

# **SO\_GERICHTE VSBES.2018.107 vom 5. November 2018**

SO Obergericht, 2018-11-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.107\\_d20181105](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.107_d20181105)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.107 du 5 novembre 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.107 del 5 novembre 2018

## **Regeste**

Unfallversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Es sei festzustellen, dass die Suva den Hergang des Arbeitsunfalls vom 20. Oktober 2016 nicht korrekt und sachlich abgeklärt hatte und somit auch ihre Fallbeurteilung betreffend die Unfallfolgen aufgrund unzutreffender Annahmen getroffen hatte.

### **E. 1.2**

Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Damit ist im vorliegenden Fall bei dem zu beurteilenden Ereignis vom 20. Oktober 2016 das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht (Stand: 1. Januar 2013) anwendbar. 2. 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). Dabei hat der Unfallversicherer die Pflegeleistungen so lange zu erbringen, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist. 2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der

Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 357 E. 1 S. 337, 118 V 286 E. 1b S. 289, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289, je mit Hinweisen).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im 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 herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 188, 123 V 98 E. 3d S. 103, 122 V 415 E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49 mit Hinweisen).

2.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. 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. Ebenso wie der leistungs begründende 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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C\_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_715/2016 vom 6. März 2017 E. 4.2 mit Hinweis).

3. 3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein

bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 141 I 60 E. 3.3 S. 64, 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

3.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis; RKUV 2003 U 485 S. 259 E. 5; Urteil des Bundesgerichts 8C\_668/2012 vom 26. Februar 2013 E. 6.2).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 360 E. 5b S. 360 mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 156 E. 2d S. 161). Seit Einführung des Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheides – vorliegend bis 19. März 2018 – mitzuberücksichtigen, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 52 ATSG N 60, mit weiteren Hinweisen).

3.4 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a/bb; Urteil des Bundesgerichts 9C\_67/2007 vom 28. August 2007 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, die das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, die den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 354; SVR 2003 UV Nr. 15 S. 45 E. 3.2.2 1999 KV Nr. 22 E. 3b; AHI 2001 S. 115 E. 3b/ee). Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (BGE 122 V 157 S. 161).

4. Es ist zunächst auf die Rechtsschriften der Parteien einzugehen:

4.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe den Unfallhergang nicht korrekt abgeklärt und könne daher die gesundheitlichen Folgen

desselben nicht verlässlich beurteilen. So habe die Beschwerdegegnerin weder einen Beschrieb des Arbeitsplatzes noch eine Befragung einer Arbeitskollegin oder eine Abklärung vor Ort durchgeführt, sondern sich einzig mit den Angaben der Beschwerdeführerin zum Unfall begnügt. Da die Beschwerdeführerin aber nur über spärliche Deutschkenntnisse verfüge, habe die Beschwerdegegnerin ihre Angaben unzutreffend interpretiert und damit suggestiv gedeutet. Es sei eine korrekte Aufklärung des Unfallhergangs durchzuführen.

4.2 Die Beschwerdegegnerin hält dafür, dass auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 7. März 2018 abgestellt werden könne. Der Beweiswert des Aussendienstberichts werde keineswegs dadurch geschmälert, dass dieser «nicht ausser Haus» oder «vor Ort» erstellt worden sei. So seien die Angaben gegenüber der Aussendienstmitarbeiterin von der Beschwerdeführerin unterschriftlich bestätigt worden. Damit bestehe kein Anlass, an deren Verlässlichkeit zu zweifeln. Selbst wenn aber von dem im Einspracheverfahren neu geltend gemachten Unfallhergang ausgegangen würde, ändere dies an der versicherungsmedizinischen Beurteilung nichts. Dr. med. D.\_\_\_\_ habe auch zu dieser Sachverhaltsversion ausführlich Stellung genommen und überzeugend begründet, dass auch dieser Vorgang biomechanisch nicht geeignet gewesen wäre, eine Ruptur der Rotatorenmanschette zu verursachen. Es sei zudem auf die von allen beteiligten Medizinern erwähnte starke Retraktion der Sehne und die fettige Degeneration des betroffenen Muskels hinzuweisen. Diese seien starke Indizien für eine länger zurückliegende und degenerative Ruptur. Gestützt auf diese kreisärztliche Beurteilung könne konstatiert werden, dass die Unfallfolgen im Beschwerdebild der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens per 19. Juni 2017 keine Rolle mehr gespielt hätten.

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen mit Einspracheentscheid vom 19. März 2018 (A.S. 1 ff.) zu Recht auf den Zeitpunkt der Verfügung vom 19. Juni 2017 hin eingestellt hat.

6. Betreffend die vorliegend interessierende Frage der natürlichen Unfallkausalität sind im Wesentlichen die folgenden Akten relevant:

6.1 Aufgrund der MR-Arthrographie des Schultergelenks rechts vom 8. Dezember 2016 (Suva-Nr. 9) in der L.\_\_\_\_ wurde folgende Beurteilung festgehalten: Transmurale Ruptur / Abriss der Supraspinatussehne mit deutlicher Sehnenretraktion; Deutliche Tendinopathie der Infraspinatussehne; Hypertrophe AC-Arthrose; Leichte Chondromalazie des Humeruskopfes kaudal.

6.2 Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, I.\_\_\_\_, hielt im Bericht vom 20. Dezember 2016 (Suva-Nr. 10) folgende Diagnosen fest: «Vollständige, transmurale Supraspinatussehnenruptur mit Sehnenretraktion bis zum Glenoidrand rechts». Anamnese: Distorsionstrauma der rechten Schulter nach einem Schlag auf den Oberarm mit einem schweren Gegenstand am 20. Oktober 2016. Seither bestünden eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit sowie auch Schmerzen beim Liegen auf der Schulter. Es sei bereits eine Arthro-MR-Untersuchung veranlasst worden, in welcher sich eine grosse Rotatorenmanschettenruptur bestätigt habe. Es sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Beurteilung und Procedere: Im Arthro-MRT zeige sich ein vollständiger Abriss der Supraspinatussehne mit deutlicher Sehnenretraktion bis an den Glenoidrand heran. Die Muskelqualität erscheine noch adäquat, so dass unbedingt ein Rekonstruktionsversuch mit Refixation der Sehne durchgeführt werden sollte. Planung einer Schulterarthroskopie rechts mit Rotatorenmanschettennaht, evtl. in offener Technik, für den 10. Januar 2017.

6.3 Auf dem Fragebogen vom 9. Januar 2017 (Suva-Nr. 17) gab die Beschwerdeführerin an, sie habe mit einer Arbeitskollegin die Hängevorrichtung aus den Ablagekörben gelöst. Dabei seien diese der anderen Mitarbeiterin aus den Fingern

gerutscht und auf den Arm der Beschwerdeführerin gefallen. Dabei habe sie eine ruckartige Bewegung gemacht. Als «besonderes Ereignis» wurde angegeben: «Hängevorrichtung aus den Fingern geglitten». Die Beschwerden hätten sich am 20. Oktober 2016 bemerkbar gemacht. Der erste Arztbesuch sei am 23. Oktober 2016 bei Dr. med. C.\_\_\_\_ erfolgt. Die Beschwerdeführerin sei nicht wieder arbeitsfähig. Die ärztliche / therapeutische Behandlung sei nicht abgeschlossen. Die nächste Behandlung finde am 10. Januar 2017 in der I.\_\_\_\_ statt (Operation).

6.4 Im Austrittsbericht vom 13. Januar 2017 (Suva-Nr. 19) bestätigte Dr. med. H.\_\_\_\_ aufgrund der Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 10. bis 12. Januar 2017 die bereits im Bericht vom 20. Dezember 2016 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) festgestellte Diagnose und hielt neu die Nebendiagnose einer «arteriellen Hypertonie» fest. Seit dem Distorsionstrauma der rechten Schulter nach einem Schlag auf den Oberarm mit einem schweren Gegenstand am 20. Oktober 2016 bestünden eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit sowie auch Schmerzen beim Liegen auf der Schulter. Sie hätten bereits eine Arthro-MRT Untersuchung veranlasst, in welcher sich eine grosse Rotatorenmanschettenruptur bestätigt habe. Am 10. Januar 2017 seien eine Arthroskopie der Schulter rechts, eine Bizepsstenotomie und subacromiale Dekompression durchgeführt worden (vgl. Operationsbericht, Suva-Nr. 20). Es sei ein komplikationsloser peri- und postoperativer Verlauf gegeben. Stets reizfreie Wundverhältnisse. Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung. Austritt in die ambulante Nachbehandlung am 12. Januar 2017 in gutem Allgemeinzustand. Die Beschwerdeführerin sei vom 10. Januar bis 5. Februar 2017 zu 100 % arbeitsunfähig. Beurteilung und Procedere: Lagerung in einer Mitella oder frei. Ambulante Physiotherapie aktiv-assistiert ab sofort, zunehmend aktive Therapie. Fadenzug nach 8 bis 10 Tagen. Klinisch-radiologische Kontrolle nach sechs Wochen postoperativ.

6.5 Im Rahmen der Arbeitsplatzbeschreibung vom 16. Februar 2017 (Suva-Nr. 32) hielt die Firma B.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin sei aktuell 100 % arbeitsunfähig. Vor dem Unfall sei sie als Produktionsmitarbeiterin (Abhängen von beschichteten Metallteilen, visuelle Kontrolle, Verpacken von Metallteilen) tätig gewesen. Unter «spezielle Anforderungen / Rahmenbedingungen» wurden ein Heben von weniger als 5 kg und bis zu 10 kg, ein Steharbeitsplatz, visuelle Kontrolltätigkeit und Teamarbeit festgehalten. Ein Schonarbeitsplatz sei nicht vorhanden, aber es seien jedoch evtl. andere, leichtere Tätigkeiten möglich.

6.6 Dr. med. H.\_\_\_\_ führte im Konsultationsbericht vom 23. Februar 2017 (Suva-Nr. 34) folgende Diagnosen auf: – Status nach Arthroskopie Schulter rechts, Bizepsstenotomie und subacromiale Dekompression (Dr. med. H.\_\_\_\_) 10. Januar 2017 bei – Vollständige, transmurale, irreparable Supraspinatussehnenruptur mit Sehnenre-traktion bis zum Glenoidrand rechts Nebendiagnose – Arterielle Hypertonie Es werde eine ambulante Physiotherapie durchgeführt. Die Beschwerdeführerin komme sechs Wochen nach der oben genannten Schulterarthroskopie zu einer klinischen Verlaufskontrolle. Subjektiv sei der Bewegungsumfang trotz der physiotherapeutischen Massnahmen erwartungsgemäss noch deutlich eingeschränkt. Röntgen: Schulter rechts ap und y: Regelrechte glenohumerale Artikulation. Status nach Acromioplastik. Es sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Bei irreparabler Supraspinatussehnenruptur bestehe aktuell noch ein deutliches Kraft- und Bewegungsdefizit. Zum aktuellen Zeitpunkt intensives Fortsetzen der physiotherapeutischen Massnahmen mit Humeruskopfzentrierung und Deltatraining. Verlaufskontrolle in zwei Monaten.

6.7 Aufgrund der Besprechung zwischen der Beschwerdeführerin, ihrem Ehemann und der Mitarbeiterin des Schadenaussendienstes J.\_\_\_\_ wurde im Bericht vom 28. März 2017 (Suva-Nr. 39) folgender Sachverhalt festgehalten: Am Donnerstag, 20. Oktober 2016, um 12.30 Uhr, habe

die Beschwerdeführerin in der Firma B.\_\_\_\_ gearbeitet. Mit einer Arbeitskollegin habe sie einen schätzungsweise 20 kg schweren Korb voll mit Metallteilen vom Tisch bis auf Brusthöhe heben müssen. Sie habe den Korb mit beiden Händen genommen, die Arbeitskollegin nur mit der linken Hand. Mit der rechten habe sie etwas gegessen. Auf Brusthöhe hätten sie den Korb seitlich hingestellt. Die Arbeitskollegin habe ihn nicht richtig positioniert, deshalb sei ein schweres Metallteil rausgerutscht. Es sei direkt auf den rechten Unterarm der Beschwerdeführerin geprallt. Durch den Schlag sei ihr Arm niedergerissen worden. Sie habe sofort Schmerzen am rechten Unterarm verspürt und ein wenig auch an der rechten Schulter. Am Unterarm hätten sich die Beschwerden bald darauf zurückgebildet. Es sei nur eine grosse Prellmarke verblieben. Hingegen seien die Schulterschmerzen abends stärker geworden. In der Nacht habe sie dadurch kaum mehr schlafen können. Trotzdem habe sie drei Wochen weitergearbeitet. Sie habe Schmerztabletten genommen, mehr die linke Hand benutzt und andere Mitarbeiter um Unterstützung gebeten. Sie sei Rechtshänderin. Aktuell gehe es der Beschwerdeführerin nicht gut. Die Schulter und der Oberarm seien geschwollen. Sie könne den Arm nur mit Mühe bis auf Brusthöhe heben. Über Brusthöhe gehe es nicht. Auch könne sie mit dem Arm nicht nach hinten greifen. Sie erhalte zweimal die Woche Physiotherapie. Momentan würden Bewegungen geübt. Gewichte könne sie praktisch nicht heben, maximal 500 g. Täglich nehme sie sechs Tabletten Irfen 600 mg, weil sie ansonsten nicht schlafen könne. Die Beschwerdeführerin habe vor dem Unfall vom 20. Oktober 2016 nie unfall- oder krankheitsbedingte Beschwerden an der rechten Schulter gehabt. Auch hätten keine medizinischen Behandlungen derselben stattgefunden. 6.8 Der Kreisarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 4. April 2017 (Suva-Nr. 40) fest, es sei aufgrund der Aktenlage nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer strukturellen Schädigung der Rotatorenmanschette auszugehen. Eine Retraktion der Sehnen bis zum Glenoid innerhalb von 1,5 Monaten nach dem Trauma sei nicht zu erwarten. Das Trauma sei gemäss AD [Aussendienst]-Abklärung nicht geeignet, eine relevante Traktion zu begründen. Es sei zu einer Kontusion des Unterarms gekommen. Leider fehle im Dossier der Erstbefund des Hausarztes, da die Schulterbeschwerden ja erst ab 11. November 2016 limitierend geworden seien. 6.9 Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, hielt im Arztzeugnis UVG vom 9. Mai 2017 (Suva-Nr. 68) aufgrund der Erstkonsultation der Beschwerdeführerin vom 7. November 2016 fest, am 20. Oktober 2016 sei eine Arbeitskollegin ausgerutscht und habe mit einem schweren Metallgegenstand gegen den rechten Arm der Beschwerdeführerin geschlagen, initial Hämatom. Zunehmende Schmerzen im proximalen Oberarm und Schulter. Es gebe keine besonderen Umstände, die den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen könnten. Objektiver Befund: Druckdolenz subacromial und im ventralen Deltoideus, Arcus dolens, Abduktion 25 °. MR: Transmurales Abriss der Supraspinatussehne mit Retraktion. Diagnose: «Vollständige transmurale Supraspinatussehnenruptur mit -retraktion rechts». Die erhobenen Befunde seien mit dem von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Ereignis vereinbar und erschienen plausibel. Therapie: Primär Physiotherapie, wegen fehlender Besserung Arthroskopie, Bizepsstenotomie und subacromiale Dekompression. Die Beschwerdeführerin sei in der I.\_\_\_\_ bei Dr. med. H.\_\_\_\_ hospitalisiert. Ab dem 8. November 2016 sei die Beschwerdeführerin 100 % bis auf unbestimmt arbeitsunfähig. Der Behandlungsabschluss sei unbestimmt. 6.10 Aufgrund der Konsultation der Beschwerdeführerin bei Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 12. Mai 2017 (Suva-Nr. 62) wurden im gleichentags verfassten Bericht die

bereits im Bericht vom 23. Februar 2017 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) ausgewiesenen Diagnosen bestätigt. Heute sei eine subacromiale Infiltration mittels einer Ampulle Kenacort 40 mg und Bupivacain 0,5 % 10 ml der rechten Schulter durchgeführt worden. In vier Wochen erfolge eine neuerliche Kontrolle. 6.11 In der kreisärztlichen Beurteilung vom 9. Juni 2017 (Suva-Nr. 71) hielt Dr. med. D.\_\_\_\_ Folgendes fest: Gemäss dem Aussendienstbericht (vgl. E. II. 6.7 hiervor) habe die Beschwerdeführerin eine Kontusion des Unterarms erlitten. Es sei ihr ein Metallgegenstand aus einem Korb auf den Unterarm gefallen. Der Korb habe mehrere Metallstücke enthalten, wie dies dem Aussendienstrapport zu entnehmen sei. Das totale Gewicht des Korbs werde auf 20 kg geschätzt, sodass ein einzelnes Metallteil deutlich leichter sein müsse. Wenn nur vier Metallteile im Korb gewesen wären, wäre von einem Gewicht von circa 5 kg auszugehen. Aufgrund der Mehrzahl sei sogar von einem noch leichteren Gewicht auszugehen. Unabhängig des Gewichts des Metallgegenstands sei es zu einer Prellung des Unterarms gekommen. Vor allem wenn der Unterarm gebeugt gewesen sei, habe der herunterfallende Gegenstand gegen den Unterarm geschlagen, sodass es primär zu einer Streckung im Unterarm gekommen wäre. Des Weiteren sei der Gegenstand am Unterarm abgerutscht, weshalb eine Traktion des Arms nicht erklärbar sei. Eine relevante Krafteinwirkung auf die Schulter könne nicht begründet werden, weshalb auch anfängliche Unterarmbeschwerden vorrangig gewesen seien. Passend dazu habe sich bereits kurz nach dem Trauma eine deutliche retrahierte Rotatorenmanschette gefunden, welche sich in diesem Ausmass nicht als Folge des Traumas habe ausbilden können. Ebenfalls sei die Rotatorenmanschette operativ nicht zu mobilisieren und zu revidieren gewesen. Ein solcher Zustand entwickle sich erst nach mehreren Monaten, wenn nicht sogar Jahren. Zudem sei aufgrund der degenerativen Veränderungen des AC-Gelenks von einem Verschleissleiden der Rotatorenmanschette auszugehen. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass das Trauma vom 20. Oktober 2016 zu einer Unterarmkontusion geführt habe. Das Trauma sei ungeeignet, eine strukturelle Schädigung im Bereich der Rotatorenmanschette zu begründen. Der Unfall vom 20. Oktober 2016 habe nicht zu zusätzlichen strukturellen Läsionen an der rechten Schulter geführt, welche objektivierbar seien. Es sei eine Kontusion des Unterarms mit einem Metallgegenstand dokumentiert. Eine Krafteinwirkung auf die Schulter sei im Rahmen der echtzeitlichen Akten nicht nachvollziehbar. Da eine relevante Traumatisierung der Schulter nicht dokumentiert sei, sei von einer Kontusion des Unterarms auszugehen, welche innerhalb weniger Wochen vollumfänglich abheile. Spätestens 12 Wochen nach einer Prellung, auch wenn es indirekt zu einer Distorsion der Schulter gekommen wäre, sei davon auszugehen, dass die Unfallfolgen abgeheilt seien. Bereits 1,5 Monate nach dem Trauma hätten während dem MRI nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit Unfallfolgen bestätigt werden können. 6.12 Dr. med. H.\_\_\_\_ bestätigte im Bericht vom 12. Juni 2017 (Suva-Nr. 72) die bereits im Bericht vom 23. Februar 2017 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) ausgewiesenen Diagnosen. Es erfolge eine schmerztherapeutische Behandlung bei Dr. med. K.\_\_\_\_. Leider nur kurzfristiger Infiltrationserfolg nach der Kortikoidinfiltration vor vier Wochen. Aktuell bestehe ein praktisch unveränderter Zustand. Befund: Schulter rechts mit global eingeschränktem aktivem Bewegungsumfang, aktuell etwa 20 ° Kegel. Es sei keine Röntgenuntersuchung durchgeführt worden. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 %. Beurteilung: Insgesamt leider sehr ungünstiger Verlauf nach arthroskopischer subakromialer Dekompression und Bizepsentomie bei irreparabler Manschettenruptur. Die Beschwerdeführerin gebe einen Schmerz Score VAS von 10 an, welcher nicht klar nachvollziehbar sei. Aufgrund des Defekts der Rotatorenmanschette müsste einerseits ein Sehnentransfer diskutiert werden.

Von der allfälligen Implantation einer inversen Schulterprothese sei der Beschwerdeführerin aufgrund des doch für diese Massnahmen sehr jungen Alters zum jetzigen Zeitpunkt klar abgeraten worden. Um die Schmerzsituation adäquat in den Griff zu bekommen, sei der Beschwerdeführerin Dr. med. K. \_\_\_ zur schmerztherapeutischen Beurteilung und Therapie zugewiesen worden. 6.13 Dr. med. C. \_\_\_ hielt im Bericht vom 3. Juli 2017 (Suva-Nr. 79) fest, er sehe in Bezug auf die Verfügung der Beschwerdegegnerin Fehler in der Anamnese des Aussendienstes, die zu einer Fehlinterpretation des Geschehens durch den ärztlichen Dienst geführt hätten. Aufgrund der sprachlichen Hürden sei dies aber teilweise nachvollziehbar. Er habe deshalb heute nochmals ausführlichst mit der Beschwerdeführerin und deren Ehemann den Unfallhergang rekonstruiert. 1. Es sei anzumerken, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfall in diesem Arm völlig schmerzfrei und voll arbeitsfähig gewesen sei. 2. In der «ärztlichen Beurteilung» stehe am 28. März 2017 «Aussendienstbericht». Leider sei diese Befragung nicht «aussen», sondern im Büro der Beschwerdegegnerin durchgeführt worden, sonst hätte die Beschwerdeführerin das «Corpus delicti» zeigen können, das zu einer solch gravierenden Fehlinterpretation durch sprachliche Missverständnisse geführt habe. Daher zuerst der Beschrieb des normalen Arbeitsablaufs: Die Beschwerdeführerin arbeite in der Pulverbeschichtung. Dort würden zu beschichtende Gegenstände an circa 25 kg schwere «Trageschienen» gehängt und mit diesen durch die Beschichtungsanlage geführt. Nach dem Abschluss würden die Gegenstände abgehängt, danach (jetzt erfolge der Unfall) die nun verschmutzten Trageschienen abgehängt und in einen grossen Korb gestellt, in dem sie zum Vorbereiten des erneuten Gebrauchs in die Ablaugmaschine gefahren würden. Diese Körbe würden weit über 100 kg wiegen und würden nicht getragen. Beim Vorgang, diese circa 25 kg schweren Trageschienen in den Korb zu legen, sei eine solche ausgerutscht und gegen den Arm der Beschwerdeführerin geschlagen, der dadurch abrupt stark nach unten gerissen worden sei. Dieser Vorgang und die beteiligten Trageschienen seien offensichtlich durch die Aussendienstmitarbeiterin sprachlich missverstanden worden. Die ganze Berechnung durch Dr. med. D. \_\_\_ mit dem Schluss, es habe sich um circa 5 kg gehandelt, sei damit hinfällig und habe zur Fehlinterpretation des Unfallmechanismus und der dabei wirkenden Kräfte geführt. 3. Im Bericht sei immer wieder vom traumatisierten Unterarm die Rede. Die Beschwerdeführerin habe jedoch immer nur Schmerzen im Oberarm, insbesondere im Deltoideus und um das Schultergelenk gehabt, nie im Vorderarm. Das initiale Hämatom habe den Bereich von Mitte Oberarm bis Ellbogen umfasst. 4. Die Verzögerung initial rühre daher, dass die Beschwerdeführerin zuerst wegen dem Unfall gar keine Arbeitsunfähigkeit beansprucht habe, sondern möglichst habe weiterarbeiten wollen und daher soweit möglich dissimuliert habe. Auch jetzt klage sie bei jeder Konsultation, sie wolle unbedingt arbeiten, die Arbeit fehle ihr sehr. Angesichts dieser doch relevanten Differenzen in der Interpretation der Kraftverhältnisse beim Trauma werde um eine erneute Beurteilung des Falls und weitere Übernahme der Unfallkosten gebeten. Gleichzeitig werde der Operateur Dr. med. H. \_\_\_ um seine Beurteilung aus orthopädisch-traumatologischer Sicht unter Berücksichtigung des Operationsbefunds gebeten. 6.14 Dr. med. H. \_\_\_ nahm im Bericht vom 17. Juli 2017 (Suva-Nr. 85) Bezug auf die Einsprache, die die Beschwerdeführerin gegen die Verfügung eingelegt habe. Sie habe anamnestisch klar und eindeutig angegeben, bis zum Unfallereignis vom 20. Oktober 2016 (Schlag eines etwa 25 kg schweren Gegenstandes auf ihren Oberarm) seitens der Schulter und des rechten Armes beschwerdefrei gewesen zu sein. Anlässlich des operativen Eingriffs vom 10. Januar 2017 habe sich eine grosse Rotatorenmanschettenruptur mit Retraktion der Sehne bis hinter

den Glenoidrand bei perioperativ mässiger bis schlechter Sehnen-Qualität gezeigt (ausreissen des Instruments beim Versuch der Sehnenretraktion bis an den Ansatz). Unter Berücksichtigung der Anamnese / subjektiven Patientenaussage sowie der perioperativen Befunde sei mit einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Sehne im Rahmen des Traumas vollständig transmural gerissen sei, wobei die mässige Sehnenqualität und das Retraktions-Ausmass eine gewisse Vorschädigung der Sehne vermuten lasse.

6.15 Im Bericht vom 20. Juli 2017 (Suva-Nr. 86) bestätigte Dr. med. H.\_\_\_\_ die bereits zuvor im Bericht vom 23. Februar 2017 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) erstmals ausgewiesenen Diagnosen erneut. Es erfolgten zurzeit eine ambulante Physiotherapie und eine schmerztherapeutische Behandlung bei Dr. med. K.\_\_\_\_. Die Beschwerdeführerin komme nochmals zu einer klinischen Kontrolle. Mittlerweile sei eine schmerztherapeutische Konsultation erfolgt, die Beschwerdeführerin nehme zusätzlich Palexia. Unter dieser Therapie subjektiv etwas Besserung der Beschwerdesymptomatik. Es sei keine Röntgenuntersuchung durchgeführt worden. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 %. Die physiotherapeutischen Massnahmen seien fortzusetzen. Weitere Optimierung der analgetischen Therapie durch Dr. med. K.\_\_\_\_. In sechs Wochen finde eine Kontrolle statt.

6.16 Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesie FMH, L.\_\_\_\_, Schmerztherapie, bestätigte im Bericht vom 5. Oktober 2017 (Suva-Nr. 103) die bereits von Dr. med. H.\_\_\_\_ im Bericht vom 23. Februar 2017 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) festgestellten Diagnosen. Er habe die Beschwerdeführerin erstmals am 21. Juni 2017 in seiner Sprechstunde gesehen. Befund: Globaler immobilisierender Schulterschmerz rechts, Abduktion bis 20 ° aktiv bis 40 ° passiv möglich. Schmerzlokalisierung anterior, subakromial und diffus im deltoideus. Analgetika seien kaum wirksam, einzig eine Kombination der Präparate Paracetamol und Novalgin bringe eine geringfügige Erleichterung. Prozedere und Verlauf: Die Analgesie werde um das Präparat Palexia erweitert, leider auch nach Anheben der Tagesdosis bis auf 200 mg ohne nennenswerten Erfolg. Parallel dazu werde mit Akupunktur versucht weiterzukommen, da auch hier zunächst ohne Fortschritte, sei bereits erwogen worden, die Behandlung ergebnislos abzubrechen. Erfreulicherweise habe die Beschwerdeführerin anlässlich der letzten Konsultation am 27. September 2017 erstmals von einer leichten Besserung ihrer Beschwerden berichtet. Es sei daher vereinbart worden, die Behandlung vorerst fortzusetzen.

6.17 In dem durch die Krankentaggeldversicherung F.\_\_\_\_ in Auftrag gegebenen Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, vom 9. November 2017 (Suva-Nr. 105) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 12): – Status nach Kontusion und Tractionsverletzung des rechten Armes vom 20. Oktober 2016 mit vollständiger transmuraler Ruptur des Supraspinatus, Retraktion bis auf Höhe des Glenoids (Patte 3), Muskelatrophie und fettiger Degeneration Goutallier II-III, sowie Tendinopathie des Infraspinatus und hypertropher AC-Arthrose – Ausgeprägt posttraumatische verminderte Belastbarkeit des rechten Armes zufolge Dauerschmerzen in der Schulter, massiver Bewegungseinschränkung und Kraftverminderung, sowie erheblichen trophischen Störungen – Verdacht auf traumatisch bedingte Plexuspathologie rechts mit deutlichen Sensibilitätsstörungen im ganzen rechten Arm – Verdacht auf CRPS der rechten Schulter und des rechten Armes (Complex regional pain syndrome) resp. Algodystrophie – Depressiv gefärbte Grundstimmung als Folge des protrahierten Verlaufs ohne ersichtlichen Ausweg Der schwerwiegende posttraumatische Zustand an der rechten Schulter vom 20. Oktober 2016 mit der Rotatorenmanschettenruptur, den trophischen Störungen am rechten Arm, dem möglichen CRPS und der allfälligen Plexuspathologie beeinflussten die Arbeitsfähigkeit (S. 13). Die subjektiv beklagten Beschwerden könnten voll umfänglich

objektiviert werden. Prognose: Aufgrund der irreparablen Rotatorenmanschettenruptur mit der massiven Bewegungseinschränkung, den starken Schmerzen und der Kraftverminderung sowie der erheblichen trophischen Störungen am rechten Arm bei möglichem CRPS sei die Prognose aktuell sehr ungünstig. Erschwerend wirke sich dabei auch noch die nicht auszuschliessende Plexusproblematik rechts aus. Die Beschwerdeführerin werde so nicht mehr arbeitsfähig und es könne sich aus der Schulterpathologie eine Cuff-Arthropathie mit Omarthrose entwickeln. Wichtig wäre das weitere Procedere, sei es abklärungsmässig oder therapeutisch (S. 14). Die rein orthopädische Problematik bestehe in der irreparablen Rotatorenmanschettenruptur mit Muskelatrophie und fettiger Degeneration. Die therapeutische Lösung bestünde im Einsetzen einer inversen Schulterprothese rechts. Diese Massnahme wäre auch bei Berücksichtigung des Alters der Beschwerdeführerin zu verantworten, da sie die einzige Möglichkeit darstelle, um die Lebensqualität zu verbessern. Allerdings sei bei der jetzigen trophischen Störung im Sinne einer Algodystrophie resp. CRPS ein operativer Eingriff kontraindiziert. Dieser könne erst nach Besserung resp. Abklingen der Problematik durchgeführt werden. Verdacht auf Plexusproblematik: Empfehlung einer neurologischen Abklärung. Verdacht auf CRPS resp. Algodystrophie: Es handle sich um eine übermässige Entzündungsreaktion bei Verletzungen oder nach Operationen mehrheitlich der oberen Extremität. Die Problematik befinde sich bei der Beschwerdeführerin in einer späteren Phase: Unverhältnismässig starke und lang andauernde Schmerzen; kalter Schweiß auf der betroffenen Extremität; Durchblutungsstörungen wie Schwellungen und Hautverfärbungen; Gelenkschmerzen bei jeder Bewegung und zeige eine ausgeprägte Funktionseinschränkung. Es sei eine Abklärung notwendig, die Behandlung sei ausserordentlich schwierig und müsse interdisziplinär erfolgen: Hausarzt, Orthopäde, Schmerztherapeut, Physiotherapie, Ergotherapie, evtl. psychologische Begleitung. Evtl. stationäre Behandlung. Es handle sich um Unfallfolgen bei einem asymptomatischen Vorzustand und die Beschwerdegegnerin sollte den Fall unbedingt nochmals prüfen, da der Unfallmechanismus nicht korrekt protokolliert worden sei. 6.18 Dr. med. D. \_\_\_ hielt in seiner ärztlichen Beurteilung vom 7. März 2018 (Suva-Nr. 107) Folgendes fest: Bevor er noch einmal auf den Unfallhergang und die Veränderungen an der Rotatorenmanschette eingehe, verweise er auf die Sachverhaltsabklärung. Insgesamt gebe es Widersprüche und die Sachverhaltsabklärung sei juristisch zu klären. Es sei aber festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin an der Besprechung vom 28. März 2017 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) den Sachverhalt unterzeichnet und somit bestätigt habe. Die Beschwerdeführerin bestätige unterschriftlich, dass sie einen schätzungsweise 20 kg schweren Korb voll Metallteile vom Tisch bis auf Brusthöhe heben könne. Dies widerspreche grundlegend dem Schreiben des Hausarztes. Dieser gehe von einem Korb aus, welcher über 100 kg schwer sei und somit nicht gehoben werden könne. Es würden im Aussendienstbericht Beschwerden am Unterarm und etwas geringer an der Schulter dokumentiert. Am Unterarm hätten sich die Beschwerden zurückgebildet und es sei eine grosse Prellmarke verblieben. Die Schulterbeschwerden hätten persistiert und die Schmerzen seien stärker geworden. Es sei keine Aufgabe der Mediziner zu beurteilen, welcher Sachverhalt als glaubwürdig gewertet werde. Es werde nach den nun folgenden allgemeinen Ausführungen zu Rotatorenmanschettendegenerationen aber auf beide Sachverhalte eingegangen (S. 2). Fallbetrachtung im Speziellen: Hinsichtlich der Unfallhergänge sei festzuhalten, dass entweder ein Schlag an / auf den Unterarm bzw. an den Oberarm erfolgt sei. Gemäss Beschreibung des Hausarztes sei es zu einem Hämatom am distalen Oberarm / Ellbogen gekommen. Durch die behandelnden Ärzte werde ein

Aufprall durch ein 25 kg schweres Metallstück im Bereich des Oberarmes dokumentiert. Ein Aufprall im Bereich des Oberarms habe zu einer Prellung geführt. Das Metallstück könne sich nicht am Oberarm festhaken, dass es zu einem abrupten Reißen am Arm komme. Dies wäre sogar beim dokumentierten Unfallhergang gemäss Aussendienstbericht noch eher möglich gewesen. Es werde hierzu auf die eigene Stellungnahme vom Juni 2017 verwiesen (vgl. E. II. 6.11 hiervor). Damals habe er festgehalten, dass bei gebeugtem Unterarm der herunterfallende Gegenstand gegen den Unterarm primär zu einer Streckung des Unterarmes führe. Des Weiteren rutsche der Gegenstand am Unterarm ab. Wenn nun der Unterarm fix nicht streckbar gewesen wäre, wäre es durch einen Aufprall von oben zu einer leichten Traktion gekommen. Dies werde aber vor allem durch die behandelnden Ärzte verneint. Auch sei eine Fixierung des Unterarmes nicht erw. nt. Wie schon geschrieben, gleite ein anprallender Gegenstand an den Oberarm ab. Insofern sei eine Traktion, wie sie mehrfach diskutiert werde, biomechanisch nicht nachvollziehbar. Insofern sei der Unfallhergang ungeeignet, eine Zerreissung der Rotatorenmanschette herbeizuführen. Unabhängig des Unfallhergangs sei von einer erheblichen Degeneration der Rotatorenmanschette auszugehen. Eine Retraktion nach Patte III (Retraktion über das Glenoid) sei nur bei vollständiger Ruptur der Sehne möglich, d.h. bei einer partiellen Läsion einer Sehne könne die Sehne nicht über das Glenoid retrahiert sein. Bis sich die Retraktion ausgebildet habe, seien zudem mehrere Monate notwendig. Insofern sei die Aussage des operierenden Orthopäden, dass durch das Anpralltrauma die Sehne vollständig gerissen sei, wissenschaftlich nicht zu begründen. Es könne sich innerhalb von 1,5 Monaten auch keine ausgeprägte Muskelverfettung, welche durch den orthopädischen Gutachter als Goutallier II-III eingestuft worden sei, ausbilden. Insofern sei auch aufgrund der medizinischen Dokumentation des Schadens eine richtunggebende Verschlimmerung eines vorbestehenden Verschleissleidens nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Schlussendlich werde durch die behandelnden Ärzte die Kausalität aufgrund der Beschwerdefreiheit vor dem Ereignis begründet (post hoc ergo propter hoc). Eine Kontusion heile innerhalb weniger Wochen ab. Schulterbeschwerden könnten auch ohne Trauma aufgrund des dokumentierten Verschleissleidens begründet werden. Zusammenfassend sei angesichts der dokumentierten Sachverhaltsbeschreibungen durch die Ärzte kein geeigneter Unfallmechanismus bestätigt. Es sei aufgrund der Bildgebung und des intraoperativen Befunds von einem Verschleissleiden auszugehen, da unter anderem in der kurzen posttraumatischen Phase eine entsprechende Retraktion nicht eintreten könne. Eine richtunggebende Verschlimmerung sei nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen, da von einem Kontusionstrauma des Oberarmes oder Unterarmes ausgegangen werden könne, welches innerhalb weniger Wochen vollständig abheile und keine geeignete Kraftübertragung auf die Schulter biomechanisch erkläre (S. 7). 7. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin im Wesentlichen unter Beschwerden an ihrer rechten oberen Extremität leidet. Demzufolge ist einzig der somatische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin beeinträchtigt. In Bezug auf die psychische gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin finden sich in den vorliegenden medizinischen Akten mit Ausnahme der durch Dr. med. G. \_\_\_ im Rahmen seines Gutachtens vom 9. November 2016 (vgl. E. II. 6.17 hiervor) diagnostizierten «depressiv gefärbten Grundstimmung als Folge des protrahierten Verlaufes ohne ersichtlichen Ausweg» keine Anhaltspunkte. Diese Diagnosestellung vermag indes nicht zu überzeugen, da sich Dr. med. G. \_\_\_ auf das medizinische Fachgebiet der Orthopädischen

Chirurgie spezialisiert hat und daher seiner festgestellten psychiatrischen Diagnose kaum Beweiswert zukommt. Ausserdem macht die Beschwerdeführerin selbst keine Einschränkungen ihrer psychischen Gesundheit geltend. Aufgrund der vorliegenden Akten ist zudem der Sachverhalt aus medizinisch-diagnostischer Sicht im Wesentlichen unbestritten. So hat die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 20. Oktober 2016 hauptsächlich über Schmerzen im rechten Oberarm geklagt. Aufgrund der erst ungefähr anderthalb Monate später durchgeführten bildgebenden Untersuchung mittels MR-Arthroskopie vom 8. Dezember 2016 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) konnten sowohl eine transmurale Ruptur, als auch ein Abriss der Supraspinatussehne mit deutlicher Sehnenretraktion sowie eine deutliche Tendinopathie der Infraspinatussehne, eine hypertrophe AC-Arthrose und leichte Chondromalazie des Humeruskopfs kaudal bildgeberisch objektiviert werden. Der am 10. Januar 2017 durchgeführte operative Eingriff mittels Arthroskopie der Schulter rechts, Bizepstendinopathie und subacromialer Dekompression mit komplikationslosem Verlauf (vgl. E. II. 6.4 hiervor) und die zunehmend aktive Physiotherapie (vgl. E. II. 6.4 und 6.6 hiervor) führten nicht zu einer wesentlichen Verbesserung der Schmerzproblematik. Daher fand am 12. Mai 2017 eine subacromiale Infiltration (vgl. E. II. 6.10 hiervor) statt, welche indes nur zu einer kurzfristigen Verbesserung der Schmerzproblematik führte, so dass bereits im Bericht vom 12. Juni 2017 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) wieder von einem praktisch unveränderten Zustand berichtet wurde. Der behandelnde Orthopäde qualifizierte die Schmerzangabe der Beschwerdeführerin gemäss Schmerz Score VAS von 10 als «nicht klar nachvollziehbar». Aufgrund der weiterhin persistierenden Schmerzen wurde auch die Möglichkeit einer Implantation einer inversen Schulterprothese diskutiert, wobei der behandelnden Orthopäde Dr. med. H. \_\_\_ aufgrund des für diesen Eingriff noch sehr jungen Alters der Beschwerdeführerin im Bericht vom 12. Juni 2017 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) von einer solchen abriet. Eine andere Meinung vertrat demgegenüber der orthopädische Gutachter Dr. med. G. \_\_\_, der anlässlich seiner Begutachtung vom 9. November 2017 (vgl. E. II. 6.18 hiervor) darauf hinwies, das Einsetzen einer Schulterprothese stelle die einzige Möglichkeit dar, die Lebensqualität der Beschwerdeführerin zu verbessern, wobei dieser Eingriff auch unter Berücksichtigung des Alters der Beschwerdeführerin verantwortbar sei. 8. Zu prüfen ist zunächst, ob die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid vom 19. März 2018 (A.S. 1 f.) zu Recht auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. D. \_\_\_ vom 7. März 2018 (vgl. E. II. 6.18 hiervor) abgestellt hat (A.S. 9 f.): 8.1 Die ärztliche Beurteilung von Dr. med. D. \_\_\_ ist für die streitigen Belange umfassend, ist in Kenntnis der vorhandenen Vorakten abgegeben worden und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet ebenfalls ein (vgl. E. II. 3.4 hiervor): So legte Dr. med. D. \_\_\_ zunächst in generell-abstrakter Weise dar, dass es aufgrund der vorliegenden Akten in Bezug auf den Unfallhergang Widersprüche gebe und diese juristisch zu klären seien (Suva-Nr. 107 S. 2). Diese kreisärztliche Darlegung ist aufgrund der sich präsentierenden Akten nachvollziehbar. Denn diesen ist zu entnehmen, dass es in Bezug auf das Ereignis vom 20. Oktober 2016 unterschiedliche Angaben gibt. So ist zum einen dem Aussendienstbericht vom 28. März 2017 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 20. Oktober 2016 mit einer Arbeitskollegin einen schätzungsweise 20 kg schweren Korb voll mit Metallteilen vom Tisch auf Brusthöhe heben müssen, dieser aber auf dem Tisch nicht gut positioniert worden sei, so dass ein schweres Metallteil auf den rechten Unterarm der Beschwerdeführerin geprallt und dieser daraufhin nach unten gerissen worden sei. Zum anderen präsentiert sich das Geschehen vom 20. Oktober 2016

anlässlich des Berichts von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 3. Juli 2017 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) wie folgt: Beim Vorgang, eine circa 25 kg schwere Trageschiene in einen Korb zu legen, sei diese ausgerutscht und gegen den Arm der Beschwerdeführerin geschlagen. Dieser sei dadurch abrupt stark nach unten gerissen worden. Es wurde zudem darauf hingewiesen, dass die Körbe weit über 100 kg wiegen würden, weshalb diese nicht getragen werden könnten. Es kann daher den Ausführungen des Kreisarztes gefolgt werden, wonach zum einen vom Heben eines schätzungsweise 20 kg schweren Korbes voll Metallteile vom Tisch auf Brusthöhe und zum anderen von einem Korb von über 100 kg die Rede sei, der nicht gehoben werden könne. Folglich ist betreffend den sich am 20. Oktober 2016 zugetragenen Sachverhalt von zwei Versionen auszugehen. Daher war es sinnvoll und nachvollziehbar, dass Dr. med. D.\_\_\_\_ ausführte, er werde auf beide Sachverhalte eingehen (Suva-Nr. 107 S. 2). Auch seine weitere Darlegung, wonach hinsichtlich des Unfallhergangs festzuhalten sei, dass entweder ein Schlag an / auf den Unterarm bzw. den Oberarm erfolgt sei, leuchtet einerseits gestützt auf die eben beschriebenen Unfallhergänge ein. Andererseits überzeugt diese Ausführung auch, weil der Kreisarzt daraufhin ausführte, dass es gemäss der Beschreibung des Hausarztes zu einem Hämatom am distalen Oberarm / Ellbogen gekommen sei. Diese Einschätzung erweist sich unter Heranziehung des hausärztlichen Berichts vom 3. Juli 2017 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) als korrekt. So wurde in diesem festgehalten, das initiale Hämatom habe den Bereich von Mitte Oberarm bis Ellbogen umfasst. Da die behandelnden Ärzte einen Aufprall durch ein 25 kg schweres Metallstück im Bereich des Oberarms beschrieben, ist die Einschätzung des Kreisarztes plausibel, wonach ein Aufprall im Bereich des Oberarms zu einer Prellung führe; das Metallteil könne sich nicht so am Oberarm festhaken, dass es zu einem abrupten Reißen am Arm kommen könne (Suva-Nr. 107 S. 7). Ein solcher Ablauf wäre gemäss Dr. med. D.\_\_\_\_ sogar noch eher beim dokumentierten Unfallhergang gemäss dem Aussendienstbericht möglich. Diese Beurteilung ist schlüssig, da der Kreisarzt in diesem Zusammenhang auf seine Stellungnahme vom Juni 2017 verwies, in welcher er festgehalten habe, dass der herunterfallende Gegenstand gegen den gebeugten Unterarm primär zu einer Streckung des Unterarms führe. Diese Ausführungen erweisen sich unter Heranziehung des entsprechenden Berichts vom 9. Juni 2017 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) als korrekt. In Bezug auf die Möglichkeit, dass der Unterarm fix und nicht streckbar gewesen wäre (Suva-Nr. 107 S. 7), hielt der Kreisarzt weiter überzeugend fest, es wäre solchenfalls durch den Aufprall von oben zu einer leichten Traktion gekommen, was indes vor allem durch die behandelnden Ärzte verneint werde. Zudem sei eine Fixierung des Unterarms auch nicht erwähnt. Diesen kreisärztlichen Einschätzungen kann gefolgt werden. So finden sich in den vorliegenden Akten keine Hinweise darauf, dass sich der Arm der Beschwerdeführerin beim Unfallereignis vom 20. Oktober 2016 nicht hätte beugen lassen. So wurde im Aussendienstbericht vom 28. März 2017 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) festgehalten, dass der rechte Unterarm durch das Anprallen des schweren Metallteils «niedergerissen» worden sei. Auch der Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ legte in seinem Bericht vom 3. Juli 2017 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) dar, der Arm der Beschwerdeführerin sei durch das Anschlagen der Trageschiene abrupt stark «nach unten gerissen» worden. Daher ist der allgemein gehaltenen Einschätzung des Kreisarztes zu folgen, wonach ein anprallender Gegenstand am Oberarm abgleite und daher eine Traktion biomechanisch nicht nachvollziehbar sei. Es überzeugt deshalb im Weiteren auch die daraus gezogene Schlussfolgerung, wonach der Unfallhergang ungeeignet sei, eine Zerreißen der Rotatorenmanschette herbeizuführen (Suva-Nr. 107 S. 7). Dies u.a. auch wegen der substanziierten Auseinandersetzung des

Kreisarzt mit den betreffend eine Verursachung der Rotatorenmanschettenruptur geeigneten bzw. ungeeigneten Unfallmechanismen (vgl. Suva-Nr. 107 S. 5 f.). Die anschliessende Darlegung, wonach unabhängig vom Unfallhergang von einer erheblichen Degeneration der Rotatorenmanschette auszugehen sei (Suva-Nr. 107 S. 7), kann gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten ebenfalls nachvollzogen werden. So weist v.a. Dr. med. H.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 17. Juli 2018 (Suva-Nr. 85) auf eine Vorschädigung der Sehnen hin. Zudem wurden bereits anlässlich der MR-Arthrographie vom 8. Dezember 2016 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) degenerative Veränderungen im Sinne einer deutlichen Tendinopathie der Infraspinatussehne und einer hypertrophen AC-Arthrose dokumentiert. Im Weiteren hielt der Kreisarzt Dr. med. D.\_\_\_\_ in Bezug auf die in den medizinischen Vorakten ausgewiesene Retraktion nach Patte III (Retraktion über das Glenoid) in schlüssiger Weise fest, diese sei nur bei einer vollständigen Ruptur der Sehne möglich, d.h. bei einer partiellen Läsion der Sehnen könne die Sehne nicht über das Glenoid retrahiert sein. Bis sich diese Retraktion ausgebildet habe, seien zudem mehrere Monate notwendig. Deshalb erscheint die Beurteilung des Kreisarztes plausibel, wonach die Aussage des operierenden Orthopäden, dass durch das Anpralltrauma die Sehne vollständig gerissen sei, wissenschaftlich nicht zu begründen sei (Suva-Nr. 107 S. 7). Da sich der Kreisarzt eingehend mit medizinischen Lehrmeinungen auseinandersetzte, erweist sich auch seine weitere Ausführung, wonach sich innerhalb von 1,5 Monaten keine ausgeprägte Muskelverfettung, die durch den orthopädischen Chirurgen als Goutaillier II-III eingestuft worden sei, ausbilden könne. Dies leuchtet ein, da er im Weiteren festhielt (S. 4), beim Menschen werde eine fettige Infiltration in der Bildgebung erst erkennbar, wenn die Symptome länger als sechs Monate andauern würden. Da bereits circa 1,5 Monate nach dem Unfallereignis bei der durchgeführten MR-Arthrographie vom 8. Dezember 2016 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) entsprechende Befunde festgestellt werden konnten, kann folglich nicht von einer unfallbedingten Muskelverfettung ausgegangen werden. Deshalb überzeugt die anschliessende Ausführung des Kreisarztes, wonach auch aufgrund der medizinischen Dokumentation des Schadens nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine richtunggebende Verschlimmerung eines vorbestehenden Verschleissleidens anzunehmen sei (Suva-Nr. 107 S. 7). Schulterbeschwerden könnten auch ohne Trauma aufgrund des dokumentierten Verschleissleidens begründet werden. Aufgrund dieser Beurteilung ist insgesamt auch der kreisärztlichen Zusammenfassung des Kreisarztes zu folgen (Suva-Nr. 107 S. 7 unten), wonach aufgrund der Bildgebung und des intraoperativen Befunds von einem Verschleissleiden auszugehen sei, da u.a. in der kurzen posttraumatischen Phase eine entsprechende Retraktion nicht hätte eintreten können. Eine richtunggebende Verschlimmerung sei nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen, da von einem Kontusionstrauma des Ober- oder Unterarms ausgegangen werden könne, welches innerhalb weniger Wochen vollständig abheile und eine geeignete Kraftübertragung auf die Schulter biomechanisch nicht erklärt sei. Diese Beurteilung vermag auch aufgrund der medizinischen Erfahrungstatsache einzuleuchten, wonach Prellungen (Kontusionen), Verstauchungen oder Zerrungen (Distorsionen) ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden. Dem kreisärztlichen Bericht Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 7. März 2018 kommt somit grundsätzlich Beweiswert zu.

8.2 In Bezug auf die unter II. E. 8.1 hiervor dargelegte Kausalitätsbeurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_, welche er im Übrigen bereits in seiner ärztlichen Beurteilung vom 9. Juni 2017 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) vertrat, lässt sich der vorliegenden medizinischen Aktenlage keine

anderslautende Einschätzung entnehmen, welche geeignet wäre, auch nur relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Argumentation zu wecken. So entsprechen die Einschätzungen des behandelnden Hausarztes Dr. med. C.\_\_\_\_ sowie des behandelnden orthopädischen Chirurgen Dr. med. H.\_\_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin vor dem Unfall im rechten Arm völlig schmerzfrei gewesen sei (vgl. E. II. 6.14 f. hiervor), dem Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», der für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung nicht massgebend ist: Nach dessen Bedeutung gilt eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_744/2013 vom 10. Januar 2014 E. 3.2 mit Hinweisen). Daher vermögen die Beurteilungen der Kausalität durch Dres. med. C.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ vom 3. Juli und 27. August 2017 nicht zu überzeugen und insbesondere die Einschätzung der Kausalität von Dr. med. D.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen. Es kommt hinzu, dass Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten ohnehin mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Ähnlich verhält es sich auch in Bezug auf das Gutachten vom 9. November 2017 von Dr. med. G.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 6.17 hiervor). So hielt dieser einzig fest, es handle sich um Unfallfolgen bei einem asymptomatischen Vorzustand. Eine weitergehende und substantiierte Auseinandersetzung mit der Herleitung der gesundheitlichen Beschwerden betreffend das Unfallereignis vom 20. Oktober 2016 findet sich indes im Gutachten nicht. In diesem wurden auch die durch den Kreisarzt Dr. med. D.\_\_\_\_ verfassten ärztlichen Berichte nicht miteinbezogen. So wurden diese weder unter dem Titel «jetziges Leiden» aufgeführt (Suva-Nr. 105 S. 3 ff.) noch nahm der Gutachter andernorts zu dieser Stellung. Daher vermag dieses Gutachten die beweismässigen Ausführungen im kreisärztlichen Bericht nicht zu schmälern.

8.3 Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe den Sachverhalt des Unfallereignisses vom 20. Oktober 2016 nicht korrekt abgeklärt. So habe sie es insbesondere unterlassen, vom Arbeitgeber einen Arbeitsplatzbescheid einzuholen, eine Abklärung vor Ort und eine Befragung der am Unfallereignis beteiligten Arbeitskollegin durchzuführen. Die Beschwerdegegnerin liess der Beschwerdeführerin einen Fragebogen zukommen, den diese am 9. Januar 2017 ausfüllte und unterzeichnete (vgl. E. II. 6.3 hiervor), und holte bei der Arbeitgeberfirma eine «Arbeitsplatzbeschreibung» ein, die vom 16. Februar 2017 datiert (vgl. E. II. 6.5 hiervor). Weiter fand am 23. März 2017 in einem Büro der Beschwerdegegnerin eine Besprechung der Beschwerdeführerin und ihres Ehemanns mit der Aussendienstmitarbeiterin J.\_\_\_\_ statt, auf der eine detaillierte und durch die Beschwerdeführerin unterzeichnete Beschreibung des Unfallhergangs basiert (vgl. E. II. 6.7 hiervor). Es kann daher nicht gesagt werden, die Beschwerdegegnerin habe keine entsprechenden Abklärungen durchgeführt oder sei unsorgfältig vorgegangen. Für die von der Beschwerdeführerin angegebenen sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten finden sich in den Akten nur wenige Anhaltspunkte. Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten vom 9. November 2017 (vgl. E. II. 6.17 hiervor) gar explizit fest, es hätten «keine sprachlichen Verständigungsprobleme» bestanden (Suva-Nr. 105 S. 8). Es ist allerdings nicht auszuschliessen, dass die Aussendienstmitarbeiterin einzelne Begriffe, wie beispielsweise «Korb», in einem anderen Sinn verstand, als sie gemeint waren. Jedenfalls ist die Schilderung des Unfallhergangs im Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 3. Juli 2017 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) mindestens ebenso plausibel wie die durch die Beschwerdeführerin unterzeichnete Version vom 23. März 2017. Für die Anspruchsbeurteilung ist diese Frage aber letztlich nicht entscheidend: Wie dargelegt, gelangte Dr. med. D.\_\_\_\_ mit

überzeugender und nachvollziehbarer Begründung zum Ergebnis, der Schlag eines – wenn auch schweren – Metallteils an den Oberarm sei noch weniger als der ursprünglich angenommene Vorgang (mit einem Schlag auf den Unterarm) geeignet, eine vollständige Ruptur der Supraspinatussehne zu bewirken. Seine diesbezüglichen Aussagen werden durch die unfallmedizinische Literatur gestützt. Diese nennt folgende potenziell geeignete Verletzungsmechanismen: Ein massives plötzliches Rückwärtsreißen oder Heranführen des Arms, wenn dieser zuvor fixiert war; Sturz aus der Höhe nach vorn und Festhalten mit der Hand oder Treppensturz und Festhalten mit der Hand am Geländer; ungeplantes Auffangen eines schweren, stürzenden Gegenstandes; Sturz auf den nach hinten ausgestreckten Arm mit Aufprall auf Hand oder Ellenbogen (vgl. Schönberger / Mehrrens / Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Berlin 2017, S. 432 f.). Ein derartiger Unfallhergang wird auch durch die behandelnden Ärzte nicht beschrieben. Von ergänzenden Abklärungen zum genauen Ablauf des Ereignisses kann daher abgesehen werden, weil keiner der zur Diskussion stehenden Verläufe im vorstehend umschriebenen Sinn geeignet ist, eine Ruptur der Supraspinatussehne zu bewirken. Die Beschwerdegegnerin hat demnach zu Recht festgehalten, es könne offen gelassen werden, wie sich der Unfall vom 20. Oktober 2016 im Detail tatsächlich zugetragen habe (A.S. 28 oben).

8.4 Somit hat sich die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 19. März 2018 zu Recht auf die ärztliche Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 7. März 2018 gestützt. 9. Aufgrund der vorangegangenen Erwägungen kann somit zusammenfassend davon ausgegangen werden, dass der Zustand, wie er sich auch ohne das Unfallereignis vom 20. Oktober 2016 eingestellt hätte, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit 12 Wochen später – folglich am 11. Januar 2017 – erreicht war. Daher handelt es sich bei den nach diesem Zeitpunkt beklagten Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich um Folgen des Unfallereignisses vom 20. Oktober 2016. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen aufgrund der voll beweismässigen ärztlichen Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 7. März 2018 wegen der fehlenden Unfallkausalität auf den Zeitpunkt der Verfügung vom 19. Juni 2017 hin aufgehoben hat. 10. Damit ist der Einspracheentscheid vom 19. März 2018 (A.S. 1 ff.) zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 11. Betreffend weitere Beweismassnahmen ist auf die Praxis des früheren EVG zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211). Da von weiteren Abklärungen betreffend den Unfallhergang keine weiterführenden Ergebnisse zu erwarten sind, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht von solchen abgesehen. 12. 12.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 12.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

## **E. 2**

Die Suva sei anzuweisen, den Unfallhergang vor Ort mit betroffenen Personen sachlich abzuklären, wonach dann erneut über die Unfallfolgen und die Dauer der Suva-Leistungspflicht zu entscheiden ist.

## **E. 3**

Auf jeden Fall ist festzustellen, dass der von der Versicherten präzierte Unfallhergang geeignet gewesen ist, weitreichendere unfallbedingte Folgen zu hinterlassen, als dies von der Suva behauptet wird.

#### **E. 4**

Alles unter Kostenfolge zu Lasten der Suva. 3. Mit Beschwerdeantwort vom 20. Juni 2018 (A.S. 26 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 4. Mit Replik vom 12. Juli 2018 (A.S. 31 ff.) hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. 5. Ein Doppel der Eingabe vom 7. August 2018 (A.S. 36), worin die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer umfassenden Duplik verzichtet und auf die Beschwerdeantwort vom 20. Juni 2018 verweist, geht mit Verfügung vom 8. August 2018 (A.S. 37) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdeführerin. 6. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

#### **E. 12**

12.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

12.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach widerkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Jäggi

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.