



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 4. Oktober 2018 (725 18 170 / 270)

Unfallversicherung

Beweistauglichkeit von versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahmen und Berichten zur Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiberin i.V. Martina Somogyi

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Serge Flury, Rechtsanwalt, Kasinostrasse 38, 5000 Aarau

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdeführerin

Betreff Leistungen

A. Der 1990 geborene A.____ war über die B.____ AG als Zimmermann tätig und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 20. Juni 2017 verunfallte A.____ als er beim Ziehen eines Palettenrollis ausrutschte und stürzte. Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen, richtete Taggelder aus und übernahm die Heilbehandlungskosten. Mit Verfügung vom 22. Dezember 2017 stellte die Suva die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung per 31. Oktober 2017 gestützt auf die Beurteilungen ihres beratenden Arztes Dr. med. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates,

vom 20. Oktober 2017 und 21. Dezember 2017 ein, da der Versicherte keine strukturellen Läsionen aufweise und spätestens vier Monate nach dem Ereignis vom 20. Juni 2017 die Unfallfolgen abgeheilt seien. Dagegen erhob der Versicherte am 30. Januar 2018 Einsprache, welche mit Entscheid vom 25. April 2018 abgewiesen wurde.

B. Gegen den Einspracheentscheid vom 25. April 2018 erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Serge Flury, am 17. Mai 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Suva sei zu verpflichten, über den 31. Oktober 2017 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, alles unter o/e-Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Er begründete seine Anträge damit, dass der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt worden sei.

C. Mit Beschwerdeantwort vom 27. Juli 2018 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 25. April 2018.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat (Abs. 1). Da der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz in X.____ hat, ist die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde des Versicherten vom 17. Mai 2018 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Taggeldleistungen und die Übernahme der Heilbehandlungskosten zu Recht per 31. Oktober 2017 eingestellt hat.

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der

versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG).

3.2 Für Leistungen nach UVG hat der Unfallversicherer grundsätzlich nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung, Behandlungsbedürftigkeit) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer (andauernden) gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste gewürdigt wird (BGE 126 V 360 E. 5b).

3.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht erst, wenn der Unfall nach einiger Zeit überhaupt keine natürliche Ursache des Gesundheitsschadens mehr darstellt, wenn also Letzterer ausschliesslich von unfallfremden Faktoren beherrscht wird. Dies trifft dann zu, wenn entweder der krankhafte Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (vgl. RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit gänzlicher ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder die versicherte Person nunmehr bei voller Gesundheit ist. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte

Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2).

3.4 Der im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungspflicht begriffsnotwendig aus. 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 will (THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl., Bern 2003, S. 443 f. Rz 2 ff., S. 451 Rz 41). Nach der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG, heute: Schweizerisches Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen) liegt die Beweislast bei anspruchsbegründenden Tatfragen demzufolge bei der Partei, welche den Anspruch geltend macht. Bei anspruchsaufhebenden Tatfragen liegt sie bei der Partei, welche sich auf das Dahinfallen des Anspruches beruft (vgl. Kranken- und Unfallversicherung – Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Diese Beweisregeln kommen allerdings erst dann zur Anwendung, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

4.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu

auch BGE 135 V 469 E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach alleine ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

4.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

5.1 Bei der Beurteilung des vorliegenden Falles sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen zu berücksichtigen:

5.2 In der Schadenmeldung UVG vom 7. Juli 2017 wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe am 20. Juni 2017 einen Unfall erlitten und sich dabei an der rechten Schulter verletzt.

5.3 Nach durchgeführter MRT vom 13. Juli 2017 diagnostizierte Dr. med. D.____, FMH Chirurgie, am 27. Juni 2017 eine Kontusion am Rücken und eine Zerrung der rechten Schulter. Mit ärztlichem Zwischenbericht vom 18. September 2017 prognostizierte Dr. D.____, dass der Versicherte spätestens ab 2. Oktober 2017 wieder arbeitsfähig sei. Mit Schreiben vom 16. Oktober 2017 bestätigte Dr. D.____, dass die Arbeitsunfähigkeit vom 20. Juni 2017 bis 1. Oktober 2017 gedauert habe. Er wies auf den sehr langen Verlauf der Verletzung hin. Er habe dem Beschwerdeführer erklärt, dass die Beschwerden nicht mehr nachvollzogen werden können und er vollständig arbeitsfähig sei.

5.4 Am 20. Oktober 2017 attestierte der Kreisarzt Dr. C.____ eine Schulterprellung rechts und eine Rückenprellung. Durch die MRT vom 13. Juli 2017 seien keine strukturellen Läsionen infolge des Unfalles nachweisbar. Die demonstrierten Beschwerden liessen sich nicht mit den Unfallfolgen erklären. Eine sensible Einschränkung, strumpfförmig den gesamten Arm betreffend, sei medizinisch ohnehin nicht erklärbar. Auch sei unklar, wieso beim Händedruck auf-

grund von Beschwerden hinter der rechten Schulter zumindest teilweise nahezu keine Kraft erzeugt werden könne. Hierzu seien völlig andere Muskelgruppen als jene an der Schulter beteiligt. Dennoch anerkannte der Kreisarzt, dass für einen gewissen Zeitraum eine Beschwerdesymptomatik im natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall stehe. Da aber keine durch das Ereignis verursachten strukturellen Läsionen nachgewiesen werden konnten, lägen erfahrungsgemäss nach einem gewissen Zeitraum keine Unfallfolgen mehr vor. Beschwerden ohne strukturelle Läsionen würden relativ schnell abheilen. Erforderlich seien dafür drei, allerhöchstens vier Monate.

5.5 Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, führte im ärztlichen Zwischenbericht vom 17. November 2017 aus, dass sein Patient bis auf Weiteres 100 % arbeitsunfähig sei, ohne diesbezüglich weitere Angaben zu machen.

5.6 Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und pract. med. G.____ diagnostizierten am 29. November 2017 einen Status nach Sturz auf die dorsale rechte Schulter mit schmerzbedingter Bewegungseinschränkung und äuserten einen Verdacht auf eine Neuritis. Der Versicherte zeige aussergewöhnlich starke Schmerzen unter Dreifach-Kombination am rechten Schulterblatt. Da er vor dem Unfall keinerlei Beschwerden in der Schulter, dem Nacken sowie der Wirbelsäule und über dem Thorax angegeben habe, sei ein Zusammenhang mit dem Unfall vom 20. Juni 2017 zu bejahen.

5.7 Mit Arztbericht vom 15. Dezember 2017 hielt der Kreisarzt fest, dass die Beurteilung von Dr. F.____ und pract. med. G.____ nichts an seiner Einschätzung vom 20. Oktober 2017 ändere. Zudem sei eine Neuritis keine Unfallfolge. Derartige Schmerzen hätten nach dem Ereignis vom 20. Juni 2017 sowieso nicht vorgelegen.

5.8 Dr. med. H.____, FMH Neurologie, diagnostizierte am 19. Dezember 2017 ein persistierendes Schmerzsyndrom bei Zustand nach Kontusion der rechten Schulter und Scapula. Auffällig sei, dass trotz der Immobilisation des Armes keine Atrophien bestünden. Eine neurogene Störung könne ausgeschlossen werden.

5.9 Am 21. Dezember 2017 bezog der Kreisarzt Stellung zu den Arztberichten der Dres. F.____, G.____ und H.____ und führte aus, dass diese nichts an seiner Beurteilung vom 20. Oktober 2017 ändern würden. In beiden Berichten würden keine unfallkausalen strukturellen Läsionen festgestellt. Sowohl die orthopädischen Chirurgen als auch der Neurologe würden die angesichts der nicht nachweisbaren Ursachen ungewöhnlich demonstrierten Beschwerden betonen. Insgesamt sei deshalb an seiner Beurteilung vom 20. Oktober 2017 festzuhalten.

5.10 Mit den Arztberichten vom 14. und 21. Februar 2018 führten Dr. F.____ und Dr. med. I.____ aus, dass für die geschilderten Beschwerden ein Unfallzusammenhang hergestellt werden könne. Im Gegensatz zu Dr. H.____ könnten sie eine leichte Atrophie des Infraspinatus- und Teres minor-Muskels feststellen. Es bestehe der Verdacht auf eine posttraumatische Frozen Shoulder. Dazu seien abschliessende Aussagen zum Erreichen der Rekonvaleszenz nur sehr ungenau zu treffen. Der übliche Verlauf einer Frozen Shoulder liege zwischen mehreren

Monaten bis hin zu zwei oder drei Jahren und bedürfe insbesondere bei sehr zögerlichem Verlauf auch der wiederholten Evaluation einer Operationsindikation. Zur Diagnose des Krankheitsbildes einer posttraumatischen Frozen Shoulder bedürfe es keiner grösseren strukturellen Läsionen. Im MRT-Befund würde sogar eine häufig mit diesem Krankheitsbild der adhäsiven Capsulitis (= Frozen Shoulder) einhergehende Effloreszenz beschrieben. Insbesondere auch unter Berücksichtigung der vom Patienten berichteten Beschwerdefreiheit vor diesem Ereignis sowie der zügigen Progredienz nach dem Trauma könne lediglich dieses kausal für die Beschwerden in Frage kommen.

5.11 Dr. C.____ verneinte in seiner Stellungnahme vom 28. Februar 2018 mangels strukturellen Läsionen das Vorliegen einer Frozen Shoulder. Er wies zudem darauf hin, dass der Versicherte gemäss dem Arztbericht von Dr. D.____ vom 5. Dezember 2014 bereits früher ähnliche Beschwerden gehabt habe.

5.12 Im Rahmen des Einspracheverfahrens veranlasste die Suva eine erneute MRT-Untersuchung. Diese wurde am 23. März 2018 von Dr. med. J.____, FMH Radiologie, durchgeführt. Gestützt darauf hielt Dr. C.____ am 29. März 2018 und 3. April 2018 daran fest, dass die von Dr. F.____ nachträglich aufgeworfene Diagnose einer Frozen Shoulder ausgeschlossen sei.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Einspracheentscheid vom 25. April 2017 auf die Ausführungen von Dr. C.____ vom 20. Oktober 2017 und 29. März 2018. Sie kam dabei zum Schluss, dass die vom Versicherten geltend gemachten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf das Ereignis vom 20. Juni 2017 zurückzuführen seien, weshalb sie ab 31. Oktober 2017 keine Leistungen mehr schulde. Wie oben ausgeführt, ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass ein Versicherungsträger seinen Entscheid auf medizinische Unterlagen stützt, die er versicherungsintern eingeholt hat. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen und zwar in dem Sinne, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. 4.2). Solche Zweifel sind in casu nicht gegeben, weshalb die vorinstanzliche Beweiswürdigung nicht zu beanstanden ist. Die von der Beschwerdegegnerin übernommenen Ergebnisse, zu denen Dr. C.____ gelangt war, beruhen auf einem sorgfältigen Studium der vorhandenen medizinischen Akten. Seine medizinische Einschätzung beruht auf allseitigen Untersuchungen. Er hat den Versicherten am 20. Oktober 2017 sogar persönlich untersucht. Seine Berichte erweisen sich sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend, weshalb vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Dies gilt namentlich auch in Bezug auf die von den behandelnden Ärzten geltend gemachte Verdachtsdiagnose einer Frozen Shoulder. Eine Frozen Shoulder führt zu einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung der Schulter. Die Ursachen sind vor allem mechanisch-traumatisch, auch metabolisch, zirkulatorisch, thermisch, infektiös, toxisch oder psychisch (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl., Berlin 2010, S. 1579 f.). Es handelt sich bei der Frozen Shoudler grundsätzlich um einen organisch nachweisbaren Gesundheitsschaden. Im Rahmen der apparativen Diagnostik kommt unter anderem die MRT in Frage (vgl. zum Ganzen Urteil des Bun-

desgerichts vom 8. September 2010, 8C_372/2010, E. 6.2; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juli 2017, 8C_184/2017, E. 5.1). Mit der im Einspracheverfahren zusätzlich veranlassten MRT konnte Dr. C._____ mangels objektiv nachweisbarer struktureller Läsionen eine Frozen Shoulder mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit beweistauglich ausschliessen. Eine mögliche unfallbedingte vorübergehende Beschwerdesymptomatik war spätestens drei bis maximal vier Monate nach dem Unfall abgeheilt und somit der Status quo sine erreicht.

6.2 Wenn der Beschwerdeführer über den 31. Oktober 2017 hinaus Beschwerden an der rechten Schulter geltend macht, beruhen diese nach der überzeugenden Beurteilung durch den Kreisarzt nicht mehr auf einer organisch hinreichend nachweisbaren Unfallfolge. Bringt der Beschwerdeführer vor, dass unterschiedliche ärztliche Beurteilungen vorliegen, so ist zunächst festzustellen, dass die Beurteilung des behandelnden Arztes Dr. D._____, der beim Versicherten eine volle Arbeitsfähigkeit per 2. Oktober 2017 attestierte, nicht im Widerspruch zur kreisärztlichen Einschätzung steht. Auch die Evaluation von Dr. E._____, der seinen Patienten mit Hinweis auf starke Schmerzen bis auf Weiteres zu 100 % krankschrieb, ohne jedoch eine Diagnose zu stellen, ist nicht geeignet Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung hervorzurufen. Dabei ist rechtsprechungsgemäss auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. E. 4.3 hiervor). Die von den Dres. F._____ und I._____ erstmals im Einspracheverfahren am 14. Februar 2017 gestellte Verdachtsdiagnose einer Frozen Shoulder konnte vom Kreisarzt durch die MRT vom 23. März 2018 mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Wenn sie sodann geltend machen, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall keine Beschwerden hatte und diese deshalb auf den Unfall vom 20. Juni 2017 zurückzuführen seien, so ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, dass eine Berufung auf die Beweisregel post hoc ergo propter hoc für den Beweis der Unfallkausalität nicht genügt (BGE 119 V 335; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juni 2010, 8C_309/2010). Insgesamt sind keine Aspekte ersichtlich, welche die Beweiskraft der kreisärztlichen Beurteilung umstossen könnten. Die Tatsache, dass die behandelnden Ärzte zu einem abweichenden Resultat gelangten, begründet noch keine Zweifel an der Zuverlässigkeit der kreisärztlichen Feststellungen. Vielmehr ergeben diese eine zuverlässige Einschätzung der Unfallkausalität, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf zusätzliche Abklärungen verzichtet werden kann.

7. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung geklagten Beschwerden nicht in einem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 20. Juni 2017 stehen. Vielmehr ist mit dem Kreisarzt davon auszugehen, dass die Unfallfolgen spätestens nach drei bis maximal vier Monaten folgenlos abgeheilt waren. Auch die übrigen Akten lassen keinen anderen Schluss zu. Es ist damit nicht zu beanstanden, dass die Suva ihre Versicherungsleistungen per 31. Oktober 2017 einstellte. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 25. April 2018 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

8.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

8.2 Die ausserordentlichen Kosten sind entsprechend dem Verfahrensausgang wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>