

200 18 578 UV  
SCI/TOZ/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 6. Mai 2019**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiberin Tomic

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Suva**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 15. Juni 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1963 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva resp. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Gemäss Schadenmeldung UVG vom 22. Januar 2018 (Akten der Suva [act. IIA] 4) stürzte er am 11. Dezember 2017 auf einer Baustelle von einem Balkon und verletzte sich an der linken Schulter. Die Suva gewährte im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen. Mit Schreiben vom 28. März 2018 (act. IIA 47) hielt die Suva gegenüber dem Versicherten fest, es bestehe kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 11. Dezember 2017 und der durchgeführten linksseitigen Schulteroperation vom 9. Februar 2018. Die Suva sei demzufolge nicht leistungspflichtig, weshalb für die Operation, die Nachbehandlungen und die attestierte Arbeitsunfähigkeit keine Versicherungsleistungen erbracht werden könnten. Taggeldleistungen seien bereits bis 12. März 2018 entrichtet worden. Für die Zeit vom 9. Februar 2018 bis 12. März 2018 müssten die bezahlten Taggelder zurückgefordert werden. Mit Verfügung vom 3. April 2018 (act. IIA 49) forderte sie einen Betrag von Fr. 4'651.20 für zu Unrecht bezogene Taggelder zurück. Mit undatiertem Schreiben (Eingang bei der Suva am 20. April 2018; act. IIA 56) widersetzte sich der behandelnde Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Spital D. \_\_\_\_\_, der Einschätzung der Suva und ersuchte um eine Neu Beurteilung und eine Kostenübernahme.

Nach Beizug verschiedener Arztberichte verfügte die Suva - gestützt auf eine Aktenbeurteilung ihrer Kreisärztin, med. pract. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesiologie, vom 2. Mai 2018 (act. IIA 61) - mit an den Krankenversicherer adressierter und in Kopie dem Versicherten zugestellter Verfügung vom 8. Mai 2018 (act. IIA 64) - das bereits mit Schreiben vom 28. März 2018 (act. IIA 47) Mitgeteilte. Diese Verfügung wie auch diejenige vom 3. April 2018 (act. IIA 49) betreffend die Rückforderung bestätigte sie - auf Einsprachen des Versicherten und dessen Krankenversicherung hin

(act. IIA 63, 67, 72 und 75) - mit Einspracheentscheid vom 15. Juni 2018 (act. IIA 78).

**B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B.\_\_\_\_\_, am 20. August 2018 Beschwerde. Er beantragt die Aufhebung des ergangenen Verwaltungsaktes. Es sei festzustellen, dass die Schulterbeschwerden links und die am 9. Februar 2018 durchgeführte Schulteroperation (recte: Infiltration) Folgen des Unfallereignisses vom 11. Dezember 2017 seien und es seien dem Beschwerdeführer die ihm zustehenden Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung über den 8. Februar 2018 hinaus zu erbringen; eventualiter sei ein richterlich in Auftrag zu gebendes Gutachten zu erstellen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 21. August 2018 forderte der Instruktionsrichter die Beschwerdegegnerin auf, zur Prüfung der Rechtzeitigkeit der Beschwerdeerhebung einen Zustellnachweis betreffend den angefochtenen Einspracheentscheid einzureichen. Am 31. August 2018 reichte die Beschwerdegegnerin die entsprechende Sendungsverfolgung der Schweizerischen Post ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 3. September 2018 wurde der Beschwerdegegnerin Frist zur Beschwerdeantwort angesetzt.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Dezember 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 7. Februar 2019 modifizierte der Beschwerdeführer sein Rechtsbegehren dahingehend, dass die ihm zustehenden Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung für die Zeit vom 9. Februar 2018 bis 2. April 2018 auf der Basis einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit und für die Zeit vom 3. April 2018 bis 31. August 2018 auf der Basis einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit zu erbringen seien.

Mit Duplik vom 4. März 2019 hielt die Beschwerdegegnerin am gestellten Antrag auf Abweisung fest.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 15. Juni 2018 (act. IIA 78), mit welchem die Beschwerdegegnerin die Einstellung der Versicherungsleistungen auf den 8. Februar 2018 und die Rückforderung der darüber hinaus ausgerichteten Leistungen bestätigt hat. Streitig ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Unfallversicherung über den 8. Februar 2018 hinaus sowie die Rückforderung allfällig zu Unrecht ausgerichteter Taggelder.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

**2.2** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**2.2.1** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die

Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**2.2.2** Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die 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 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 (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, E. 5.1).

**2.3** Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** In sachverhaltlicher Hinsicht liegen bezüglich des Ereignisses vom 11. Dezember 2017 unterschiedliche Darstellungen vor. Der Unfallmeldung vom 22. Januar 2018 zufolge ist der Beschwerdeführer auf einer Baustelle in ... von einem Balkon gestürzt (act. IIA 4 Ziff. 5 f.). Im Fragebogen vom 31. Januar 2018 gab der Beschwerdeführer an, er sei auf dem Balkon von einer Leiter gefallen (act. IIA 16 S. 1 Ziff. 1). Gemäss den Angaben gegenüber dem am Unfalltag behandelnden Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hat der Beschwerdeführer, auf einer Bockleiter stehend, einen schweren Kessel anheben wollen und dabei einen einschliessenden Schmerz in der linken Schulter verspürt (act. IIA 22 Ziff. 2); der Arzt konnte zeitnah (nach dem Ereignis) keine

erkennbaren Sturzverletzungen (Hämatome, Prellmarken, Schürfungen) feststellen (act. IIA 22 Ziff. 4). Den gleichen Ereignishergang hat der Beschwerdeführer auch gegenüber Dr. med. C. \_\_\_\_\_ geschildert (act. IIA 24 S. 1). Diesbezüglich ist einem späteren Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 11. April 2018 (act. IIA 50 S. 1) Folgendes zu entnehmen: „Der Patient stand am 11.12.2017 auf einer 2 Meter hohen Bockleiter, als er einen 30 kg schweren Kessel mit Abrieb anheben wollte, dabei sei die Bockleiter ausgerutscht, und er sei von der Leiter gefallen und mit der linken Schulter beim Sturz auf einer Betonbalkon Brüstung auf 1.5 Meter Höhe aufgeschlagen, was den Schmerz ausgelöst habe“. Gegenüber der Suva hat der Beschwerdeführer unter Demonstration geschildert, dass er - auf einer Bockleiter auf dem Balkon stehend - einen ca. 30 kg schweren Kessel schwingvoll angehoben und dabei auf der Leiter das Gleichgewicht verloren habe und mit der linken Schulter mit voller Wucht gegen die Betonbrüstung geprallt sei; er habe sofort starke Schmerzen in der linken Schulter verspürt (act. IIA 32 S. 1 und IIA 34; vgl. auch act. IIA 57 S. 1). Ob vor diesem Hintergrund der Beschwerdeführer am 11. Dezember 2017 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat, kann vorliegend offen bleiben. Denn selbst wenn auf die vordemonstrierte (vgl. act. IIA 32 S. 1) Sachverhalts-schilderung (act. IIA 34) abgestellt und damit ein Unfall im Rechtssinn bejaht wird, ist - wie nachfolgend aufgezeigt wird - der Einspracheentscheid vom 15. Juni 2018 (act. IIA 78) nicht zu beanstanden.

Zu prüfen ist, ob die über den 8. Februar 2018 hinaus geklagten Schulterbeschwerden links in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem als Unfall gemeldeten Vorfall stehen.

## **3.2**

**3.2.1** Die bildgebende Untersuchung (MRI) der linken Schulter vom 31. Mai 2016 (act. IIA 41), d.h. vor dem hier zur Diskussion stehenden Ereignis, ergab eine zarte Partialruptur der langen Bizepssehne nahe des Ansatzes zum Bizepssehnenanker, eine Degeneration des anteriorsuperioren Labrums mit 5 mm grosser intraartikulärer Ganglienzyste, eine winzige gelenkseitige Partialruptur in die oberen Sehnenanteile des Musculus

subscapularis bei schwacher Signalalteration (vermutlich eine alte Läsion) sowie eine schwach aktivierte Arthrose im Akromioklavikulargelenk.

Im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 29. Juni 2016 (act. IIA 43 S. 1 f.) wurde als Diagnose eine SLAP-Läsion Grad II an der linken Schulter mit beginnender Intervall-Läsion bei Partialruptur der Subscapularis- und der anterolateralen Supraspinatussehne, symptomatische ACG-Arthrose/Arthritis, festgehalten. Es bestehe eine beginnende Intervall-Läsion mit deutlicher Einschränkung insbesondere der Innenrotationsbeweglichkeit und mit schmerzhafter Abduktion. Die Tests für eine Bicepspathologie seien alle positiv gewesen, ebenso signifikant positiv sei der Subscapularis-Test gewesen (act. IIA 43 S. 1 f.). Hier bestätigten sich auch MR-tomografisch korrelierende Rupturen, welche tendenziell zunähmen. Aufgrund des Alters, des Berufes und des MR-tomografischen sowie klinisch korrelierenden Befundes werde dem Beschwerdeführer dringend eine operative Behandlung (mit Tenotomie der langen Bicepssehne, mit Refixation von Subscapularis- und dem anterolateralen Anteil der Supraspinatussehne und mit subacromialer Dekompression) empfohlen. Der Beschwerdeführer wünsche jedoch nur eine Infiltration, da er sich einen Arbeitsausfall finanziell nicht leisten könne. Er sei ausdrücklich auf mögliche Risiken und Komplikationen hingewiesen worden, ebenso auf eine Progredienz der Rupturen und eine Schmerzpersistenz trotz einer Infiltration (act. IIA 43 S. 2).

**3.2.2** Die Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter vom 16. Januar 2018 (act. IIA 17), d.h. nach dem geltend gemachten Ereignis, zeigte eine AC-Arthrose mit möglicher Impingement-Konstellation bei leichter Einengung des subacromialen Raumes, kleinere articulareseitige Einrisse der Supraspinatussehne (ähnlich wie bei der Voruntersuchung), diskrete Einrisse der Infraspinatussehne im Sinne einer Rim-Rent-Läsion bei diskreten erosiven Veränderungen am Tuberculum minus, eine mukoide Degeneration des superioren Labrums mit Längseinriss in den Bicepsanker sowie hinsichtlich der Weichteile eine reguläre Darstellung der Bursen und der Muskulatur (act. IIA 17 S. 1 f.). Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, beurteilte diese Befunde verglichen mit den MRI-Vorbefunden vom 31. Mai 2016 (act. IIA 17 S. 1) als weitestgehend stationär (act. IIA 17 S. 2).

**3.2.3** Dr. med. C.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht betreffend die Sprechstunde vom 23. Januar 2018 (act. IIA 24) eine posttraumatische Bursitis subacromialis/subdeltoidea mit reaktiven Myogelosen der periscapulären Muskulatur bei einer kleinen, articulareseitigen Partialruptur der Supraspinatussehne und bei Verdacht auf eine SLAP-Läsion (act. IIA 24 S. 1). Die Untersuchung zeige vor allem eine muskuläre Problematik mit schmerzhaften Myogelosen vor allem der Trapeziusmuskulatur. Die kleine articulareseitige Partialruptur der Supraspinatussehne sei nicht als schmerzverursachend zu werten. Der Arzt empfahl somit eine Physiotherapie mit lokalen Massnahmen, um die Muskelproblematik zu lösen und eine bessere glenohumerale Zentrierung zu erreichen. Zur Differenzierung einer subacromialen Ursache werde eine subacromiale anterolaterale Infiltration empfohlen. Der Hausarzt habe eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit vom 16. Dezember 2017 bis 8. Februar 2018 attestiert. Am 9. Februar 2018 könne ein Arbeitsversuch erfolgen (act. IIA 24 S. 2).

**3.2.4** Dr. med. F.\_\_\_\_\_ hielt im Arztzeugnis UVG vom 9. Februar 2018 (act. IIA 22) Risse in der Rotatorenmanschette, unverändert im Vergleich zu 2016, fest (act. IIA 22 Ziff. 5). Er attestierte eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit vom 11. Dezember 2017 bis voraussichtlich Ende März 2018 (act. IIA 22 Ziff. 8). Der Behandlungsabschluss erfolge voraussichtlich in 12 Wochen (act. IIA 22 Ziff. 10).

**3.2.5** Im Bericht betreffend die Sprechstunde vom 27. März 2018 (act. IIA 58) führte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ aus, dass das geringe Ansprechen auf die am 9. Februar 2018 durchgeführte Infiltration eher für die muskuläre Problematik mit schmerzhaften Myogelosen spreche, weshalb die Weiterführung der Physiotherapie empfohlen werde. Der Arzt attestierte eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit vom 16. Dezember 2017 bis 2. April 2018 sowie eine solche von 50 % vom 3. bis 8. April 2018; ab dem 9. April 2018 sollte wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehen. Eine nächste klinische, wahrscheinlich abschliessende Kontrolle sei in drei Monaten vorgesehen (act. IIA 58 S. 2).

**3.2.6** Die Kreisärztin med. pract. E.\_\_\_\_\_ hielt am 27. März 2018 fest, das Ereignis vom 11. Dezember 2017 habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des vorbestehenden Schulterleidens geführt (act. IIA 46

S. 1 Ziff. 1). Die am 9. Februar 2018 durchgeführte Infiltration sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal zum Ereignis vom 11. Dezember 2017. Im Vergleich zur MRI-Voruntersuchung vom 31. Mai 2016 bestünden stationäre Befundverhältnisse; es zeigten sich keine frischen Läsionen (act. IIA 46 S. 1 Ziff. 2).

**3.2.7** Hierzu nahm Dr. med. C.\_\_\_\_\_ mit undatierter Eingabe (Eingang bei der Suva am 20. April 2018) Stellung und führte aus, der Beschwerdeführer habe ein klares Unfallereignis beschrieben. Die seither bestehenden Beschwerden könnten mit hoher Wahrscheinlichkeit auf dieses Ereignis zurückgeführt werden, zumal vorher keine derartigen Beschwerden bestanden hätten (act. IIA 56 S. 1 Ziff. 1). Die am 9. Februar 2018 durchgeführte subacromiale Infiltration sei im Rahmen der konservativen Therapie indiziert gewesen (act. IIA 56 S. 1 Ziff. 2). Sie habe zu einer deutlichen Besserung geführt, so dass im April 2018 wieder ein Arbeitsversuch habe gestartet werden können (act. IIA 56 S. 1 Ziff. 3).

Im beigelegten Bericht zur Sprechstunde vom 10. April 2018 verwies Dr. med. C.\_\_\_\_\_ auf vermehrte Beschwerden nach Wiederaufnahme der Arbeit. Er attestierte eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit vom 3. April 2018 bis auf weiteres. Eine nächste Kontrolle sei in vier Wochen vorgesehen (act. IIA 57 S. 2).

**3.2.8** In der Aktenbeurteilung vom 2. Mai 2018 (act. IIA 61) hielt die Kreisärztin med. pract. E.\_\_\_\_\_ fest, dass nach dem Unfallereignis vom 11. Dezember 2017 MR-tomografisch keine traumatischen Läsionen festgestellt worden seien. Die radiologischen Befunde vom 31. Mai 2016 und 16. Januar 2018, d.h. vor und nach dem Unfallereignis, seien nahezu identisch. Der Beschwerdeführer sei bezüglich der Schulterbeschwerden schon im Jahr 2016 behandelt worden. Aufgrund der Schmerzen und eingeschränkten Beweglichkeit seien im Jahr 2016 mindestens drei Infiltrationen subacromial durchgeführt worden; eine operative Therapie sei dringend empfohlen worden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei die aktuelle Symptomatik mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Vorzustand zurückzuführen. Zu bemerken sei zudem, dass sich MR-tomografisch eine Impingementkonstellation gezeigt habe, so dass die klinisch diagnostizierte Bursitis subacromialis (welche im MRI-Befund vom 16. Januar 2018

fachärztlich jedoch nicht festgestellt worden sei) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf diese Impingementkonstellation zurückzuführen sei. Das Unfallereignis vom 11. Dezember 2017 habe lediglich eine vorübergehende, aber nicht richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes bewirkt. Insofern könne nur von einer Kontusion im Bereich der linken Schulter ausgegangen werden. Der Status quo sine sei ca. vier bis sechs Wochen danach erreicht gewesen (act. IIA 61 S. 4).

**3.2.9** Im Bericht zur Sprechstunde vom 8. Mai 2018 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 5) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ persistierende Restbeschwerden im Sinne einer anterioren Bursitis fest. Da der Beschwerdeführer keine Operation wünsche, sei zur Reduktion der Schmerzsituation sowie zur Weiterführung der Physiotherapie die Durchführung einer erneuten Infiltration vorgeschlagen worden. Damit könnte die Arbeitsfähigkeit erhöht werden. Der Beschwerdeführer sei damit einverstanden gewesen. Eine nächste klinische Kontrolle sei in sechs Wochen vorgesehen (act. I 5 S. 2).

In einem weiteren Bericht betreffend die Sprechstunde vom 3. Juli 2018 (act. I 6) führte derselbe Arzt aus, dass die positive Wirkung der anterolateralen Infiltration auf eine strukturelle Problematik hinweise. Retrospektiv bestehe aufgrund der MRI-Untersuchung nach wie vor der Verdacht auf eine SLAP-/Pulley-Läsion. Zusätzlich sei erneut beim Versuch, Überkopfarbeiten durchzuführen, eine muskuläre Dysbalance mit Myogelosen aufgetreten. Da im letzten halben Jahr eine konservative Therapie mit zwei Infiltrationen durchgeführt worden sei, sei nun eine Arthroskopie mit Tenotomie der langen Bicepssehne gerechtfertigt. Der Beschwerdeführer wünsche jedoch keine Operation, weshalb ein nochmaliger Versuch mit der konservativen Therapie (Physiotherapie mit vor allem muskellösenden Massnahmen) vereinbart worden sei. Eine klinische Kontrolle sei in acht Wochen vorgesehen. Ab dem 1. September 2018 sollte wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % versucht werden (act. I 6 S. 2).

**3.2.10** In der im vorliegenden Verfahren aufgelegten Beurteilung vom 3. Dezember 2018 (act. II 1) führte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva,

unter Bezugnahme auf fachmedizinische Literatur aus, dass sich aus dem Unfallhergang, dem klinischen Befund und der Bildgebung die Diagnose einer Schulterprellung links, somit einer relativ leichten Verletzung ohne eine traumatische makroskopisch erkennbare strukturelle Läsion ergebe. Die von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ gestellte unfallbedingte Diagnose einer post-traumatischen Bursitis subacromialis/subdeltoidea mit reaktiven Myogelosen der periscapulären Muskulatur (vgl. act. IIA 24) könne hingegen aus folgenden Gründen nicht bestätigt werden: Zwar würden unfallbedingte Schleimbeutelentzündungen (traumatische Bursitiden) durchaus regelmässig beobachtet, dies betreffe aber Schleimbeutel, welche oberflächlich zwischen Haut und Knochen im Unterhautgewebe lokalisiert und damit einer direkten Gewalteinwirkung leicht zugänglich seien, wie beispielsweise am Ellbogen (Bursa olecrani) oder über der Kniescheibe (Bursa präpatellaris). Dies sei bei der Bursa subacromialis oder der Bursa subdeltoidea aber nicht der Fall. Diese Schleimbeutel lägen in der Tiefe, geschützt von Schulterdach und Deltamuskel. Die Schultermuskulatur des Beschwerdeführers werde von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ als kräftig beschrieben (vgl. Berichte vom 27. März, 8. Mai und 3. Juli 2018; act. IIA 58 und 96 f.). Zwar wäre eine direkte Traumatisierung der in der Tiefe liegenden Schleimbeutel, z.B. durch eine Akromionfraktur oder eine stumpfspitze Gewalteinwirkung von vorne denkbar. In einem solchen Fall wären jedoch zumindest deutliche äussere Verletzungszeichen am Ort der Krafteinwirkung zu erwarten, welche beim Beschwerdeführer nicht festgestellt worden seien (act. II 1 S. 13 Ziff. 6). Für die von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ klinisch festgestellte Symptomatik im Bereich der Schulterschleimbeutel sei eine andere Erklärung überwiegend wahrscheinlich: Eine Reizung der Bursa subacromialis und subdeltoidea sei eine häufige Begleiterscheinung eines Impingementsyndroms und damit ein zu erwartender Bestandteil der beim Beschwerdeführer seit 2016 bekannten Erkrankung der linken Schulter (act. II 1 S. 13 Ziff. 6).

Die Behandlung einer Schulterprellung sei funktionell, d.h. Bewegung und Belastung seien in dem Umfang erlaubt, wie es der Schmerz zulasse. Gemäss traumatologischer Erfahrung könne von einer maximalen Heildauer von sechs bis acht Wochen ausgegangen werden (act. II 1 S. 13 Ziff. 7).

„Zur Differenzierung einer subacromialen Ursache“ habe Dr. med. C.\_\_\_\_\_ am 9. Februar 2018 eine subacromiale Infiltration an der linken Schulter des Beschwerdeführers durchgeführt, somit den gleichen Eingriff wie zuvor sein Kollege Dr. med. I.\_\_\_\_\_ am 28. Juni 2016. Die Infiltration habe zu einer Linderung, nicht jedoch zu einem Verschwinden der Schulterbeschwerden geführt. Diese Wirkung zeige zum einen, dass die Schmerzursache tatsächlich subacromial lokalisiert sei und zum anderen, dass die Infiltration zwar die Schmerzen zu lindern vermöge, aber das vorbestehende strukturelle Problem an der Schulter nicht lösen könne. Demzufolge habe Dr. med. C.\_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer, wie auch schon zuvor Dr. med. I.\_\_\_\_\_ im Jahr 2016, eine Schulterarthroskopie mit Tenotomie der langen Bicepssehne vorgeschlagen, welche vom Beschwerdeführer (wie schon 2016) weiterhin nicht gewünscht werde. Der von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vorgeschlagene operative Eingriff betreffe den krankhaften Vorzustand an der linken Schulter und nicht eine unfallbedingte Läsion (act. II 1 S. 13 Ziff. 7).

Sodann könne Dr. med. C.\_\_\_\_\_ nicht gefolgt werden, soweit er geltend mache, vor dem Unfallereignis vom 11. Dezember 2017 hätten keine Beschwerden in der linken Schulter bestanden, weshalb die Unfallkausalität mit hoher Wahrscheinlichkeit gegeben sei. Zum einen hätten auch vorher sicher die gleichen Beschwerden bestanden, obwohl wahrscheinlich nicht durchgehend mit gleicher Intensität. Zum anderen handle es sich bei dieser Bejahung der Unfallkausalität um eine beweisrechtlich nicht überzeugende Post-hoc-ergo-propter-hoc-Argumentation (act. II 1 S. 14).

Der Versicherungsmediziner kam zum Schluss, dass der Beschwerdeführer sicher seit 2016 an einem subacromialen Impingementsyndrom der linken Schulter bei Arthrose des Schultergelenks sowie bei degenerativ bedingter PASTA- und SLAP-Läsion (Vorzustand) leide. Beim gemeldeten Ereignis vom 11. Dezember 2017 habe sich der Beschwerdeführer überwiegend wahrscheinlich eine Prellung der linken Schulter ohne strukturelle Verletzung zugezogen. Diese Prellung habe möglicherweise zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des krankhaften Vorzustandes geführt. Die Schulterprellung sei überwiegend wahrscheinlich spätestens nach vier

bis sechs Wochen folgenlos ausgeheilt gewesen. Die nach dem 22. Januar 2018 geklagten Beschwerden an der linken Schulter seien überwiegend wahrscheinlich nicht auf den Unfall vom 11. Dezember 2018 zurückzuführen (act. II 1 S. 14 f.).

**3.3** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.3.1** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.3.2** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet er-

scheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

**3.4** Die Beschwerdegegnerin hat sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 15. Juni 2018 (act. IIA 78) massgeblich auf die Aktenbeurteilungen ihrer Kreisärztin med. pract. E. \_\_\_\_\_ vom 27. März 2018 und 2. Mai 2018 (act. IIA 46 und 61), bestätigt durch den Aktenbericht des Versicherungsmediziners Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2018 (act. II 1), gestützt. Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3.1 hiervor). Dass die Kreisärztin keine klinische Exploration des Beschwerdeführers durchgeführt hat (vgl. Beschwerde, S. 6 Ziff. 8a), ist nicht zu beanstanden, konnte sie sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Zudem kann insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen eines Aktenberichts erörtert werden (vgl. Entscheid des BGer vom 9. November 2011, 8C\_383/2011, E. 4.2). Der Umstand allein, dass die Kreisärztin nicht über einen Facharzttitel in den vorliegend interessierenden Gebieten der Orthopädie bzw. orthopädischen Chirurgie oder Radiologie verfügt (vgl. Beschwerde, S. 6 Ziff. 8b), vermag den Beweiswert ihres Aktenberichts nicht zu schmälern. Denn die Beurteilung der Kreisärztin wurde durch den Aktenbericht des Versicherungsmediziners Dr. med. H. \_\_\_\_\_, der über den Facharzttitel der Orthopädie und Unfallchirurgie verfügt, überzeugend bestätigt.

Sowohl die Kreisärztin med. pract. E. \_\_\_\_\_ als auch der Versicherungsmediziner Dr. med. H. \_\_\_\_\_ haben sich in ihren Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere auch auf die bildgebenden Untersuchungen vom 31. Mai 2016 und 16. Januar 2018 (act. IIA 41 und 17) gestützt. Die Kreisärztin med. pract. E. \_\_\_\_\_ hat sich dabei in ihrem Bericht vom 2. Mai 2018 (act. IIA 61) zudem eingehend mit den Ausführungen von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (act. IIA 24, 58, 56 und 57) auseinanderge-

setzt; mit dessen weiteren im vorliegenden Verfahren aufgelegten Berichten (act. I 5 f.) hat sich der Versicherungsmediziner Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in seinem Aktenbericht vom 3. Dezember 2018 (act. II 1) einlässlich befasst. Die daraus gezogenen Folgerungen und die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind eingehend und, auch in der Darlegung der zu Grunde gelegten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse, überzeugend begründet. Dementsprechend kann auf die Aktenberichte der Kreisärztin und des Versicherungsmediziners abgestellt werden.

**3.4.1** Die Suva-Ärzte haben unter Bezugnahme auf die bildgebend erhobenen Befunde vom 31. Mai 2016 und 16. Januar 2018 (act. IIA 41 und 17), nachvollziehbar und überzeugend begründet, weshalb die über den 8. Februar 2018 hinaus geklagten Beschwerden an der linken Schulter überwiegend wahrscheinlich nicht auf den als Unfall gemeldeten Vorfall vom 11. Dezember 2017 zurückzuführen sind. Sie haben einleuchtend dargelegt, dass sich der Beschwerdeführer gestützt auf den klinischen Befund und die Bildgebung (höchstens) eine Prellung der linken Schulter ohne strukturelle Verletzung zugezogen hat (act. IIA 61 S. 4 und II 1 S. 13 Ziff. 6). Diese Beurteilung findet im Bericht des am Unfalltag behandelnden Arztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 9. Februar 2018 (act. IIA 22) ihren Rückhalt, worin keine erkennbaren äusseren Verletzungen wie Hämatome, Prellmarken oder Schürfungen festgehalten wurden (act. IIA 22 Ziff. 4). Die Kreisärztin und der Versicherungsmediziner haben weiter schlüssig aufgezeigt, dass die besagte Schulterprellung möglicherweise zu einer vorübergehenden, aber nicht richtunggebenden Verschlimmerung des einlässlich dokumentierten krankhaften Vorzustandes geführt hat und - nach wissenschaftlichem Erkenntnisstand - überwiegend wahrscheinlich spätestens nach vier bis sechs Wochen folgenlos ausgeheilt war (act. IIA 46 S. 1 Ziff. 1, IIA 61 S. 4 und II 1 S. 14 f.). Sie gelangten nachvollziehbar und überzeugend zum Schluss, dass die Befunde vom 16. Januar 2018 (act. IIA 17), wie sie bereits anlässlich der MRI-Untersuchung vom 31. Mai 2016 (act. IIA 41) vorgelegen haben, für eine degenerative Impingement-symptomatik sprechen und die Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf diese zurückzuführen sind (act. IIA 61 S. 4, II 1 S. 13 Ziff. 6 und S. 14 f.).

Hieran vermögen die Berichte des behandelnden Arztes Dr. med. C.\_\_\_\_\_ betreffend die Sprechstunden vom 23. Januar, 27. März, 28. März, 10. April, 8. Mai und 3. Juli 2018 (act. IIA 24, 58, 56 f., 96 f.) nichts zu ändern. Wenn der Arzt seine Ansicht, die strukturellen Veränderungen seien traumatisch bedingt, im Wesentlichen damit begründet, dass der Beschwerdeführer vor dem Ereignis keine entsprechenden Schulterbeschwerden gehabt habe (act. IIA 56 S. 1 Ziff. 1), vermag dies nicht zu überzeugen. Denn er hat die Sache nach dem beweisrechtlich unzulässigen Prinzip "post hoc, ergo propter hoc" beurteilt, wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch ein Ereignis verursacht gälte, wenn sie nach diesem aufgetreten ist bzw. symptomatisch wird (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2). Was sodann die von ihm am 23. Januar 2018 diagnostizierte posttraumatische Bursitis subacromialis/subdeltoidea angeht (act. II 24 S. 1), konnte diese zeitnah bildgebend ausgeschlossen werden. So konstatierte der Radiologe Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ im MRI-Bericht vom 16. Januar 2018 (act. IIA 17) eine reguläre Darstellung der Bursen (act. IIA 17 S. 2). Selbst wenn eine Bursitis vorgelegen hätte bzw. vorliegen würde, würde dies am Ergebnis nichts ändern, da deren Ursache gemäss den ausführlichen und einleuchtenden Ausführungen des Versicherungsmediziners Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2018 klar unfallfremd wäre; die Reizung der Bursa subacromialis und subdeltoidea ist eine häufige Begleiterscheinung des Impingementsyndroms und damit ein zu erwartender Bestandteil der beim Beschwerdeführer seit 2016 bekannten Schultererkrankung (act. II 1 S. 13 Ziff. 6).

Was der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers dagegen vorbringt, vermag nicht zu überzeugen. Zunächst verkennt er, dass vorliegend ein gut dokumentierter Vorzustand mit einer Operationsindikation bestanden hat resp. weiterhin besteht. Aufgrund der bildgebend erhobenen Befunde vom 31. Mai 2016 und 16. Januar 2018 (act. IIA 41 und 17) ist erstellt, dass das gemeldete Ereignis vom 11. Dezember 2017 auf eine degenerativ vorgeschädigte linke Schulter traf und zu keiner richtunggebenden Veränderung führte: Die Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter vom 16. Januar 2018 (act. IIA 17) zeigte gemäss dem Radiologen Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ im Wesentlichen die gleichen degenerativ bedingten Befunde

wie diejenigen der MRI-Untersuchung vom 31. Mai 2016 (act. IIA 41). Unveränderte Verhältnisse hielt auch der erstbehandelnde Hausarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Arztzeugnis UVG vom 9. Februar 2018 (act. IIA 22 Ziff. 5) fest. Die bildgebend bewiesenen strukturellen Veränderungen an der linken Schulter belegen, dass der Beschwerdeführer keine unfallkausalen Läsionen erlitten hat, d.h. die Schulterschädigung bereits vor dem besagten Ereignis vom 11. Dezember 2017 bestanden hat. Bestanden die strukturellen Veränderungen jedoch bereits vor dem Unfall, ist ein Kausalzusammenhang zum Ereignis sachlogisch ausgeschlossen. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ waren die genannten Vorbefunde bei seiner Behandlung offenbar nicht bekannt; dies belegt der Umstand, dass der Arzt in keinem seiner Berichte die bildgebend erhobenen Befunde vom 31. Mai 2016 (act. IIA 41) erwähnt hat. Dass der Arzt keine Kenntnisse vom Vorzustand hatte, belegt offenbar auch ein letzter (dem Rechtsvertreter angeblich Ende Oktober 2018 zugestellter) undatierter Bericht vom 2. Oktober 2018 (vgl. Replik, S. 3 Ziff. 4). Soweit ersichtlich, ist dieser mit der Replikschrift eingereichte Bericht identisch mit dem bei Beschwerdeeinreichung als Beilage 6 aufgelegten Bericht. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vermag aus den Ausführungen von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ keine massgebliche strukturelle unfallkausale Veränderung abzuleiten.

**3.4.2** Da der Beschwerdeführer keine unfallkausalen strukturellen Läsionen erlitten, sondern sich (lediglich) eine Schulterprellung links zugezogen hat (act. IIA 61 S. 4 und II 1 S. 13 Ziff. 6), bewirkte das Ereignis vom 11. Dezember 2017 bloss eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes, welche spätestens nach acht Wochen ausgeheilt war (act. IIA 46 S. 1 Ziff. 1, IIA 61 S. 4 und II 1 S. 14 f.). Der Vorzustand war damit spätestens Anfang Februar 2018 erreicht gewesen. Es besteht deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem als Unfall gemeldeten Ereignis vom 11. Dezember 2017 und den über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung (8. Februar 2018; act. IIA 78 S. 2 und 8) hinaus geklagten Schulterbeschwerden links. Die Beschwerdegegnerin hat die Leistungen zu Recht auf den 8. Februar 2018 eingestellt bzw. einen Anspruch auf weitere Leistungen verneint.

An diesem Ergebnis vermögen die von der Beschwerdegegnerin eingereichten Akten - beinhaltend medizinische Berichte bezüglich eines vom Beschwerdeführer am 17. Juli 2012 erlittenen Unfalls (act. IIB 1 ff.) - nichts zu ändern, da sie allesamt die rechte Schulter betreffen.

**3.5** Nach Art. 25 Abs. 1 ATSG sind unrechtmässig bezogene Leistungen zurückzuerstatten. Wer Leistungen in gutem Glauben empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn eine grosse Härte vorliegt.

Die Unrechtmässigkeit der über den 8. Februar 2018 hinaus (vom 9. Februar bis 12. März 2018; act. IIA 47) ausgerichteten Leistungen steht nach dem vorstehend Dargelegten (vgl. E. 3.4 hiervor) fest, so dass (nachdem auch die Erheblichkeit der Berichtigung zu bejahen ist) die Beschwerdegegnerin auf die formlos ausgerichteten Leistungen zurückkommen durfte (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Der von der Beschwerdegegnerin am 3. April 2018 verfügte, mit Einspracheentscheid vom 15. Juni 2018 bestätigte Rückforderungsbetrag von Fr. 4'651.20 (act. IIA 49 und 78) blieb in masslicher Hinsicht unbeanstandet und es bestehen keine Anhaltspunkte, dass die Rückforderung insofern fehlerhaft sein könnte. Die Frage des guten Glaubens beim Empfang und der grossen Härte sind nicht in diesem Verfahren, sondern auf Gesuch hin in einem allfälligen Erlassverfahren zu prüfen.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Juni 2018 (act. IIA 78) ist somit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - Suva
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.