



| | |
|---------------------------|-------------------------|
| Fall-Nr.: | UV 2019/19 |
| Stelle: | Versicherungsgericht |
| Rubrik: | UV - Unfallversicherung |
| Publikationsdatum: | 16.12.2020 |
| Entscheiddatum: | 22.07.2020 |

Entscheid Versicherungsgericht, 22.07.2020

Art. 6 Abs. 1 UVG: Verneinung der Unfallkausalität einer SLAP Läsion und einer Zyste, welche sich aus der SLAP Läsion entwickelt hat; dies insbesondere mit Blick auf die ausserdem vorliegenden umfassenden degenerativen Gesundheitsschäden im Bereich der Schulter. Art. 6 Abs. 2 UVG: Verneinung einer Leistungspflicht des Unfallversicherers gestützt auf Art. 6 Abs. 2 UVG. Ist der Beweis erbracht, dass die SLAP Läsion nicht natürlich kausal auf den Unfall zurückzuführen ist, ist auch die Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG umgestossen und der Unfallversicherer von seiner Leistungspflicht befreit. In dem Sinne erübrigt sich bei fehlendem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG und einer Listenverletzung eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Juli 2020; UV 2019/19).

Entscheid vom 22. Juli 2020

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2019/19

Parteien



St.Galler Gerichte

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Fürsprecher Urs Kröpfli, S-E-K Advokaten, Zürcherstrasse 310,
8500 Frauenfeld,

gegen

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Bahnhofstrasse 13, Postfach 15,
7302 Landquart,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Martin Schmid, Hartbertstrasse 11, Postfach 611,
7001 Chur,

Gegenstand

Heilbehandlung / Taggeldleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Physiotherapeut bei den B.____, tätig und dadurch bei der ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG (nachfolgend: ÖKK) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 14. März 2018 mit dem Rennvelo in einer Kurve ausrutschte und auf die rechte Schulter fiel (UV-act. 1). Eine Erstbehandlung fand am 15. März 2018 im Departement Orthopädie des Spitals C.____ statt, dessen Ärzte nach einer Röntgenuntersuchung der rechten Schulter eine Tossy III-Verletzung rechts nach Velosturz mit Kontusion Handgelenk rechts, Hautexkoriation Knie links und Beckenkontusion rechts diagnostizierten und eine Operationsindikation stellten (UV-act. 2). Am 21. März 2018 führte Dr. med. D.____, Oberarzt Orthopädie i.V., Departement Orthopädie des Spitals C.____, beim Versicherten bei der Diagnose einer



AC-Gelenksluxation rechts vom Typ Rockwood V eine AC-Gelenksstabilisation rechts mittels Twin Tail TightRope-System durch (UV-act. 5). Am 23. März 2018 wurde der Versicherte mit einer Bescheinigung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 15. März bis 6. Mai 2018 aus dem Spital entlassen (UV-act. 6). Am 25. April 2018 führte Dr. D.____ beim Versicherten eine Verlaufskontrolle mit Röntgenuntersuchung durch, bei der sich die Lage des Implantats korrekt und die Stellung im Bereich des AC-Gelenks regelrecht zeigte. Klinisch erhob Dr. D.____ im Bereich der rechten Schulter reizlose Haut- und Weichteilverhältnisse, eine schön verheilte Narbe, noch etwas Hyposensibilität distal und lateral von der Wunde, eine moderate Druckdolenz und eine unauffällige Bewegungsfreiheit bis zur Horizontalen (UV-act. 9).

A.b. Auf Anmeldung des Departements Orthopädie des Spitals C.____ wurde beim Versicherten am 21. Juni 2018 im Departement Radiologie des Spitals C.____ eine MRI-Untersuchung des rechten Schultergelenks zur Abklärung einer Rotatorenmanschettenläsion und einer Fettatrophie der Muskeln durchgeführt. Gemäss dem am selben Tag von den untersuchenden Ärzten erstellten Bericht konnten ein ansatznaher artikularseitiger Partialriss der Infraspinatussehne mit Muskelverfettung Grad II nach Goutallier, eine chronische Tendinopathie der Supraspinatus- und Subscapularissehne sowie der langen Bizepssehne und schliesslich eine SLAP II-Läsion ausgemacht werden (UV-act. 12).

A.c. Am 4. Juli 2018 stellte Dr. med. E.____, Leitender Arzt, Klinik für Rheumatologie und internistische Rehabilitation, Rehabilitationszentrum F.____, dem Versicherten ein ärztliches Zeugnis für eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 3. bis 29. Juli 2018 aus (UV-act. 10-3, vgl. dazu auch UV-act. 10-1). Zudem reichte er der ÖKK einen Arztbericht ein, worin er zu verschiedenen Fragen Stellung nahm. Dr. E.____ hielt unter anderem fest, dass er den Versicherten erstmals am 18. Juni 2018 in seiner Sprechstunde gesehen habe, danach wieder am 22. Juni 2018 und zuletzt am 4. Juli 2018. Die 50%-ige Arbeitsfähigkeit sei seit dem 19. Juni 2018 attestiert worden. Dies aufgrund der deutlichen Zunahme der Beschwerden bei der Aufnahme eines 100%-Pensums. Die Bestätigung ab dem 2. (gemäss ärztlichem Zeugnis "3." [UV-act. 10-3]) Juli 2018 sei aufgrund der im MRI diagnostizierten Schädigung mit SLAP-Läsion und Tendinopathie der Supraspinatus- und Subscapularissehne sowie langen Bizepssehne rechts und dem Partialriss der Infraspinatussehne erfolgt. Die Tätigkeit als



Physiotherapeut entspreche einer körperlichen Tätigkeit mit teilweisem Transferieren von schwerstbetroffenen Patienten. Dies sei dem Versicherten momentan nur angepasst möglich. Am 3. Juli 2018 sei im Spital C.____ eine glenohumerale Infiltration rechts erfolgt. In der Konsultation vom 4. Juli 2018 habe der Versicherte berichtet, dass es danach zu einer deutlichen Schmerzlinderung gekommen sei (UV-act. 11).

A.d. Am 20. Juli 2018 wurde der Schadenfall durch den beratenden Arzt der ÖKK, Dr. med. G.____, medizinisch beurteilt. Dieser befand, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 14. März 2018 und den Beschwerden per 2. Juli 2018 entfallen sei. Die Tendinopathien, die Teilläsion der Infraspinatussehne und die SLAP-Läsion könnten nicht unfallkausal sein. Die weitere Arbeitsunfähigkeit sei indiziert, beruhe jedoch auf krankhaften Veränderungen. Die AC-Luxation sei klar unfallbedingt, jedoch zurzeit als ausgeheilt zu betrachten. Die Tatsache, dass die momentanen Beschwerden auf die krankheitsbedingte Schulterpathologie zurückführbar seien, belege die erfolgreiche Infiltration vom 2. Juli 2018 (UV-act. 13).

A.e. Mit Schreiben vom 26. Juli 2018 teilte die ÖKK dem Versicherten mit, dass sie gestützt auf die Ausführungen ihres beratenden Arztes einen Anspruch auf Versicherungsleistungen ab dem 2. Juli 2018 ablehnen müsse (UV-act. 14).

A.f. Nachdem der Versicherte mit Schreiben vom 2. August 2018 (Posteingang) eine anfechtbare Verfügung verlangt hatte (UV-act. 15), holte die ÖKK bei Dr. G.____ eine ausführliche versicherungsmedizinische Beurteilung ein (UV-act. 17).

A.g. Am 17. August 2018 teilte die ÖKK dem Versicherten verfügungsweise mit, dass sie einen Anspruch auf Versicherungsleistungen ab dem 2. Juli 2018 ablehnen müsse. Aufgrund der ausführlichen Beurteilung ihres beratenden Arztes stünden die Beschwerden ab dem 2. Juli 2018 nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 14. März 2018 (UV-act. 18).

B.

B.a. Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 20. August 2018 Einsprache (UV-act. 19).



St.Galler Gerichte

B.b. Am 5. Oktober 2018 reichte die Orion Rechtsschutz-Versicherungen AG für den Versicherten die Einsprachebegründung ein (UV-act. 27-1 ff.). Zusammen mit dieser legte sie einen Zwischenbericht Physiotherapie des behandelnden Physiotherapeuten H.____ vom 30. Juli 2018 (UV-act. 27-9), einen Operationsbericht von Dr. med. I.____, Klinik J.____ (UV-act. 27-7), einen Austrittsbericht und einen weiteren Bericht von Dr. I.____ vom 26. August 2018 (UV-act. 27-5f.) bzw. 25. September 2018 (UV-act. 27-10 ff.) sowie verschiedene Fachartikel vor (UV-act. 27-13 ff.). Dr. I.____ hatte beim Versicherten am 24. August 2018 arthroskopisch eine Tenotomie/Tenodese der langen Bizepssehne durchgeführt, eine spinoglenoidale Zyste eröffnet und eine partielle Labrumresektion vorgenommen (UV-act. 25).

B.c. Mit Einspracheentscheid vom 23. Januar 2019 wies die ÖKK die Einsprache des Versicherten ab (UV-act. 28).

C.

C.a. Gegen den Einspracheentscheid vom 23. Januar 2019 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch seinen Rechtsvertreter Fürsprecher U. Knöpfli, Frauenfeld, am 21. Februar 2019 Beschwerde erheben mit folgenden Rechtsbegehren: 1. Der Einspracheentscheid der ÖKK (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 23. Januar 2019 sei vollumfänglich aufzuheben; 2. Es seien gegenüber dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen (Heilungskosten- und Taggeldleistungen) auszurichten; 3. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, den Beschwerdeführer angemessen zu entschädigen (act. G1).

C.b. Mit Beschwerdeantwort vom 18. März 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. M. Schmid, Chur, die Abweisung der Beschwerde, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G3).

C.c. In seiner Replik vom 4. April 2019 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an den Beschwerdeanträgen fest (act. G5).

C.d. Mit Schreiben vom 23. April 2019 hielt der Rechtsvertreter der Beschwerdegegnerin seinerseits an den Ausführungen in der Beschwerdeantwort fest und verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G7).



C.e. Mit Schreiben vom 30. April 2019 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Honorarnote über insgesamt Fr. 3'308.85 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) ein (act. G9, G9.1).

Erwägungen

1.

Strittig und zu prüfen ist im vorliegenden Fall, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Versicherungsleistungen über den 2. Juli 2018 hinaus abgelehnt hat.

2.

2.1. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt also zunächst einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG voraus. Als solcher gilt eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Als weitere Voraussetzung der Leistungspflicht des Unfallversicherers ist sodann die natürliche und adäquate Kausalität zwischen dem Unfall und der festgestellten Gesundheitsschädigung verlangt (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; André Nabold, in: Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], Bern 2018, N 48 ff. zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Irene Hofer, Basel 2019, N 66 zu Art. 6 UVG; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (vgl. UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 53, 59 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 66 zu Art. 6UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2 sowie in BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2 des Urteils



8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009, je mit Hinweisen). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres gegeben (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 f. E. 3a, 117 V 365 E. 5c/bb mit Hinweisen; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl., Bern 2014, § 70 Rz. 58 f.; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54).

2.2. Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, demzufolge die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der vom Unfallversicherer zunächst anerkannten Kausalität die Unfallversicherung (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 326; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; BGE 117 V 264 E. 3b; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Die Beweislastverteilung bezüglich Wegfall der Unfallkausalität gilt allerdings nur für Schädigungen, welche bei der Anerkennung einer Leistungspflicht des Unfallversicherers auch wirklich zur Diskussion standen (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2009, 8C_363/2009, E. 1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 27. April 2005, U 6/05, auszugsweise publiziert in: AJP 2006 S. 1290 ff.).



2.3.

2.3.1. Die Beschwerdegegnerin hat unbestrittenermassen anerkannt, dass der Beschwerdeführer am 14. März 2018 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG mit einer schädigenden Einwirkung auf die rechte Schulter sowie das rechte Handgelenk erlitten und sich dabei eine AC-Gelenksluxation rechts vom Typ Rockwood V sowie eine Scaphoidfraktur bzw. Fraktur des Os naviculare am Handgelenk rechts zugezogen hat (UV-act. 5 f., UV-act. 7 ff.) und sie für diese Verletzungen leistungspflichtig ist.

Demgemäss hat sie Versicherungsleistungen für Heilbehandlungen, insbesondere für die operative AC-Gelenksstabilisation rechts vom 21. März 2018 (UV-act. 5), und für Arbeitsunfähigkeiten (vgl. UV-act. 6) erbracht.

2.3.2. Am 5. Juli 2018 wurde der Beschwerdegegnerin ein ärztliches Zeugnis von Dr. E.____ vom 4. Juli 2018 eingereicht, wonach beim Beschwerdeführer ab dem 3. Juli 2018 weiter eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bis 29. Juli 2018 bestehe. Im Verlauf erfolge eine Reevaluation in einer Sprechstunde vom 30. Juli 2018 (UV-act. 10). Erstmals mit dem Arztbericht vom 4. Juli 2018 von Dr. E.____ (UV-act. 11) erhielt die Beschwerdegegnerin ausserdem davon Kenntnis, dass beim Beschwerdeführer am 21. Juni 2018 eine MRI-Untersuchung durchgeführt worden sei, worin sich bei ihm zusätzlich zum Status nach offener AC-Gelenksstabilisation nach Rockwood V Verletzung eine Tendopathie der Supraspinatus- und Subscapularissehne sowie der langen Bizepssehne rechts, eine SLAP-Läsion und ein Partialriss der Infrapinatussehne gezeigt hätten. Aufgrund dessen sei im Spital C.____ am 3. Juli 2018 eine glenohumerale Infiltration rechts erfolgt. Weiter wurde die Beschwerdegegnerin darüber informiert, dass seit dem 19. Juni 2018 nur eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Dies aufgrund der deutlichen Zunahme der Beschwerden bei Aufnahme eines 100%-Pensums. Die Arbeitsfähigkeit zu 50% sollte bis zum 29. Juli 2018 weitergeführt werden (UV-act. 11, vgl. dazu auch UV-act. 12). Nach Kenntnisnahme der neuen Diagnosen liess die Beschwerdegegnerin durch ihren beratenden Arzt Dr. G.____ prüfen, ob der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 14. März 2018 und den Beschwerden entfallen sei, und verneinte gestützt auf dessen Beurteilungen vom 20. Juli 2018 (UV-act. 13) und 6. August 2018 (UV-act. 17) mit Verfügung vom 17. August 2018 ab 2. Juli 2018 (einen Tag vor der Infiltration im Spital C.____ [UV-act. 11-2]) einen Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung (UV-act. 18). Zusammen mit der Einsprachebegründung vom 5. Oktober 2018 reichte die Orion Rechtsschutz-Versicherung AG der Beschwerdegegnerin ausserdem eine Stellungnahme von Dr. I.____ vom 25. September 2018 (UV-act. 27-10 ff.) ein, welcher die Beschwerdegegnerin



erstmals entnehmen konnte, dass beim Beschwerdeführer im Rahmen einer weiteren MRI-Untersuchung vom 9. August 2018 zusätzlich eine spinoglenoidale Zyste ausgehend von der SLAP-Läsion bzw. vom posterioren Labrum festgestellt worden war, welche zu einer Kompression des Nervus supraspinatus und in der Folge zu einer elektromyographisch messbaren Denervation sowie MR-tomographisch darstellbaren Degeneration und Atrophie des Musculus supraspinatus und infraspinatus geführt hatte. Dass im Leistungseinstellungszeitpunkt die Luxation des AC-Gelenks und die Fraktur des Os naviculare rechts ausgeheilt gewesen waren, ist unbestritten. Nach der Leistungseinstellung wurden jedoch beim Beschwerdeführer im Spital C.____ eine glenohumerale Infiltration und am 24. August 2018 durch Dr. I.____ arthroskopisch eine Tenotomie/Tenodese der langen Bizepssehne, eine Eröffnung der spinoglenoidalen Zyste sowie eine partielle Labrumresektion durchgeführt (UV-act. 25).

2.3.3. Angesichts der dargelegten Sachlage ist festzuhalten, dass die im Rahmen der MRI-Untersuchungen vom 21. Juni und 9. August 2018 festgestellten Gesundheitsschäden von der ursprünglichen Anerkennung der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nicht erfasst waren. In diesem Fall liegt - obwohl eine Leistungseinstellung streitig ist - die Beweislast hinsichtlich der Frage, ob die Beschwerdegegnerin über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinaus für die bestehenden Gesundheitsschäden leistungspflichtig ist, beim Beschwerdeführer. Er hat die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit zu tragen (vgl. Erwägung 2.2; vgl. dazu auch Rumo-Jungo, a.a.O., S. 79).

2.4. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351, E. 3a mit Hinweis). Insofern



kann rechtsprechungsgemäss auch Berichten und Gutachten, welche die Versicherung während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Art. 8 der Bundesverfassung (BV; SR 101) und Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) geben keinen formellen Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit eines Berichts oder Gutachtens eines versicherungsinternen Arztes oder einer versicherungsinternen Ärztin, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008, 8C_510/2007, E. 7.5.4). Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass auch reine Beurteilungen aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. G.____ am 20. Juli und 6. August 2018 erstellt wurden (UV-act. 13, UV-act. 17), beweiskräftig sein können, 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1). Insbesondere die vorliegend bedeutsame versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. G.____ vom 6. August 2018 (UV-act. 17) wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und enthält eine entsprechende Sachverhaltszusammenfassung. Sie beinhaltet sodann eine ausführliche Begründung der strittigen Kausalitätsfrage. Weiter ist festzustellen, dass Dr. G.____ zwar nicht über einen Facharztstitel verfügt, jedoch Inhaber des "Fähigkeitsausweises Vertrauensarzt" der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte ist (vgl. <https://www.medecins-conseils.ch/licence/personalinfo/?138>, abgerufen am 7. Juli 2020). Dies führt zwar nicht dazu, dass ihm die Fähigkeit zugesprochen werden könnte, in einem bestimmten fachmedizinischen Bereich Befunde zu erheben und Diagnosen zu stellen. Doch besitzt er als Vertrauensarzt besondere Kenntnisse des Schweizerischen Krankenversicherungs- und Unfallversicherungswesens und der gesetzlichen Grundlagen dazu. Er ist zur Beratung der Versicherer in medizinischen Fachfragen speziell ausgebildet und unterliegt einer regelmässigen



Weiterbildungsverpflichtung (vgl. Art. 57 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10] sowie das Fähigkeitsprogramm Vertrauensärzte vom 1. Juli 2003 in der Fassung vom 16. Juni 2011, erlassen vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung der FMH [abrufbar unter www.vertrauensaeerzte.ch/licence/fpva.pdf]). Damit ist er genügend befähigt, die von einem Facharzt erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen sowie deren Ursächlichkeit zu würdigen und vermag zuverlässig einzuschätzen, inwiefern ein vorliegender medizinischer Sachverhalt überzeugt oder als nicht genügend abgeklärt zu betrachten ist. Weiter ist von einem Vertrauensarzt zu erwarten, dass er bei der Würdigung eines konkreten medizinischen Sachverhalts erkennen kann, ob er dazu fachlich in der Lage ist oder nicht. Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formellrechtlichen Gründe gegen den Einbezug der Aktenbeurteilungen von Dr. G.____ in die Beweiswürdigung. Ob letztlich auf diese abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiellrechtlichen Beweiswürdigung zu prüfen.

3.

3.1. Nachfolgend ist mithin zu prüfen, ob der Unfall vom 14. März 2018 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auch für die beim Beschwerdeführer nach der Leistungseinstellung ab 2. Juli 2018 behandelten und eine Arbeitsunfähigkeit auslösenden objektivierten organischen Gesundheitsschäden im Bereich der rechten Schulter (vgl. dazu BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen, 117 V 363 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen) - dem Partialriss der Infraspinatussehne mit Muskelverfettung Grad II nach Goutallier, der chronischen Tendinopathie der Supraspinatus- und Subscapularissehne sowie der langen Bizepssehne und der SLAP-Läsion mit nachfolgend aufgetretener spinoglenoidaler Zyste - ursächlich gewesen ist. In diesem Fall wäre die Beschwerdegegnerin insbesondere für die intraartikuläre glenohumerale Infiltration der rechten Schulter vom 3. Juli 2018 (UV-act. 11-2) und die operative Behandlung vom 24. August 2018 (UV-act. 25) und weiter bis zur Heilung der unmittelbaren Operationsfolgen (Wundheilung, postoperative Schmerzphase, Einnahme von Medikamenten, Schonungsphase mit möglicher Arbeitsunfähigkeit usw.) leistungspflichtig.

3.2. Während von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilungen von Dr. G.____ vom 20. Juli und 6. August 2018 (UV-act. 13, UV-act. 17) hinsichtlich sämtlicher in Erwägung 3.1 genannten Gesundheitsschäden eine Unfallkausalität verneint wird, vertritt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zumindest in Bezug auf die Zyste,



welche laut Aussage von Dr. I.____ in der Stellungnahme vom 25. September 2018 (UV-act. 27-11) vom posterioren Labrum bzw. von der SLAP-Läsion herrührt, und aus der wiederum eine Nervenverletzung resultierte, den gegenteiligen Standpunkt. Dr. G.____ hält in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 6. August 2018 (UV-act. 17) fest, dass die aktuellen Beschwerden grundsätzlich durch die Schulterpathologie selber unterhalb des AC-Gelenks verursacht würden. Dies beweise auch die Infiltration am 2. Juli 2018, welche zu einer deutlichen Verbesserung der Beschwerden geführt habe. Bei der Teilläsion der betroffenen Sehnenunterfläche der Infraspinatussehnen-Platte der Rotatorenmanschette handle es sich um einen Befund, welcher als degenerativ und bis zu einem gewissen Grad alterstypisch bezeichnet werden müsse. Dazu passe auch die Muskelverfettung gemäss MRI-Bericht vom 21. Juni 2018 (UV-act. 12). Die weiteren Sehnenverletzungen, so wie beschrieben, seien ebenso als unfallfremd respektive krankhaft zu sehen, weil der Problematik keine entsprechende Traumapathologie zugrunde liege. Die beschriebene SLAP-Läsion passe zu der gesamten krankhaften Veränderung des Schultergelenks selber. Anhand der Befunde von Dr. E.____ und gemäss den MRI-Befunden und nicht zuletzt anhand des Infiltrationserfolges müsse davon ausgegangen werden, dass für die aktuellen Beschwerden die Schulterpathologie verantwortlich sei, welche nicht auf das Unfallereignis zurückgeführt werden könne.

3.3. Die Kausalitätsbeurteilung von Dr. G.____ hinsichtlich des Partialrisses der Infraspinatussehne sowie der Tendinopathie der Supraspinatus- und Subscapularissehne und der langen Bizepssehne ist ohne Weiteres schlüssig und überzeugend. Grundsätzlich kann die Rotatorenmanschette als Folge eines Traumas ein- oder abreißen. Andererseits neigt sie zur Degeneration. Der Ausdruck "Riss" und der von Dr. I.____ verwendete Begriff "Läsion" (UV-act. 27-11) können nicht ohne Weiteres mit einer Traumarelevanz verbunden werden (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 412, 579 ff., 628, 724 f., 728 ff., 975, 1057, 1289 f.; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 134, 1353, 1681, 1807 f.; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 152, 1576, 1646, 1782). Im konkreten Fall deutet der Zustand einer Muskelverfettung auf eine Degeneration hin (vgl. Roche Lexikon, a.a.O., S. 1930; <https://medicalforum.ch/article/doi/fms.2019.03247>, abgerufen am 7. Juli 2020). Auch die Tendinopathie stellt grundsätzlich eine degenerative Veränderung bzw. ein krankheitsbedingtes Leiden dar, welches im Rahmen eines normalen Alterungsprozesses oder durch Überbeanspruchung entsteht. Sie kann sich höchstens sekundär, d.h. als (Spät-)Folge einer primären Unfallverletzung, beispielsweise nach einer Fraktur oder Ruptur, entwickeln (zum Gesagten vgl. Debrunner, a.a.O., S. 579 ff.,



S. 628, S. 700 f., S. 725 ff, S. 735, S. 740 f., S. 1107; Roche Lexikon, a.a.O., S. 134, S. 280, S. 1808; Pschyrembel, a.a.O., S. 175 f., S. 334; Michael Schünke/Erich Schulte/ Udo Schumacher, Prometheus LernAtlas der Anatomie, Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem, 4. Aufl. Stuttgart 2014, S. 63). So steht auch der der Tendinopathie beigefügte Begriff "chronisch" dem Begriff "traumatisch" entgegen und beschreibt gerade keinen akut aufgetretenen Zustand, sondern bedeutet "langsam sich entwickelnd, langsam verlaufend" (Pschyrembel, a.a.O., S. 390; Roche Lexikon, a.a.O., S. 334). Desgleichen schreibt Dr. I.____ in seiner Stellungnahme vom 25. September 2018 (UV-act. 27-11) die gelenksseitigen Partialläsionen der Infra- und Supraspinatussehne nicht eindeutig dem Trauma vom 14. März 2018 zu. Diese seien möglicherweise degenerativer Natur. Dr. I.____ fügt zwar an, dass eine traumatische Ätiologie nicht ausgeschlossen sei. Seine Beurteilung lässt jedoch insgesamt einen Wertungs- bzw. Beurteilungsspielraum erkennen, der nicht zu genügen vermag, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Unfallkausalität zu bejahen (vgl. Erwägung 2.1; Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N 58). Zur Tendinopathie der Subscapularis- und langen Bizepssehne äussert sich Dr. I.____ zwar nicht explizit, doch ist davon auszugehen, dass er hinsichtlich dieser die gleiche Einschätzung vertritt und deren Ätiologie gleich würdigen würde. Letztlich ist anzufügen, dass auch von beschwerdeführender Seite keine konkreten oder substantiellen Einwände erhoben wurden, welche dafür sprechen würden, hinsichtlich der obgenannten Gesundheitsschäden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von unfallbedingten Gesundheitsschäden auszugehen.

3.4. Nachfolgend bleibt die strittige Unfallkausalität der SLAP-Läsion und der daraus resultierenden spinoglenoidalen Zyste mit Kompression des Nervus supraspinatus zu prüfen. Wie bereits erwähnt, verneint Dr. G.____ auch eine solche in der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 6. August 2018 (UV-act. 17; vgl. Erwägung 3.2).

3.4.1. Den Feststellungen von Dr. G.____ betreffend das Infiltrationsergebnis kann insoweit gefolgt werden, dass Tendinopathien als Entzündungen schmerzhaft sind, die Infiltration eine wirksame Schmerzbehandlung darstellt (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 1107; Roche Lexikon, a.a.O., S. 534 f., 1807; Pschyrembel, a.a.O., S. 506 f., 1782) und damit seine Schlussfolgerung, die aktuellen Beschwerden seien grundsätzlich durch die Schulterpathologie selber unterhalb des AC-Gelenks verursacht, schlüssig erscheint. Wie in Erwägung 3.3 dargelegt, ist jedoch hinsichtlich der Tendinopathien nicht von einer traumatischen, sondern von einer degenerativen Ursächlichkeit auszugehen. Zudem wurde beim Beschwerdeführer am 24. August 2018 nicht nur eine Tenotomie/



Tenodese der langen Bizepssehne durchgeführt, sondern auch die spinoglenoidale Zyste eröffnet und eine partielle Labrumresektion vorgenommen. Folglich dürfte anzunehmen sein, dass die Schmerzproblematik des Beschwerdeführers nicht nur seinen Tendinopathien geschuldet gewesen ist. Vor diesem Hintergrund überzeugt es nicht, aus dem Infiltrationsergebnis hinsichtlich Unfallkausalität der SLAP-Läsion etwas abzuleiten, und es scheint fraglich, inwieweit damit eine Unfallkausalität widerlegt werden kann. Hingegen überzeugt die Feststellung von Dr. G.____, dass die SLAP-Läsion zur gesamten krankhaften Veränderung des Schultergelenks passe. Eine SLAP-Läsion kann zwar Folge eines vorangegangenen Traumas (insbesondere einer Luxation) sein, wird jedoch in der medizinischen Literatur auch als degenerativer Gesundheitsschaden beschrieben (Debrunner, a.a.O., S. 722, 732, vgl. auch S. 975). Auch Dr. I.____ bezeichnete in seiner Stellungnahme vom 25. September 2018 beide Ätiologien als möglich (UV-act. 27-11). Der Einbezug der Gesamtsituation eines Gelenks in die Beurteilung einer Unfallkausalität erscheint schlüssig und überzeugend. So ist es verständlich, dass bei Vorliegen weiterer umfassender degenerativer Gesundheitsschäden, insbesondere wenn verschiedene Bereiche eines Körperteils (wie hier das AC- sowie das Glenohumeralgelenk der Schulter) Gesundheitsschäden aufweisen, die Herauslösung eines einzigen Gesundheitsschadens und dessen Betrachtung als unabhängigen, traumatisch bedingten Gesundheitsschaden ohne konkreten Grund kein nachvollziehbares Ergebnis darstellt. Zumindest ist es nicht wahrscheinlicher als eine durch Degeneration begünstigte Entwicklung. Von daher liegt die Feststellung nahe, dass sich auch dieser weitere Gesundheitsschaden in die degenerative Problematik einfügt. Dies umso mehr, als die SLAP-Läsion des Bizepssehnenkomplexes einen Einriss im Labrum gleonidale, wo die lange Bizepssehne ansetzt, darstellt, bei einer SLAP-Läsion vom Typ II - wie sie beim Beschwerdeführer erhoben wurde (UV-act. 12) - ein Abriss der langen Bizepssehne und des daran anschliessenden vorderen Labrums vom oberen Glenoid (Schultergelenk-Pfannenrand) vorliegt (vgl. dazu <https://flexikon.doccheck.com/de/SLAP-L%C3%A4sion>; <https://www.dr-gross.de/schulterzentrum-saar/slap-laesion-schulter.html>; <https://www.schulterhilfe.de/schulterschmerzen/schulter-lexikon/>, alle abgerufen am 7. Juli 2020; Debrunner, a.a.O., S. 732) und im MRI-Untersuchungsbericht vom 21. Juni 2018 die chronische Tendinopathie der langen Bizepssehne mit Einriss im Bizepskopf beschrieben ist (UV-act. 12). Analog erhob Dr. I.____ laut Operationsbericht vom 24. August 2018 in der Operation den intraartikulären Befund eines sich leicht degenerativ darstellenden Bizepsankers und erwähnte die SLAP-Läsion Grad II in dessen Zusammenhang ("zudem"; UV-act. 25-2).



3.4.2. Angesichts des von Dr. I.____ erhobenen Operationsbefundes ist nicht nachvollziehbar, weshalb er in seiner Stellungnahme vom 25. September 2018 (UV-act. 27-11) in der Zusammenschau zum Schluss gelangt, dass die posterior betonte SLAP-Läsion mit überwiegend grosser Wahrscheinlichkeit unfallbedingt sei. Seine Schlussfolgerung lässt sich auch nicht durch seine Feststellung erklären, dass es - wäre die SLAP-Läsion degenerativer Natur und bereits lange vor dem Unfall vorliegend gewesen - doch ein sehr seltener Zufall wäre, wenn eine über längere Zeit bestehende degenerative posteriore Labrumläsion über lange Zeit inapparent wäre und dann nach dem Unfall durch Bildung einer Zyste plötzlich symptomatisch würde. Dr. I.____ argumentiert mit dem zeitlichen Zusammentreffen des Unfalls vom 14. März 2018 mit der am 9. August 2018 erhobenen Zyste. Die zeitliche Konnexität stellt grundsätzlich im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung ein bedeutsames Beurteilungskriterium dar und kann durchaus ein Hinweis auf einen traumatischen Ursprung sein. Dr. I.____ selbst weist jedoch darauf hin, dass die Zyste in der MRI-Voruntersuchung vom 21. Juni 2018 noch nicht sichtbar gewesen sei, sondern erstmals im Rahmen der MRI-Untersuchung vom 9. August 2018 zur Darstellung gekommen sei. Auch zwischen dem Unfall und der erwähnten Objektivierung der Zyste lag folglich eine längere Latenzzeit von rund fünf Monaten. Sowohl dem Operationsbericht von Dr. I.____ vom 24. August 2018 (UV-act. 25) als auch dessen Stellungnahme vom 25. September 2018 (UV-act. 27-11) ist zu entnehmen, dass sich die Zyste aus der SLAP-Läsion heraus entwickelt hat. Die SLAP-Läsion wurde in der MRI-Untersuchung vom 21. Juni 2018 erhoben (UV-act. 12). Auch inwiefern bei einer Latenzzeit von eineinhalb Monaten zwischen der objektivierten SLAP-Läsion und der Zyste ausgerechnet von einer traumatischen Ursächlichkeit gesprochen werden kann, nicht jedoch von einer Zyste, welche sich aus einer degenerativ bedingten SLAP-Läsion entwickelt hat, ist nicht nachvollziehbar. Dies zumal den Darlegungen von Dr. I.____ nicht entnommen werden kann, dass eine Zyste eine zwingende Folge einer SLAP-Läsion ist, sondern anhand der Akten letztlich nur belegt ist, dass eine SLAP-Läsion und eine von ihr ausgehende Zyste vorgelegen haben. An den Gründen für eine überwiegend wahrscheinlich degenerative Verursachung der SLAP-Läsion, wie sie in den Erwägungen 3.4.2 dargelegt worden sind, ändert sich jedenfalls mit der Argumentation von Dr. I.____ nichts.

3.4.3. Dr. I.____ weist schliesslich auf die Häufigkeit von Begleitverletzungen der glenohumeralen Binnenstrukturen (Pathologien der langen Bizepssehnen und SLAP-Läsionen) im Rahmen einer AC-Gelenksluxationsverletzung hin, wie sie der Beschwerdeführer beim Unfall vom 14. März 2018 unbestrittenermassen erlitten hat (UV-act. 5 f.). Die von ihm gestützt auf medizinische Fachartikel genannten Zahlen (53



und 30%) belegen jedoch - wie von ihm selbst formuliert - lediglich ein wissenschaftlich belegtes Risiko für solche Begleitverletzungen, nicht jedoch eine unausweichliche Folge, zumal SLAP-Läsionen nur eine mehrerer möglichen Begleitverletzungen darstellen (UV-act. 27-11). Als Hinweis auf einen den Darlegungen in den Erwägungen 3.4.1 f. entgegenstehenden überwiegend wahrscheinlichen Sachverhalt vermögen die wissenschaftlich erhobenen Zahlen nicht zu gelten. Allgemeine wissenschaftliche Erhebungen können zwar wichtige Hinweise für die Kausalitätsbeurteilung liefern. Letztlich ist jedoch der konkrete Einzelfall in seiner Gesamtheit zu beurteilen, d.h. es ist in jedem Einzelfall zu prüfen, welche Bedeutung den wissenschaftlich erhobenen Daten beizumessen ist.

4.

Aufgrund des in Erwägung 3 Gesagten ist zusammenfassend festzuhalten, dass in Beachtung der vorliegenden medizinischen Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Einstellung der Versicherungsleistungen keine Unfallfolgen mehr vorgelegen haben und eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die nach dem Leistungseinstellungszeitpunkt behandelte SLAP-Läsion und spinoglenoidale Zyste zu verneinen ist.

5.

5.1. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht sodann in der Beschwerde vom 21. Februar 2019 (act. G1) eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 6 Abs. 2 UVG geltend. Gemäss dieser Gesetzesbestimmung erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei den folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: a. Knochenbrüche; b. Verrenkungen von Gelenken; c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse; e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen; h. Trommelfellverletzungen. Mit Art. 6 Abs. 2 lit. a bis h UVG wird die Vermutung statuiert, dass der Unfallversicherer bei erfüllter Listendiagnose leistungspflichtig ist. Dieser kann sich aber von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er den Nachweis erbringt, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (vgl. dazu Botschaft vom 30. Mai 2008, BBI 2008 S. 5411, und Zusatzbotschaft vom 19. September 2014, BBI 2014 S. 7922; SZS 2017 S. 33). Auf das Kriterium des äusseren Faktors wird explizit verzichtet (BBI 2014 S. 7922).



5.2. Im Urteil vom 24. September 2019 (8C_22/2019) prüfte das Bundesgericht, ob es als Notbehelf für denselben Gesundheitsschaden eine subsidiäre Haftung nach Art. 6 Abs. 2 UVG gebe, wenn Unfallfolgen verneint würden. Im vorliegenden Fall wurde der Beweis nicht erbracht, dass der Unfall vom 14. März 2018 die SLAP-Läsion verursacht hat. Damit ist aber gleichzeitig auch erstellt, dass eine allfällige Listenverletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50%, auf Abnützung oder Erkrankungen zurückzuführen ist. Die Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist demnach umgestossen und die Beschwerdegegnerin von ihrer Leistungspflicht befreit. In dem Sinne erübrigt sich - wie im obgenannten Bundesgerichtsurteil festgestellt - bei einem fehlenden natürlichen Kausalzusammenhang zwischen einem Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG und einer Listenverletzung eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG. Die Frage, ob es sich bei einer SLAP-Läsion um eine Listenverletzung handelt, muss damit nicht mehr geprüft werden. (eine SLAP-Läsion Typ II wäre eine Listenverletzung [Sehnenriss] vgl. <https://www.koordination.ch/de/online-handbuch/uvg/listendiagnose/listendiagnose/>, abgerufen am 7. Juli 2020). Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den 2. Juli 2018 hinaus ergibt sich mithin auch nicht gestützt auf Art. 6 Abs. 2 UVG.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 23. Januar 2019 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Als Versicherungsträger hat die obsiegende Beschwerdegegnerin praxisgemäss keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, soweit - wie vorliegend - die Prozessführung der Gegenpartei nicht als mutwillig oder leichtsinnig zu bezeichnen ist (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2020, N 218 zu Art. 61 ATSG). Ihr diesbezüglicher Antrag ist daher unbegründet (vgl. act. G3).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.



2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Der Beschwerdegegnerin wird keine Parteientschädigung zugesprochen.