

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 15

Entscheid vom 20. Juni 2018

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Stefan Getzmann, Gerichtsschreiber

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. D. _____,

gegen

B. _____ AG,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Kausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1966) war bei der B._____ AG (nachfolgend B._____) UVG-versichert, als er am 29. März 2016 abends auf der Terrasse über ein Eisenrad eines Pflanzenrollers stolperte und nach vorne über beide Füße fiel und sich dabei verletzte (Vi-act. 54). In der Folge erbrachte B._____ Versicherungsleistungen.

B. Als Diagnose anlässlich der Erstbehandlung vom 29. März 2016 wurde eine OSG-Distorsion beidseits notiert (Vi-act. 83). Ab dem 22. April 2016 sind (erstmalig durch den langjährigen behandelnden Chiropraktor) auch Schulterbeschwerden rechts dokumentiert (Vi-act. 120.1; Bf-act. 5).

Am 12. April 2017 ersuchte die Klinik Hirslanden B._____ um Kostengutsprache für eine stationäre Behandlung von A._____ bei Diagnose S46.0, rechts (Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette). Der Eintritt für eine Schulterarthroskopie rechts (80.21.00, rechts) mit viertägigem Aufenthalt war für den 2. Mai 2017 geplant (Vi-act. 62). Aufgrund der schweren Neuropathie mit sehr ausgeprägten Schwierigkeiten der Feinmotorik beider Hände und auch Gangschwierigkeiten wurde zudem im Nachgang zum Eingriff ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt empfohlen und um entsprechende Kostengutsprache ersucht (Vi-act. 50).

C. Nachdem B._____ beim RVK Vertrauensarzt Dr.med. F._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Vertrauensarzt SGV) eine Stellungnahme zur Frage der Kostenübernahme eingeholt hatte (Vi-act. 71), teilte sie A._____ am 27. April 2017 mit, das Kostenübernahmegesuch werde abgelehnt (Vi-act. 73).

D. Am 2. Mai 2017 erfolgte die Schulterarthroskopie rechts durch Dr.med. G._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) mit Tenotomie und Tenodese der Biceps longus Sehne sowie ausgedehntem subacromialem Débridement und Bursektomie sowie Acromioplastik (Vi-act. 86.4). A._____ wurde bis zum 2. Juli 2017 zu 100% und vom 3. Juli 2017 bis 31. Juli 2017 zu 50% arbeitsunfähig geschrieben. Am 2. August 2017 nahm A._____ die Arbeit wieder auf.

E. Nachdem B._____ am 1. Juni 2017 von Dr.med. F._____ eine weitere Stellungnahme eingeholt hat (Vi-act. 85), verfügte sie am 8. Juni 2017, für den Unfall vom 29. März 2016 würden nach dem 29. Mai 2016 keine weiteren Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung UVG mehr erbracht; einer Einsprache wurde die aufschiebende Wirkung entzogen (Vi-act. 89). Am 14. Juni

2017 erhob der Krankenversicherer C._____ Einsprache gegen die ablehnende Verfügung (Vi-act. 91); sie zog diese nach dem Studium der Akten zurück, mit dem Hinweis, der Rückzug bedeute nicht Einverständnis mit der Beurteilung durch B._____, sondern lediglich Verzicht auf ein Rechtsmittel (Vi-act. 106). A._____ erhob am 6. Juli 2017 vorsorgliche Einsprache (Vi-act. 102) und reichte am 9. August 2017 die Einsprachebegründung nach (Vi-act. 109). Mit Entscheid vom 12. Januar 2018 wies B._____ die Einsprache ab und hielt fest, bezüglich der Beschwerden in der rechten Schulter liege überhaupt kein Unfall vor und ebensowenig eine unfallähnliche Körperschädigung; sollte ein Unfall oder eine unfallähnliche Körperschädigung dennoch bejaht werden, genüge die Kausalitätsbeurteilung den Beweisanforderungen des UVG nicht. Entsprechend lehnte B._____ Leistungen betreffend Schulterbeschwerden in Zusammenhang mit dem Ereignis vom 29. März 2016 ab; auf eine Rückforderung diesbezüglich bereits erbrachter Leistungen wurde verzichtet (Bf-act. 6).

F. Am 12. Februar 2018 lässt A._____ gegen den Einspracheentscheid der B._____ vom 12. Januar 2018 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid vom 12.1.2018 sei aufzuheben.
2. Die B._____ habe die aus dem Unfallereignis vom 29.3.2016 geschuldeten Leistungen zu erbringen.
3. Die B._____ habe über den 30.5.2016 hinaus die Heilkosten zu übernehmen und bis 2.7.2017 Taggelder bei einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und ab 3.7.2017 bis 31.7.2017 Taggelder bei einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszurichten.

Mit Vernehmlassung vom 2. März 2018 beantragt B._____, die Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten des Beschwerdeführers abzuweisen. Am 8. März 2018 folgt ein Hinweis des Beschwerdeführers auf die Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Strittig und zu prüfen ist vorliegend die Leistungspflicht der B._____ als Unfallversicherer betreffend die vom Beschwerdeführer im Nachgang zum Ereignis vom 29. März 2016 geltend gemachten Schulterbeschwerden rechts.

1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die 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. Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG in der am 29. März 2016 geltenden Fassung konnte der Bundesrat Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen. In Ausübung dieser Kompetenz hatte der Bundesrat in Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 folgende, abschliessend aufgeführte Körperschädigungen auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung den Unfällen gleichgestellt, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder Degeneration zurückzuführen sind: Knochenbrüche, Verrenkung von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen und Trommelfellverletzungen (gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen UVG zur Änderung vom 25.9.2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25.9.2015, d.h. vor 1.1.2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird der Versicherte infolge des Unfalles invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.).

1.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern

Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C_588/2013 vom 16.1.2014 Erw. 4.3.4; RKUV 200 Nr. 8 395 S. 317 Erw. 3; BGE 119 V 337 Erw. 1; BGE 117 V 360 Erw. 4a je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 360 Erw. 5b mit Hinweisen). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1, BGE 118 V 289 Erw. 1b).

1.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 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 Erfolgs herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a, je mit Hinweisen). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 Erw. 2).

1.3 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3.A., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den

Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 Erw. 3b; Urteil 8C_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 122 V 157 Erw. 1.d mit Hinweis auf BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen).

1.4 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden 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.

1.4.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. 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 (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). 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 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen).

1.4.2 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Suva und durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweis kraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 Erw. 1.3.4; BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb). Zu beachten ist, dass die SUVA bei der Einholung von solchen Gutachten nach Art. 44 ATSG sowie sinngemäss nach den Bestimmungen des Bundeszivilprozesses zu verfahren und insbesondere die in Art. 57 ff. BZP genannten Mitwirkungsrechte der Verfahrensbeteiligten zu beachten hat (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 Erw. 5b; BGE 137 V 210 Erw. 3.4; Marco Weiss, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht, AJP 9/2016, S. 1212), was sinngemäss auch für die nach Art. 68 Abs. 1 UVG zugelassenen Privatversicherer gilt (BGE 120 V 361 f. Erw. 1c).

1.4.3 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

1.4.4 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zu-

kommt (vgl. Urteil des BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil des BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

1.4.5 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil BGer 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

2. B._____ bestreitet mit Verweis auf die Würdigung der gesamten Umstände und Akten das Vorliegen eines Unfalles bezüglich der Beschwerden an der rechten Schulter und ebenso eine unfallähnliche Körperschädigung. Selbst wenn solches zu bejahen wäre, wäre nach Darstellung der B._____ die Kausalität zu verneinen (Einspracheentscheid Ziff. III.1.2, 1.3 sowie 2.2).

2.1 B._____ führt aus, in der Unfallmeldung vom 5. April 2016 sei keine Rede von einer Schulterverletzung. Ebenso wenig erwähne der erstbehandelnde Arzt im Arztschein vom 5. April 2016 eine Schulterverletzung. Der Beschwerdeführer selber erwähne im Fragebogen am 20. April 2016 auch keine Schulterverletzung. Der Unfallhergang werde stets übereinstimmend als 'Sturz über die Räder eines Pflanzenrollers und Umfallen nach vorne über die Füsse' beschrieben. Erstmals werde mit der Einsprache vorgebracht, der Beschwerdeführer habe sich beim Sturz mit dem rechten Arm abzufangen versucht. Der mit der Einsprache eingereichte Verlaufseintrag des Chiropraktors vom 22. April 2016 erwähne zwar Schulterschmerzen im Zusammenhang mit einem Sturz am 29. März 2016; Quelle und Inhalt des Eintrages seien indes sehr unklar. Dr.med. I._____ halte in ihrer Aufzeichnung vom 15. Juni 2016 fest, die Schulterschmerzen würden seit

ca. 3 Monaten bestehen. Einen Zusammenhang mit einem Unfallereignis an einem bestimmten Datum stelle sie nicht her und der Beschwerdeführer offenbar auch nicht, andernfalls dies die Ärztin bestimmt mit einem Datum vermerkt hätte. Erst im Bericht von Dr.med. G. _____ vom 24. August 2016, mithin fünf Monate nach dem Sturzereignis, würden die Schulterschmerzen als posttraumatisch bezeichnet und es sei plötzlich die Rede von Schulterdistorsion und Kontusion am 29. März 2016. Damit aber sprächen alle Aufzeichnungen während rund fünf Monaten nach dem Ereignis klar gegen eine Verursachung der Schulterbeschwerden durch den Sturz vom 29. März 2016. Erst viel später, insbesondere im Rahmen des Einspracheverfahrens, werde dann von ärztlicher Seite die Unfallkausalität bejaht. Der medizinische Befund sei jedoch höchstens ein Indiz für das Vorliegen eines Unfalles; die Aktenlage spreche klar dagegen. B. _____ verneint daher unter Würdigung der gesamten Umstände und Akten das Vorliegen eines Unfalles bezüglich der Beschwerden an der rechten Schulter (Einspracheentscheid Ziff. III.1.2). Da sodann die von Dr.med. G. _____ diagnostizierte Pulley-Läsion keine Listenerletzung nach Art. 9 Abs. 2 aUVV darstelle, scheidet ebenso eine unfallähnliche Körperverletzung aus (wobei es ebenso an einer gesteigerten Gefahrenlage und am ungewöhnlichen äusseren Faktor mangle; Einspracheentscheid Ziff. III.1.3).

2.2.1 Es ist unbestritten, dass in der Bagatellunfall-Meldung vom 5. April 2016 betreffend Unfallereignis vom 29. März 2016 lediglich die Rede ist von einer beidseitigen Verletzung der Fussgelenkbänder (Vi-act. 54). Unbestritten ist auch, dass der Arztschein UVG vom 5. April 2016 eine OSG-Distorsion beidseits als Art der Schädigung nennt, aber keine Schulterverletzung (Vi-act. 56), was im Arztzeugnis vom 14. Mai 2017 bestätigt wurde (Vi-act. 83). Auch der Verlaufseintrag von Dr.med. K. _____ vom 7. April 2016 nennt als Befund einzig die Verletzung in den OSG rechts und links (VG-act. 15). Im Fragebogen der B. _____ erwähnte der Beschwerdeführer am 20. April 2016 als Unfallfolgen lediglich die Fussbeschwerden. Allerdings diesbezüglich zu vermerken ist, dass der Fragebogen auf der Bagatellunfall-Meldung basiert und sich entsprechend nur nach der Verstauchung des Fussgelenkes erkundigt (vgl. Titel + Frage 1).

Mithin steht fest, dass in den ersten Dokumentationen nach dem Ereignis vom 29. März 2016 einzig die Fussgelenke als vom Unfall betroffene Körperteile ausdrücklich genannt sind. Schulterbeschwerden werden nicht erwähnt.

2.2.2 Unbestritten ist auch, dass der Beschwerdeführer seit dem 12. Lebensjahr an einem Morbus Charcot-Marie-Tooth-Hoffmann-Syndrom leidet mit beidseitiger Fussheberparese (und daraus resultierender Gangataxie) sowie Atrophie der Muskulatur beider Hände (Vi-act. 68, 120).

2.3 Der Beschwerdeführer begründet die Nichterwähnung der Schulter damit, aufgrund der vorbestehenden erheblichen Fussprobleme hätten sich er und die Ärzte primär auf die Fussverletzung konzentriert. Die unmittelbar nach dem Unfall aufgetretenen Schulterbeschwerden rechts habe er vorerst als eine vorübergehende muskuläre Reaktion auf den Sturz interpretiert. Erwiesen sei, dass sein Chiropraktor am 22. April 2016 über den Sturz vom 29. März 2016 informiert worden sei und auch der Verlaufseintrag am 15. Juni 2016 vermerke, die Schmerzen würden seit ca. 3 Monaten bestehen. Mithin macht der Beschwerdeführer geltend, die Schulterschmerzen seien sehr wohl Folge des Unfalles vom 29. März 2016.

2.4.1 B._____ stützt sich in ihrer Verfügung vom 8. Juni 2017 (mit welcher sie Leistungen über den 29.5.2016 hinaus ablehnte) im Wesentlichen auf die Beurteilung des RVK Vertrauensarztes Dr.med. F._____. Dieser kam am 27. April 2017 zur Beurteilung, es lägen an der rechten Schulter keine Unfallfolgen mehr vor. Das Unfallereignis sei nicht geeignet gewesen, die im MRI vom 21. Juni 2016 festgestellten Körperschädigungen zu verursachen, es handle sich um degenerative Veränderungen; unfallkausale strukturelle Körperschädigungen seien nicht nachgewiesen. Nach einer Schulterkontusion, wie sie der Beschwerdeführer erlitten habe, sei der Status quo sine nach spätestens 8 Wochen erreicht, d.h. am 24. Mai 2016 (Vi-act. 71.1). Dies bestätigte Dr.med. F._____ in seiner zweiten Beurteilung vom 1. Juni 2017 (Vi-act. 85).

2.4.2 Im Rahmen des Einspracheverfahrens gelangte B._____ erneut an Dr.med. F._____. Er habe in seinen Beurteilungen festgehalten, der Status quo sine sei am 24. Mai 2016 erreicht gewesen. Man stelle sich nun aber die Frage, ob der Sturz überhaupt so stattgefunden habe, wie er geltend gemacht werde, ob der Unfall überhaupt je Folgen für die rechte Schulter gehabt habe. Auf entsprechende Frage hin hielt er am 11. November 2017 fest, seiner Meinung nach sei der Unfallmechanismus nicht geeignet, die vorliegende Schulterverletzung, eine traumatische Pulley-Läsion, verursacht zu haben (Vi-act. 128).

In der Folge verneinte B._____ eine Beteiligung der Schulter am Unfallereignis vom 29. März 2018 und sie lehnte Leistungen im Zusammenhang mit den Schulterbeschwerden gänzlich ab (wobei auf eine Rückforderung verzichtet wurde).

2.5 Aufgrund der Parteieingaben und Akten bestanden offene Fragen hinsichtlich des Behandlungsverlaufes des Beschwerdeführers, was zu Nachfragen des Gerichtes führte. Mit Schreiben vom 29. März 2018 klärte der Beschwerdeführer auf, er habe die Bagatell-Unfallmeldung noch vor der Erstbehandlung ausgefüllt und daher aufgrund der Terminbestätigung der Praxis Dr.med. L._____ als

erstbehandelnde Ärztin aufgeführt. Die Erstbehandlung habe dann am 5. April 2016 aber tatsächlich bei med.pract. M._____ stattgefunden, ebenso der zweite Arztbesuch am 7. April 2016, dann zusammen mit Dr.med. K._____. Am 15. Juni 2016 habe er aufgrund der anhaltenden Beschwerden Dr.med. I._____ selbständig aufgesucht. Sie habe ihn (nach durchgeführtem MRI) an einen Arzt im E._____ (Klinik) überweisen wollen. Da er dann zwischenzeitlich noch Termine beim Chiropraktor Dr.med P._____ gehabt habe und dieser ihm Dr.med. G._____ empfahl, habe er sich von Dr.med P._____ an diesen überweisen lassen und den Termin im E._____ (Klinik) abgesagt (VG-act. 13).

3.1 Entgegen der Darstellung der Vorinstanz geht das Gericht von einer Unfallbeteiligung der rechten Schulter aus. Zwar ist es korrekt, dass in der Bagatellunfall-Meldung vom 5. April 2016 der Unfallbeschrieb keine explizite Beteiligung der rechten Schulter erwähnt (Vi-act. 54). Der Beschrieb des Beschwerdeführers im Fragebogen ist wortgleich, ebenso der Artschein UVG vom 5. April 2016 (Vi-act. 56 und 56.1) und der Verlaufseintrag Dr.med. K._____ vom 7. April 2016 (VG-act. 15). Im Fragebogen vom 20. April 2016 konkretisiert der Beschwerdeführer aber dahingehend, er sei zuerst gestolpert und dann gestürzt (Vi-act. 66.1). Ein Sturz (im Gegensatz zum Stolpern) zieht zwangsläufig die Beteiligung von mehr als den Füßen mit sich. Nachdem davon ausgegangen werden darf, dass sich eine stürzende Person aufzufangen versucht, erscheint es überwiegend wahrscheinlich, dass auch der Beschwerdeführer die Arme zu Hilfe nahm und sich abstützte. Aufgrund der Formulierung "übers Eisenrad ... gestolpert und nach vorne über beide Füße umgefallen" bzw. "gestürzt" sowie der unbestrittenen Tatsache des Bestehens eines Morbus Charcot-Marie-Tooth-Hoffmann-Syndroms mit daraus folgender Gangataxie erscheint ein Unfallhergang mit Sturz vornüber und versuchtem Auffangen oder zumindest Abstützen mit dem rechten, dominanten Arm, wie es auch in der Überweisung von Dr.med. P._____ (Chiropraktor SCG/ECU) an Dr.med. G._____ vom 29. Juni 2016 festgehalten ist (Vi-act. 65), als überwiegend wahrscheinlich.

3.2 Nicht gefolgt werden kann der Vorinstanz, wenn sie im Einspracheentscheid ausführt, die Schulterbeschwerden würden erstmals im Bericht von Dr.med. G._____ vom 24. August 2016, d.h. rund 5 Monate nach dem Unfallereignis, mit diesem in Verbindung gebracht und als posttraumatisch bezeichnet; plötzlich sei die Rede von Schulterdistorsion und Kontusion am 29. März 2016. Dem ist offenkundig nicht so.

3.2.1 Korrekt ist, dass weder die Bagatellunfall-Meldung vom 5. April 2016 (Vi-act. 54) noch der Arztschein UVG vom 5. April 2016 (Vi-act. 56), noch der Verlaufseintrag Dr.med. K._____ vom 7. April 2016 (VG-act. 15) Schulterbeschwerden als Unfallfolge erwähnen. Auch das am 14. Mai 2017 ausgestellte Arzzeugnis UVG enthält keinen entsprechenden Hinweis (Vi-act. 83). Diesbezüglich ist jedoch erwähnenswert, dass der Beschwerdeführer med.pract. M._____ nach der Erstbehandlung vom 5. April 2016 und der Konsultation vom 7. April 2016 nicht mehr aufgesucht hat, das Arzzeugnis UVG somit zwingend mit dem Arztschein UVG vom 5. April 2016 übereinstimmt.

3.2.2 Mit Schreiben vom 10. August 2017 bestätigte der Chiropraktor Dr. H._____ (der den Beschwerdeführer seit mehreren Jahren behandelte), der Beschwerdeführer habe in der Konsultation vom 22. April 2016 über einen Sturz am 21. März 2016 [recte 29.3.2016] sowie unmittelbar danach auftretende Schmerzen im Bereich beider Füße sowie der rechten Schulter berichtet. Er belegt diese Ausführung mittels Kopie des Verlaufseintrags vom 22. April 2016, wo der Sturz vom 29. März 2016 und neben der OSG-Problematik insbesondere auch leichte Schulterschmerzen rechts dokumentiert sind (Bf-act. 5). Diesen Verlaufseintrag reichte Dr. H._____ ein, weswegen an der Quelle nicht gezweifelt werden kann. Und auch wenn nicht alles genau lesbar ist, so erhellt aus dem Verlaufseintrag vom 22. April 2016 immerhin, dass das Unfallereignis vom 29. März 2016 dokumentiert ist und als Beschwerden die Distorsion OSG re/li und leichte Schulterschmerzen re aufgeführt sind.

3.2.3 Am 15. Juni 2016 suchte der Beschwerdeführer wegen den anhaltenden Schulterbeschwerden Dr.med. I._____ auf. Sie führt in der Tat nicht explizit aus, die Schulterbeschwerden seien auf den Unfall vom 29. März 2016 zurückzuführen. Ein Zusammenhang ergibt sich aus Ihrer Dokumentation aber dennoch hinreichend klar. So habe der Beschwerdeführer berichtet, die Schmerzen beständen seit ca. 3 Monaten (was mit dem Unfallzeitpunkt vom 29.3.2016 als "ca.-Zeitraum" übereinstimmt). Er nennt ihr gegenüber den Unfall und erklärt, dieser habe die Füße mehr beansprucht, er habe dort mehr Schmerzen gehabt und daher bezüglich der rechten Schulter nicht so viel unternommen. Da die Schulterschmerzen trotz Schonung schlimmer geworden seien, wolle er dies abklären lassen. Als Diagnose vermerkt Dr.med. I._____ explizit St.n. Sturz mit Schmerzen an der rechten Schulter (Bf-act. 7). In der Folge veranlasste sie ein MRI der rechten Schulter und zwar explizit bei klinischen Angaben "Sturz vor 3 Monaten. Sonographisch Verletzung der Bizepssehne und des Subscapularis" (Vi-act. 66). Nach dem MRI Schulter rechts vom 21. Juni 2016 notiert Dr.med. I._____ am 22. Juni 2016 als Diagnose (Bf-act. 7):

1. St.n. Sturz mit Tendinitis/Tendinose der Subscapularissehne rechts, Hochgradige Tendinose ev. Partialruptur der langen Bicepssehne, Tendinitis/Tendinose der Supraspinatussehne mit einer kleinen PASTA-Läsion
2. Bekanntes Morbus Charcot-Marie-Tooth-Hoffman-Syndrom.

Damit aber kann der Darstellung der Vorinstanz nicht gefolgt werden, Dr.med. I._____ stelle die Schulterbeschwerden nicht als posttraumatisch dar.

3.2.4 Am 29. Juni 2016 überwies der behandelnde Chiropraktor Dr.med. P._____ den Beschwerdeführer an Dr.med. G._____. Der Beschwerdeführer sei aufgrund der fortgeschrittenen Charcot-Marie-Tooth Problematik Ende März 2016 gestürzt und habe sich beim Auffangen des Sturzes an der rechten Schulter verletzt, die nach dem Tag des Sturzes schrittweise mehr zu schmerzen begonnen habe. Am 27. Juni 2016 habe ein deutlich verminderter Bewegungsumfang des rechten Schultergelenkes bestanden (Vi-act. 65). Mithin weist auch Dr.med. P._____ auf das Unfallereignis hin.

3.2.5 Nach erfolgtem Untersuch berichtete Dr.med. G._____ am 24. August 2016 Dr.med. P._____ und er nannte als Diagnose "Posttraumatisches subacromiales Schmerzsyndrom rechts mit bursaseitiger Partialläsion der Supraspinatussehne und möglicherweise assoziierter gelenksseitiger intervallnaher Partialläsion der Supraspinatussehne nach Sturzereignis mit Schulterdistorsion und Kontusion vom 29.03.2016" (Vi-act. 8).

3.3 Damit ist die vorinstanzliche Darstellung widerlegt, erstmals spreche Dr.med. G._____ am 24. August 2016 von posttraumatischen Schulterbeschwerden. Vielmehr führte der Beschwerdeführer selber am 20. April 2016 aus, er sei zuerst gestolpert und dann gestürzt, was eine Beteiligung der Schulter überwiegend wahrscheinlich macht (Erw. 3.1). Am 22. April 2016 nennt Dr. H._____ das konkrete Sturzereignis vom 29. März 2016 und dokumentiert als Beschwerden die Distorsion OSG re/li aber auch explizit leichte Schulterbeschwerden rechts (dass zuerst von allgemeinen Rücken-Verspannungen ausgegangen wurde [Vi-act. 67], widerlegt nicht, dass der Chiropraktor sowohl das Sturzereignis als auch die Beschwerden dokumentierte). Und ebenso ist aus den Verlaufseinträgen von Dr.med. I._____ zu schliessen, dass auch sie im Juni 2016 die Beschwerden aufgrund der Erläuterungen des Beschwerdeführers als "St. n. Sturz" umschrieb. Zudem empfahl sie dem Beschwerdeführer in erster Linie Physiotherapie und stellte am 22. Juni 2016 eine entsprechende Verordnung aus, in welcher sie die Diagnose wiederholte und auf den Unfall zurückführte (Vi-act. 6). Und schliesslich erfolgte die Überweisung des behandelnden Chiroprak-

tors Dr.med. P. _____ an Dr.med. G. _____ ebenfalls mit der expliziten Bezugnahme auf den Unfall vom 29. März 2016. Mithin wird nicht erst fünf Monate nach dem Unfallereignis ein Zusammenhang zwischen dem Sturz und den Schulterbeschwerden hergestellt. Vielmehr ergibt sich dieser aus allen Unterlagen ausser der Bagatellunfallmeldung und dem Arztzeugnis nach dem Erstuntersuch (resp. der Konsultation und dem Arztschein UVG basierend auf dem Erstuntersuch).

Nicht gefolgt werden kann sodann der vorinstanzlichen Begründung, der Unfallhergang sei vom Beschwerdeführer nachgeschoben worden, er mache widersprüchliche Angaben, was das geschilderte Unfallgeschehen unglaubwürdig erscheinen lasse (Einspracheentscheid Ziff. III.3.1). Zwar trifft zu, dass in der Bagatellunfallmeldung nur die Beteiligung der Füsse ausdrücklich erwähnt wird und nicht auch die Schulter. Indes erhellt bereits aus diesem ersten Unfallbeschrieb, dass der Beschwerdeführer nicht bloss gestolpert, sondern gestürzt ist. Aufgrund des vorbestehenden Morbus Charcot-Marie-Tooth-Hoffmann-Syndrom erscheint ein Sturz (und nicht bloss ein Stolpern) glaubhaft und schliesslich ist bei einem Sturz überwiegend wahrscheinlich, dass sich der Beschwerdeführer aufzufangen bzw. abzustützen versuchte, was unweigerlich eine Mitbeteiligung der Schulter nach sich zieht. Widersprüchliche Ausführungen liegen damit nicht vor; vielmehr ist von einer Klarstellung auszugehen.

Damit aber ist für das Gericht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Schulter vom Unfallereignis vom 29. März 2016 mitbetroffen war, indem der Beschwerdeführer über den Pflanzenroller zuerst stolperte und dann stürzte, wobei er den Sturz aufzufangen oder abzustützen versuchte.

4.1 Für den Fall, dass der Unfallbegriff bezüglich die rechte Schulter bejaht wird, macht B. _____ weiter geltend, die natürliche Kausalität zwischen dem Unfallereignis und den geklagten Schulterbeschwerden sei nicht erwiesen. Gemäss dem beratenden Arzt Dr.med. F. _____ habe es sich um ein Bagatelltrauma im Sinne einer Schulterkontusion gehandelt, das nicht geeignet gewesen sei, die im MRI vom 21. Juni 2016 festgestellten Körperschädigungen zu verursachen. Es handle sich um vorbestehende degenerative Veränderungen. Ein relevantes Trauma hätte sofort zu Beschwerden geführt, die - wie die Fussverletzungen - zeitnah hätten behandelt werden müssen. Der Kausalitätsbeurteilung des behandelnden Spezialarztes Dr.med. G. _____, die Diagnose "Pulley-Läsion" sei häufig posttraumatisch, genüge der Anforderung des Beweismasses der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht.

4.2 Bezüglich des Gesundheitszustandes und -verlaufes die rechte Schulter betreffend ergibt sich aus den Akten:

4.2.1 In der Bagatellunfall-Meldung UVG (eingereicht am 5.4.2016) wird zum Unfallhergang vom 29. März 2016 festgehalten (Vi-act. 54):

Am Abend um 21.15h auf der Terrasse einen Rundgang gemacht (nur Strassenlaternenlicht) und dabei über ein Eisenrad eines Pflanzenrollers gestolpert und nach vorne über beide Füße umgefallen. Dabei habe ich mir bei beiden Füßen die Bänder verstreckt.

4.2.2 Med.pract. M._____ übernahm im Arztschein UVG nach der Erstbehandlung vom 5. April 2016 die Unfallbeschreibung aus der Bagatellunfallmeldung (Erw. 4.2.1) und nennt als Verletzung eine Zerrung der Fussgelenkbänder rechts und links (Vi-act. 56). Zu dieser Verletzung erfolgt am 7. April 2016 eine konsiliarische Untersuchung bei Dr.med. K._____, der den die Füße betreffenden Befund bestätigt (VG-act. 15). Eine weitere Konsultation erfolgte weder bei med.pract. M._____ noch bei Dr.med. K._____. Das von med.pract. M._____ am 14. Mai 2017 ausgestellte Arzzeugnis UVG (Vi-act. 83) basiert auf den Untersuchungen vom 5. resp. 7. April 2016.

4.2.3 B._____ unterbreitete dem Beschwerdeführer einen Fragebogen "Verstauchung des Fussgelenkes", den dieser am 20. April 2016 ausfüllte (Vi-act. 66.1 f.). Er wiederholt darin den Unfallhergang gemäss Bagatellunfall-Meldung (Erw. 4.2.1). Und er konkretisierte: "zuerst gestolpert und dann gestürzt".

4.2.4 Am 22. April 2016 notiert der behandelnde Chiropraktor Dr. H._____: Sturz 29.3.2016; Distorsion re/li OSG; leichte Schulterschmerzen re. Gegenüber dem Beschwerdeführer hält der Chiropraktor am 10. August 2017 fest, es sei nach einem Fehltritt auf einen Tischsockel bedingt durch die Neuropathie zu einem unkontrollierten Sturz gekommen. Direkt nach dem Sturz sei es zu Schmerzen in den Füßen und der Schulter gekommen. Er behandle den Beschwerdeführer seit 2008 wegen Schmerzen im Wirbelsäulenbereich; Schulterschmerzen rechts seien während dieser Zeit nie Thema gewesen. Die frisch auftretenden Schmerzen sowie die fehlende Vorgeschichte seien aus seiner Sicht klare Zeichen für einen Kausalzusammenhang (Bf-act. 5).

4.2.5 Wegen anhaltender Schulterschmerzen suchte der Beschwerdeführer am 15. Juni 2016 Dr.med. I._____ auf. In der Anamnese hielt diese fest, der Beschwerdeführer habe seit ca. 3 Monaten Schmerzen an der rechten Schulter. Sie seien mit der Zeit schlimmer geworden. Weil der Unfall die Füße mehr in Anspruch genommen hätte, habe er nicht so viel darauf geachtet und nichts bezüg-

lich Schulter unternommen. Trotz Schonung verspüre er nun aber mehr Beschwerden, weshalb er es untersucht haben wolle. Dr.med. I. _____ nimmt folgenden Befund auf und stellt die Diagnose (Vi-act. 68).

Befunde

50-jähriger Pat. in gutem AEZ, die Beweglichkeit des Kopfes bereitet ihm diskrete Beschwerden aufgrund von Verspannungen, ansonsten unauffällig. Arc pain/Elevation keine Sz. Es besteht eine diskrete Scapuladyskinesie re, beim Starter-Test Sz, AR Sz, Abduktion Sz, Biceps-Test und Lift off-Test pos., Jobe-Test pos., Belly-Test pos., Nackengriff empfand er als angenehm.

Apprehension-Test/Hawkins-Test neg. Kein Hinweis auf Instabilität. Beim Tasten spürt der Pat. Beschwerden entlang der Bicepssehne und am Tuberculum majus. Ansonsten unauffällig.

Sonographie rechte Schulter: Im Posteriorbereich ist das Labrum und die Sehne nicht deutlich zu erkennen, anterior besteht der Vd.a. eine Läsion der Biceps- und Subscapularissehne, AC-Gelenk unauffällig.

Diagnose

St.n. Sturz mit Schmerzen an der rechten Schulter

In der Folge verabreichte Dr.med. I. _____ dem Beschwerdeführer Lodine 300 und Pantoprazol 20 und veranlasste ein MRI, welches am 21. Juni 2016 durchgeführt wurde (vgl. Erw. 4.2.6). Nach der Befundbesprechung wurden Physiotherapie verordnet (Vi-act. 66.3 f.) und Schmerzmittel verschrieben sowie der Beschwerdeführer an die Klinik E. _____ überwiesen. Dies bei Diagnose:

1. St.n. Sturz mit Tendinitis/Tendinose der Subscapularissehne rechts, Hochgradige Tendinose ev. Partialruptur der langen Bicepssehne, Tendinitis/Tendinose der Supraspinatussehne mit einer kleinen PASTA-Läsion
2. Bekanntes Morbus Chracot-Marie-Tooth-Hoffman-Syndrom.

4.2.6 Dr.med. I. _____ veranlasste ein MRI bei klinischer Angabe: Sturz vor 3 Monaten. Sonographisch Verletzung der Bizepssehne und des Subscapularis (Vi-act. 66). Das Rö und MR Arthro Schultergelenk rechts vom 21. Juni 2016 ergab folgenden Befund:

Die lange Bizepssehne ist im intraartikulären Bereich verdünnt und massiv signalalteriert. Verdickte und signalalterierte Subscapularissehne ohne Partialruptur Verdicktes Rotatorenintervall und Pulleyligamente.

Insbesondere verdicktes superiores glenohumerales Ligament. Verdickte und ziemlich signalalterierte Supraspinatussehne mit einer Unterflächenpartialruptur im Ansatzbereich. Signalalteriertes kraniales und ventrales Labrum. Die Labrum Spitze ventral ist etwas ausgefranst. Kleine, oberflächliche Knorpelläsion am vorderen Glenoidrand. Der Humeruskopf ist leichtgradig nach dorsal disloziert. Volumen verminderter und signalalteriert der Musculus teres major. Die Infrapinatussehne und Muskel sind normal. Leichtgradig vermehrte Flüssigkeit in den periartikulären Bursen. Normales AC-Gelenk. Akromion Typ II-III nach Bigliani.

Beurteilung:

Tendinitis/Tendinose der Subscapularissehne.

Hochgradige Tendinose ev. Partialruptur der langen Bizepssehne.
Verdickter Rotatorenintervall/Pulley-System (entzündlich bedingt?).
Tendinitis/Tendinose der Supraspinatussehne mit einer kleinen PASTA-Läsion.

4.2.7 Mit Schreiben vom 29. Juni 2016 überwies der behandelnde Chiropraktor Dr.med. P._____ den Beschwerdeführer an Dr.med. G._____ und nicht wie von Dr.med. I._____ vorgesehen an die Uniklinik E._____ (Klinik) (Vi-act. 65). Beim Auffangen des Sturzes Ende März sei auch eine Verletzung der rechten Schulter entstanden, die am Tag nach dem Sturz schrittweise mehr zu schmerzen begonnen habe. Am 27. Juni 2016 habe ein deutlich verminderter Bewegungsumfang des rechten Schultergelenkes bestanden und er schildert starke Bewegungs- und Druckdolenzen. Zudem verweist er auf den MR-Befund.

4.2.8 Nach dem Untersuch vom 24. August 2016 berichtete Dr.med. G._____ dem überweisenden Dr.med. P._____ unter Diagnose (Vi-act. 8):

Posttraumatisches subacromiales Schmerzsyndrom rechts mit bursaseitiger Partia-
lläsion der Supraspinatussehne und möglicherweise assoziierter gelenkseitiger
intervallnaher Partiailläsion der Supraspinatussehne nach Sturzereignis mit Schul-
terdistorsion und Kontusion vom 29.03.16.

Der Beschwerdeführer habe beim Sturz vom 29. März 2016 eine Distorsion- und
Kontusionsverletzung erlitten. Er leide unter Schulterschmerzen rechts subacro-
mial, die anterolateral in den proximalen Oberarm ausstrahlen und vor allem bei
hängendem Arm oder bei längerem Liegen auftreten würden. Dr.med.
G._____ kommt zur Beurteilung:

Bei oben genanntem Patienten liegt ein Zustand nach starker Schulterdistorsion
und Kontusion vor. Eine transmurale Ruptur einer der Sehnen der Rotatorenman-
schette ist nicht identifizierbar. Es ist möglich, dass hier eine assoziierte Pulley-
Läsion vorhanden ist. Die Bizepszeichen sind aber nicht sehr stark ausgeprägt. Ich
habe daher heute eine diagnostische und therapeutische subacromiale Steroidinfil-
tration durchgeführt. Ich möchte nun den klinischen Verlauf abwarten und rechne
damit, dass die gesamte Symptomatik in den nächsten Wochen deutlich abneh-
men wird. Ich sehe dazu eine Verlaufskontrolle in 6 Wochen meiner Sprechstunde
vor. (...)

Nach dem Untersuch vom 22. September 2016 berichtet Dr.med. G._____
von einem zufriedenen Patienten. Schultergürtel- und Rückenmuskulatur sollten
weiter gestärkt werden, wozu eine medizinische Trainingstherapie verordnet
wurde (Vi-act. 19). Da die Schmerzen rund 2 Monate nach der ersten Infiltration
wieder zunahmen und es in der rechten Schulter zu ausgeprägten Ruheschmer-
zen kam, führte Dr.med. G._____ am 7. November 2016 eine zweite suba-
cromiale Infiltration durch. Sollte eine Besserung ausbleiben, könne er noch eine
dritte und letzte Infiltration vornehmen, dann aber sei eine arthroskopisches Vor-
gehen angezeigt (Vi-act. 28). Am 16. Januar 2017 erfolgte die dritte Infiltration,

nachdem jene vom November eine Schmerzfreiheit von rund 6 Wochen brachte und der Beschwerdeführer wieder über ausgeprägte subacromiale Schmerzen bei Abduktion und Flexion bereits unter Scapulaebene klagte und die Schmerzen nach infraclaviculär in die Pectoralismuskulatur rechts ausstrahlten (Vi-act. 42).

4.2.9 Am 30. März 2017 informierte Dr.med. G._____ B._____ über einen für den 2. Mai 2017 geplanten arthroskopischen Eingriff, da das Schmerzsyndrom auch nach drei Infiltrationen immer wieder auftrete. Es solle eine subacromiale Dekompression erfolgen; bei Vorliegen einer relevanten Bicepstendinopathie oder einer lateralen Pulley-Läsion solle auch eine Bicepstenodese erfolgen. Aufgrund der ausgeprägten Neuropathie des Beschwerdeführers sei aus pflegerischen Gründen ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt von mindestens 2 Wochen postoperativ vorzusehen (Vi-act. 50).

Am 12. April 2017 ersuchte die Klinik Hirslanden um Kostengutsprache für einen viertägigen stationären Aufenthalt aufgrund der Folgen des Unfalles vom 29. März 2016 bei Diagnose S46.0, rechts (Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette Traumatische) für die Behandlung 80.21.00, rechts (Arthroskopie der Schulter, n.n.bez.).

4.2.10 In der Folge gelangte B._____ an den RVK Vertrauensarzt Dr.med. F._____. Der Beschwerdeführer habe nach dem Unfall vom 29. März 2016 am Anfang nur Fussprobleme gehabt, erst ca. 2-3 Monate später sei ihm aufgefallen, dass etwas mit der Schulter nicht stimme. "Können sie aufgrund der vorliegenden Akten entscheiden, ob hier Unfallfolgen vorliegen?" (Vi-act. 71).

Mit Stellungnahme vom 27. April 2017 (bestätigt und leicht ergänzt am 1.6.2017) hielt Dr.med. F._____ fest, soweit aus den vorliegenden Akten hervorgehe, lägen nach seiner Beurteilung an der rechten Schulter keine Unfallfolgen vom 29. März 2016 mehr vor. Weder in der Unfallmeldung vom 7. April 2016 noch im Fragebogen des Beschwerdeführers vom 24. April 2016 würden Schulterbeschwerden erwähnt, obwohl diese gemäss späteren Angaben bereits spätestens 1 Tag nach dem Ereignis aufgetreten sein sollen. Diese Behauptung sei erst später vorgebracht worden. Es handle sich an der Schulter um ein Bagatelltrauma im Sinne einer Schulterkontusion; ein relevantes Trauma, insbesondere eine Verletzung des Kapselbandapparates oder der Sehnen (Rotatorenmanschette, LBS) hätte zu Beschwerden führen müssen, die so stark waren, dass sie der Beschwerdeführer im Fragebogen hätte erwähnen müssen und die auch zu einer zeitnahen Behandlung hätten führen müssen. Zudem sei das Unfallereignis nicht geeignet, die im MRI festgestellten Körperschädigungen zu verursachen. Es handle sich um vorbestehende degenerative Veränderungen. Unfallkausale

strukturelle Körperschädigungen seien im MRI nicht nachgewiesen. Nach einer Schulterkontusion sei der Status quo sine nach spätestens 8 Wochen erreicht (Vi-act. 71 und 85).

Gestützt auf diese Stellungnahme des RVK Vertrauensarztes lehnte B._____ die Kostengutsprache am 27. April 2017 ab (Vi-act. 72) und bestätigte dies mit Verfügung vom 8. Juni 2017 dahingehend, dass für den Unfall vom 29. März 2017 nach dem 29. Mai 2016 keine weiteren Leistungen mehr erbracht würden (Vi-act. 89).

4.2.11 Am 2. Mai 2017 erfolgte aufgrund der Indikation gemäss Sprechstundenbericht vom 30. März 2017 (Erw. 4.2.9) die Schulterarthroskopie durch Dr.med. G._____. Er dokumentierte im Operationsbericht vom 8. Mai 2017 (Vi-act. 86.4):

Operation:

1. Schulterarthroskopie rechts
2. Tenotomie und Tenodese der Biceps longus Sehne in Lasso-Loop-Technik (ein Titan-Anker 5.5mm)
3. Ausgedehntes subacromiales Débridement und Bursektomie sowie Acromioplastik rechts
4. Postoperative Analgesie durch Block des Nervus Suprascapularis mit Ropivacain 0.5% 10ml

Unter Technischem Vorgehen hält er fest:

(...) Intraartikulär homogen erhaltener Knorpelüberzug humeral. Über dem Glenoid zeigt sich am anteroinferioren Quadrant ein Knorpeldefekt sowie auch eine partielle Limbusläsion. Die Subscapularissehne inseriert regelrecht. Anteriores Pulley intakt. Laterales Pulley rupturiert. Der Eingang in den Sulcus bicipitalis ist deutlich erweitert. Die Biceps longus Sehne gleitet vom Tuberculum supraglenoidale durch das Gelenk in den Sulcus bicipitalis und ist partiell aufgefasert sowie deutlich informatorisch infiltriert. Fotodokumentation. Die Supraspinatussehne inseriert regelrecht, wobei im Bereich des ehemaligen anterioren Pulley das Cable stark nach medial verzogen ist. Fettige Infiltrate im mittleren Drittel der Supraspinatussehne, ohne Zeichen einer gelenkseitigen Partialruptur. Fotodokumentation. Die Infraspinatussehne inseriert regelrecht. Der Limbus glenoidalis ist ebenfalls stark entzündlich infiltriert. Im Bereich des Rotatorenintervalles, anterior ausgeprägte entzündliche Infiltration. Dies ist das intraoperative Bild einer Pulley-Läsion mit deutlich instabiler Biceps longus Sehne. (...) Umsetzen der Optik nach subacromial. Hier zeigt sich ausgesprochen adhärentes Bindegewebe. Successive Bursektomie. Hämostase. Ausführen der Acromioplastik. Der Subacromialraum ist nun sehr weit. Die Supraspinatussehne präsentiert sich von bursaseitig her intakt, ebenso die Infraspinatussehne und die Subscapularissehne. Fotodokumentation. (...)

Nach der Sprechstunde vom 12. Juni 2017 berichtet Dr.med. G._____, nach Angaben des Beschwerdeführers seien die Schmerzen in der rechten Schulter

deutlich regredient. Gut 6 Wochen postoperativ bestehe ein zufriedenstellender Verlauf; die langfristige Prognose sei sehr günstig (Vi-act. 93).

4.2.12 Gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bestätigte Dr.med. G._____ am 10. Juli 2017, entsprechend der Anamnese sowie der von ihm geführten Krankengeschichte seien sowohl die Schulterbeschwerden rechts als auch die OSG-Beschwerden beidseits eine direkte Folge des Unfalles vom 29. März 2016. Die schwere Neuropathie mit beidseits vorbestehender Fussheberparese erkläre die relative Schwere des Sturzes. Die Schulterbeschwerden seien bereits wenige Tage nach dem Sturz aufgetreten und der Beschwerdeführer habe im April unter anderem deswegen den Chiropraktor konsultiert. Die weiteren Konsultationen würden das Vorhandensein der Symptomatik widerspiegeln. In der ambulanten Behandlung bei ihm seien sowohl die klinischen Zeichen als auch die paraklinischen bildgebenden Verfahren derart, dass aus seiner Sicht ein sicherer Kausalzusammenhang bestehe. Intraoperativ habe sich eine Läsion des lateralen Pulley mit deutlichen Entzündungszeichen der Biceps longus Sehne gezeigt. Diese Befunde könnten nie oder nicht mit Sicherheit MR-tomographisch abgeklärt werden. Die Diagnose der instabilen Bicepssehne mit Pulley-Läsion sei sehr häufig posttraumatisch anzutreffen und sei eine intraoperative Diagnose (Vi-act. 110).

4.2.13 Im Rahmen des Einspracheverfahrens gelangte B._____ erneut an den RVK Vertrauensarzt Dr.med. F._____ (Vi-act. 128). Es stelle sich die Frage, ob der Unfall überhaupt je Folgen für die rechte Schulter gehabt habe. Hierauf hielt Dr.med. F._____ in der vertrauensärztlichen Beurteilung vom 11. November 2017 fest:

- Welcher Unfallmechanismus müsste genau vorliegen, dass die letztendlich zur OP führenden Verletzungen dabei entstehen können?

Pulley-Läsionen sind meistens degenerativ bedingt im Rahmen von degenerativen Rotatorenmanschettenleiden. Traumatisch kommen Pulley-Läsionen i.d.R. nur im Rahmen von Rissen der Rotatorenmanschette, v.a. der cranialen Subscapularissehne vor, d.h. eine traumatische Pulley-Läsion entsteht meistens im Rahmen einer Verletzung der kranialen Subscapularissehne; eine solche Verletzung der Subscapularissehne liegt beim VT nicht vor. Unfallmechanismus einer solchen Verletzung können sein ein Aussenrotations-Hyperflexionstrauma oder ein plötzlicher unerwarteter Zug oder Druck auf die bereits vorgespannte lange Bizeps-Sehne.

- Ist der Unfallmechanismus, so wie er in der Unfallmeldung und im Fragebogen geschildert wurde (über Eisenrad eines Pflanzenrollers gestolpert und nach vorne über beide Füsse umgefallen), geeignet, die Schulterverletzung zu verursachen?
Nach meiner Beurteilung: nein

- Welches Schmerzausmass müsste direkt nach dem Unfall gegeben sein?

Eine akute unfallbedingte Ruptur der Pulley-Strukturen führt in der Regel zu sofortigen, sehr starken Schmerzen, welche einer sehr zeitnahen medizinischen Behandlung bedürfen.

- Welche äusseren Symptome müssten erkennbar sein direkt nach dem Sturz (z.B. Hämatome, Ödeme an Händen, Ellbogen, Knien)?

Bei einer traumatischen Pulley-Läsion kommt es in der Regel nicht oder nur unwesentlich ausgebildet zu äusseren Symptomen wie Blutergüsse oder Schwellungen.

- Spricht die Tatsache, dass der Versicherte erst 7 Tage später, also am 5.4.2016, erstmals einen Arzt konsultierte, gegen die behauptete unfallkausale Schulterverletzung?

Ja. Im Arztschein vom 5.4.2016 ist als Diagnose nur eine «OSG-Distorsion bds.» angeführt, unfallbedingte Schulterbeschwerden links sind nicht erwähnt. Zudem hat der VT im Fragebogen vom 20.4.2016 (d.h. 2 Tage vor der Konsultation bei Dr. H. _____, Chiropraktor, Muri b. Bern) nur die Verletzungen im Fussbereich angegeben, Schulterbeschwerden wurden vom VT im Fragebogen nicht erwähnt.

In der Stellungnahme dazu bemerkte der Beschwerdeführer am 1. Dezember 2017, der Bericht entlarve, dass der Vertrauensarzt am 1. Juni 2017 Stellung genommen habe ohne Kenntnisnahme der prä- und postoperativen Berichte von Dr.med. G. _____, er habe nicht einmal den Operationsbericht vom 2. Mai 2017 gekannt (Vi-act. 130). Mithin habe er Stellung genommen ohne Einsichtnahme in die wesentlichen Unterlagen, obwohl er gewusst habe, dass der Eingriff Anfangs Mai erfolgt sei. Eine seriöse medizinische Beurteilung setze aber voraus, dass sich der Sachverständige mit sämtlichen Vorakten auseinandersetze und diese dazu beziehe. Der Bericht vom 11. November 2017 sei nun vom Willen geprägt, die erste Stellungnahme vom 1. Juni 2017 zu stützen.

5.1 Auch wenn zuvor (Erw. 3) ausgeführt wurde, für das Gericht sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer am 29. März 2016 über den Pflanzenroller stolperte und anschliessend stürzte und sich dabei aufzufangen versuchte, mithin die Schulter vom Unfallhergang mitbetroffen war, ist damit die Kausalität des Unfalles für die Schulterbeschwerden noch nicht erwiesen. Die Bejahung der natürlichen Kausalität setzt mindestens voraus, dass das Unfallereignis die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Der Unfall muss überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden sein (Erw. 1.2.1).

5.2 Aufgrund der geklagten Schulterbeschwerden veranlasste Dr.med. I. _____ ein MRI der rechten Schulter (Erw. 4.2.6). Dieses zeigte wohl einen relevanten Befund, jedoch keine traumabedingten strukturellen Körperschädi-

gungen. Für die festgestellte Verdickung des Rotatorenintervalls/Pulley-System wurde ein degenerativer Ursprung (entzündlich bedingt?) vermutet. Nach der Schulterarthroskopie vom 2. Mai 2017 dokumentierte Dr.med. G._____ die Diagnose "posttraumatischer lateraler Pulley-Läsion mit Tendinopathie der Biceps longus Sehne rechts nach Schulterdistorsion rechts vom 29.03.2016" (Vi-act. 86.5 und 93).

5.3 Allein die Bezeichnung der Diagnose als "posttraumatisch" vermag keine Unfall-Kausalität zu belegen; vielmehr muss die Ursächlichkeit eines Unfalles im Einzelfall weiter begründet werden, damit in der Bezeichnung "posttraumatisch" nicht bloss ein zeitlicher Ablauf, sondern auch eine Kausalität anerkannt werden kann (vgl. Urteil BGer 8C_856/2017 vom 2.5.2018 Erw. 5.3).

Keine solche weitergehende Begründung ist in der Feststellung von Dr.med. G._____ zu erkennen, die Diagnose instabile Bicepssehne mit Pulley-Läsion sei sehr häufig posttraumatisch anzutreffen (Bf-act. 3). Selbst wenn die Diagnose häufig nach Unfallgeschehen gestellt würde (was offen bleiben kann), ist die Frage der Ursächlichkeit nicht beantwortet. Insbesondere ist damit keineswegs belegt, dass auch für die beim Beschwerdeführer festgestellten Schulterbeschwerden ein Unfallereignis (resp. das Unfallereignis vom 29.3.2016) mindestens teilursächlich war. Daran ändert auch der Hinweis von Dr.med. G._____ nichts, die intraoperativ festgestellten Befunde könnten nie mit Sicherheit MR-tomographisch abgeklärt werden (Bf-act. 3). Und schliesslich vermag auch die Bemerkung von Dr. H._____, der Beschwerdeführer habe vor dem Unfallereignis nie über Schulterschmerzen geklagt, keine natürliche Kausalität nachzuweisen (unzulässige "post hoc ergo propter hoc"-Argumentation; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 75, 8C 354/2015 Erw. 7.2). Eine darüber hinausgehende Begründung einer natürlichen Kausalität bringt der Beschwerdeführer aber nicht vor.

Wenn Dr.med. G._____ ausführt, die Schulterbeschwerden seien bereits wenige Tage nach dem Ereignis deutlich aufgetreten, so wird dies durch keine Belege untermauert. Der Beschwerdeführer suchte erst einige Tage nach dem Unfallereignis (am 5.4.2016) einen Arzt auf. Dabei wurden aber keine Schulterbeschwerden dokumentiert, was bei deutlichem Auftreten von Beschwerden hätte erwartet werden müssen. Am 22. April 2016 notierte der Chiropraktor zwar das Sturzereignis sowie neben der Distorsion OSG re/li auch leichte Schulterschmerzen rechts als Beschwerden. Mithin sind zwar die Beschwerden ausgewiesen, aber hinsichtlich Kausalität gab der Beschwerdeführer selber an, man (er und der Chiropraktor) habe allgemeine Rücken-Verspannungen vermutet (Vi-act. 67). Diesbezüglich weist Dr.med. F._____ zu Recht darauf hin, dass eine unfallbedingte Ruptur der Pulley-Strukturen in der Regel zu sofortigen, sehr starken

Schmerzen und einer zeitnahen Behandlung führen. Dies war vorliegend offenkundig nicht der Fall. Zwar ist - wie der Beschwerdeführer ausführt - nicht ausgeschlossen, dass trotz einer unfallbedingten Ruptur die Schmerzen nicht zwingend sofort und dermassen einsetzen, dass umgehend ärztliche Hilfe aufgesucht wird. In einem solchen Ausnahmefall müssen jedoch andere Hinweise vorliegen, welche die Unfallkausalität als überwiegend wahrscheinlich erscheinen lassen. An solchen fehlt es vorliegend jedoch. So hält Dr.med. F. _____ etwa fest, traumatisch kämen Pulley-Läsionen in der Regel nur im Rahmen von Rissen der Rotatorenmanschette, v.a. der cranialen Subscapularissehne vor; sie entstehe meistens im Rahmen einer Verletzung der kranialen Subscapularissehne, was vorliegend nicht der Fall sei. Dies vermag Dr.med. G. _____ mit seinem Hinweis auf die Anamnese und die von ihm geführte Krankengeschichte nicht zu widerlegen. Er trägt keine weiteren Anhaltspunkte vor, welche die von ihm geltend gemachte Unfallkausalität begründen würden. Zudem entschloss sich auch Dr.med. G. _____ vorerst für eine konservative Behandlung, was ebenfalls für das Vorliegen von degenerativen Beschwerden spricht. So weist B. _____ zu Recht darauf hin, dass bereits im MRI-Befund vom 21. Juni 2016 degenerative Veränderungen beschrieben wurden und solche bei Personen im Alter des Beschwerdeführers (Jg. 1966) nicht überraschend sind. Wie das Verwaltungsgericht in dem vom Beschwerdeführer zitierten Entscheid festhielt (VGE I 2016 65 vom 18.11.2016), kann ein "inadäquates" Trauma zu Rupturen der Rotatorenmanschette führen, wenn die Strukturen alters- oder verschleissbedingt vorgeschädigt sind. Anders als im vorliegenden Fall klagte der damals Betroffene jedoch umgehend nach dem Unfallereignis über akute Schulterschmerzen und er suchte u.a. deswegen einen Arzt auf. Dies ist vorliegend gerade nicht der Fall, weshalb die beiden Fälle nicht vergleichbar sind.

Schliesslich ist auch im Rahmen der Kausalitätsprüfung zu berücksichtigen, dass der Unfallhergang keineswegs klar ist. Wie zuvor ausgeführt, geht das Gericht zwar von einem Stolpern mit anschliessendem Sturz des Beschwerdeführers aus, wobei es überwiegend wahrscheinlich ist, dass er den Sturz aufzufangen versucht hat. Mithin war die Schulter überwiegend wahrscheinlich beteiligt. Eine zeitnahe und klare Schilderung des Unfallhergangs liegt aber nicht vor. Daher bleibt auch unklar, welcher Belastung die Schulter effektiv ausgesetzt war und ob diese Belastung die diagnostizierte Verletzung verursachen konnte. Immerhin steht fest, dass der Beschwerdeführer erst am 22. April 2016 überhaupt erstmals über leichte Schulterschmerzen klagte und die Schulter weder in der Bagatellunfallmeldung erwähnt wurde noch gegenüber dem erstbehandelnden Arzt.

5.4 Indem Dr.med. G._____ die Schulterbeschwerden als posttraumatisch bezeichnet und dies nur mit der (nicht eindeutigen) Anamnese, der von ihm geführten (aber erst rund fünf Monate nach Unfallereignis eröffneten) Krankengeschichte sowie dem intraoperativen Befund begründet, aber nicht auf die Beurteilung des RVK-Vertrauensarztes eingeht, vermag er die Ausführungen von Dr.med. F._____ nicht in Zweifel zu ziehen. Diesen kommt auch nicht deswegen kein Beweiswert zu, weil Dr.med. F._____ zu den prä- und postoperativen Berichten erst im Bericht vom 11. November 2017 Stellung bezog. Denn insgesamt sind die drei Beurteilungen von Dr.med. F._____ schlüssig, ohne Widersprüche und insgesamt nachvollziehbar. Dem Vorwurf, der jüngste Bericht sei nicht glaubwürdig, da er damit seine früheren Beurteilungen habe rechtfertigen müssen, entbehrt eine Grundlage.

5.5 Auch wenn der Beschwerdeführer erwiesenermassen stolperte und dann stürzte und den Sturz überwiegend wahrscheinlich mit den Armen, namentlich dem rechten Arm aufzufangen versuchte, so ist es aufgrund des (unklaren) Unfallherganges sowie insbesondere der medizinischen Befunde nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die geklagten Schulterbeschwerden vom Unfallereignis vom 29. März 2016 herrühren. Mithin hat die Vorinstanz (für den Fall, dass ein Unfallereignis bejaht wird) die natürliche Kausalität zu Recht verneint.

6. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. Kosten werden keine erhoben; Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht für den Unfallversicherer nicht (Art. 61 lit. a und g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG, SR 173.110).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 20. Juni 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 28. Juni 2018

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

