

200 21 165 UV
SCI/COC/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. Juni 2021

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 25. Januar 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1974 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war seit Januar 2008 bei der C. _____ als ... angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Gemäss Schadenmeldung vom 8. Oktober 2018 stolperte der Versicherte am 28. August 2018 beim Reinigen ... und stürzte auf den (rechten) Oberarm. Als betroffener Körperteil wurden die rechte Schulter und der rechte Oberarm und als Schädigung "Bänder, Sehne" angegeben (Akten der Suva [act. II] 1). Die Suva anerkannte für dieses Ereignis ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (vgl. u.a. act. II 2 f.). Dieser Fall wurde in der Folge formlos abgeschlossen (vgl. act. II 18).

Weil der Versicherte wieder starke Schmerzen in der rechten Schulter verspürte, wurde am 28. April 2020 ein Rückfall zum Ereignis vom 28. August 2018 gemeldet (act. II 17). In der Folge führte die Suva medizinische Erhebungen durch. Dabei holte sie insbesondere zwei Stellungnahmen der Kreisärztin Dr. med. D. _____, Fachärztin für Chirurgie, ein (act. II 36 und 52). Mit formlosen Schreiben vom 8. Juli 2020 (act. II 43) und vom 27. August 2020 (act. II 57) verneinte die Suva eine Leistungspflicht ihrerseits, da kein sicherer oder wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen dem Ereignis vom 28. August 2018 und den geltend gemachten Schulterbeschwerden bestehe. Nachdem der Versicherte eine einsprachefähige Verfügung verlangt hatte (act. II 59), hielt die Suva nach Einholung einer ärztlichen Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie (act. II 67), mit Verfügung vom 20. Oktober 2020 (act. II 68) an ihrer Beurteilung fest und verneinte eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Rückfall zum Ereignis vom 28. August 2018. Die hiergegen erhobene Einsprache (act. II 70) wies die Suva mit Entscheid vom 25. Januar 2021 (act. II 75) ab.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 23. Februar 2021 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid vom 25. Januar 2021 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien auch weiterhin die gesetzlichen Leistungen nach UVG auszurichten.
2. Eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 25. Januar 2021 aufzuheben und über die gesetzlichen Ansprüche nach UVG nach Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen neu zu befinden.

– unter Entschädigungsfolgen –

Mit Beschwerdeantwort vom 8. März 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 16. März 2021 edierte der Instruktionsrichter bei Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, die vollständigen Krankenakten des Beschwerdeführers. Diese gingen in der Folge am 22. März 2021 beim Gericht ein (Krankenakten Dr. med. F._____ [act. III], unpaginiert).

Im weiteren Verlauf ging am 30. März 2021 eine Stellungnahme der Beschwerdegegnerin beim Gericht ein. Am 13. April 2021 nahm der Beschwerdeführer Stellung und bestätigte dabei unter Hinweis auf einen Bericht von PD Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital H._____, vom 12. April 2021 (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 1) seine Anträge.

Am 3. Mai 2021 nahm die Suva Stellung und hielt unter Hinweis auf eine Beurteilung von Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Chirurgie, Kompetenzzentrum für Versicherungsmedizin Suva, vom 28. April 2021 (Akten der Suva [act. IIA] 1) an ihren Anträgen fest.

Am 6. und 19. Mai 2021 gingen zwei weitere Eingaben des Beschwerdeführers beim Gericht ein.

Mit Eingaben vom 20. und 21. Mai 2021 verzichteten sowohl der Beschwerdeführer als auch die Beschwerdegegnerin auf weitere Ausführungen im Sinne von Schlussbemerkungen.

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 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 25. Januar 2021 (act. II 75). Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit den am 28. April 2020 als Rückfall zum Ereignis vom 28. August 2018 gemeldeten Beschwerden an der rechten Schulter (act. II 17).

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 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). 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; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1).

2.2.2 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 Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse 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).

2.2.3 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also 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 schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 146 V 51 E. 5.1. S. 55).

2.4 Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g), Trommelfellverletzungen (lit. h).

2.5 Die Versicherungsleistungen werden grundsätzlich auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 Teilsatz 1 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1 S. 254, 118 V 293 E. 2c S. 296).

Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht im Sinne von Art. 11 UVV des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57 E. 2.2.2; Entscheid des BGer vom 19. Dezember 2016, 8C_61/2016, E. 3.2).

2.6 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 Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 28. August 2018 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.1 hiervor) und danach unfallkausale Beschwerden an der rechten Schulter aufgetreten sind (act. II 1). Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht (vgl. u.a. act. II 2 f.).

Streitig ist, ob es sich bei den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden an der rechten Schulter um einen Rückfall bezüglich des Unfalls vom 28. August 2018 im Sinne von Art. 11 UVV handelt (vgl. E. 2.5 hiervor). Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob die geklagten Beschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen Kausalzusammenhang zum besagten Unfall stehen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.1.1 Im Bericht des Spitals H. _____ vom 10. Oktober 2018 (act. II 9) wurde der Verdacht auf eine Partialruptur der Supra- und cranialen Infraspinatussehne rechts nach Treppensturz diagnostiziert. Bei Schmerzpersistenz in der rechten Schulter fünf Wochen nach dem Treppensturz sei die hausärztliche Zuweisung erfolgt. Der Beschwerdeführer habe damals direkt mit dem rechten Ellenbogen und der Schulter aufgeschlagen. Die Röntgenuntersuchung vom 8. Oktober 2018 habe keine ossäre Läsion, einen normalen CSA (cross-sectional area) und keine Kalkdepots gezeigt. Die beschriebenen Beschwerden seien möglicherweise auf eine traumatische Läsion der Rotatorenmanschette zurückzuführen. Zur weiteren Abklärung sei ein Arthro-MRI der rechten Schulter veranlasst worden. Eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht attestiert worden (S. 1).

Im Bericht vom 22. Oktober 2018 (act. II 33) wurde eine bursaseitige Partialruptur der Supraspinatussehne rechts nach Treppensturz diagnostiziert. Die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden seien auf das subacromiale Impingement bei bursaseitiger Partialruptur der Supraspina-

tussehne zurückzuführen, wobei sich im MRI ein kleines Bonebruise im Insertionsbereich zeige. Es seien Physiotherapie und eine medikamentöse Behandlung verordnet worden. Aufgrund der belastenden Tätigkeit als ... sei der Beschwerdeführer für vier Wochen krankgeschrieben worden mit anschliessender Wiederaufnahme der Arbeit für leichte körperliche Tätigkeiten unter Schulterniveau.

Im Bericht des Spitals H._____ vom 31. Januar 2020 (act. II 15 S. 2) wurde eine Tendinopathie und Partialruptur Supraspinatussehne rechts nach Treppensturz diagnostiziert. Die (Ende November 2019) durchgeführte subacromiale Infiltration habe eine gewisse Beschwerderegredienz erzielen können. Es bestünden jedoch weiterhin leichte Restbeschwerden. Es sei die Durchführung von physiotherapeutischen Massnahmen zur Schulterzentrierung empfohlen worden. Diese habe der Beschwerdeführer nicht absolviert. Eine erneute klinische Kontrolle sei in zwei Monaten vorgesehen. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100% arbeitsfähig.

3.1.2 Die Kreisärztin Dr. med. D._____ führte im Bericht vom 17. Juni 2020 (act. II 36) aus, der Beschwerdeführer habe sich beim damaligen Schadenfall eine Prellung/Distorsion der Schulter zugezogen im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen. Unfallbedingte strukturelle Läsionen seien nicht dokumentiert. Die Folgen einer Prellung/Distorsion der Schulter seien spätestens innerhalb von drei Monaten abgeklungen (S. 2).

3.1.3 Im Bericht des Spitals H._____ vom 10. August 2020 (act. III S. 15) wurde ein subacromiales Impingement bei bursaseitiger Partialruptur der Supraspinatussehne rechts nach Sturz diagnostiziert. Nachdem die Beschwerdegegnerin "den Unfall abgelehnt und die Versicherungsdeckung sistiert" habe, könne der Beschwerdeführer die geplante Operation finanziell selber nicht tragen. Als ... sei er unter Schmerzen weiterhin arbeitstätig. Deshalb sei die Operation bis auf weiteres annulliert und dem Beschwerdeführer empfohlen worden, Einsprache zu machen.

In einem parallel dazu erstellten Bericht vom 10. August 2020 (act. II 50 S. 2) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurde ausgeführt, es gebe keinen Grund, den Unfallhergang anzuzweifeln. Der Beschwerdeführer berich-

te, am 27. (recte: 28.) August 2018 während der Arbeit auf einer Treppe ausgerutscht und auf den rechten Ellbogen gefallen zu sein, wobei er sein gesamtes Körpergewicht (über 100kg) abgefangen habe. Biomechanisch sei diese Verletzung schlüssig. Bei adduziertem und extendiertem Arm sei der Supraspinatus maximal elongiert und gespannt. In den ersten 30° übernehme er die Initiierung der Abduktion als "Starter", da der Delta Muskel noch relativ inaktiv sei. Somit sei die Hauptbelastung über den Supraspinatus geleitet worden. Die bursaseitigen Sehnenanteile hätten dadurch Schaden getragen. Im MRI vom 18. Oktober 2018 habe sich ein kleines Knochenödem im Insertionsbereich und eine überdurchschnittlich kräftige Supraspinatusmuskulatur gezeigt. Eine Atrophie oder Degeneration sei nicht ersichtlich. Auch zeigten sich sonst keine prädisponierenden Faktoren, welche einen degenerativen Riss erklärten.

3.1.4 Die Kreisärztin Dr. med. D. _____ führte im Bericht vom 26. August 2020 (act. II 52) aus, der Unfallhergang sei primär als Sturz mit Prellung des Oberarms geschildert worden. Zudem sei der Beschwerdeführer mehrere Monate in der Klinik H. _____ behandelt worden unter der Diagnose eines subacromialen Impingements mit Tendinopathie und (konsekutiver) Partialläsion der Supraspinatussehne. Diese Diagnose entspreche bei ebenfalls vorbestehendem Acromionsporn einer degenerativen Veränderung und sei nicht auf den Unfall zurückzuführen.

3.1.5 Der Kreisarzt Dr. med. E. _____ führte im Bericht vom 15. Oktober 2020 (act. II 67) aus, der Beschwerdeführer sei beim Unfall auf die rechte Körperseite, auf den Ellenbogen und die rechte Schulter gestürzt. Die daraufhin durchgeführte bildgebende Untersuchung habe degenerative tendinopathische Veränderungen im Bereich der Supraspinatussehne mit Partialruptur und subacromialem Impingement bei Bursitis subacromialis und deltoideus gezeigt. Unter Behandlung sei es rasch zu einer vollständigen Beschwerderegredienz gekommen, so dass die Arbeitsfähigkeit ab Dezember (2018) wieder gegeben gewesen sei. Im MRI (vom 6. Juli 2020) zeigten sich weitgehend unveränderte Befunde. Die ursprünglich beschriebene ödematöse Veränderung im Bereich des Tuberculum majus als Folge der Prellung sei nicht mehr nachweisbar gewesen. Unfallbedingte strukturelle Läsionen seien nicht zur Darstellung gekommen. Hierzu könne fest-

gehalten werden, dass unmittelbar nach dem Unfallereignis zunächst keine Arbeitsunfähigkeit resultiert habe, sondern diese erst am 21. September 2018, also drei Wochen nach dem Unfallereignis, ausgestellt worden sei (S. 3 f.). Es sei daher nicht nachvollziehbar, dass die hier beschriebenen Veränderungen Ausdruck eines reinen Unfallgeschehens seien, es handle sich hierbei um typische degenerative Strukturstörungen. Wäre eine Ruptur der Sehne anlässlich des Unfalls entstanden, hätte es sofort zu einer Pseudoparalyse des Armes führen müssen, da eine solche Veränderung der Sehne unfallbedingt bei zuvor vollständig intakter Rotatorenmanschette ein erhebliches Schmerzereignis mit Funktionsausfall hätte nach sich ziehen müssen. Auch die Strukturveränderungen im Bereich der Supraspinatussehne seien eher einem degenerativen Erscheinungsbild zuzuordnen. Zusammenfassend sei es anlässlich des Unfalls nicht zu einer dauerhaften strukturellen Störung gekommen. Als unfallbedingt könne lediglich das vorübergehende Knochenödem angesehen werden, das typischerweise innerhalb von vier bis sechs Monaten vollständig zur Ausheilung komme. Der Unfall habe daher zu einer Prellung und Knochenkontusion geführt, entsprechend einem direkten Anpralltrauma im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehend leicht degenerativen Veränderung mit zu erwartender Ausheilung innerhalb von sechs Monaten. Die im weiteren Verlauf beschriebenen Veränderungen seien Ausdruck der zunehmenden Degeneration und stünden nicht im Zusammenhang mit dem Unfall (S. 4).

3.1.6 PD Dr. med. G. _____ führte im – im Beschwerdeverfahren eingereichten – Bericht vom 12. April 2021 (act. IA 1) aus, ein einfacher Sturz sei die häufigste Ursache für eine unfallbedingte Rotatorenmanschettenruptur. Biomechanisch lasse sich das so erklären, dass der bei einem Sturz zum Schutz des Kopfs und Oberkörpers reflexartig abgespreizte Arm beim Aufprall durch das Gewicht der stürzenden Person an deren Körper gedrückt werde. Dabei werde die Muskel-Sehneneinheit bei maximaler Anspannung gedehnt und zerrissen (S. 2 Ziff. 1). Das MRI vom 18. Oktober 2018 zeige einen Abriss der bursaseitigen Hälfte der Supraspinatussehne vom Ansatz am Tuberculum majus, ein Knochenmarksödem an dieser Stelle und möglicherweise eine kleine Unterflächenpartialruptur der cranialen Infraspinatussehne. Die Form der Supraspinatussehnenläsion sei typisch für einen partiellen Abriss vom Knochen und passe nicht zu einer ober-

flächlichen Sehnenabnützung bei engen subacromialen Platzverhältnissen. Die abgerissenen Sehnenfasern wiesen keine degenerativen Signalveränderungen auf (S. 2 Ziff. 2). Weiter führte PD Dr. med. G. _____ aus, die Schmerzintensität und das Schmerzempfinden seien nicht bei allen Verletzungen und allen Personen gleich. Kleine Rotatorenmanschettenrupturen könnten weniger starke, dafür länger andauernde Schmerzen verursachen als massive Sehnenrisse (S. 2 Ziff. 4). Das Ausbleiben einer Pseudoparalyse nach dem Treppensturz schliesse eine unfallbedingte Partialruptur nicht aus. Eine Pseudoparalyse trete typischerweise nach einer akuten, vollständigen Rotatorenmanschettenruptur von mindestens einer ganzen Sehne oder bei einer Tuberculum majus Fraktur auf. Bei Partialrupturen sei der strukturelle Schaden kleiner. Entsprechend seien die akuten Schmerzen geringer und eine Pseudoparalyse trete nicht immer ein (S. 2 f. Ziff. 5). Weil Rotatorenmanschettenrisse, wie die zweite MRI Untersuchung zeige, nicht spontan heilten, erstaune es nicht, dass der Beschwerdeführer langfristig nicht schmerzfrei geworden sei. Die Beschwerdezunahme unter vermehrter Belastung sei nicht ungewöhnlich und habe nichts mit einer Krankheit zu tun. Es handle sich um Folgen des Treppensturzes vom 27. (recte: 28.) August 2018 (S. 3 Ziff. 6).

3.1.7 Dr. med. I. _____ nahm in der orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 28. April 2021 (act. IIA 1) namentlich Stellung zum Bericht von PD Dr. med. G. _____ vom 12. April 2021. Da aus der Krankenakte der Bewegungsumfang zeitnahe zum Unfall vom 28. August 2018 nicht eindeutig rekonstruiert werden könne, sei umso mehr dem Verhalten des Beschwerdeführers nach dem Ereignis eine massgebliche Bedeutung bei der Kausalitätsprüfung beizumessen. Eine traumatisch nach akuter Gewalteinwirkung verursachte Schädigung der Rotatorenmanschette führe unmittelbar zu Schmerzen, Kraft- und Funktionsverlust. Auch wenn PD Dr. med. G. _____ festhalte, dass die Schmerzintensität und das Schmerzempfinden nicht bei allen Verletzungen und allen Personen gleich seien, sei es dem Beschwerdeführer möglich gewesen bis zum 22. September 2019 als ... weiterzuarbeiten, einer Tätigkeit, die den kraftvollen Einsatz der oberen Extremitäten erfordere. Hinzu komme, dass in der Krankenakte im August und September 2018 keine Medikamente dokumentiert seien. Erst am 23. Oktober 2018 finde sich der Eintrag "Tilur ret 90mg 10-1 und Trama-

dol". Somit lasse sich bis zum 23. Oktober 2018 keine regelmässige Schmerzmitteleinnahme herleiten (S. 5). Wenn in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Trauma ein MRI durchgeführt werde, könnten an der Schulter Veränderungen objektiviert werden, die als Indiz für eine akute traumatische Zerreissung der Rotatorenmanschette gelten würden. Im vorliegenden Fall sei das MRI (vom 18. Oktober 2018) jedoch erst mit deutlicher zeitlicher Verzögerung (ca. sechs Wochen) durchgeführt worden. Damit sei nicht mehr zu erwarten, dass – ausser einem Knochenmarködem – die Zeichen einer frischen Verletzung der Supraspinatussehne nachzuweisen wären. Das MRI ermögliche zu diesem Zeitpunkt keine Aussage bezüglich einer Unfallkausalität der nachgewiesenen Veränderungen an den Sehnen der Rotatorenmanschette, sondern dokumentiere häufig lediglich einen zuvor asymptomatischen Vorzustand (S. 6). Weiter finde sich sehr wohl eine Signalanhebung in der Supraspinatussehne am 18. Oktober 2018, hinzu komme eine leichte Verdickung der Sehne (S. 7). Die im Befundbericht vom 18. Oktober 2018 erhobenen Befunde seien vor allem auf Abnutzung zurückzuführen, was unter Berücksichtigung des Alters des Beschwerdeführers und der körperlichen Tätigkeit sehr gut nachvollziehbar sei. Unter Berücksichtigung sämtlicher vorliegender Dokumente seien die im MRI vom 18. Oktober 2018 sichtbaren Strukturstörungen des Schultergelenkes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Degeneration zurückzuführen (S. 8).

3.2 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).

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. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen 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; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.3

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich im angefochtenen Einspracheentscheid massgeblich auf den Bericht des Kreisarztes Dr. med. E. _____ vom 15. Oktober 2020 (act. II 67) gestützt.

Dieser Bericht erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und überzeugt. Dass der Facharzt keine eigene Untersuchung durchgeführt hat, schadet nicht. Denn die Voraussetzungen für

einen rechtsgenügenden Aktenbericht sind vorliegend erfüllt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3). Insbesondere sind Anamnese und Verlauf ausführlich in den Akten dokumentiert. Zudem beurteilt ein Kreisarzt nach seiner Funktion und beruflichen Stellung als Facharzt im Bereich der Unfallmedizin ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten, sodass er über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen verfügt (vgl. Entscheid des BGer vom 14. April 2020, 8C_59/2020, E. 5.2 mit Hinweisen). Dr. med. E. _____ hat sich in seiner ärztlichen Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf die bildgebenden Untersuchungen der rechten Schulter vom 18. Oktober 2018 (act. II 7) und vom 6. Juli 2020 (act. II 65) sowie die zahlreichen Berichte des Spitals H. _____ (vgl. u.a. act. II 9, 15 S. 2, 33, 50 S. 2) getroffen. Dabei hat er unter Bezugnahme auf die Anamnese bzw. die Schilderung des Ereignisses vom 28. August 2018, die klinischen Befunde und die Bildgebung einleuchtend und nachvollziehbar begründet, dass der Beschwerdeführer beim besagten Unfall eine Prellung und eine Knochenkontusion (an der rechten Schulter) entsprechend einem direkten Anpralltrauma im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden degenerativen Veränderung erlitten hat und diesbezüglich eine Ausheilung innerhalb von sechs Monaten zu erwarten ist. Ferner hat er schlüssig dargelegt, dass die weiteren beschriebenen Veränderungen an der rechten Schulter, so insbesondere die in der bildgebenden Untersuchung vom 18. Oktober 2018 festgestellte Unterflächenpartialläsion der Infraspinatussehne und die bursaseitige Partialruptur der Supraspinatussehne (act. II 7, 33), Ausdruck der zunehmenden Degeneration sind und damit nicht in einem (natürlichen) Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 28. August 2018 stehen (act. II 67 S. 4). Diese Beurteilung ist in sich schlüssig und überzeugt.

3.3.2 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 5 Ziff. 2.4) hat sich der Kreisarzt Dr. med. E. _____ eingehend mit den divergierenden Ausführungen im Bericht des Spitals H. _____ vom 10. August 2020 (act. II 50 S. 2), in welchem eine Unfallkausalität zwischen den bestehenden Beschwerden an der rechten Schulter und dem Ereignis

vom 28. August 2018 bejaht wurde, auseinandergesetzt. Dabei legte er schlüssig dar, dass entgegen den Ausführungen der behandelnden Ärzte (und des Beschwerdeführers [Beschwerde S. 6 Ziff. 2.8]) die bildgebende Untersuchung vom 18. Oktober 2018 degenerative Veränderungen gezeigt habe (act. II 67 S. 3). Ferner hat der Kreisarzt nachvollziehbar begründet, dass wenn die festgestellte Strukturstörung – wie im Bericht vom 10. August 2020 an die Beschwerdegegnerin angenommen – auf den Unfall zurückzuführen wäre, es nach dem Unfall sofort zu einer Pseudoparalyse des Armes gekommen wäre (act. II 67 S. 4). Dies war jedoch nicht der Fall. Ergänzend ist hier darauf hinzuweisen, dass dieselben Ärzte ebenfalls am 10. August 2020 parallel gegenüber dem Hausarzt ausführten, der Beschwerdeführer berichte, die Operation finanziell nicht tragen zu können, nachdem die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen "sistiert" habe. Die geplante Operation sei bis auf weiteres sistiert worden und sie hätten dem Patienten empfohlen, Einsprache zu machen (act. III S. 15). Dieses Vorgehen seitens behandelnder Ärzte überzeugt angesichts der unbestritten bestehenden Operationsindikation und der subsidiären Versicherungsdeckung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht.

Darüber hinaus sind die behandelnden Ärzte des Spitals H. _____ davon ausgegangen, dass sich der Beschwerdeführer beim Sturz vom 28. August 2018 mit dem rechten Arm aufgegangen resp. abgestützt hat (act. II 50 S. 2). Dies findet jedoch keinen Rückhalt in den vorliegenden (echtzeitlichen) Akten. So wurde in der Schadenmeldung UVG vom 8. Oktober 2018 (act. II 1 Ziff. 6) angegeben, dass der Beschwerdeführer gestolpert und auf den rechten Oberarm gestürzt sei. Ferner wurde im Bericht des Spitals H. _____ vom 10. Oktober 2018 (act. II 9) das Ereignis wie folgt beschrieben: "...nach Treppensturz bei der Arbeit als Der Patient schlug damals direkt mit dem rechten Ellbogen und der Schulter auf." Ein Auffangen mit dem rechten Arm – wie im Bericht vom 10. August 2020 (act. II 50 S. 2) angenommen – ist damit nicht ausgewiesen. Vielmehr ist – entsprechend der Auffassung des Kreisarztes (act. II 67 S. 4) – von einem Anpralltrauma auszugehen. Die behandelnden Ärzte des Spitals H. _____ gingen in ihrem Bericht somit von einer falschen Prämisse aus. Und schliesslich wies der Kreisarzt zu Recht darauf hin, dass im An-

schluss an das Ereignis vom 28. August 2018 keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, was gegen eine Unfallgenese der festgestellten Unterflächenspartialläsion der Infraspinatussehne und der bursaseitigen Partialruptur der Supraspinatussehne spricht (act. II 67 S. 3 f.). Dr. med. F._____ attestierte erst ab dem 22. September 2018 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Vor diesem Zeitpunkt verneinte er explizit eine Arbeitsunfähigkeit (act. III S. 23; vgl. auch act. III S. 8). Soweit der Beschwerdeführer die fehlende Krankschreibung damit begründet, dass er in den Ferien gewesen sei, weshalb diesbezüglich nichts zu seinen Ungunsten abgeleitet werden dürfe (Stellungnahme vom 5. Mai 2021 S. 1 Ziff. 1), kann ihm nicht gefolgt werden. Denn aus den eingereichten Arbeitszeitabrechnungen der Arbeitgeberin (act. IA 5) ergibt sich, dass der Beschwerdeführer am 28. August 2018 (Unfalltag mit Unfallereignis um 09.40 Uhr; act. II 1) unter Aufrechnung eines Arztbesuchs (eine Stunde) die vollständige Arbeitszeit geleistet hat. Am Folgetag hat er am Morgen gearbeitet. Das Arbeitsende am Mittag war jedoch nicht gesundheitlich bedingt, sondern erfolgte wegen Kompensation von Überzeit (vgl. auch act. IA 4). Anschliessend war der Beschwerdeführer vom 3. bis 7. September 2018 in den Ferien. Ab dem 10. September 2018 hat er dann wiederum zwei Wochen (bis zum 21. September 2018) regulär gearbeitet. Vom 24. bis 28. September 2018 arbeitete er gemäss Stundenrapport krankheitsbedingt nicht (act. IA 5 S. 2). Damit stimmt die Krankschreibung von Dr. med. F._____ mit den effektiv geleisteten Arbeitseinsätzen überein.

3.3.3 Am Beweiswert des Aktenberichts des Kreisarztes ändert ebenfalls nichts, dass PD Dr. med. G._____ im Bericht vom 12. April 2021 (act. IA 1) einen Kausalzusammenhang zwischen den aktuell bestehenden Beschwerden an der rechten Schulter und dem Unfall vom 28. August 2018 bejaht hat. Dabei machte er geltend, dass die bildgebende Untersuchung vom 18. Oktober 2018 entgegen der Auffassung des Kreisarztes keine degenerativen Veränderungen an der rechten Schulter zeige (act. IA 1 S. 2 Ziff. 2). Dr. med. I._____ hat sich im Aktenbericht vom 28. April 2021 (act. IIA 1) mit dieser Beurteilung einlässlich auseinandergesetzt und unter Darlegung der bildgebenden Untersuchung vom 18. Oktober 2018 nachvollziehbar begründet, dass die dargestellten Strukturstörungen an der rechten Schulter auf Degeneration zurückzuführen sind (act. IIA 1 S. 6 ff.).

Zudem wies Dr. med. I. _____ darauf hin, dass sowohl die Tatsache, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 28. August 2018 in der Lage gewesen sei, bis am 22. September 2018 weiterzuarbeiten und der Umstand, dass erst am 23. Oktober 2018 eine Schmerzmitteleinnahme belegt sei, gegen eine traumatische Genese der Schädigung der Rotatorenmanschette sprächen (act. IIA 1 S. 5). Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass PD Dr. med. G. _____ im Bericht vom 12. April 2021 (act. IA 1 S. 2 Ziff. 1) weiterhin davon ausgegangen ist, dass sich der Beschwerdeführer beim Sturz vom 28. August 2018 mit dem rechten Arm abgestützt hat. Wie bereits dargelegt worden ist (vgl. E. 3.3.2 hiervor), ist ein solches Abstützen jedoch nicht ausgewiesen, sondern es ist anhand der echtzeitlichen Unterlagen von einem Anpralltrauma auszugehen. Zutreffend hat die Beschwerdegegnerin auf die höchstrichterliche Rechtsprechung hingewiesen (act. II 75 S. 8 Ziff. 3.3), wonach dem Kriterium des Unfallmechanismus zur Beurteilung der Unfallkausalität keine übergeordnete Bedeutung beigemessen wird. Vielmehr geht es darum, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprechen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (BGer 8C_59/2020, E. 5.4). Diesen Anforderungen kamen Dr. med. E. _____ und Dr. med. I. _____ in ihren Beurteilungen nach. Sie kamen unter Berücksichtigung der bildgebenden Untersuchung vom 18. Oktober 2018, der echtzeitlichen Angaben zum Unfallhergang, des Alters des Beschwerdeführers, seiner körperlich anspruchsvollen Tätigkeit sowie des Umstandes, dass nach dem Unfall weder eine Arbeitsunfähigkeit attestiert noch ein Schmerzmittel verschrieben wurde, überzeugend zum Schluss, dass die festgestellte Schädigung der Rotatorenmanschette keine traumatische Genese hat.

3.3.4 Weiter ist auch die allgemeine Kritik von PD Dr. med. G. _____ an der Unfallversicherungsmedizin (vgl. act. IA 1 S. 2 Ziff. 1) nicht geeignet, Zweifel an den versicherungsmedizinischen Beurteilungen des Kreisarztes Dr. med. E. _____ und von Dr. med. I. _____ zu wecken. Diese bezieht sich nicht auf den vorliegend zu beurteilenden Geschehensablauf und (medizinischen) Sachverhalt, sondern stellt eine allgemeine Kritik an den Versicherungsärzten dar. Darüber hinaus hat weder Dr. med. E. _____

noch Dr. med. I. _____ jemals in Abrede gestellt, dass es auch bei einem einfachen Sturz zu einem Sehnenriss kommen kann.

3.4 Die Frage, ob unter dem Titel einer unfallähnlichen Körperverletzung eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht (vgl. E. 2.4 hiervor), kann bereits deshalb verneint werden, weil die Körperschädigung (Sehnenriss) gemäss schlüssiger Beurteilung von Dr. med. E. _____ im Bericht vom 15. Oktober 2020 (act. II 67) und von Dr. med. I. _____ im Bericht vom 28. April 2021 (act. IIA 1) eindeutig degenerativ ist.

3.5 Nach dem Dargelegten ist mit Blick auf die vollständigen und überzeugenden versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dr. med. E. _____ vom 15. Oktober 2020 (act. II 67) und von Dr. med. I. _____ vom 28. April 2021 (act. IIA 1) ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 28. August 2018 und den als Rückfall geltend gemachten Beschwerden an der rechten Schulter nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Folglich bedarf es keiner weiteren medizinischen Abklärungen, sodass namentlich auf das vom Beschwerdeführer beantragte externe Gutachten (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. 1 2; S. 7 Ziff. 3.3) zu verzichten ist. Demzufolge fällt eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bei fehlendem natürlichem Kausalzusammenhang sowohl unter dem Titel eines Unfalls (Art. 6 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG) als auch aus unfallähnlicher Körperschädigung (Art. 6 Abs. 2 UVG) ausser Betracht. Die Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61^{fbis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

4.3 Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG). Die Kosten eines von der versicherten Person selbst veranlassten Gutachtens sind vom Versicherungsträger dann zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des neu beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Versicherer insoweit eine Verletzung der ihm im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes obliegenden Pflicht zur rechtsgenügenden Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist (SVR 2018 IV Nr. 77 S. 257 E. 8). Dem allgemeinen Rechtsgrundsatz entsprechend, wonach eine Partei unabhängig von einem allfälligen Prozess Erfolg die von ihr unnötigerweise verursachten oder verschuldeten Kosten selbst zu tragen hat, besteht ein Entschädigungsanspruch auch dann, wenn der Versicherer in der Sache selbst obsiegt (SVR 2016 UV Nr. 24 S. 77 E. 6.1; RKUV 2005 U 547 S. 222 E. 2.1).

Da aufgrund des Dargelegten der seitens des Beschwerdeführers veranlasste Bericht von PD Dr. med. G. _____ vom 12. April 2021 (act. IA 1) für den Verfahrensausgang nicht entscheidend ist, da dieser namentlich keine neuen Erkenntnisse gebracht hat, besteht kein Anspruch auf Erstattung dieser Kosten (vgl. Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 20. Mai 2021; in den Gerichtsakten).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers (samt Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 21. Mai 2021)
- Suva (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 20. Mai 2021)
- 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 Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.