

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/42 vom 23. Juni 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-06-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2020_42

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/42 du 23 juin 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/42 del 23 giugno 2021

Regeste

Art. 6 UVG. Verneinung eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und der über den Leistungseinstellungszeitpunkt geklagten Schulterbeschwerden.

Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Juni 2021, UV 2020/42).

Volltext

Entscheid vom 23. Juni 2021 Besetzung Präsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Annina Janett Geschäftsnr. UV 2020/42 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergnana, Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen, gegen Branchen Versicherung Genossenschaft, Sihlquai 255, Postfach, 8031 Zürich, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Gilles Benedick, LL.M., Benedick Studio legale e notarile, Via Ariosto 6, P.O. Box 5251, 6901 Lugano, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ war bei der B.____ AG in der Produktion tätig und dadurch bei der Branchen Versicherung Genossenschaft (Branchen Versicherung), Zürich, obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 16. November 2018 bei der Arbeit auf dem Boden ausrutschte und mit der rechten Schulter und dem Kopf auf den Boden fiel (Schadenmeldung vom 29. November 2018, UV-act. K1). Die Erstbehandlung erfolgte am 21. November 2018 durch den Hausarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, der eine Dolenz rechte Schulter vorne und Bewegungseinschränkung feststellte. Er veranlasste eine MRI-Untersuchung des rechten Schultergelenks, die am 18. Januar 2020 in der Radiologie D.____ durchgeführt wurde (UV-act. M2, M3). Am 28. Januar 2020 wurde in der Orthopädie des Spitals E.____ eine subacromiale Infiltration vorgenommen (UV-act. M6). Da die Symptome persistierten, wurde die Versicherte am 4. März 2019 an der Schulter operiert (UV-act. M8, M9). Am 9. April 2019 erfolgte in der Radiologie D.____ eine MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule (UV-act. M12; vgl. auch den Untersuchungsbericht des Spitals E.____ vom 11. April 2019, UV-act. M13). Am 31. Mai 2019 wurde ein weiteres MRI der rechten Schulter durchgeführt (UV-act. M15). Am 12. Juni 2019 wurde die Versicherte bei Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vorstellig. Dieser erhob die Diagnosen periartikuläre Kapsulitis Schulter rechts, Verdacht auf Algodystrophie Schulter rechts und Status nach Bizepssehnenotomie, Acromioplastik Schulter rechts (Bericht vom 14. Juni 2019, UV-act. M16). Am 1. Juli 2019 wurde die Versicherte durch Dr. F.____ erneut an der Schulter operiert (UV-act. M21, vgl. auch UV-act. K16). Am 6. Dezember 2019 erfolgte in der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin ein weiteres MRI der rechten Schulter (UV-act. M32). Die Branchen Versicherung richtete der Versicherten

vom 21. November 2018 bis 31. Juli 2019 ein Taggeld aus (vgl. UV-act. K26) und übernahm im Wesentlichen Kosten der Heilbehandlung (vgl. insbesondere die Kostengutsprache vom 21. Februar 2019, UV-act. K6). Eine Übernahme der Kosten der MRI-Untersuchung vom 9. April 2019 lehnte sie ab (Mitteilung vom 7. Mai 2019, UV-act. K10/1). Im Februar 2020 stellte der Hausarzt der Versicherten ein Kostengutsprachege such für eine stationäre Rehabilitation im Rehazentrum G.____ (UV-act. K40, vgl. auch M34). Infolgedessen legte die Branchen Versicherung die Unterlagen ihrem Vertrauensarzt, Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vor. Dieser hielt in seiner Beurteilung vom 10. Februar 2020 im Wesentlichen fest, dass die aktuellen diffusen rechtsseitigen Schulterbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf die Kontusion der Schulter vom 16. November 2018 zurückzuführen seien. Der Rehabilitationsaufenthalt sei zwar medizinisch indiziert, aber es handle sich um ein unerklärbares Schmerzsyndrom, dessen Behandlung von der Krankenkasse zu tragen sei (UV-act. M35). Gestützt darauf lehnte die Branchen Versicherung die Übernahme der Kosten der Behandlung im Rehazentrum G.____ ab (E-Mail vom 11. Februar 2020, UV-act. K41). Mit Verfügung vom 13. Februar 2020 stellte die Branchen Versicherung die Leistungen per Ende Februar 2020 ein. Begründend führte sie an, der Status quo ante sei spätestens 4 Wochen nach der ersten Operation vom 4. März 2019 erreicht worden. Sie hielt fest, auf die Rückerstattung der zu Unrecht erbrachten Leistungen zu verzichten (UV-act. K47). Dagegen erhob die Versicherte am 21. und 28. Februar 2020 Einsprache und reichte zudem ein Schreiben von Dr. C.____ vom 18. Februar 2020 ein (UV-act. K52, K55, M36). Am 25. Februar 2020 nahm Dr. H.____ dazu Stellung (UV-act. M37). Mit Entscheid vom 13. Mai 2020 wies die Branchen Versicherung die Einsprache ab (UV-act. K59). Gegen diesen Einspracheentscheid vom 13. Mai 2020 liess die Versicherte am 11. Juni 2020 durch ihren Rechtsvertreter Beschwerde erheben und beantragen, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und ihr seien ab dem 1. März 2020 weiterhin Leistungen gemäss UVG zu erbringen (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 31. Juli 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei (act. G 5). Mit Replik vom 30. Oktober 2020 und Ergänzung vom 7. Dezember 2020 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest und reichte einen provisorischen Austrittsbericht des Reha zentrums G.____ vom 4. Dezember 2020 ein (act. G 11, 13, 13.1). Mit Duplik vom 11. Dezember 2020 bestätigte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen ihre Standpunkte (act. G 15). Erwägungen Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per Ende Februar 2020 eingestellt hat. Auch wenn in Verfügung und Einspracheentscheid nicht explizit definiert, handelt es sich dabei offenkundig um die vorübergehenden Leistungen. Zu weiteren Leistungen (insbesondere Invalidenrente und Integritätsentschädigung) liegt kein Anfechtungsobjekt vor. Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. André Nabold, N 48

ff. zu Art. 6, in Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht regelmässig auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 88). Die Adäquanz spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen indessen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2). Das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein bzw. verneint werden können. Die blosser Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 N 58 f.). Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h., wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4; Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N 58). Dahingefallen ist die kausale Bedeutung, 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 einer Vorerkrankung auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (Nabold, a.a.O., N 54 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (statt vieler BGE 117 V 261 E. 3b). Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2008, 8C_465/2007, E. 3.1 mit Hinweisen). Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. 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). 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; bei einer leistungsaufhebenden Tatfrage liegt die Beweislast somit beim Unfallversicherer, bei einer leistungsbegründenden Tatfrage bei der versicherten Person. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a mit Hinweis). Die Beschwerdeführerin rutschte am Freitag, 16. November 2018, bei der Arbeit aus und fiel auf die rechte Schulter. Sie wurde nach eigenen Angaben (vgl. act. G 1 S. 4) erst bei ihrem Hausarzt vorstellig, als die Schmerzen nach dem Wochenende und zwei weiteren Arbeitstagen unerträglich wurden. Seitdem berichtet sie mehr oder minder unverändert über starke Schulterbeschwerden, die über die Leistungseinstellung hinaus andauern. Die Beschwerdeführerin wurde im Verlauf verschiedentlich klinisch und radiologisch untersucht. Die erste MRI-Untersuchung des Schultergelenks vom 18. Januar 2019 ergab im Wesentlichen eine AC-Gelenksarthrose, eine Tendinose der Supraspinatussehne mit begleitender Bursitis, eine Labrumläsion proximal anterior des Bizepssehnenankers entsprechend einer SLAP-Läsion und einen kaudalen Labrumriss entsprechend einer Bankartläsion, eine Tendinose der langen Bizepssehne (LBS) im intraartikulär verlaufenden Anteil, und einen Verdacht auf einen Mindestpartialriss des mittleren glenohumeralen Ligaments (MGHL) und der vorderen Gelenkkapsel, wahrscheinlich in Folge der stattgehabten Luxation (UV-act. M3). Im April 2019 wurde zudem ein MRI der HWS durchgeführt. Diese ergab im Segment HWK 5/6 links eine medio-laterale flache Diskusherniation mit möglicher C6 Alteration, konzentrische Protrusionen HWK 4/5 und eine flache links mediolaterale Herniation HWK 7/BWK 1 ohne Wurzelalteration (UV-act. M12). Im Untersuchungsbericht der Orthopädie des Spitals E.____ vom 11. April 2019 wurde bzgl. der MRI-Untersuchung ausgeführt, dass sich keine Affektion im Bereich der HWS gezeigt habe, welche nach rechts ausstrahlen könnte. Es wurde der Verdacht auf ein Schmerzverarbeitungsproblem festgehalten (UV-act. M13). Die zweite MRI-Untersuchung der rechten Schulter vom 31. Mai 2019 ergab im Wesentlichen eine massive Bursitis subacromialis/subdeltoidea, einen Status nach Labrumrefixation mit Verplumpung desselben, jedoch ohne Dislokation, und einen persistierenden Gelenkserguss (UV-act. M15). Dr. F.____ nannte im Bericht vom 14. Juni 2019 die Diagnosen periartikuläre

Kapsulitis Schulter rechts, Verdacht auf Algodystrophie Schulter rechts und Status nach Bizepssehnenotomie, Acromioplastik Schulter rechts. Er hielt fest, dass sich im MRT keine wesentliche Verletzung gezeigt habe. Aufgrund der Schmerzsituation sei ein Low grade Infekt nicht auszuschliessen, wobei äusserlich die Schulter komplett unauffällig sei und die Schmerzperioden nicht typisch dafür seien (UV-act. M16). Am 6. Dezember 2019 wurde in der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin, Rorschach, eine dritte MRI-Untersuchung der rechten Schulter durchgeführt. Diese ergab Zeichen einer adhäsiven Kapsulitis, geringe Ausfaserungen des gelenkseitigen und bursaseitigen Sehnenblattes der Supraspinatussehne und einen kurzen interstitiellen Einriss der Supraspinatussehnenfussplatte. Ein Gelenkserguss wurde nicht festgestellt (UV-act. M32). Die Beschwerdeführerin wurde zweimal an der Schulter operiert. Nach der ersten Schulterarthroskopie mit Acromioplastik und Bizepsstenotomie zeigte sich postoperativ ein komplikationsloser Verlauf (Operation vom 4. März 2019; UV-act. M8, M9). Hinsichtlich der zweiten Schulteroperation hielt Dr. F. ___ fest, dass sich beim Eingriff eine fehlende Bizepssehne, eine intakte Subscapularissehne und eine ausgefaserte Supraspinatussehne im vorderen Anteil gezeigt habe. Der Rest der Supraspinatussehne sei unauffällig gewesen. Es habe sich ein Knorpelschaden in der Hauptbelastungszone Grad IV des Oberarmkopfes sowie glenoidalseitig eine Knorpelfissur mit einem mobilen Knorpelfragment gezeigt, dieses werde entfernt. Insgesamt lägen ausgeprägte arthrotische Veränderungen intraartikulär vor (Operation vom 1. Juli 2019; Bericht vom 4. Juli 2019, UV-act. M21). Nachdem die Beschwerdeführerin im postoperativen Verlauf nach anfänglicher deutlicher Besserung der Beschwerdesituation wieder über vermehrte Beschwerden geklagt hatte (vgl. UV-act. M25, M28, M30 f.), bezeichnete Dr. F. ___ die Schmerzen als diffus und die Herkunft der Beschwerden als unklar. Er hielt fest, dass, da keine Schmerzmedikation und kein Kortisonsschema wirke, eine unklare Schmerzsituation vorliege (Bericht vom 6. Februar 2020, UV-act. M33). Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, dass die Beschwerdesymptomatik spätestens per Ende Februar 2020 nicht mehr in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 16. November 2018 stehe, womit ab diesem Zeitpunkt keine Versicherungsleistungen mehr geschuldet seien. Die Beschwerdeführerin macht ihrerseits über den Zeitpunkt der Einstellung hinaus Leistungen geltend. Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei der Leistungseinstellung insbesondere auf die Beurteilung von Dr. H. ___ vom 10. Februar 2020. Dieser hielt im Wesentlichen fest, dass die aktuellen diffusen rechtsseitigen Schulterbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf die Kontusion der Schulter vom 16. November 2018 zurückzuführen seien. Im zwei Monate nach dem Unfall erstellten MRT habe sich eine isolierte anteriore Schuldersymptomatik mit vorbestehender AC-Gelenksarthrose, degenerativer Tendinose der Supraspinatussehne und einer Labrumläsion isoliert proximal und anterior im Sinne einer SLAP-Läsion sowie ein kaudaler Labrumriss entsprechend einer Bankartläsion gezeigt. Hinweise dafür, dass anlässlich des Ereignisses vom 15. November 2018 eine Schulterluxation stattgefunden habe, hätten keine bestanden; dies sei auch nicht denkbar bei einer Unfallmeldung 13 Tage später. Damit sei der Befund als überwiegend wahrscheinlich vorbestehend und degenerativer Natur zu werten. Eine anteriore Schulterinstabilität habe zu keiner Zeit bestanden. Die anfänglichen ventralen Befunde hätten auch nicht einer Schädigung des anterioren Labrums entsprochen. Es bestehe eine diffuse degenerativ bedingte Schmerzsymptomatik. Die milden anterioren Labrumbefunde spielten überwiegend wahrscheinlich keine Rolle in dem diffusen Beschwerdebild und hätten nie eine gespielt, da dieser Befund intraoperativ am 4. Juli 2019

belassen worden sei und aktuell klinisch nicht überwiegend wahrscheinlich zur vorhandenen Symptomatik beitrage. Im MRI vom 31. Mai 2019 sei das Labrum zwar "verplumpt" erschienen, (gemeint wohl: dies) habe jedoch keinen Bezug zur diffusen Symptomatik der rechten Schulter. Man würde hier eine ventrale Instabilität erwarten, die aber weder befundlich erwähnt noch jemals klinisch relevant geschildert worden sei. Damit sei die zwei Monate nach dem Ereignis vorhandene Labrumauffälligkeit ventral zu keinem Zeitpunkt für die rechtsseitigen Schulterbeschwerden verantwortlich gewesen. Zusammenfassend hielt Dr. H.____ fest, die aktuell vorliegende Kapsulitis der rechten Schulter mit degenerativer Supraspinatussehnenläsion und AC-Gelenksarthrose stehe überwiegend wahrscheinlich in keinem kausalen Zusammenhang zum Ereignis vom November 2018, denn alle drei Befunden seien anlässlich der sehr dünnen, erstzeitlichen Berichterstattung nicht vorhanden gewesen und seien überwiegend wahrscheinlich typisch degenerativer Natur. Hinzu komme, dass auch Dr. F.____ sich die Beschwerden anlässlich der letzten Konsultation der Beschwerdeführerin am 4. Februar 2020 nicht habe erklären können. Damit seien die aktuellen, diffusen und unerklärlichen Beschwerden an der rechten Schulter überwiegend wahrscheinlich unfallfremd. Ein Status quo sine sei bei multiplen degenerativen Veränderungen spätestens vier Wochen nach der ersten Operation vom 4. März 2019 erreicht gewesen. Danach sei die Beschwerdeführerin dokumentiert ventral stabil gewesen. Anlässlich der MRT-Untersuchung vom 31. Mai 2019 und dem Wechsel des behandelnden Orthopäden hätten sich keine ventralen oder anderen traumatischen Befunde an der rechten Schulter mehr gezeigt, die für die Beschwerden und die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auch nur annähernd hätten verantwortlich gemacht werden können (UV-act. M35). Dr. H.____ hat sich mit den klinischen und bildgebenden Befunden ausführlich auseinandergesetzt und nachvollziehbar dargelegt, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden an der rechten Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehen, sondern vielmehr degenerative Veränderungen vorliegen. Ob der Status quo sine tatsächlich bereits vier Wochen nach der ersten Operation im März 2019 erreicht gewesen ist, ist zwar retrospektiv fraglich, hat aber für die vorliegende Frage der Leistungseinstellung per Ende Februar 2020 – und damit knapp ein Jahr später – keine Relevanz mehr. Insgesamt vermögen die Ausführungen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin die Schlussfolgerungen des Vertrauensarztes nicht in Zweifel zu ziehen. Dies gilt insbesondere auch für die Ausführungen des Rechtsvertreters bzgl. "SLAP-Läsion" (act. G 1 S. 4 ff.: G 12, S. 3 ff.), mit welcher sich Dr. H.____, wie vorstehend (E. 4.2) festgehalten, eingehend befasst hat. Das Vorliegen altersbedingter Vorzustände wird vom Rechtsvertreter überdies nicht bestritten (vgl. act. G 1 S. 4). Entgegen dem Vorbringen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, dass Dr. H.____ entweder nicht alle Akten zur Verfügung gehabt oder diese nicht richtig gelesen habe (act. G 1 S. 5), ergeben sich keine Hinweise darauf, dass die Beurteilung des Facharztes für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates nicht lege artis erfolgt wäre. Soweit sich der Rechtsvertreter auf den Standpunkt stellt, dass die Abklärungen des Vertrauensarztes unvollständig seien, da er die Beschwerdeführerin nicht selber untersucht habe, ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass das Fehlen einer persönlichen Untersuchung den Beweiswert der Beurteilung des Vertrauensarztes nicht per se schmälert. Die Richtigkeit einer reinen Aktenbeurteilung ist insbesondere dann in Frage zu stellen, wenn sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt

geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.2). Dies ist vorliegend jedoch nicht der Fall; zumal selbst der Hausarzt der Beschwerdeführerin im Schreiben vom 18. Februar 2020 anmerkte, dass Dr. H.____ vermutlich insgesamt schon recht habe, aber der Zeitpunkt der Ablehnung äusserst ungeschickt sei (UV-act. M36). Schliesslich vermag die Beschwerdeführerin auch aus dem im Beschwerdeverfahren eingereichten provisorischen Austrittsbericht des Rehasentrums G.____ vom 4. Dezember 2020 (act. G 13.1) hinsichtlich der Frage der Unfallkausalität nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass sie vor dem Unfall weitgehend beschwerdefrei und arbeitsfähig gewesen sei, ist mit der Beschwerdegegnerin (vgl. UV-act. K59 S. 3) darauf hinzuweisen, dass die Argumentation „post hoc ergo propter hoc“ für sich alleine nichts über eine allfällige Unfallkausalität auszusagen vermag (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb mit Hinweis, Urteil des Bundesgerichts 8C_636/2016 vom 16. November 2016 E. 5.2 mit weiteren Hinweisen). Zusammenfassend ist gestützt auf die vorliegende Aktenlage überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass die geltend gemachten Beschwerden spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Ende Februar 2020 keine kausalen Unfallfolgen mehr darstellten. Mit Blick auf die vorliegenden Akten ist davon auszugehen, dass die über die Leistungseinstellung hinaus fortdauernden Beschwerden nicht mehr auf den Unfall vom November 2018 zurückzuführen sind. Da nach dem Gesagten keine Unfallrestfolgen mehr vorliegen, ist die Verweigerung weiterer vorübergehender Leistungen (Heilkostenübernahme und Taggelder) für die Zeit nach dem 29. Februar 2020 zu Recht erfolgt. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 13. Mai 2020 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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