



Fall-Nr.: UV 2019/52
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 22.07.2021
Entscheiddatum: 20.11.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 20.11.2020

Art. 53 Abs. 3 ATSG: Verneinung einer Verletzung des Devolutiveffekts. Art. 6 Abs. 1 UVG: Leistungseinstellung ex nunc et pro futuro unter Verzicht auf eine Rückforderung bereits erbrachter Leistungen. Verneinung einer Unfallbeteiligung der linken Schulter. Selbst bei Bejahung einer unfallkausalen Frozen shoulder wäre die Leistungseinstellung infolge des fehlenden Nachweises einer Frozen shoulder per Datum der Leistungseinstellung zu Recht erfolgt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. November 2020, UV 2019/52).

Entscheid vom 20. November 2020

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2019/52

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

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



St.Galler Gerichte

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach
4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherter) war seit 19. Juni 2017 als Chauffeur bei der B.____ AG tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 27. Juni 2017 nach dem Beladen eines LKWs in eine Lücke zwischen Ladefläche und Laderampe fiel, weil ein Lagermitarbeiter das Rampenblech entfernt hatte. Laut Angaben in der Schadenmeldung UVG vom 5. Juli 2017 zog sich der Versicherte dabei Prellungen am linken Oberschenkel und Rücken zu (Suva-act. 2, 5, 70). Am 4. Juli 2017 war bei der Suva ein Unfallschein UVG von Dr. med. C.____, Allgemeinmedizin FMH, mit attestierter 100%iger Arbeitsunfähigkeit des Versicherten ab 28. Juni 2017 eingegangen (Suva-act. 2). Mit Schreiben vom gleichen Tag hatte die Suva dem Versicherten für die Folgen des Berufsunfalls vom 27. Juni 2017 die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zugesprochen (Suva-act. 3). Im Arztzeugnis UVG vom 6. Juli 2017 bestätigte Dr. C.____ eine Erstbehandlung am 28. Juni 2017 und diagnostizierte eine Prellung linker Oberschenkel und Nierenloge rechts sowie Blut im Urin (Suva-act. 8). Auf Zuweisung von Dr. C.____ hatte sich der Versicherte sodann vom 28. bis 30. Juni 2017 in der Klinik für Urologie des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG) aufgehalten. Die untersuchenden Ärzte hatten computertomographisch eine Nierenverletzung ausgeschlossen, jedoch eine komplizierte Nierenzyste Bosniak II F rechts, eine Nephrolithiasis rechts sowie einen Diabetes mellitus Typ II diagnostiziert und beim



St.Galler Gerichte

Versicherten eine Zystoskopie, eine retrograde Abklärung beidseits, eine Spülzytologieentnahme beidseits und eine Doppel-J-Kathetereinlage rechts vorgenommen (Suva-act. 7, 12). Am 3. August 2017 folgte in der Klinik für Urologie des KSSG eine Konkrementextraktion (Suva-act. 20).

A.b. Am 1. September 2017 legte die Suva den Schadenfall ihrer Kreisärztin med. pract. D.____, Fachärztin für Chirurgie, zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht vor, die am 4. September 2017 erklärte, dass in Bezug auf die Flanken- und Oberschenkelprellung drei bis vier Wochen nach dem Trauma der Status quo sine angenommen werden könne (Suva-act. 22). Die Suva teilte darauf dem Versicherten mit Schreiben vom 13. September 2017 die Einstellung der gesetzlichen Versicherungsleistungen per 30. September 2017 mit (Suva-act. 28).

A.c. Inzwischen war beim Versicherten am 7. September 2017 aufgrund von Schulterbeschwerden links in der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des KSSG eine Röntgenuntersuchung (Suva-act. 46) durchgeführt worden. Am 25. September 2017 folgte eine MRI-Arthrographie (Suva-act. 47). Dr. med. E.____, Oberarzt mbF, Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG, diagnostizierte darauf am 26. September 2017 eine posttraumatische Frozen shoulder Schulter links (Suva-act. 38). Am 27. Oktober 2017 teilte der Versicherte der Suva mit, dass die Schulterbeschwerden mit dem Unfall vom 27. Juni 2017 im Zusammenhang stünden, wobei er diese wegen der starken Medikamente zuerst nicht bemerkt habe. Die Schmerzen seien erst mit der Zeit gekommen (Suva-act. 43). Der neue Hausarzt des Versicherten, Dr. med. F.____, Innere Medizin FMH, Rorschacherberg, bescheinigte dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 42, 48).

A.d. Suva-Kreisärztin med. pract. D.____ hielt in einer Beurteilung vom 17. November 2017 eine Unfallkausalität der linksseitigen Schulterbeschwerden für eher unwahrscheinlich, weil die MRI-Arthrographie keine unfallbedingten strukturellen Läsionen hervorgebracht habe und zeitnah zum Unfall keine Schulterbeschwerden und auch keine Prellung oder ähnliches aktenkundig seien (Suva-act. 49). Am 6. Dezember 2017 führte Dr. med. G.____, Leitender Arzt, Orthopädie H.____, beim Versicherten eine subacromiale Infiltration linke Schulter durch (Suva-act. 62). Am 14. Februar 2018 stellte Dr. F.____ ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis mit einer 80%-igen Arbeitsunfähigkeit



St.Galler Gerichte

ab 1. Februar 2018 bis auf weiteres aus (Suva-act. 68). Anlässlich einer Besprechung vom 22. Februar 2018 teilte der Versicherte der Suva mit, dass die Beweglichkeit und die Kraft der linken Schulter stark reduziert seien, der rechte Arm beschwerdefrei sei, auch das linke Bein keine Probleme mehr bereite, die Nierenproblematik abgeheilt und er infolge der verschiedenen Beschwerden und der stark angespannten finanziellen Situation psychisch stark belastet und deswegen in Behandlung sei (Suva-act. 70). In einer Beurteilung vom 28. Februar 2018 ging med. pract. D. ___ sodann bezüglich der Schulterproblematik links von einer unfallbedingten, zeitlich limitierten Verschlimmerung aus, wobei der Status quo sine vel ante noch nicht erreicht sei (Suva-act. 71).

A.e. Nachdem die Infiltration vom 6. Dezember 2017 erfolglos geblieben war (Suva-act. 62, 80), wurde am 27. April 2018 durch Dr. med. I. ___, Facharzt FMH für medizinische Radiologie, ein Verlaufs-MRI durchgeführt (Suva-act. 99). Dr. G. ___ stellte am 18. Mai 2018 fest, dass das MRI unspezifische Befunde zur Darstellung gebracht habe und diagnostizierte eine posttraumatische Schultersteife links (Suva-act. 98).

A.f. In einer weiteren Beurteilung vom 20. Juni 2018 bejahte med. pract. D. ___ weiterhin eine überwiegend wahrscheinliche Kausalität zwischen den Schulterbeschwerden links und dem Unfall vom 27. Juni 2017. Im MRI hätten sich zwar keine relevanten strukturellen Veränderungen gezeigt, doch gebe es nun einen Hinweis auf eine Frozen shoulder. Die Kreisärztin empfahl einen stationären Aufenthalt des Versicherten in der Rehaklinik Bellikon (Suva-act. 101). Der Versicherte verweilte dort vom 13. August bis 18. September 2018, wo insbesondere auch ein psychosomatisches Konsilium erfolgte (Suva-act. 124). Gestützt auf den Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 21. September 2018 (Suva-act. 122) gelangte med. pract. D. ___ in einer Beurteilung vom 22. Oktober 2018 zum Schluss, dass der Unfall vom 27. Juni 2017 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits vor dem Unfall beeinträchtigten Gesundheit an der linken Schulter in Form einer klassischen Impingementsituation geführt habe. So habe vorübergehend der Verdacht auf eine Frozen shoulder bestanden. Die Unfallfolgen würden im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab Zeitpunkt des Austritts aus der Rehaklinik Bellikon, spätestens per 22. Oktober 2018 keine Rolle mehr spielen. Sie empfehle den Fallabschluss. Die Schulterproblematik sei



St.Galler Gerichte

nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal bzw. mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht mehr somatisch erklärbar (Suva-act. 123).

A.g. Am 30. Oktober 2018 wurde dem Versicherten von Dr. F.____ nach unterschiedlichen Arbeitsunfähigkeiten (100%, 80% und 50%) ab 31. Oktober 2018 wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Suva-act. 129, vgl. auch Suva-act. 137). Am 30. November 2018 verfasste die Klinik J.____, in welcher sich der Versicherte in psychiatrischer Behandlung befand, einen Bericht mit der Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F 43.21) und hielt fest, dass die psychischen Beschwerden seit Anfang 2018 stark ausgeprägt seien (Suva-act. 140). Gemäss einem ärztlichen Zwischenbericht von Dr. F.____ vom 3. Dezember 2018 beklagte der Versicherte nach den initial nur linksseitigen Schulterschmerzen nun auch solche auf der rechten Seite (Suva-act. 142). Am 9. November 2018 war in der Radiologie K.____, Diagnosezentrum L.____, durch Dr. med. M.____, Facharzt FMH für medizinische Radiologie, eine MRI-Arthrographie der rechten Schulter durchgeführt worden (Suva-act. 141). Nachdem die Suva dem Versicherten am 12. Dezember 2018 telefonisch die Terminierung des Schadenfalls betreffend die linke Schulter per 31. Dezember 2018 in Aussicht gestellt und dieser sich damit nicht einverstanden erklärt hatte (Suva-act. 146), erliess sie am 14. Dezember 2018 eine entsprechende Verfügung (Suva-act. 151). Am 12. Dezember 2018 hatte Dr. G.____ der Suva die Krankengeschichteinträge vom 15. Juni, 10. Oktober und 3. Dezember 2018 eingereicht. In Anbetracht der Gesamtsituation hatte er den Versicherten am 3. Dezember 2018 zu 100% arbeitsunfähig erachtet (Suva-act. 165).

B.

B.a. Gegen die Verfügung vom 14. Dezember 2018 erhob die Rechtsschutzversicherung des Versicherten am 1. Februar 2019 vorsorglich Einsprache (Suva-act. 167). Am 2. Mai 2019 reichte sie zusammen mit einer Stellungnahme von Dr. G.____ vom 28. März 2019 (Suva-act. 179) und einem Untersuchungsbericht von Dr. med. N.____, Fachärztin für Neurochirurgie, SGSS Schmerzspezialistin, die Einsprachebegründung ein (Suva-act. 178, 180).

B.b. Dr. F.____ attestierte dem Versicherten weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 164, 169, 182 f.).



B.c. Mit Einspracheentscheid vom 18. Juli 2019 wies die Suva die Einsprache des Versicherten ab (Suva-act. 184).

C.

C.a. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Fürsprecher, Fachanwalt SAV Haftpflicht- und Versicherungsrecht, U. Kröpfli, Frauenfeld, mit Eingabe vom 29. August 2019 Beschwerde mit den Anträgen, der Einspracheentscheid der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 18. Juli 2019 sei vollumfänglich aufzuheben, es seien gegenüber dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen auszurichten und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, den Beschwerdeführer angemessen zu entschädigen (act. G 1).

C.b. Mit Beschwerdeantwort vom 11. November 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids. Sie stützte sich dabei auf eine von Dr. med. O.____, Facharzt für Neurologie von der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, am 24. September 2019 erstellte neurologische Beurteilung (Suva-act. 193) und auf eine von PD Dr. med. P.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH von der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, am 28. Oktober 2019 verfasste orthopädisch-chirurgische Beurteilung (Suva-act. 196).

C.c. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte hierauf am 29. November 2019 eine Replik ein (act. G 7). Am 18. Dezember 2019 folgte die Duplik der Beschwerdegegnerin (act. G 9). Beide Verfahrensparteien hielten an ihren Rechtsbegehren fest.

C.d. Mit Schreiben vom 21. Januar 2020 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Honorarnote über insgesamt Fr. 3'513.60 ein (act. G 11 und G 11.1).

C.e. Mit Schreiben vom 30. September 2020 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers das von der IV-Stelle St. Gallen in Auftrag gegebene orthopädische



Teilgutachten von Dr. med. Q.____, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, Vertrauensarzt SGV, estimed AG, Medas Zug, ein (act. G 13 und 13.1).

C.f. Mit Eingabe vom 15. Oktober 2020 nahm die Beschwerdegegnerin zum neu aufgelegten orthopädischen Teilgutachten von Dr. Q.____ Stellung und reichte das Polydisziplinäre Gutachten (Konsensbeurteilung) der estimed AG vom 7. Juli 2020, welches neben dem Teilgutachten von Dr. Q.____ Teilgutachten für Innere Medizin, Neuropsychologie sowie Psychiatrie umfasst, ein (act. G 15.1). Mit Schreiben vom 20. Oktober 2020 wurde dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers das Polydisziplinäre Gutachten (Konsensbeurteilung) der estimed AG zur Kenntnis gebracht (act. G 16).

C.g. Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

1.1. Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 f. E. 3.1 f.; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 63 ff. zu Art. 6, in: Ghislane Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 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 (KOSS UVG-Nabold, N 53 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Die Adäquanz spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen indessen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2).

1.2. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h., wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit gänzlicher fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt für einen Leistungsanspruch nicht (Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 N. 58 f.).

1.3. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). 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 beklagten 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 des Experten oder der Expertin begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 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 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (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 der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.6; 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). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass auch Berichte aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von med. pract. D.____, Dr. O.____ und Dr. P.____ erstellt wurden, 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 ärztlichen Beurteilungen von Dr. O.____ und Dr. P.____ wurden in Kenntnis der Vorakten ("Vorgeschichte nach Aktenlage") abgegeben und enthalten eine ausführliche Begründung der vorliegend strittigen Frage des Vorliegens einer unfallkausalen Schulterproblematik links (Suva-act. 193, 196). Dass die Beschwerdegegnerin initiale Kausalitätsbeurteilungen durch ihre Kreisärzte und Kreisärztinnen vornehmen lässt, aber auch im Rahmen von Einsprache- und Beschwerdeverfahren ihre Ärzte und Ärztinnen der Abteilung Versicherungsmedizin mit der Beantwortung konkreter versicherungsmedizinischer Fragen beauftragt, entspricht der gängigen Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin und ist nicht zu beanstanden. Gerade dafür verfügt die Beschwerdegegnerin über ein Team, bestehend aus spezialisierten Ärzten und Ärztinnen verschiedenster Fachrichtungen.

1.4.

1.4.1. Die Beschwerdegegnerin hat die neurologische Beurteilung von Dr. O.____ vom 24. September 2019 (Suva-act. 193) und die orthopädisch-chirurgische Beurteilung von Dr. P.____ vom 28. Oktober 2019 (Suva-act. 196) erst nach Eingang der Beschwerde vom 29. August 2019 (act. G 1) eingereicht. Damit ist formell-rechtlich auch zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit der Einholung der vorgenannten Beurteilungen den Grundsatz des Devolutiveffekts verletzt hat.

1.4.2. Als ordentlichem Rechtsmittel kommt der Beschwerde nach Art. 56 ATSG Devolutiveffekt zu. Der Devolutiveffekt besagt grundsätzlich, dass mit der Einreichung



der Beschwerde die Entscheidzuständigkeit von der Vorinstanz auf die Beschwerdeinstanz übergeht (Ulrich Häfelin/Georg Müller/Felix Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7. Aufl. 2016, N 1194). Eingeschränkt wird der Devolutiveffekt durch Art. 53 Abs. 3 ATSG, welcher bestimmt, der Versicherungsträger könne eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen die bzw. gegen den Beschwerde erhoben wurde, solange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt. Das Bundesgericht bejaht - mit Hinweis auf Art. 53 Abs. 3 ATSG - die Befugnis des Versicherungsträgers, weitere Beurteilungen einzuholen, nachdem die Partei zusammen mit ihrer Beschwerde neue Beweismittel eingereicht hatte (Urteil vom 14. Juni 2017, 8C_67/2017, E. 5.6).

1.5. Die Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers legte mit der Einsprachebegründung vom 2. Mai 2019 (Suva-act. 178) eine Stellungnahme von Dr. G.____ vom 28. März 2019 (Suva-act. 179) sowie einen Untersuchungsbericht von Dr. N.____ vom 28. März 2019 (Suva-act. 180) vor. Dr. G.____ stellte fest, dass die aktuellen Schulterbeschwerden links sicher noch als Folge des erlittenen Unfallereignisses gewertet werden müssten. Dr. N.____ diagnostizierte ein bis dahin in den medizinischen Akten nicht diagnostiziertes chronisches gemischt nozizeptiv-neuropathisches Schmerzsyndrom mit einem Chronifizierungsgrad nach Gerbershagen III und empfahl angesichts der beim Beschwerdeführer immer wieder auch auftretenden neuropathischen Schmerzen in Form von blitzartig ausstrahlenden Schmerzen/Zuckungen in den Armen eine neurologische Beurteilung und elektrophysiologische Abklärung. Die Beschwerdegegnerin erliess zwar am 18. Juli 2019 ohne weitere Abklärungen den angefochtenen Einspracheentscheid (Suva-act. 184) und holte erst während des laufenden Beschwerdeverfahrens, d.h. pendente lite, die Beurteilungen von Dr. O.____ und Dr. P.____ ein. Eine versicherungsinterne ärztliche Überprüfung durch die Beschwerdegegnerin war jedoch angesichts des Inhalts der vorgenannten Stellungnahme von Dr. G.____ und des Untersuchungsberichts von Dr. N.____ nach wie vor sachgerecht. Die Beschwerdegegnerin hatte im Übrigen die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden links vor Erlass der Verfügung vom 14. Dezember 2018 (Suva-act. 151) wiederholt durch ihre Kreisärztin med. pract. D.____ abklären lassen (vgl. Suva-act. 49, 81, 101, 123), wobei zum damaligen Zeitpunkt kein augenscheinlicher Grund bestanden hatte, an deren Beurteilungen zu zweifeln. Der Beschwerdegegnerin kann damit auch nicht vorgeworfen werden, sie habe die notwendigen Abklärungsmassnahmen in ein späteres Verfahren verschoben. Die internen versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilungen durch Dr. O.____ und Dr. P.____ wurden sodann ohne Mitwirkung des Beschwerdeführers erstellt und haben keine namhafte zeitliche Verzögerung des Beschwerdeverfahrens verursacht (vgl. dazu Art. 61 lit. a



ATSG; BGE 136 V 6 E. 2.7 mit Hinweis auf BGE 127 V 231 ff. E. 2b/aa und bb). Sie wurden dem Beschwerdeführer bzw. dessen Rechtsvertreter zusammen mit der Beschwerdeantwort der Beschwerdegegnerin zugestellt und er konnte sich im Rahmen der Replik dazu äussern, weshalb auch nicht von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs ausgegangen werden kann. Aus all diesen Gründen ist von keiner Verletzung des Devolutiveffekts auszugehen. Vielmehr rechtfertigt es sich, die Beurteilungen von Dr. O.____ und Dr. P.____ aus verfahrensökonomischen Gründen im vorliegenden Beschwerdeverfahren zu berücksichtigen.

1.6. 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 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine 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 unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Beim Nachweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens handelt es sich um eine leistungsaufhebende Tatfrage. Die entsprechende Beweislast liegt hier - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4, 79).

2.

2.1. Am 7. September 2017 unterzog sich der Beschwerdeführer in der Klinik für Radiologie des KSSG einer Röntgenuntersuchung (Suva-act. 46) und am 25. September 2017 einer MRI-Arthrographie (Suva-act. 47) der linken Schulter. Gegenüber der Beschwerdegegnerin hatte der Beschwerdeführer erstmals am 11. September 2017 Schulterbeschwerden links gemeldet (Suva-act. 25). Gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen von med. pract. D.____ vom 17. November 2017 (Suva-act. 49) und 28. Februar 2018 (Suva-act. 71) stellte die Beschwerdegegnerin zunächst das Geschehen einer Schulterverletzung anlässlich des Unfalls vom 27. Juni 2017 nicht in Frage und erbrachte dafür Heilkosten- und Taggeldleistungen (Suva-act. 150). Am 14. Dezember 2018 erliess die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Heilkosten- und Taggeldleistungen eine Leistungseinstellungsverfügung per 31. Dezember 2018 mit der



Begründung, die aktuell noch geklagten Beschwerden seien organisch nicht hinreichend nachweisbar und die Adäquanz zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis vom 27. Juni 2017 sei mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Mangels Vorliegens adäquater Unfallfolgen bestehe auch kein Anspruch auf weitere Geldleistungen in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung (Suva-act. 152). Mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 18. Juli 2019 bestätigte die Beschwerdegegnerin die vorgenannte Verfügung (Suva-act. 184). Erstmals in der Beschwerdeantwort vom 11. November 2019 argumentierte sie gestützt auf die neurologische Beurteilung von Dr. O.____ vom 24. September 2019 (Suva-act. 193) und die orthopädisch-chirurgische Beurteilung von PD Dr. P.____ vom 28. Oktober 2019 (Suva-act. 196), sie habe für die linke Schulter zu Unrecht Leistungen erbracht (act. G 5). Eine Rückforderung der diesbezüglich bis 31. Dezember 2018 ausgerichteten Leistungen macht sie indessen nicht geltend. Aktenkundig ist schliesslich, dass beim Beschwerdeführer über das vorgenannte Datum hinaus ein anhaltendes Schmerzgeschehen im Bereich der linken Schulter bestanden hat, Konsultationen bei Dr. F.____ stattgefunden haben und dem Beschwerdeführer von diesem eine weiterdauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden ist (Suva-act. 164 f., 170, 183).

2.2. Die Argumentation der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort ändert an der in Erwägung 1.6 dargestellten Beweislastverteilung nichts. Im vorliegenden Fall ist die Frage der Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung per 31. Dezember 2018 zu prüfen, womit die Beschwerdegegnerin beweisbelastet ist (vgl. dazu SZS 2017, S. 658). Gemäss BGE 130 V 380 hat der Unfallversicherer bei Leistungseinstellungen die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeldern anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der prozessualen Revision (Art. 53 Abs. 1 ATSG) oder der Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) einzustellen, da eine solche Leistungseinstellung kein Zurückkommen auf die bisher gewährten Versicherungsleistungen bedeutet. Die Beschwerdegegnerin kann also auf ihren Entscheid der Anerkennung einer Unfallkausalität einer Schulterproblematik links ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf einen Rückkommenstitel zurückzukommen, dies mit der Begründung, es habe in Bezug auf diese gar nie eine Unfallkausalität vorgelegen. Nur im Rahmen einer allfälligen Leistungsrückerstattung sind die Rückkommensvoraussetzungen zu beachten (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 6. Mai 2003, U 6/03, E. 4.2.1). Dies bedeutet, die Beschwerdegegnerin ist frei, für die Zukunft eine nochmalige materiellrechtliche Kausalitätsprüfung vorzunehmen und gestützt darauf zu einem anderen Schluss zu



gelangen. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren gilt es also die Frage zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin über den 31. Dezember 2018 hinaus für die Schulterbeschwerden links leistungspflichtig ist (vgl. dazu nachfolgende Erwägungen 3. f.). Diese Frage gilt es angesichts der in der Beschwerdeantwort von der Beschwerdegegnerin neu vorgebrachten rechtlich zulässigen Argumentation auch unter zu Grundelegung des möglichen Sachverhalts einer von Anfang an fehlenden Unfallkausalität der Schulterbeschwerden links zu prüfen. Die Beschwerdeinstanz hat sich mit allen rechtlich zutreffenden Begründungen einer Leistungseinstellung auseinanderzusetzen (vgl. Erwägung 1.6; BGE 116 V 26 f. E. 3c).

2.3. Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 27. Juni 2017 eine Prellung des linken Oberschenkels und des Rückens im Bereich der Nierenloge erlitten hat. In der Folge wurde bei ihm ein Nierenleiden behandelt (Suva-act. 5, 7 f., 12 f., 20) und die Beschwerdegegnerin hat dafür die Kosten der Heilbehandlung, insbesondere auch diejenigen der diesbezüglichen Hospitalisationen und Operationen, übernommen sowie Taggelder ausgerichtet (Suva-act. 3, 150). Nach der Hospitalisation des Beschwerdeführers in der Klinik für Urologie des KSSG vom 1. bis 6. August 2017 sind wegen des Nierenleidens keine Heilbehandlungen mehr aktenkundig. Zudem teilte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin anlässlich der Besprechung vom 22. Februar 2018 mit, dass das Nierenleiden abgeheilt sei und das linke Bein keine Probleme mehr bereite (Suva-act. 70). In Bezug auf die Niere und das linke Bein ist der Leistungseinstellungszeitpunkt damit unangefochten (vgl. dazu auch Suva-act. 22).

3.

Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer am 27. Juni 2017 eine Verletzung der linken Schulter erlitten hat. Nur wenn mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine solche nachgewiesen werden kann, steht eine Leistungspflicht über den Einstellungszeitpunkt hinaus zur Diskussion.

4.

4.1. Für die Annahme kausaler somatischer Unfallfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten (BGE 134 V 231) - apparativen/bildgebenden Abklärungen (Röntgen, Computertomographie, MRI) bestätigt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2).



4.2. Erleidet eine versicherte Person durch einen Unfall keine strukturelle Verletzung, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustandes in Betracht. Von einer richtunggebenden Verschlimmerung spricht die Rechtsprechung nur dann, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der (allenfalls 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) je wieder erreicht werden können (vgl. dazu RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, mit Hinweisen; KOSS UVG-Nabold, N 54 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 71 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). Von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes wird dann gesprochen, wenn die Unfallfolgen bzw. deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie konkret beschrieben bzw. radiologisch als strukturelle Verletzung der Gelenke oder Knochen sichtbar gemacht werden können. In solchen Fällen wird bei einem geeigneten bzw. adäquaten Ereignis in einer ersten Phase davon ausgegangen, dass dieses eine schädigende Wirkung auf den Körper habe. Die aufgetretenen bzw. ausgelösten Beeinträchtigungen werden, obwohl sie möglicherweise weiterbestehen, nach einer gewissen Zeit gestützt auf medizinische Erfahrung aber nicht mehr dem Unfall angelastet. Die Unfallversicherung übernimmt in diesen Fällen nur den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, d.h. sie hat bis zum Erreichen des Status quo sine oder Status quo ante Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Als Beispiel dafür gelten insbesondere Kontusions- und Distorsionsfolgen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5., 9. Januar 2012, 8C_601/2011, E. 3.2, und 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 und 4; vgl. auch Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 f.; vgl. dazu KOSS UVG-Nabold, N 57 zu Art. 6). Bei einer Kontusion und Distorsion handelt es sich um Weichteilverletzungen, die insbesondere klinisch objektivierbare Folgen zeitigen können (Hämatome, Schwellungen, Druckdolenzen, Bewegungseinschränkungen, Muskelverhärtungen [vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, a.a.O., S. 412; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. 2003, S. 357]).

4.3.

4.3.1. Eine konkrete primäre strukturelle Unfallverletzung, wie eine Rotatorenmanschettenruptur, eine Ruptur der Bizepssehne oder eine Schulterfraktur, konnte in den radiologischen Untersuchungen vom 7. und 25. September 2017 (Suva-



act. 46 f.) nicht ausgemacht werden. In der MRI-Arthrographie vom 25. September 2017 kam lediglich eine geringe Insertionstendinose der Supraspinatussehne und damit ein degenerativer Zustand zur Darstellung (Suva-act. 47). Auch die in der MRI-Arthrographie vom 27. April 2018 erhobenen Gesundheitsschäden - die Insertionstendinopathie der Supraspinatussehne mit Tendinose und Aufsplitterung/Partialruptur in der ventralen bis knapp mittleren Portion, die Insertionstendinose und Auffaserung/Partialruptur der kranialen Subscapularissehne, die kurzstreckige Aufsplitterung und feine horizontale Rissbildung der Labrumbasis, die Partialläsion des ursprungsnahen mittleren gleno-humeralen und des superioren gleno-humeralen Ligamentes sowie die Tendinose der langen Bizepssehne intraartikulär im horizontalen Abschnitt - werden in den medizinischen Akten in Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 412, 627 f. 724 f., 728 ff.; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 1576, 1646, 1782; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1681, 1808; <https://schulterinfo.de/rotatorenmanschettenrisse.html>.; <https://www.universimed.com/ch/fachthemen/arthroskopisches-d-bridement-oder-teilrepair-2101258>, abgerufen am 19. Oktober 2020) nirgends als Unfallverletzungen beurteilt oder diskutiert. Ein anderer Standpunkt wird auch vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in seinen Eingaben nicht vertreten.

4.3.2. Anlässlich der Untersuchungen durch Dr. N.____ im März 2019 beklagte der Beschwerdeführer neuropathische Schmerzen. Die Neurochirurgin diagnostizierte in ihrem Bericht vom 28. März 2019 chronische gemischt nozizeptiv neuropathische Schmerzen und empfahl eine neurologische Beurteilung (Suva-act. 180). Eine solche erfolgte am 24. September 2019 durch Dr. O.____ (Suva-act. 193). Dieser begründet schlüssig und überzeugend, weshalb die Diagnose von Dr. N.____ nicht geteilt werden könne, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine neuropathischen Schmerzen vorliegen würden und kein objektivierbares, unfallkausales organisch-strukturelles Substrat entsprechend einer Schädigung eines peripheren Nervs vorliegen würde. Klinisch sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) auszugehen. Hierbei hätten psychische Faktoren die führende Rolle in Schweregrad, Aufrechterhaltung und Ausweitung der Schmerzen. Dr. O.____ erklärt, was unter nozizeptivem und neuropathischem Schmerz zu verstehen sei und weshalb im konkreten Fall von keinem dieser Schmerzen auszugehen sei. Ein nozizeptiver Schmerz werde von Schmerzrezeptoren (Nozizeptoren) vermittelt. Diese könnten durch mechanische oder physische Schäden von Haut, Muskeln, Knochen oder Gelenken ausgehen. So seien beispielsweise Schmerzen nach Verletzungen oder die von



degenerativen Schulterveränderungen ausgehenden Schmerzen primär nozizeptiver Natur. Deutlich seltener sei der neuropathische Schmerz. Hierunter würden Schmerzen verstanden, die durch eine Schädigung peripherer Nerven, seltener auch durch eine Schädigung des Zentralnervensystems, entstünden. In Bezug auf den Beschwerdeführer fänden sich jedoch keinerlei Hinweise, dass der Unfall vom 27. Juni 2017 zu einer Schädigung eines peripheren Nervs geführt haben könnte (Suva-act. 193). Der von Dr. Q.____ am 13. März 2020 klinisch erhobene neurologische Status im Bereich der oberen Extremitäten zeigte wie die Untersuchung durch Dr. O.____ vollständig unauffällige neurologische Befunde (act. G 13.1-55). Weshalb im Falle des Beschwerdeführers kein nozizeptiver Schmerz - wenn nicht wegen einer Verletzung, dann wegen degenerativer Schulterveränderungen (vgl. Erwägung 4.3.1) - in Frage kommt, erklärt zwar Dr. O.____ nicht explizit. Jedenfalls ist jedoch aufgrund der gesamten medizinischen Aktenlage die Schlussfolgerung von Dr. O.____, dass im konkreten Fall die Diagnose eines chronischen, gemischt nozizeptiv neuropathischen Schmerzsyndroms in keiner Weise überzeuge und auch nicht die erhebliche Symptomausweitung erkläre, schlüssig und nachvollziehbar. Der Neurologe begründet, dass die vom Beschwerdeführer gegenüber Dr. N.____ beschriebenen Schmerzen - ausstrahlende Schmerzen im Oberarm und Unterarm beidseits mit Einschlafgefühl beider Hände und intermittierendem Fallenlassen von Gegenständen, das Auftreten von blitzartigen Zuckungen an den Armen - am ehesten durch die in der Rehaklinik Bellikon festgestellten Symptomausweitungen erklärbar seien. Dementsprechend sei das MRI der Halswirbelsäule vom 27. März 2019 (vgl. Suva-act. 180-3) als unauffällig befundet worden. Die Schmerzerkrankung des Beschwerdeführers wäre unter Berücksichtigung der in der Rehaklinik Bellikon erhobenen Befunde (Suva-act. 120-19 ff.) nach ICD-10 am besten als "chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren" (F45.41) zu beschreiben. Im Vordergrund stünden dabei Schmerzen, die ihren Ausgangspunkt in einer körperlichen Störung haben könnten. Psychische Faktoren würden dabei aber in der Aufrechterhaltung eine zentrale Rolle spielen und der häufig zu beobachtenden Ausweitung der Schmerzen beigemessen, spielten jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Im Fall des Beschwerdeführers habe möglicherweise eine unfallbedingte Exazerbation von Schulterschmerzen vorgelegen. Deren Aufrechterhaltung und Ausweitung sei jedoch nicht unfallkausal, sondern stünde in Verbindung mit den emotionalen Konflikten und psychosozialen Belastungsfaktoren, wie sie auch beim Beschwerdeführer ausführlich beschrieben würden (Suva-act. 193). Die von Dr. O.____ im Rahmen seiner Beurteilung beim Beschwerdeführer ins Zentrum gestellte Symptomausweitung wurde auch von Dr. N.____ bestätigt und als massiv bezeichnet (Suva-act. 180-3). Aus den vorliegenden



psychiatrischen Berichten ergibt sich sodann eindeutig, dass beim Beschwerdeführer - wenn auch, wie von Dr. O. ___ ausgeführt, nicht in Form einer posttraumatischen Belastungsstörung so doch - von stark ausgeprägten psychischen Beschwerden auszugehen ist (vgl. dazu Psychosomatisches Konsilium der Rehaklinik Bellikon vom 21. September 2018 [Suva-act. 124]; Bericht der Klinik J. ___ vom 30. November 2018 [Suva-act. 140]). Dass die psychische Problematik des Beschwerdeführers keine Folge des Unfalls vom 27. Juni 2017 ist, ist von Seiten des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers unbestritten (vgl. act. G 1).

4.3.3. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beim Unfall vom 27. Juni 2017 keine eigenständige strukturelle Verletzung der linken Schulter erlitten hat.

5.

5.1. Med. pract. D. ___ bejaht jedoch in ihren Beurteilungen vom 16. April, 20. Juni und 22. Oktober 2018 (Suva-act. 81, 101, 123) eine Unfallverletzung in Form einer vorübergehenden Verschlimmerung einer vorbestehenden Schulterproblematik (Erwägung 4.2), während Dr. P. ___ - wie bereits gesagt (Erwägung 2.1) - in seiner Beurteilung vom 28. Oktober 2019 (Suva-act. 196) eine Schulterverletzung bzw. eine Beteiligung der linken Schulter am Unfall vom 27. Juni 2017 ausschliesst. Der Unfall habe weder einen eigenständigen Schaden verursacht noch einen Vorzustand - vorübergehend oder richtunggebend - verschlimmert. Med. pract. D. ___ beschreibt als unfallbedingte Kausalkette eine vorbestehende klassische Impingementkonstellation im linken Schultergelenk, welche durch den Unfall vorübergehend verschlimmert worden sei, worauf passager der Verdacht auf eine Frozen shoulder bestanden habe (Suva-act. 123). Dr. P. ___ betrachtet die im Verlauf diagnostizierte Frozen shoulder lediglich als eine mögliche Folge des Ereignisses vom 27. Juni 2017 (Suva-act. 196).

5.2. Die Beurteilung von Dr. P. ___ einer überhaupt nur möglichen Frozen shoulder erscheint insofern schlüssig, als es sich bei der Frozen shoulder grundsätzlich um einen organisch objektiv nachweisbaren Gesundheitsschaden handelt (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 14. Februar 2007, U 245/06, E. 4.1, 17. November 2009, 8C_595/2009, E. 5.1.2, und 8. September 2010, 8C_372/2010, E. 6.2; vgl. auch Urteil des Sozialversicherungsgerichts Zürich vom 12. Dezember 2010, UV.2015.00123, E. 4.1). Dr. P. ___ weist jedoch in Bezug auf den vorliegenden Fall darauf hin, dass die Diagnose einer Frozen shoulder lediglich klinisch gestellt worden sei. Auch die von Dr. Q. ___ diagnostizierte Frozen shoulder Schulter links basiert offensichtlich nur auf klinisch erhobenen Untersuchungsergebnissen (vgl. act. G 13.1-58). Anzuführen ist,



dass auch med. pract. D.____ in ihrer Beurteilung vom 22. Oktober 2018 nur davon spricht, es habe der "Verdacht" auf eine Frozen shoulder bestanden (Suva-act. 123).

5.3. Die Frage des Vorliegens einer Frozen shoulder kann letztlich jedoch offengelassen werden. Selbst wenn im vorliegenden Fall von einer traumatisch bedingten sekundären Frozen shoulder ausgegangen würde, wäre diese - wie von Dr. P.____ festgestellt - spätestens mit Abschluss der stationären Behandlung in der Rehaklinik Bellikon am 18. September 2018 (Suva-act. 122) und damit im Leistungseinstellungszeitpunkt nicht mehr festzustellen gewesen, womit die Beschwerdegegnerin in jedem Fall zu Recht ihre Leistungen per 31. Dezember 2018 eingestellt hat. Hervorzuheben ist diesbezüglich zunächst der von Dr. P.____ genannte und den Ärzten der Rehaklinik Bellikon nach einer klinischen Untersuchung beider Schultern und in Kenntnis der radiologischen Untersuchungsergebnisse erhobene Befund einer seitengleichen, sehr guten Beweglichkeit (Suva-act. 122-9), dementsprechend die Ärzte der Rehaklinik Bellikon erklärten, dass die im Verlauf diagnostizierte Frozen shoulder nicht mehr diagnostiziert werden könne, und zum Schluss kamen, dass sich das Ausmass der physischen Einschränkungen mit den objektiven pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären lasse. Zudem hält auch med. pract. D.____ in ihrer Beurteilung vom 22. Oktober 2018 fest, die Problematik der Frozen shoulder sei behoben (Suva-act. 123-3). Im Übrigen weist die weitere und teilweise auch von Dr. P.____ angeführte Aktenlage insgesamt darauf hin, dass die vom Beschwerdeführer beklagten Schulterbeschwerden links mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit spätestens im Leistungseinstellungszeitpunkt nicht mehr organisch erklärbar waren, sondern beim Beschwerdeführer von der Entwicklung einer psychischen Überlagerung ausgegangen werden muss. Dr. G.____ diagnostizierte zwar im Bericht vom 18. Mai 2018 über eine Konsultation vom 11. Mai 2018 noch eine posttraumatische Schultersteife links, fügte allerdings bereits hinzu, dass der Beschwerdeführer extrem auf seine Schulter und seine Schmerzen konzentriert zu sein scheine. Der Untersuch habe sich schwierig gestaltet, da der Patient seinen linken Arm nicht habe loslassen können. Der Beschwerdeführer sprach gegenüber Dr. G.____ von einer starken psychischen Belastung (Suva-98). Über eine Konsultation vom 15. Juni 2018 schrieb Dr. G.____ in einem Bericht vom 12. Dezember 2018 (Suva-act. 165), dass sich der Beschwerdeführer sehr kompliziert ausziehe. Beim Anziehen abgelenkt, sei der Bewegungsablauf viel einfacher. Klinisch erschien Dr. G.____ die linke Schulter bland. Anlässlich einer Konsultation vom 10. Oktober 2018 stellte er fest, dass der Beschwerdeführer gesund wirke und das Schultergürtelrelief kräftig sei. Bei der aktiven Bewegung beider Arme und bei allen Bewegungen in der Endphase würden massive



bzw. starke Schmerzen demonstriert. Anlässlich einer Konsultation vom 3. Dezember 2018 diagnostizierte Dr. G.____ sodann keine Frozen shoulder mehr, sondern posttraumatische Schulterschmerzen beidseits bei ausgeprägter posttraumatischer Belastungsstörung. Weiter hielt er fest, dass man im Untersuch und im Gespräch mit dem Beschwerdeführer stets hin und her gerissen sei. Einerseits seien die geschilderten Beschwerden glaubwürdig, andererseits klinisch nur wenig objektivierbar. Die posttraumatische Belastungsstörung sei offensichtlich. Somit handle es sich um ein Schmerzgeschehen, das mit hoher Wahrscheinlichkeit als posttraumatisches Geschehen interpretiert werden müsse. Inzwischen waren im psychosomatischen Konsilium der Rehaklinik Bellikon vom 21. September 2018 die Diagnosen einer eigenannamestisch rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), und einer Panikstörung (ICD-10: F41.0) gestellt worden (Suva-act. 124). Auch die Klinik J.____ stellte in ihrem Bericht vom 30. November 2018 eine psychiatrische Diagnose - eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21). Bei bereits vorhandener Vorbelastung für die Entwicklung der psychiatrischen Erkrankung aufgrund der sehr belastenden Lebensgeschichte sei es beim Beschwerdeführer nach Verlust der Tagesstruktur sowie bei anhaltenden Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Schulterbereich zum Ausbruch der depressiven Symptomatik gekommen (Suva-act. 140). Ergänzt wird die Schlussfolgerung einer psychischen Überlagerung ohne fortdauerndes somatisches Schulterleiden durch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. Dipl.-Psych. R.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, estimed AG, vom 23. Juni 2020. Die Beschwerdegegnerin weist in ihrer Eingabe vom 15. Oktober 2020 (act. G 15) zutreffend darauf hin, dass sich aus diesem ergibt, dass die gesundheitlichen Probleme des Beschwerdeführers hauptsächlich im psychischen Bereich liegen. Der Beschwerdeführer leidet unter einer rezidivieren depressiven Störung, zum Untersuchungszeitpunkt mittelgradig ausgeprägt mit somatischem Syndrom (F 33.11 nach ICD-10) und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F 45.41 nach ICD-10) (act. G 15.1-137).

5.4. In Bezug auf die von Dr. Q.____ am 13. März 2020 gestellte Diagnose einer Frozen shoulder links ist schliesslich zu sagen, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung grundsätzlich derjenige Sachverhalt zu berücksichtigen ist, wie er sich bis zum Erlass des Einspracheentscheids (im konkreten Fall bis am 18. Juli 2019) ereignet hat (BGE 142 V 341 E. 3.2.2). Auf einen späteren Zeitpunkt datierte ärztliche Berichte und Gutachten können unter Umständen Berücksichtigung finden, jedoch selbstredend nur, soweit sie Rückschlüsse auf die Zeit vor Erlass des Einspracheentscheids zulassen. Vorliegend ist dies nicht der Fall. Die Diagnose einer



Frozen shoulder wurde zwar (erneut) gestellt und soll damit nicht in Abrede gestellt werden, doch bedeutet dies nicht, dass der Beschwerdeführer auch im Zeitpunkt der Leistungseinstellung unter einer Frozen shoulder litt.

6.

Aufgrund des in Erwägung 5 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 mangels Unfallbeteiligung der linken Schulter keine im Unfallereignis vom 27. Juni 2017 begründeten Schulterbeschwerden links bestanden. Selbst wenn im vorliegenden Fall von einer unfallbedingten Frozen shoulder ausgegangen würde, wäre diese im Leistungseinstellungszeitpunkt als abgeheilt zu betrachten gewesen. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für Schulterbeschwerden links über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinaus ist damit zu verneinen.

7.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 18. Juli 2019 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss und auch mangels Verletzung des Devolutiveffekts (vgl. Erwägung 1.5) hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.