

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00028

vom 9. Mai 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00028

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00028 du 9 mai 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00028 del 9 maggio 2019

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhanden sein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V

177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) 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. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossige Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteile des Bundesgerichts 8C_600/2021 vom 3. März 2022 E. 3.2 und 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2, je mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

Gemäss BGE 146 V 51 hat der Unfallversicherer nach Meldung einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (E. 9.1). Der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers ist erbracht, wenn die Listendiagnose zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung beruht (E. 8.2.2.1, E. 8.6).

Hat der Unfallversicherer den Beweis erbracht, dass das Unfallereignis keine auch nur geringe Teilursache der Listenverletzung bildet, ist gleichzeitig auch erstellt

dass diese Listenverletzung vorwiegend, das heisst zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Solange neben dem Unfallereignis kein weiteres initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt, erübrigt sich bei fehlendem Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG und einer

Listenverletzung eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG (E. 9.2).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.6

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 1.7

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

E. 2

Der Versicherte erhob am 25. Januar 2021 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2020 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei insoweit aufzuheben, als er die Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Mai 2019 bestätige, und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten, insbesondere auch ab 1. Juni 2019 weiterhin Taggelder und Heilbehandlungskosten sowie allenfalls später weitere Leistungen (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 26. Mai 2021 (Urk. 9) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Am 5. Oktober 2021 (Urk. 16) erstattete der Beschwerdeführer die Replik und am 10. November 2021 (Urk. 19) teilte die

Beschwerdegegnerin ihren Verzicht auf die Einreichung einer Duplik mit, was dem Beschwerdeführer am 16. November 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 20). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Verfügung vom 9. Mai 2019 (Urk. 11/164) damit, dass aufgrund der Beurteilung durch

den Kreisarzt mit der Operation an der rechten Schulter vom 11. Dezember 2018 keine Unfallfolgen behandelt worden seien. Solche spielten 12 Wochen nach dem Unfallereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr. Dennoch habe die Beschwerdegegnerin die Operationen übernommen und sei für die Versicherungsleistungen aufgekommen. Die Beschwerden an der Halswirbelsäule (HWS) seien organisch nicht hinreichend nachweisbar. Die Adäquanz sei nach Prüfung der massgebenden Kriterien zu verneinen (S. 1 f.).

E. 2.2

In der Einsprache vom 7. Juni 2019 (Urk. 11/177) machte der Beschwerdeführer geltend, der Kreisarzt Dr. med. Z. ___ habe sich am 7. Juni 2018 zur Kausalität der Schulterbeschwerden geäussert, diese bejaht und die Operation vom 22. Juni 2018 als unfallkausal notwendig beurteilt (S. 4 Ziff. 6). Weshalb nun – bei idem tischen Aktenstand (vgl. S. 7 Ziff. 11) - eine abweichende Beurteilung vorgenommen werden solle, sei nicht ersichtlich und von Dr. Z. ___ nicht begründet worden (S. 4 Ziff. 6.1). Weiter seien näher genannte Akten nicht berücksichtigt worden, welche die beim Unfall aufgetretenen und danach bestehenden Beschwerden an der rechten Schulter belegten (S. 5 Ziff. 8). Vor diesem Hintergrund sei die kreisärztliche Behauptung, wonach die Schulterbeschwerden erst verzögert aufgetreten seien, schlichtweg falsch (S. 7 Mitte Ziff. 10). Indem Dr. Z. ___ bezüglich der HWS mit Literatur argumentiere und ein Abheilen innert sechs bis acht Wochen postuliere, verkenne er, dass im Unfallversicherungsrecht eine individuelle Einzelfallbeurteilung vorzunehmen sei (S. 5 Ziff. 9). An der Beurteilung von Dr. Z. ___ bestünden deshalb mehr als nur geringe Zweifel (S. 5 Ziff. 7, S. 7 Ziff. 11), weshalb sie keinesfalls Grundlage für die Leistungsverneinung bilden könne (S. 8 f. Ziff. 14 f.)

E. 2.3

Im Einspracheentscheid

vom 11. Dezember 2020 (Urk. 2) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, es scheine ausser Frage zu stehen, dass die HWS-Verletzungen aus dem Unfallereignis spätestens ab Ende Mai 2019 nicht mehr unfalladäquater Natur seien (S. 5 E. 2.a). Demnach sei einzig der unfallkausal Zusammenhang der rechtsseitigen Schulterbeschwerden ab dem 1. Juni 2019 strittig (S. 6 E. 2.b). Diesbezüglich gehe aus der zwischenzeitlich eingeholten orthopädischen Beurteilung durch Dr. med. A. ___ , Suva Versicherungsmedizin, vom 12. November 2019 hervor, dass es bei dem Unfallereignis am rechten Schultergelenk nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer richtung gebenden Verschlimmerung eines Vorzustandes gekommen sei . Es sei allenfalls zu einer leichten Distorsion

des Akromioklavikulär (AC-) Gelenks gekommen, welche zu einer leichten Arthralgie geführt habe. Hierbei handle es sich um eine vorübergehende Verschlimmerung, die innerhalb von drei Monaten ausheile (S. 9 ff. E. 4.a). Darauf sei abzustellen (S. 10 E. 4.b). Die Verletzungsfolgen an der rechten Schulter in Form einer möglichen Distorsion des

AC-Gelenks wegen des Ereignisses vom 24. April 2017 seien allerspätestens Ende Mai 2019 als abgeheilt zu erachten, weshalb die angefochtene Verfügung zu bestätigen sei (S. 12 E. 5).

E. 2.4

Der Beschwerdeführer stellte sich in seiner Beschwerdeschrift (Urk. 1) auf den Standpunkt, es könne keine Rede davon sein, dass die seriöse Abklärung der Folgen der HWS-Verletzungen ausser Frage stehe (S. 6 Mitte Ziff. 5). Wie Dr. Z.____ habe auch Dr. A.____ den Aktenstand übergangen. Es hätte ein externes Gutachten gebraucht, welches sich dem Konglomerat aus Argumenten zu Verletzungen der HWS, beider Schultern, der Dokumentation dieser Verletzungen, der Interpretation und der Schlussfolgerungen aus einer übersichtlich dargestellten und gewürdigten Bildgebung annehme (S. 6 unten).

Die Beurteilung durch Dr. A.____ habe die Beschwerdegegnerin während des Einspracheverfahrens zu den Akten produziert, ohne dies dem Beschwerdeführer anzukündigen und/oder seine Mitwirkungsrechte gewahrt zu haben, womit sie gegen seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verstossen habe (S. 7 Ziff. 7-7.1). Die Verwaltung dürfe gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung die notwendigen Abklärungen grundsätzlich nicht ins Einspracheverfahren verschieben (S. 7 Ziff. 7.2). Die Beurteilung durch Dr. A.____ sprengte sowieso den zulässigen Rahmen, weil sich die Einsprache mit Argumenten des Kreisarztes Dr. Z.____ auseinandergesetzt habe, Dr. A.____ aber auf diese überhaupt nicht eingegangen sei und teilweise andere medizinische Würdigungen vorgenommen habe als Dr. Z.____. Ob die Mängel geheilt werden könnten, könne offengelassen werden, da sie jedenfalls offensichtliche Zweifel an der Sachverhaltswürdigung durch die Beschwerdegegnerin weckten (S. 8 Ziff. 7.2). Nicht auseinandergesetzt habe sich Dr. A.____ mit den Befunden von Dr. med. B.____. Offen bleibe, inwieweit die Teiltraktur der Supraspinatussehne im Rahmen von Art. 6 Abs. 2 UVG zu entschädigen wäre (S. 9 Ziff. 7.3).

So

wenig wie Dr. Z.____ habe Dr. A.____ begründet und belegt, wieso eine leichte Distorsion des AC-Gelenks innerhalb drei Monaten ausheilen sollte (S. 9 Ziff. 7.4). Die biomechanischen Überlegungen seien unzu reichend, weil unter anderem der Bruch des Sitzes nicht berücksichtigt worden sei. Gerade Suva-Ärzte entnahmen ihre Erkenntnisse aus veralteter Literatur aus dem Jahre 2000 und berücksichtigten die neuen Erkenntnisse aus wissenschaftlicher Sicht nicht. Somit bestünden unüberbrückbare Zweifel an der versicherungsinternen Kausalitätsbeurteilung (S. 10 Mitte Ziff. 7.4). Eingereicht wurde mit der Beschwerde als Beweisofferte ein Memory-Stick mit einem Video des nachgestellten Unfallhergangs (S. 11 unten Ziff. 7.4.; Urk. 3/4).

Aus diesen sowie weiteren, näher genannten (vgl. S. 11-13 Ziff. 7.4) Zweifeln ergebe sich, dass die Beschwerdegegnerin den Beweis nicht erbracht habe, dass ein Status quo sine vel ante per Ende Mai 2019 eingetreten sei (S. 13 Ziff. 7.5). Sie habe diesen letztlich nicht mit Verlaufsüberlegungen begründet, sondern mit nachträglich rückwirkend angestellten Kausalitätsüberlegungen. Dass diese auch aus medizinischer Sicht nicht zuträfen, ergebe sich aus dem Privatgutachten von PD Dr. med. C.____ vom 27. November 2020 (S. 13 f. Ziff. 8).

E. 2.5

Die Beschwerdegegnerin führte in der Beschwerdeantwort (Urk. 9) aus, nach der Beurteilung durch Dr. Z.____ vom 7. Juni 2018 seien etliche neue medizinische Berichte bei der Beschwerdegegnerin eingegangen, insbesondere seien Dr. Z.____ bei der Beurteilung vom 2. Mai 2019 die aufschlussreichen intraoperativen Befunde der Operation vom 22. Juni 2018 vorgelegen. Gestützt auf diese umfassendere Aktenlage habe Dr. Z.____ eingehend zur Kausalität der Beschwerden Stellung nehmen können. Demgegenüber sei seiner ersten Einschätzung keine Begründung zu entnehmen (S.

E. 2.6

Der Beschwerdeführer replizierte (Urk. 16), die Beschwerdegegnerin habe in der Beschwerdeantwort eine neue, eigene Systematik gemacht mit Ausführungen, in welchen sich rechtliche und medizinische Begründungen vermischten. Eine chronologische und umfassende medizinische Darstellung liege nicht vor. Im Verlaufe des Verfahrens hätten sich die RAD-Ärzte (gemeint: die Kreisärzte) tröpfchenweise zu Argumenten des Beschwerdeführers geäußert sowie im Einspracheentscheid und wiederum in der Beschwerdeantwort neue Gegenpositionen aufgestellt ohne umfassende Auseinandersetzung mit allen Argumenten. Dabei wäre es doch einfacher und sinnvoller gewesen, die medizinische Aktenlage im gesamten Verlauf mit einem Gutachten aufzuarbeiten, welches eine vollständige Darstellung der Akten und Anamnese enthalten müsste, gestützt worauf sich die rechtlichen Überlegungen anschliessen könnten (S. 2 unten).

Es sei nun nicht sinnvoll, aus juristischer Sicht – somit weitgehend fachfremd - zu diesen wiederum neuen Gegenargumenten Stellung zu nehmen. Ebenfalls fachfremd wäre die juristische Würdigung medizinischer Kontroversen durch das Gericht. Dieses werde ersucht, den neuen Bericht von Dr. A.____

PD C.____ mit der Aufforderung zur Stellungnahme zuzustellen (S. 3 f. Ziff. 2; vgl. auch S. 5 Ziff. 4). Dr. A.____ stelle fachfremd biomechanische Überlegungen an. Es sei nicht ersichtlich, wieso er hierzu besseres Wissen haben sollte als Dr. C.____. Hinsichtlich Schulterkontusion mit umstrittener Partialruptur der Supraspinatussehne habe sich das Bundesgericht bereits dazu geäußert, dass bei zwei entgegenstehenden gleichwertigen medizinischen Beurteilungen Zweifel angebracht seien und es nicht Aufgabe der Gerichte sein könne, Expertenstreite zu entscheiden (S. 8 Ziff. 9).

E. 2.7

Streitig ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den 31. Mai 2019 hinaus. Einer näheren Prüfung zu unterziehen ist insbesondere die Frage nach einem Kausalzusammenhang zwischen nach diesem Zeitpunkt weiterbestehenden Beschwerden in der rechten Schulter beziehungsweise der HWS und dem versicherten Unfallereignis vom 24. April 2017. 3.

E. 3

f. E. 6.2).

Im Juni 2018 habe der Beschwerdeführer bestätigt, von Seiten der Kopf- und Nackenbeschwerden beschwerdefrei zu sein. Soweit nachher noch Nackenbeschwerden beklagt worden seien, seien diese auf die degenerativen Veränderungen an der HWS zurückzuführen. Bereits vor dem Unfall habe er an zervikalen Beschwerden gelitten. Am 31. Mai 2019 seien allenfalls noch vorhandene Nackenbeschwerden schon lange ausgeheilt

gewesen. Somit könne der Beschwerdeführer auch aus seiner Kritik an der Aussage von Dr. Z.____, wonach HWS-Distorsionen innert sechs bis acht Wochen ausheilten, nichts zu seinen Gunsten ableiten (S. 5 unten E. 6.5). Ohnehin sei keines der von der Rechtsprechung geforderten Adäquanzkriterien erfüllt, was vom Beschwerdeführer nicht bestritten worden sei (S. 6 Ziff. 6.6). Vor diesem Hintergrund sei eine weitere Auseinandersetzung mit der von Dr. B.____ postulierten Mischsymptomatik der degenerativ bedingten Schulter- und Nackenbeschwerden nicht angezeigt gewesen (S. 6 Ziff. 6.7).

Gestützt auf die nachvollziehbare inzwischen vorgenommene

weitere Beurteilung von Dr. A.____ vom 25. Mai 2021 stehe fest, dass die Beurteilung durch PD C.____ nicht geeignet sei, Zweifel an der ersten Einschätzung durch Dr. A.____ zu wecken (S. 8 E. 7.4). Soweit in der Beschwerde geltend gemacht werde, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall keine Beschwerden an der rechten Schulter gehabt habe, sei an die konstante Rechtsprechung zu erinnern, wonach von einer allfälligen prätraumatisch bestehenden Beschwerdefreiheit nicht auf eine Unfallkausalität geschlossen werden könne (S. 10 unten Ziff. 7.8). Die Nichtzustellung der Beurteilung durch Dr. A.____ vom 12. November 2019 stelle keine schwere Verletzung des rechtlichen Gehörs dar und sei jedenfalls im vorliegenden Verfahren geheilt worden (S. 13 f. E. 10.2).

E. 3.1

Gemäss Schadenmeldung vom 1. Mai 2017 (Urk. 11/1) habe der Beschwerdeführer am 24. April 2017 um 15:15 Uhr auf der D.____-Strasse in E.____ sein Auto vor einem Fussgängerstreifen gestoppt, um einem Fussgänger den Vortritt zu gewähren. Ein nachfolgender Autolenker habe dies zu spät gesehen. Dessen Fahrzeug sei gegen das Heck des stehenden Personenwagens des Beschwerdeführers geprallt, welcher ein HWS-Schleudertrauma erlitten habe.

E. 3.2

Die Ärzte der Notfallpraxis des Spitals F.____ gaben am 24. April 2017 im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (Urk. 11/9) an, die Erstuntersuchung habe um 17:19 Uhr stattgefunden (Ziff. 1). Beim Unfall sei ein Kopfanprall an die Kopfstütze erfolgt, der Beschwerdeführer sei nicht auf die Kollision gefasst gewesen (Ziff. 2b). Er habe sofort Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen und Nackenschmerzen gehabt, letztere mit einer Schmerzausstrahlung in die linke Schulter (Ziff. 4). Es bestünden Bewegungsschmerzen der HWS und ein Druckschmerz, lokalisiert ungefähr im Bereich des linken Kiefers beziehungsweise der linken Schulter (vgl. Skizze Ziff. 6). Im Sinne einer vorläufigen Diagnose liege in Anlehnung an die Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation ein Beschleunigungstrauma zweiten Grades vor (Ziff. 7).

E. 3.3

Gemäss Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/10) habe der Beschwerdeführer am 17. Mai 2017 auf Anfrage mitgeteilt, dass er bereits weniger Beschwerden habe. Das Hauptproblem sei aber die Schulter. Dort verspüre er doch noch teils heftige Schmerzen.

E. 3.4

Dr. med.

G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Zwischenbericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 29. Mai 2017 (Urk. 11/14) als Diagnose ein HWS-Decelerationstrauma Grad 2 vom 24. April 2017 (Ziff. 1). Es liege ein guter Verlauf vor im Rahmen der zu erwartenden Besserung. Die Prognose laute auf Restitutio ad integrum (Ziff. 2). Es finde zwei mal wöchentlich Physiotherapie und einmal wöchentlich Chiropraxis statt (Ziff. 3).

E. 3.5

Gemäss Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/13) habe der Beschwerdeführer am 29. Mai 2017 mitgeteilt, er habe mit Dr. G.____ vereinbart, an diesem Tag einen Arbeitsversuch zu machen. Dies sei leider nicht gegangen. Er habe wieder Schmerzen gehabt beziehungsweise habe es bis in die Schulter zu krampfen begonnen.

E. 3.6

Dr. G.____ attestierte dem Beschwerdeführer mit Zeugnis vom 17. Juli 2017 (Urk. 11/23/2) eine Arbeitsunfähigkeit von 75 %. Dieser arbeite halbtags mit 50 % Leistungsfähigkeit. Er dürfe keine Lasten über 15 kg heben, tragen oder ziehen. Es dürften keine Arbeiten ausgeführt werden, bei welchen ruckhaftes Ziehen oder Stossen notwendig sei, sowie keine Überkopfarbeiten.

Im Zwischenbericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 21. Juli 2017 (Urk. 11/24) nannte Dr. G.____ als Diagnose ein Decelerationstrauma vom 24. April 2017 (Ziff. 1). Es liege ein guter Verlauf vor, eine Restitutio ad integrum sei zu erwarten (Ziff. 2).

E. 3.7

Gemäss dem Protokoll der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/26) habe der Beschwerdeführer anlässlich der telefonischen Besprechung vom 17. August 2017 mitgeteilt, der Fahrersitz sei anschliessend auf der rechten Seite «gebrochen», das heisse die obere rechte Rücksitzlehne irgendwie gebrochen, lose gewesen. Die Schwindel- und Übelkeitsbeschwerden seien nach rund einem Tag abgeklungen gewesen, seither bestünden aber weiterhin anhaltende Kopf-/Nackenbeschwerden rechtsseitig sowie zur Schulter hin. Die Beschwerden hätten direkt anfänglich mehr linksseitig bestanden, einen Tag danach und seither weiterhin jedoch stark mehrheitlich rechtsseitig (S. 1 Mitte). Insgesamt liege letztlich eine deutliche Besserung vor, der Beschwerdeführer habe die Arbeitsfähigkeit ab 29. Juli 2017 von 25 auf 75 % zu steigern vermocht. Diese Leistung ertrage er derzeit gut, trotz einer letztlich aufgetretenen Beschwerdeverschlimmerung (wieder mehr Schmerzen/mehr Medikamente). Aktuell bestehe wieder eine Besserung (S. 1 unten). Seine Arbeit bestehe im Herrichten von beschädigten grossen Betonelementen. Insgesamt handle es sich um eine körperlich schwer belastende Tätigkeit mit beidhändigem kraftvollen Arbeiten mit Hebelwerkzeugen und Ausführen von starken Schlägen mit beidhändig zu führendem schwerem Hammer. Daher bestehe einstweilen weiterhin noch eine um 25 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit (S. 2 Mitte). Der Beschwerdeführer habe auch gewisse Ängste, die erst neue Anstellung verlieren zu können, und spüre Druck seitens der Allianz Suisse (S. 2 unten).

E. 3.8

Dr. med. H.____, Facharzt für Radiologie, Radiologie-Institut I.____, nannte im Bericht vom 15. August 2017 (Urk. 11/28 = Urk. 11/62) zu der gleichentags durchgeführten Magnetresonanz (MR)-Arthrographie und Röntgen-Arthrographie des rechten

Schultergelenks als Indikation Schulter-Nacken schmerzen rechts

seit dem Auffahrunfall vom 24. April 2017. Das AC-Gelenk zeige eine intakte Artikulation eines leichten periartikulären Reizzustands, Differentialdiagnose (DD) am ehesten posttraumatisch reaktiv in Anbetracht der Anamnese. Es gebe keine Hinweise für eine AC-Gelenksluxation. Die Supra spinatussehne zeige nebst einer allgemeinen leicht ausgeprägten Tendinitis einen diskreten humeralseitigen Partialriss im anterioren Drittel vom Ansatz. Es bestehe keine transmurale Risskomponente. Das nach lateral abfallende Akromion in der parakoronaren Ebene sei als möglicher Faktor für ein primär extrinsisches Impingement zu werten. Es zeige sich keine Atrophie der Rotatorenmanschettenmuskulatur.

E. 3.9

Die Fachleute des Zentrums J.____, in K.____, Land L.____, erstatteten am 2. Juni 2017 ihre gutachterliche Stellungnahme zuhanden der Allianz Suisse, Abteilung Kraftschaden (Urk. 11/32/9-10). Sie kamen zum Schluss, die Kollisions- beziehungsweise Differenzgeschwindigkeit des Opel Astra ihres Versicherungsnehmers habe zirka 15-20 km/h und die stossbedingte Geschwindigkeitsänderung des VW Golf des Beschwerdeführers in Fahrtrichtung zirka 9-13 km/h betragen (S. 1). Aufgrund der wenigen Anknüpfungstatsachen unterliege diese Berechnung einem hohen Fehlerpotential (S. 2 unten). Der Schaden am Golf wurde durch die Allianz mit Fr. 1'200.-- beziffert mit der Bemerkung, dass das Fahrzeug in einem schlechten Zustand sei (Urk. 11/32/ 15-16).

E. 3.10

Die Fachleute der Arbeitsgruppe M.____ Zürich erstatteten am 24. Oktober 2017 ihre biomechanische Kurzbeurteilung (Urk. 11/37). Sie führten aus, aufgrund der Feststellung, dass der VW Golf im linken Heckbereich nicht unerhebliche Deformationen aufgewiesen habe, werde der von den Fachleuten des Zentrums J.____ angegebene untere Grenzwert von 9 km/h für die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung als wenig wahrscheinlich erachtet. Sie liege nach Einschätzung der M.____-Fachleute innerhalb eines Bereiches von 10-15 km/h (S. 2 oben). Der Bereich, innerhalb welchem nach Heckkollisionen der kritische Wert für nicht unerhebliche HWS-Beschwerden anzunehmen sei, liege für das angestossene Fahrzeug im Normalfall zwischen 10 und 15 km/h. «Normalfall» beziehe sich auf die biomechanisch relevante Situation, dass z.B. keine mehr als unerheblichen krankhaften oder traumatisch bedingten Veränderungen im HWS-Bereich vorlägen und dass unmittelbar vor der Kollision keine Körperposition vorgelegen habe, welche das Risiko für eine HWS- Gefügestörung hätte erhöhen können. Biomechanisch eindeutig relevante Besonderheiten seien nicht aktenkundig (S. 3 Mitte). Aus biomechanischer Sicht seien die anschliessend an das Ereignis festgestellten, von der Halswirbelsäule (kursiv hervorgehoben) ausgehenden Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung im hier vorliegenden Normalfall eher erklärbar (S. 3 unten).

E. 3.11

Dr. med.

N.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte im Bericht vom 24. Oktober 2017 (Urk. 11/36) zur Konsultation vom Vortag folgende Diagnose (S. 1 oben): - posttraumatische AC-Gelenksarthralgie Schulter rechts - Status nach Auffahrunfall mit HWS-Beschleunigungstrauma am 24. April 2017

Der Beschwerdeführer leide unter persistierenden Beschwerden seit dem Auffahr unfall. Die Schmerzlokalisierung liege zurzeit über dem AC-Gelenk rechts mit teilweise auch Berührungsempfindlichkeit und Nachtschmerzen (S. 1 Mitte). Entgegen dem Befund des Radiologie-Instituts I. ___ könne Dr. N. ___ eine Partiaalläsion der Supraspinatussehne nicht bestätigen. Es fliesse keinerlei Kontrastmittel in die Sehnensubstanz ein, auch nicht zwischen Tuberculum

majus und Supraspinatussehne . Einzig auffälliger Befund sei eine Reizung im Bereich des AC-Gelenks mit leichter Schwellung der Gelenkkapsel, ohne degenerative Veränderungen. Der g lenohumerale Knorpelbezug sei unauffällig, es bestehe keine SLAP-Läsion. Die Muskeltrophik sei einwandfrei , es lägen keine paralabrale Ganglien vor (S. 2 oben). Auch klinisch bestünden keinerlei Anhaltspunkte für eine Partialruptur der Supraspinatussehne . Die Arthralgie des AC-Gelenks habe in der Regel eine gute Prognose (S. 2 unten).

E. 3.12

Der Beschwerdeführer füllte den betreffenden Fragebogen der Beschwerdegegnerin am 17. Januar 2018 (Urk. 11/45) dahingehend aus, dass die ärztliche/therapeutische Behandlung aus dem Ereignis vom 24. April 2017 noch nicht abgeschlossen sei. Die nächste ärztliche Behandlung finde am 17. Januar 2018 bei Dr. G. ___ und die nächste Physiotherapie am 30. Januar 2018 statt.

E. 3.13

Mit Schadenmeldung vom 10. April 2018 (Urk. 11/46) machte der Beschwerdeführer einen Rückfall betreffend die rechte Schulter (Entzündung) geltend. Ab 4. April 2018 habe er die Arbeit ausgesetzt (Ziff. 10).

E. 3.14

Dr. G. ___ nannte im Zwischenbericht vom 17. April 2018 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/49) folgende Diagnose (Ziff. 1): - Status nach Impingement Schulter rechts bei - Tendinitis Musculus

supraspinatus

Eine Wiederaufnahme der Arbeit zu 50 % sei ab dem 10. April 2018 erfolgt (Ziff. 4).

E. 3.15

Dr. med. O. ___ , Fachärztin für Radiologie, beurteilte anlässlich der Magnetresonanztomographie (MR)- Arthrographie der rechten Schulter vom 3. Mai 2018 (Urk. 11/60) eine geringe fokale Signalalteration der Supraspinatussehne nahe des Footprints

anterior und eine diskrete Signalalteration der Subscapularissehne

artikulärseitig im mittleren Drittel. Die Befunde seien am ehesten degenerativ bedingt und wahrscheinlich nicht von klinischer Relevanz . Im Übrigen komme die Rotatorenmanschette intakt zur Darstellung, es bestünden minimale degenerativ aktivierte Veränderungen im AC-Gelenk.

E. 3.16

Dr. N. ___ berichtete am 4. Mai 2018 (Urk. 11/57) über die Konsultation vom V ortag.

Das aktuelle Arthro -MRI (vgl. E. 3.15) habe eine deutliche gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne ventral im Sinne einer PASTA-Läsion Typ II nach Ellmann gezeigt. Im

Übrigen bestehe ein unauffälliger kernspintomographischer Befund, abgesehen von degenerativen Veränderungen im AC-Gelenk (S. 1 unten). Schon seit lange m habe der Beschwerdeführer wegen der genannten Partialruptur Beschwerden, welche ihn im Beruf erheblich einschränkten. Dr. N.____ empfehle deshalb nun ein aktives, näher bezeichnetes operatives Vorgehen, welches für den 29. Juni 2018 eingeplant werde (S. 2).

E. 3.17

Gemäss dem Protokoll der Beschwerdegegnerin zur Besprechung vom 4. Juni 2018 mit dem Beschwerdeführer und dessen Ehefrau (Urk. 11/61) habe dieser ausgeführt, 1-2 Tage nach dem Unfall habe die rechte Schulter geschmerzt, und zwar sehr intensiv. Der Schmerzbereich befinde sich auf der Schulteroberseite, ungefähr dort, wo das Schlüsselbein mit dem Schulterdach zusammenkomme. Dem Hausarzt Dr. G.____ habe er diese Beschwerden schon bei den ersten Konsultationen geschildert. Dieser sei nicht gross darauf eingegangen und habe gemeint, die Beschwerden würden schon abklingen, es sei halt ein «Schleudertrauma». Die Nacken- und Kopfschmerzen seien nach und nach abgeklungen, diesbezüglich sei der Beschwerdeführer heute beschwerdefrei (S. 1 unten). Dr. N.____ habe bei der Untersuchung vom Oktober 2017 gemeint, es liege kein Teilriss vor, der Beschwerdeführer dürfe den rechten Arm/die Schulter voll belasten, jedoch ohne Anhebung über 70 Grad. Trotz der Schulterbeschwerden habe er voll gearbeitet, weil sein Chef massiv Druck gemacht und mit Kündigung gedroht habe. Die Schulter habe massiv geschmerzt, gleichwohl habe er gearbeitet, bis es nicht mehr gegangen sei (S. 2 oben).

E. 3.18

Dr. med.

Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, bejahte in seiner Kausalitätsbeurteilung vom 7. Juni 2018 (Urk. 11/64) die Frage, ob die geltend gemachten Beschwerden an der rechten Schulter sowie die geplante Operation mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 24. April 2017 zurückzuführen seien (S. 1 Mitte).

E. 3.19

Dr.

P.____, Chiropraktor SCG/ECU, führte in seinem Bericht vom 20. Juni 2018 zuhanden der Allianz Suisse (Urk. 11/74) aus, der Beschwerdeführer habe nach fünf Behandlungen beschwerdefrei entlassen werden können (Ziff. 4). Seit 2017 habe er ihn nicht mehr gesehen (Ziff. 5). Bei Diagnosen AC-Affektion und HWS-Distorsionstrauma hätten die Beschwerden vom Mai bis September (gemeint: 2017) auf die Behandlung angesprochen, jedoch seien noch immer Beschwerden im Bereich des rechten AC-Gelenks vorhanden gewesen, weshalb der Beschwerdeführer zu Dr. N.____ geschickt worden sei (Ziff. 6).

E. 3.20

Mit Operationsbericht vom 22. Juni 2018 (Urk. 11/73 = Urk. 11/77) dokumentierte Dr. N.____ den an diesem Tag stattgehabten Eingriff. Dieser habe eine Untersuchung der Schulter rechts in Narkose, eine Schulterarthroskopie rechts, eine Tenotomie der langen Bizepssehne, eine subpectorale

Bizepsstenodese und eine subacromiale Dekompression/ Bursektomie umfasst (S. 1 oben). Der Supraspinatus sei ventral und zentral unauffällig mit korrekter Spannung im Cable,

keine Ruptur. Im dorsalen Anteil zeige sich eine diskrete lappenförmige Rissbildung von höchstens 1-2 mm Dicke. Es liege kein rekonstruktionswürdiger Befund vor, in diesem Bereich erfolge ein zurückhaltendes Débridement (S. 1 unten).

E. 3.21

Am 23. Juli 2018 teilte die Arbeitgeberin des Beschwerdeführers der Beschwerdegegnerin mit, dass das Arbeitsverhältnis per 30. September 2018 beendet worden sei (Urk. 11/87).

Am 16. August 2018 berichtete sie, dass das Arbeitsverhältnis aufgrund eines Sperrfristensachverhalts erst am 31. Oktober 2018 ende (Urk. 11/90).

E. 3.22

Dr. N.____ führte im Bericht zur Konsultation vom 27. September 2018 (Urk. 11/101) aus, die rechte Schulter sei auch 3 Monate postoperativ nach wie vor recht empfindlich. Es zeige sich auch eine diskrete Einschränkung der passiven Beweglichkeit im Seitenvergleich. Insofern sei heute eine intraartikuläre Steroidinfiltration verabreicht worden. Der Beschwerdeführer habe eine neue Arbeitsstelle in Aussicht. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 0 % per 1. November 2018. Dr. N.____ denke, es sei realistisch, diese Stelle anzutreten. Prinzipiell sei der Beschwerdeführer wieder auf seinem alten Job einsetzbar (S. 1 unten).

E. 3.23

Dr. med.

Q.____, Facharzt für Radiologie, I.____, berichtete am 11. Oktober 2018 (Urk. 11/105 = Urk. 11/115) über die gleichentags durchgeführte Röntgen- Arthrographie sowie MR-Arthrographie des rechten Schultergelenks. Eine intraartikuläre Kontrastmittelapplikation sei schmerzbedingt nicht möglich gewesen. Gegenüber dem MRI vom 3. Mai 2018 bestehe eine stationäre Darstellung einer kleinen humeralseitigen Partialruptur der Supraspinatussehne, ventral am footprint, davon ausgehend stationär eine kleine interstitielle Partialruptur (S. 2).

Gleichen Tags führte Dr. Q.____ auch ein MRI der HWS durch und berichtete sogleich (Urk. 11/113), es liege ein intaktes dorsales/ventrales Aligment der HWS mit leichtgradigen Degenerationen vor, allerdings ohne Nachweis einer Einengung des Spinalkanals und ohne neuroforaminale Stenose. Es bestehe eine Diskusprotrusion auf der Höhe des 1./2. Brustwirbelkörpers (BWK 1/2) mit leichter Pelottierung des ventralen Duralsacks, ebenfalls aber ohne Myelopathie und ohne Nachweis einer Nervenwurzelkompression.

E. 3.24

Dr. P.____ führte in seinem Bericht vom 19. Oktober 2018 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/118) aus, das HWS-Distorsionstrauma habe anlässlich der Behandlung vom 12. Mai bis 20. September 2017 wesentlich verbessert werden können. Betreffend die Schulterschmerzen habe er den Beschwerdeführer dann an Dr. N.____ überwiesen.

E. 3.25

PD Dr. med.

R.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seinem Bericht vom 30. Oktober 2018 (Urk. 11/131) aus, eine Zuordnung der Beschwerden, ob diese massgeblich von der rechten Schulter oder von der HWS

beziehungsweise von der oberen Brustwirbelsäule (BWS) ausgingen, sei schwierig. Offensichtlich liege eine Mischsymptomatik vor. In Bezug auf die HWS werde nun versucht, die Beschwerden durch eine schmerztherapeutische Interventionsbehandlung zu lindern.

E. 3.26

Dr. med.

B.____, Facharzt für Chirurgie, führte in seinem Zwischenbericht vom 9. November 2018 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/129) aus, der Beschwerdeführer habe über einen Auffahrunfall am 24. April 2017 berichtet, bei dem er eine Heckkollision mit zirka 50 km/h erlitten habe. Bei diesem Unfall sei der Fahrersitz gebrochen (S. 1 oben). Es bestehe aktuell eine Mischsymptomatik zwischen Beschwerden an der HWS und postoperativen Beschwerden der rechten Schulter. Er habe dem Beschwerdeführer empfohlen, zunächst die Infiltrationen der HWS bei PD R.____

weiter durchführen zu lassen. Sollte sich keine durchgreifende Änderung der Schmerzsymptomatik ergeben, sei eine nochmalige Schulterarthroskopie rechts zu diskutieren (S. 2 Mitte).

Am 5. Dezember 2018 (Urk. 11/137) berichtete Dr. B.____, die Beschwerden hätten sich aktuell auf die rechte Schulter fokussiert, sodass er dem Beschwerdeführer eine Schulterarthroskopie empfohlen habe, welche für den 11. Dezember 2018 eingeplant sei (Ziff. 3).

Mit Operationsbericht vom 12. Dezember 2018 (Urk. 11/140) dokumentierte Dr. B.____ die am Vortag stattgehabte Schulterarthroskopie rechts. Er nannte folgende Diagnosen (S. 1 oben): - Schultergelenk rechts: - ventrale Schulterinstabilität - Ruptur des ventralen Labrum-Komplexes - Synovitis des glenohumeralen Gelenkes - Teilruptur der Supraspinatussehne

- subakromiales

Impingement -Syndrom

Der Eingriff habe eine Schulter-Arthroskopie rechts umfasst mit anteriorem Bankart-Repair, ventraler Labrum-Rekonstruktion, Teilsynovektomie, Débridement der Supraspinatussehne, subakromialer Dekompressionsoperation und Einlage einer Redondrainage (S. 1 Mitte).

E. 3.27

Dr. med.

S.____, Facharzt für Neurologie, führte in seinem Bericht vom 22. März 2019 (Urk. 11/158) aus, es zeigten sich betreffend die Schulter von neurologischer Seite her keine Hinweise für eine Nervenläsion. Auch ein MRI der HWS sei gemacht worden, hier bestünden ebenfalls keine Nervenläsionen beziehungsweise – kompressionen (S. 2 unten). 4. 4.1

Dr. Z.____ führte in der kreisärztlichen Beurteilung vom 2. Mai 2019 (Urk. 11/161) aus, Dr. N.____ habe sich am 24. Oktober 2017 (richtig: 26. Oktober 2017) dahingehend festgelegt, dass keine Läsion der Supraspinatussehne vorliege. Dies decke sich auch mit der eigenen Analyse der vorliegenden MRT-Bilder des rechten Schultergelenkes durch Dr. Z.____ (S. 6 Mitte). Unter Berücksichtigung der ärztlichen Berichte und der bildgebenden Diagnostik

habe der Beschwerdeführer am 24. April 2017 eine HWS-Distorsion erlitten. Eine Verletzung des rechten Schultergelenkes sei nicht dokumentiert worden. Zu strukturellen Veränderungen der HWS habe der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht geführt, somit sei auch die Arbeitsfähigkeit durch die Unfallfolgen nicht beeinträchtigt. Unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur heilten HWS-Distorsionen (Beschleunigungstraumen) innert sechs bis acht Wochen folgenlos aus (S. 7 oben). Die einwirkenden Kräfte der niedrigen stossbedingten Geschwindigkeit seien biomechanisch nicht in der Lage, schwerwiegende Verletzungen des rechten Schultergelenks zu verursachen. Der behauptete Ausriss des Sitzes sei dem schlechten technischen Zustand des Fahrzeugs geschuldet.

Wäre es am 24. April 2017 zu einer gravierenden Verletzung des rechten Schultergelenkes gekommen, hätte der Beschwerdeführer unmittelbar beziehungsweise zeitnah nach dem Unfall dortige Beschwerden angegeben. Dies hätte dazu geführt, dass die behandelnden Ärzte aufgrund einer eingehenden klinischen Untersuchung eine erweiterte bildgebende Diagnostik veranlasst hätten, was jedoch nicht geschehen sei. Die Beschwerden seitens des rechten Schultergelenkes seien erst mehrere Monate später angegeben worden, wobei durch die MRT-Untersuchung vom 15. August 2017 lediglich ein leichter periartikulärer Reizzustand im AC-Gelenk festgestellt worden sei (S. 7 unten).

Die Pathologie, die sich bei der am 12. Dezember 2018 durchgeführten Operation ergeben habe, habe durch die arthroskopische Operation vom 22. Juni 2018 sechs Monate zuvor nicht bestätigt werden können (S. 8 Mitte). Das Impingement sei keine traumabedingte Diagnose. Somit werde auch die Durchführung der Operation vom 12. Dezember 2018 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis gesehen. Die Behandlung der vorübergehenden Verschlimmerung der bereits degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschette und der diskret arthrotischen Veränderungen im AC-Gelenk werde auf drei Monate begrenzt (S. 8 unten). 4.2

Dr. med.

A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Suva Versicherungsmedizin, führte in seiner Beurteilung vom 13. November 2019 (Urk. 11/191) aus, Schulterbeschwerden seien anlässlich der Erstbehandlung im Spital F.____ nicht erwähnt, ein Drop-Arm-Sign nicht dokumentiert worden. Auch im weiteren Verlauf sei lediglich das HWS-Trauma konservativ beziehungsweise chiropraktisch behandelt worden). Insgesamt könnte bis zum 26. Oktober 2017 nicht von einer unfallkausalen richtungsgebenden Schädigung des rechten Schultergelenks ausgegangen werden. Es sei allenfalls zu einer leichten Distorsion des AC-Gelenks gekommen. Der minimale Defekt der Unterseite der Supraspinatussehne ansatznah sei als degenerativer Vorschaden anzusehen. Der Riss sei sicher nicht im Rahmen des Ereignisses aufgetreten, da entsprechende klinische und anamnestische Indizien dafür fehlten (Drop-Arm-Sign, massiver Schmerz mit Funktionseinschränkung; S. 2 unten). Die Bilder der MRI-Untersuchung vom 15. August 2017 und vom 3. Mai 2018 wiesen eine leichte Läsion der Supraspinatussehne am Ansatz am Tuberculum

majus auf. Der Befund sei bei beiden Untersuchungen identisch. Hinweise auf eine zunehmende oder richtungsgebende Schädigung fänden sich nicht (S. 3 Mitte).

Dr. N.____ habe am 26. Oktober 2017 eine Arthralgie des AC-Gelenks festgestellt. Diese könne durch das Unfallereignis ausgelöst worden sein. Zu richtungsgebenden strukturellen

Unfallfolgen sei es hier nachweislich (MRI) nicht gekommen (S. 4 oben). Die Gesundheit des Beschwerdeführers an dessen rechten Schulter sei schon vor der Auffahrkollision vom 24. April 2017 beeinträchtigt gewesen, und zwar in Form einer leichten Unterflächenläsion (PASTA-Läsion) der Supra spinatussehne am Ansatz (Footprint). Zudem hätten allenfalls geringe arthrotische Veränderungen im AC-Gelenk bestanden. Degenerative Schädigungen der Bizepssehne könnten als möglich angesehen werden. Eine leichte Distorsion des AC-Gelenks rechts könne angenommen werden. Hierbei handle es sich um eine vorübergehende Verschlimmerung, die innerhalb von drei Monaten ausheile (S. 4 unten). Der Status quo sine sei drei Monate nach dem Ereignis eingetreten (S. 5 oben). 4.3

PD Dr. med.

C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erstattete am 27. November 2020 seine orthopädische Kausalitätsbeurteilung zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 3/6). Dabei führte er aus, es sei die Genese der Pathologie im Bereich der Supraspinatussehne zu klären. Die vorhandene Bildgebung zeige keine relevanten Zeichen einer Degeneration der Gewebe der Schulter (Retraktion der Sehne, Atrophie der Sehne, glenohumerale Arthrose) und auch keine weiteren relevanten allgemeinen degenerativen Zeichen wie Knochenzysten, Osteophyten, Verengung des Gelenkspaltes oder Sklerose. Gemäss hier und auch fortfolgend jeweils näher genannter Literatur seien dies Zeichen für eine traumatische Genese der Rotatorenmanschettenverletzung (S. 8 Mitte). Hervorzuheben sei auch die Lokalisation der Verletzung nahe am Knochen-Sehnen-Übergang, sprich am höchsten mechanischen Gradienten. Dies sei die typische Lokalisation für traumatische Verletzungen im Kontrast zu degenerativen Veränderungen, die mehr in der Mitte der Sehne oder am myotendinösen Übergang lokalisiert seien (S. 8 unten).

Der Beschwerdeführer habe vor dem Unfall keine Schulterbeschwerden gehabt, was für sich alleine eine Ursache nicht definiere. Im aktuellen Fall sei jedoch zu erkennen, dass der Beschwerdeführer einen körperlich anstrengenden Beruf mit überdurchschnittlich hoher Belastung der Schulter ohne Probleme habe durchführen können. Von dieser Seite sei eine vorbestehende Pathologie mehr als unwahrscheinlich (S. 9 oben). Betreffend den Unfallmechanismus sei ein Auffahrunfall von hinten mit den Händen am Lenkrad, sprich der Schulter in vulnerabler, flektierter und antevertierter Position, auch bei geringen Geschwindigkeiten mehr als ausreichend, um eine Partialruptur der Supraspinatussehne hervorzurufen. Im aktuellen Fall komme als aussergewöhnlicher Faktor hinzu, dass beim Unfall der Fahrersitz gebrochen sei, was unterstreiche, wie hoch die Krafteinleitung in das Fahrzeug und die Rückhaltung des Beschwerdeführers und damit auch in seine Schulter gewesen sei (S. 9 Mitte).

Dass die Beschwerden erst ein bis zwei Tage nach dem Unfall entstanden seien, sei nicht ungewöhnlich, sondern in vielen Schulterfällen eher typisch. Dass bei begleitender, ernsterer Verletzung der HWS Begleiterscheinungen an Extremitäten mit weniger Sorgfalt gesucht und dokumentiert würden, sei ebenso typisch. Gerade bei Wirbelsäulenverletzungen gebe es Dunkelziffern bis zu 20 % für Begleitverletzungen (S. 9 f.). Die anhaltenden Beschwerden über mehr als ein Jahr unter intensiver konservativer Therapie und bei gleichzeitiger Sistierung der HWS-Problematik sprächen dafür, dass es sich hier um eine strukturelle Problematik handle und nicht einfach nur um eine Dysfunktion (S. 10 oben).

Was die kreisärztliche Beurteilung angehe, so möge sein, dass es sich bei der Schädigung des AC-Gelenks um einen vorbestehenden Schaden handle. Im Zentrum des Falles stehe aber der Weichteilschaden. Hier werde eine nicht ganz nachvollziehbare Diskussion geführt, wer diesen Schaden wann gesehen habe, wenn ausser Frage stehe, dass der qualifizierte Radiologe – und nicht die ortho pädischen Kollegen – eine Partialruptur der Supraspinatussehne im Befund beschrieben habe. Aufgrund der Teilruptur sei natürlich auch kein « drop -arm» oder massiver Funktionsverlust zu erwarten gewesen, wobei auch viele Patienten mit kompletten Massenrupturen mehrere r Sehnen keinen drop -arm hätten, da sie mit dem Musculus

deltoideus kompensierten (S. 10 Mitte).

Die Verletzung der Supraspinatussehne werde auf drei unabhängigen MRTs und in zwei Operationsberichten beschrieben. Es gebe keine Anhaltspunkte für vorbestehende Degenerationen oder Vorunfälle, aber eine Reihe von Zeichen, die für ein Gewebetrauma typisch seien. Dementsprechend sei davon auszugehen, dass die vorliegende Gesundheitsschädigung, sprich der dokumentierte Riss der Supraspinatussehne , mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von dem Auffahr unfall am 24. April 2017 herrühre (S. 11). 4.4

Dr. A. ___ nahm in seiner orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 25. Mai 2021 (Urk. 10) Stellung zur Beurteilung durch PD C. ___ (E. 4.3). Dabei führte er aus, eine relevante degenerative Veränderung in Form einer Muskelatrophie oder einer fettigen Infiltration könne sich bildgebend nicht zeigen, da eine komplette Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne nicht vorgelegen habe . Die Expertengruppe der Swiss Orthopaedics gebe in ihrem Artikel (Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette , Swiss Medical Forum 2019) an, dass subchondrale Sklerosen oder anteriore und posteriore Zysten im Tuberculum

majus bei Patienten mit Rotatorenmanschettenläsionen nicht häufiger gesehen würden als bei Patienten ohne solche. Somit schlossen derartige Kriterien eine Degeneration nicht aus. Im Übrigen sei im MRI vom 11. Oktober 2018 eine Zyste am Ansatz der Supraspinatussehne dorsal beschrieben worden, welche auch bereits im MRI vom 3. Mai 2018 vorgelegen habe. Unterflächenläsionen der Supraspinatussehne wie die PASTA-Läsion seien gemäss näher bezeichneter Literatur überwiegend wahrscheinlich degenerativ (S. 2 Mitte). Die Beschwerdefreiheit vor dem Ereignis sei kein Beweis, dass es beim Unfall zu einer Ruptur der Supraspinatussehne gekommen sei (S. 2 unten).

Sofern der Beschwerdeführer beim Heckaufprall beide Hände am Steuer gehabt habe, sei ein Zugtrauma auf beide Schultern möglich

nicht aber ein axiales Stosstrauma. Eine entsprechende Zugbelastung sei allerdings nicht überwiegend wahrscheinlich, zumal angegeben worden sei, dass der Fahrersitz aus der Verankerung gerissen worden sei. Da der Sitz unter dem Fahrer nach vorn beschleunigt werde, sei nach Ansicht von Dr. A. ___ auch das Ausreissen aus der Verankerung nach vorn erfolgt. Dies wiederum würde eher die Zugbelastung auf die Schulter deutlich entlasten, so dass eine ausreichende Krafteinwirkung auf die Supraspinatussehne eher nicht anzunehmen sei (S. 2 f .).

Die akute Ruptur der Supraspinatussehne oder eines Teils davon führe am Bewegungsapparat gemäss Literatur sofort zu heftigsten Schmerzen. Festgehalten seien im

HWS-Dokumentationsbogen vom 24. April 2017 jedoch Schulter schmerzen links, aber nicht rechts (S. 3 Mitte). Im Übrigen habe der Beschwerdeführer die Schmerzen anlässlich der Besprechung vom 4. Juni 2018 auf der Schulteroberseite lokalisiert. Dies spreche dafür, dass die Unterflächenläsion der Supraspinatussehne symptomlos gewesen sei, was wiederum für einen degenerativen Prozess spreche (S. 3 unten).

Abgesehen von der Unterflächenpartiallysion der Supraspinatussehne seien die übrigen von Dr. B.____ am 11. Dezember 2018 genannten Diagnosen, insbesondere die operierte Bankart-Läsion, in den vorhergehenden MRIs nicht nachgewiesen. Somit könne nicht nachvollzogen werden, wie Dr. B.____ zu diesen Diagnosen gekommen sei (S. 5 oben). Eine Tossy I – Verletzung (Traumatisierung, allenfalls Stauchung des AC-Gelenks) bedürfe gemäss näher genannter Literatur einer maximalen Behandlungsdauer von acht Wochen. Empfohlen werde eine Sportpause beziehungsweise eine Unterbrechung schwerer Arbeit für drei Monate (S. 5 Mitte). Bei der Unterflächenteilläsion der Supraspinatussehne handle es sich um eine degenerative Veränderung im Sinne einer PASTA-Läsion. Gemäss einschlägiger, näher genannter Literatur bleiben die meisten solcher Läsionen über Jahre stumm. Schliesslich sei der inzwischen häufig zitierte und strapazierte Artikel der Swiss Orthopaedics nicht allein massgebend und in etlichen Details durchaus zu kritisieren (S. 5 unten). 5. 5.1

Es ist zunächst der strittige Kausalzusammenhang zwischen den nach dem 31. Mai 2019 weiterbestehenden Beschwerden in der rechten Schulter und dem Unfallereignis vom 24. April 2017 zu untersuchen (E. 2.7).

Dr. Z.____ und Dr. A.____

haben dies bereits mehrmals getan (E. 4.1, E. 4.2, E. 4.4). Sie sind bei der Beschwerdegegnerin angestellte, mithin versicherungsinterne Ärzte, weshalb an ihre Berichte bei der Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind. Geringe Zweifel hinsichtlich Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit genügen bereits, um die Notwendigkeit ergänzender Abklärungen zu begründen (E. 1.6). 5.2

Dr. Z.____ ging im Mai 2019 davon aus, es sei keine Verletzung des rechten Schultergelenkes dokumentiert worden, der Beschwerdeführer habe zeitnah nach dem Unfall keine dortigen Beschwerden angegeben (E. 4.1). Diese Feststellung

ist insoweit korrekt, als man die ersten ärztlichen Berichte in den Monaten April bis Juli 2017 zum Nennwert nehmen möchte (E. 3.2, E. 3.4, E. 3.6), wo Beschwerden in der rechten Schulter nicht explizit erwähnt wurden.

Wie der Beschwerdeführer indes zu Recht geltend machte (vgl. etwa E. 2.2), schien Dr. Z.____ dabei jedoch zu übersehen, dass der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin Mitte Mai 2017 telefonisch angab, das Hauptproblem sei die Schulter, wo er doch noch teils heftige Schmerzen verspüre (E. 3.3). Ende Mai 2017 berichtete er sodann von einem misslungenen Arbeitsversuch, nachdem er wieder Schmerzen gehabt habe mit Krämpfen bis in die Schulter (E. 3.5). Sein Hausarzt Dr. G.____ machte im Zeugnis vom 17. Juli 2017 zwar keine näheren Angaben zu den aktuellen Beschwerden, das von ihm formulierte Belastungsprofil lässt sich indes mit Schulterbeschwerden ohne Weiteres vereinbaren (E. 3.6).

In den erwähnten Telefonnotizen vom Mai 2017 (E. 3.3; E. 3.5) wurde von den Sachbearbeiterinnen der Beschwerdegegnerin nicht festgehalten, ob es die rechte oder die

linke Schulter sei, welche Probleme bereite. Nachdem der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfall im Spital F. ___ eine Schmerzausstrahlung von der HWS in die linke Schulter geschildert hatte (E. 3.2), erscheint es zwar nicht als ausgeschlossen, dass er sich auch anlässlich dieser Telefonate auf die linke Schulter bezog. Es wirkt indes authentisch, wenn der Beschwerdeführer im August 2017 gegenüber der Beschwerdegegnerin angab, die Beschwerden hätten direkt anfänglich mehr linksseitig bestanden, einen Tag danach und seither weiterhin jedoch stark mehrheitlich rechtsseitig (E. 3.7). Es wurde von der Beschwerdegegnerin auch gar nicht geltend gemacht, dass der Beschwerdeführer sich im Mai 2017 telefonisch gegenteilig geäußert hätte. Andernfalls wäre dieses Gespräch vom August 2017 der Anlass gewesen, den Beschwerdeführer auf diesen potentiellen Widerspruch hinzuweisen. Dies geschah aber nicht, was dagegen

spricht, dass ein solcher Widerspruch existiert hätte.

Generell sind offensichtlich versicherungsmedizinisch motivierte Angaben des Beschwerdeführers nicht auszumachen, es gibt keine Anhaltspunkte, weshalb seine im Verwaltungsverfahren gegenüber der Beschwerdegegnerin deponierten Angaben anzuzweifeln wären, und solche Zweifel werden von dieser auch nicht geltend gemacht. Stimmiger Weise dringt durch die Akten durch, dass der Beschwerdeführer willens war, die Arbeit baldmöglichst wiederaufzunehmen, trotz Schmerzen. Dies könnte auch erklären, wieso er gegenüber seinem Hausarzt nicht auf einer näheren Untersuchung der Schulterbeschwerden beharrte. So gab er im August 2017 an, er habe die Arbeitsfähigkeit von 25 auf 75 % zu steigern vermocht. Diese Leistung ertrage er derzeit gut, trotz einer letztlich aufgetretenen Beschwerdeverschlimmerung, aufgrund welcher er wieder mehr Medikamente habe nehmen müssen (E. 3.7). Hierzu passt auch seine Aussage, er habe nach der Untersuchung bei Dr. N. ___ voll gearbeitet, bis es nicht mehr gegangen sei, weil sein Chef massiv Druck gemacht und mit Kündigung gedroht habe (E. 3.17). Tatsächlich wurde das Arbeitsverhältnis dann auch auf Ende Oktober 2018 gekündigt (E. 3.21), und die Eingliederung seiner Beraterin der Invalidenversicherung führte am 23. Oktober 2018 – als eine neue Arbeitsstelle per 1. November 2018 in Aussicht stand (vgl. E. 3.2.2) – gegenüber der Beschwerdegegnerin telefonisch aus, gemäss dem regionalärztlichen Dienst bestehe keinesfalls eine Arbeitsfähigkeit, dennoch wolle der Beschwerdeführer aus falscher Motivation die Arbeit wiederaufnehmen (Urk. 11/119).

Die Tatsache, dass der Hausarzt trotz der auch gegenüber der Beschwerdegegnerin geäußerten Schmerzangaben in den ersten Monaten nach dem Unfall keinerlei Diagnosen betreffend die Schulter stellte, plausibilisiert sodann ohne Weiteres die Angabe des Beschwerdeführers, Dr. G. ___ sei hierauf nicht gross eingegangen und habe gemeint, die Beschwerden würden schon abklingen, es sei halt ein «Schleudertrauma» (E. 3.17). Entsprechend kommt entgegen Dr. Z. ___ der Begebenheit, dass eine eingehende Untersuchung einschliesslich bildgebende Diagnostik nicht schon vor dem 15. August 2017 veranlasst worden war, kaum entscheidendes Gewicht zu. Darüber, ob am letztgenannten Datum lediglich ein Reizzustand im AC-Gelenk oder eben doch eine Partialruptur der Supraspinatussehne vorlag, liegt sodann entgegen der Suggestion von Dr. Z. ___ keine Einigkeit vor (vgl. etwa E. 3.8, E. 3.11).

Dass Dr. Z. ___ auf diese echtzeitlich dokumentierten Beschwerdeangaben betreffend die rechte Schulter nicht einging, lässt bereits mehr als geringe Zweifel an seinen Ausführungen aufkommen. Diese werden zusätzlich dadurch genährt, dass er ohne weitere Begründung und ohne ersichtliche entsprechende fachspezifischen Kenntnisse oder

Abklärungen davon ausging, die einwirkenden Kräfte der niedrigen stossbedingten Geschwindigkeit seien biomechanisch nicht in der Lage, schwerwiegende Verletzungen des rechten Schultergelenks zu verursachen. Nicht veranlasst sah sich Dr. Z.____ sodann zu einer Erklärung, weshalb er die Unfallkausalität der Beschwerden an der Schulter im Juni 2018 noch gegenteilig beurteilt hatte (E. 3.18).

Auf die versicherungsinterne Beurteilung durch Dr. Z.____ vom Mai 2019 kann demnach nicht abgestellt werden (E. 1.6). 5.3

Dr. A.____ argumentierte in seinen Aktenbeurteilungen vom 13. November 2019 (E. 4.2) und vom 25. Mai 2021 (E. 4.4) grundsätzlich überzeugender und differenzierter als Dr. Z.____. Auch er ging allerdings nicht auf die Telefonnotizen vom Mai 2017 (E. 3.3, E. 3.5) ein, und seine Feststellung, im Verlauf sei lediglich das HWS-Trauma konservativ beziehungsweise chiropraktisch behandelt worden (E. 4.2), steht im Widerspruch zu den Angaben des Chiropraktors selber, welcher den Beschwerdeführer wegen persistierender Beschwerden im rechten AC-Gelenk im Herbst 2017 zu Dr. N.____ geschickt hatte (E. 3.19). Wie schon Dr. Z.____ stellte sodann auch Dr. A.____ relativ detaillierte biomechanische Überlegungen an, ohne jedoch die entsprechende Expertise darzulegen. Entsprechend erscheinen diese auch als eher hypothetisch, umso mehr, als sie von einem Ausriss des Fahrersitzes aus der Verankerung ausgehen, obschon dieser Hergang vom Beschwerdeführer weder so geschildert (E. 2.4, E. 3.7) noch im eingereichten Video (Urk. 3/4) so demonstriert worden war. Bemerkenswerter Weise erachtete Dr. A.____ ein relevantes Zugtrauma auf beide Schultern dennoch zwar nicht als überwiegend wahrscheinlich, aber immerhin als möglich (E. 4.4).

5.4

Zugute zu halten sind Dr. A.____ die diversen expliziten Hinweise auf die einschlägige Fachliteratur und die relativ eingehende Auseinandersetzung mit den Argumenten des Privatgutachters PD C.____ (E. 4.3).

Dennoch sind nicht alle seine Ausführungen vollständig nachvollziehbar. Unklar ist etwa, was aus der Aussage, der sowohl von Dr. A.____ als auch P D C.____ zitierte und strapazierte Artikel der Swiss Orthopaedics aus dem Jahr 2019 sei nicht allein massgebend und in etlichen Details durchaus zu kritisieren (E. 4.4), abgeleitet werden soll. 5.5

Diese Aussage macht deutlich, dass die Diskussion um die vorliegend zu klären den medizinischen Fragen sich zu einem Expertenstreit entwickelt hat, den das

Gericht nicht zugunsten der einen oder der anderen Seite entscheiden kann.

Denn die Ausführungen von PD C.____, welcher die Läsion der Supraspinatus sehne mit einlässlicher, durch Literaturverweise gestützten Begründung auf das Unfallereignis vom 24. April 2017 zurückführte (E. 4.3), sind für sich gesehen ebenso überzeugend und nachvollziehbar wie diejenigen von Dr. A.____, welcher eine Unfallkausalität verneinte.

Es ist davon auszugehen, dass PD C.____ den Argumenten von Dr. A.____ erneut ebenso überzeugende Gegenpositionen gegenüberstellen würde, wenn er dazu wie beantragt (E. 2.6) Gelegenheit erhielte, worauf seine Stellungnahme erneut der Beschwerdegegnerin beziehungsweise Dr. A.____

zur Stellungnahme zugestellt werden müsste. 5.6

Zu Recht machte der Beschwerdeführer geltend, es sei nicht Aufgabe der Gerichte, Expertenstreite zu entscheiden (E. 2.6). So standen sich auch beim von ihm zitierten Urteil des Bundesgerichts 8C_700/2020 vom 11. Mai 2021 zwei gleich wertige medizinische Beurteilungen betreffend die Unfallkausalität einer Partialruptur einer Schultersehne (Subscapularis) gegenüber, weshalb das Bundesgericht zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der verwaltungsinternen ärztlichen Auskünfte als angebracht erachtete (dortige E. 3.1.2, E. 3.4). 5.7

Nach dem Gesagten bestehen relevante Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellungen von Dr. Z.____ und Dr. A.____, weshalb auf diese nicht abgestellt werden kann (E. 1.6).

Die strittige Frage nach einem Kausalzusammenhang zwischen den nach dem 31. Mai 2019 weiterbestehenden Beschwerden in der rechten Schulter und dem Unfallereignis vom 24. April 2017 kann daher zurzeit nicht beantwortet und entsprechend der Sachverhalt nicht festgestellt werden. 5.8

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Die Verwaltung darf die für die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts notwendigen Abklärungen nicht in das Einspracheverfahren

verschieben. Dieses verlöre sonst weitgehend seinen Sinn und Zweck, letztlich die Gerichte zu entlasten (BGE 132 V 368 E. 5).

Indem die Beschwerdegegnerin bei der vorliegenden diffizilen medizinischen Ausgangslage kein externes Gutachten veranlasst und nach einer erkennbar mangelhaften und entsprechend bestrittenen (vgl. E. 2.2) Beurteilung durch ihren Kreisarzt Dr. Z.____ (vgl. E. 5.2) den grössten Teil der medizinischen Fachdiskussion durch den – zu Recht kritisierten (E. 2.4) – direkten Einschluss der neuen

ärztlichen Beurteilung ihres Versicherungsmediziners Dr. A.____

in den angefochtenen Einspracheentscheid ins Beschwerdeverfahren verlagert hat, hat sie ihre Untersuchungspflicht verletzt.

Die Sache wird daher zur Einholung eines externen Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sein (E. 1.7).

E. 9

Zu prüfen bleibt die Unfallkausalität der HWS-Beschwerden. 6.6.1

Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsumschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b). 6.2

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzu beziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend

(BGE 134 V 109). 6.3

Gemäss dem Chiropraktiker Dr. P.____

hat

der Beschwerdeführer nach fünf Behandlungen im Zeitraum von Mai bis September 2017 mit wesentlich verbessertem HWS-Distorsionstrauma beziehungsweise «beschwerdefrei» entlassen werden können (E. 3.19; E. 3.24). Damit übereinstimmend gab der Beschwerdeführer im Juni 2018 gegenüber der Beschwerdegegnerin an, die Nacken- und Kopfschmerzen seien nach und nach abgeklungen, diesbezüglich sei er nun beschwerdefrei (E. 3.17). Im November 2018 war dies offenbar nicht mehr der Fall, als Dr. R.____ und Dr. B.____ von einer Mischsymptomatik zwischen HWS- und Schulterbeschwerden sprachen und ersterer Infiltrationen der HWS durchführte (E. 3.25-26). Anfangs Dezember 2018 fokussierten sich die Beschwerden gemäss Dr. B.____

zwar wieder auf die Schulter (E. 3.26), doch lässt die neurologische Untersuchung der HWS im März 2019 einschliesslich MRI (E. 3.27) auf weiterhin von dieser Lokation ausgehende Beschwerden schliessen. 6.4

Der Kreisarzt Dr. Z.____ kam im Mai 2019 zum Schluss, der Unfall vom 24. April 2017 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen strukturellen Veränderungen der HWS geführt (E. 4.1). Abweichendes lässt sich weder dem MRI der HWS vom 11. Oktober

2018 (E. 3.23) noch dem Bericht des Neurologen Dr. S.____ vom 22. März 2019 (E. 3.27) entnehmen und wird auch vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht. Zwischen dem 24. April 2017 und dem 31. Mai 2019 verging bereits eine gewisse Zeit im Sinne der einschlägigen Rechtsprechung (E. 6 .2), so dass vermutlich

mangels organisch nachweisbarer Funktionsausfälle mit der Beschwerdegegnerin (E. 2.1) kritisch die Adäquanzfrage zu stellen sein wird . 6 .5

Echtzeitliche medizinische Unterlagen betreffend die HWS-Beschwerden sind indes nur wenige und nach der neurologischen Untersuchung vom März 2019 gar keine mehr vorhanden. Unklar ist sodann, ob, inwiefern und wie lange eine Arbeitsunfähigkeit bestand im Zusammenhang mit HWS-Beschwerden oder möglicherweise auch aufgrund einer «Mischsymptomatik» im Verbund mit Schulterbeschwerden (vgl. E. 3.26-27). In Anbetracht dessen ist eine Prüfung der bundesgerichtlichen Adäquanzkriterien (E. 6 .2) derzeit nicht möglich .

Da die Sache ohnehin zur Einholung eines Gutachtens hinsichtlich der Unfallkausalität der Schulterbeschwerden an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist (vgl. E. 5. 8), und möglicherweise auch eine Wechselwirkung zwischen Schulter- und HWS-Beschwerden nicht auszuschliessen ist , hat die Beschwerdegegnerin eine letztere mitumfassende Begutachtung einschliesslich der sorgfältigen Prüfung organisch nachweisbarer Funktionsausfälle zu veranlassen und hernach gegebenenfalls die Adäquanzprüfung nachvollziehbar und substantiiert vorzunehmen. 7.

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die Prozessentschädigung ermessensweise auf Fr. 3' 2 00.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2020 aufgehoben und die Sache an die Suva zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über ihre Leistungspflicht neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3' 2 00 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - Suva - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes

gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber Grieder-MartensBoller

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