom 2. März 2017 eine Verletzung im Leistenbereich genannt wurde (Suva-act. 1). Zwar hatte die anlässlich der Erstbehandlung vom 6. Februar 2017 durch Dr. C. \_\_\_ durchgeführte Sonographie - wie von Dr. I. \_\_\_ in der ärztlichen Beurteilung vom 14. Juni 2018 zutreffend festgestellt (Suva-act. 38-2) - keine auffälligen Befunde gezeigt, dennoch stellte der Hausarzt die Verdachtsdiagnose einer Rezidivhernie (Suva-act. 6), welche sich sodann im Rahmen der weiteren Sonographie vom 15. März 2017 - letztlich in Form eines präperitonealen Lipoms (vgl. Erwägung 4.1.2) - auch bestätigte (Suva-act. 16). Vor diesem Hintergrund kann nicht gesagt werden, eine Leistenverletzung habe unfallnah nicht im Raum gestanden. Die Erklärung des Beschwerdeführers anlässlich der Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 20. Juli 2017 - zunächst hätten die medizinischen Abklärungen bezüglich Blutungen im Bauchraum im Zentrum gestanden, die Leistenbeschwerden hätten keine Priorität gehabt - erscheint zudem angesichts der Gefährlichkeit allfälliger innerer Bauchverletzungen glaubwürdig und nachvollziehbar, auch wenn einzuräumen ist, dass die Abklärungen tatsächlich wohl keine zwei bis drei Wochen gedauert haben dürften (vgl. dazu Suva-act. 51-2). Ausgewiesen ist sodann auch eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit vom 3. Februar bis 18. April 2017 (Suva-act. 1, 6, 17). Der Beschwerdeführer wurde schliesslich unbestrittenermassen von Dr. C. \_\_\_ für eine Abklärung der Leistenproblematik an Dr. E. \_\_\_ überwiesen. Der Behandlungsabschluss beim Hausarzt war bereits am 16. Februar 2017 erfolgt (Suva-act. 6). Auch diese Fakten erlauben die Annahme eines zeitlich

seit dem Unfall vom 3. Februar 2017 zusammenhängenden Sachverhalts in Bezug auf eine Leistenproblematik. Med. pract. J. \_\_\_ begründet weiter, dass für die Bejahung einer überwiegend wahrscheinlich unfallkausalen Verschlimmerung des Lipoms durch das Unfallereignis eine strukturelle Veränderung des Fettgewebes eingetreten sein müsste. Zunächst ist festzuhalten, dass das Lipom in gewisser Hinsicht durchaus eine strukturelle Veränderung erfahren hat. So ist, wie bereits dargelegt (vgl. Erwägung 4.4), unbestritten, dass dieses durch den Sturz vom 3. Februar 2017 durch den inneren Leistenring hinausgedrückt wurde und sich damit zumindest seine Position veränderte. Dass die Lageveränderung des Lipoms, wie von Dr. E. \_\_\_ erklärt, zu Beschwerden führte, erscheint ohne weiteres schlüssig und plausibel. Dr. E. \_\_\_ unterstützt sodann in seiner Stellungnahme vom 22. Februar 2019 (Suva-act. 57) die Feststellung von med. pract. J. \_\_\_, dass sich bei einer Operation Gewebeerstörungen mit Blutungen feststellen lassen sollten, insbesondere fünfeneinhalb Wochen nach einem Trauma, nicht. Auch diese Auffassung lässt sich nicht ohne Weiteres in Abrede stellen. Erfahrungsgemäss heilen die von med. pract. J. \_\_\_ beschriebenen typischen Prellungssymptome - anders als eine strukturelle Verletzung - nach fünfeneinhalb Wochen ab, womit diese allgemeine Feststellung von Dr. E. \_\_\_ schlüssig und überzeugend erscheint. Weiter nimmt er auf die konkrete Situation Bezug, welche keine strukturelle Veränderung des Fettgewebes verlange, um von einer unfallkausalen Verschlimmerung des Gesundheitszustandes in der linken Leiste ausgehen zu können. In seiner Begründung vom 13. August 2018 (Suva-act. 44-6 f.) und in der obgenannten Stellungnahme (Suva-act. 57) betrachtet er die Annahme von med. pract. J. \_\_\_ insofern als unrichtig, als im konkreten Fall nicht die Leiste zerrissen sei. Diese sei nach der TEP im Jahr 2013 sogar noch hinten durch das eingewachsene Netz verstärkt gewesen. Die Druckentstehung im Bauch habe bewirkt, dass das Lipom durch den inneren Leistenring nach aussen habe hervortreten können. Die Öffnung habe bestanden und das Lipom sei rausgedrückt worden. Weil hier also gar nichts habe zerreissen müssen, seien alle Schilderungen von med. pract. J. \_\_\_ wegen Hämatomen nicht nachvollziehbar. Es sei ein mechanisches Problem. Man habe ein Loch und etwas, das Durchtreten könne, wenn genügend Druck entstehe, womit gar nichts zerreissen, geschweige denn Einblutungen zeigen müsse. Analog schreibt Dr. E. \_\_\_ in seiner Begründung vom 13. August 2018, dass die Beschwerdegegnerin bzw. Dr. I. \_\_\_ (vgl. Suva-act. 38-2) einen akuten traumatischen Muskelriss forderten. Dies sei aus seiner Sicht nicht zwingend nötig. Zum einen sei die Muskulatur in diesem Bereich mit Netz von der Voroperation von hinten verwachsen und so geschützt bzw. sicher stabiler. Zum anderen sei das Fettgewebe vor dem Bauchfell dem Samenstrang entlang durch die natürlich vorhandene Bruchlücke (innerer Leistenring, dort trete der Samenstrang durch den Muskel) durchgedrückt worden. Es brauche hierzu keinen Riss der Muskulatur, aber genügend Druck, der dies bewirke. Es sei also durch eine vorhandene Lücke (= innerer Leistenring) Fettgewebe allein durchgepresst worden. Diese erkläre, weshalb keine Hämatome vorhanden sein müssten. Nicht überzeugend ist auch die Annahme von med. pract. J. \_\_\_, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers auch im entzündlich veränderten Lymphknoten eine gute Erklärung finden würden. Nachdem es sofort nach der Operation vom 23. März 2017 zu einer Verbesserung der Beschwerdesymptomatik kam, kann mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, dass tatsächlich das Lipom die Beschwerden verursacht hat und nicht der Lymphknoten. Für eine unfallkausale Verschlimmerung des Lipoms im Sinne einer durch den Unfall bewirkten Beschwerdesymptomatik spricht sich schliesslich auch Prof. K. \_\_\_ in seiner Aktenbeurteilung vom 2. Mai 2019 aus. So sei zwar

kein direkter Zusammenhang zwischen der Herniation mit einem einmaligen traumatischen und aussergewöhnlichen Ereignis als gegeben festzustellen, jedoch sei eine unfallbedingte Verschlimmerung eines Pseudorezidivs bzw. eines während der früheren Operation zurückgelassenen Lipoms im Leistenkanal mit akuter Symptomatik "erwähnenswert" (Suva-act. 69). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass hinsichtlich der chirurgischen Beurteilungen von med. pract. J. \_\_\_ vom 12. Februar 2019 (Suva-act. 54) und 23. Juli 2019 (Suva-act. 73), gemäss welchen das Lipom nicht überwiegend wahrscheinlich mit dem Sturz vom 3. Februar 2017 symptomatisch wurde, Zweifel bestehen. Gegenteils ist durch die (medizinischen) Akten überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen, dass das Lipom, das unbestrittenermassen bereits im Zeitpunkt des Unfalls im Leistenkanal war und durch diesen in den inneren Leistenring gedrückt wurde, unmittelbar Beschwerden verursachte. Zeitnah kam es denn auch am 23. März 2017 zur erfolgreichen Operation mit Entfernung des Lipoms. Eine Operation ohne das Unfallereignis wäre überwiegend wahrscheinlich nicht zur gleichen Zeit notwendig geworden (vgl. Erwägung 4.5.1), womit in Anlehnung an die Beurteilungen von Dr. E. \_\_\_ und Prof. K. \_\_\_ von einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 3. Februar 2017 und der Symptomatik durch das Lipom auszugehen ist. Die Beschwerdegegnerin ist damit bis zur Heilung für die unmittelbaren Operationsfolgen (Wundheilung, postoperative Schmerzphase, Einnahme von Medikamenten, Schonungsphase mit möglicher Arbeitsunfähigkeit usw.) leistungspflichtig (vgl. Erwägung 1). Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 21. März 2019 (Suva-act. 61) gutzuheissen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung gegenüber der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, diese ermessensweise - wie in vergleichbar aufwändigen Fällen üblich - auf pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 21. März 2019 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, für die Operation vom 24. März 2017 und deren unmittelbare Folgen die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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