

SO_GERICHTE VSBES.2018.261 vom 11. Februar 2019

SO Obergericht, 2019-02-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.261_d20190211

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.261 du 11 février 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.261 del 11 febbraio 2019

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 22. März 2018 aufzuheben.

E. 2

2.1 Soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20]).

2.2 Die Unfallversicherung erbringt gemäss der ab 1. Januar 2017 geltenden Bestimmung Art. 6 Abs. 2 UVG ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: a. Knochenbrüche; b. Verrenkungen von Gelenken; c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse; e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen; h. Trommelfellverletzungen.

E. 3

3.1 Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. der Richter von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 263 und 282 E. 4a, 116 V 23 E. 3c S. 26 f. mit Hinweisen).

3.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). 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, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil

des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen, 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.). 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 Einspracheentscheids ■ vorliegend bis 24. Juli 2018 ■ mitzubersichtigen, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, Zürich, Basel, Genf 2015, 3. Aufl., Art. 52 ATSG N 60 mit weiteren Hinweisen).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers könne festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin das Ereignis vom 5. April 2017 als Unfall im Rechtssinn anerkannt und Leistungen erbracht habe. Sodann sei zur Beurteilung von Frau Dr. med. B. ___ der Suva-Versicherungsmedizin festzuhalten, dass der Bericht weder schlüssig noch nachvollziehbar begründet sei. Vielmehr werde auf die Vorerkrankung der anderen Schulter und das Alter des Beschwerdeführers verwiesen. Im Gegensatz zu ihrer Behauptung habe das MRI vom

E. 4

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers könne festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin das Ereignis vom 5. April 2017 als Unfall im Rechtssinn anerkannt und Leistungen erbracht habe. Sodann sei zur Beurteilung von Frau Dr. med. B. ___ der Suva-Versicherungsmedizin festzuhalten, dass der Bericht weder schlüssig noch nachvollziehbar begründet sei. Vielmehr werde auf die Vorerkrankung der anderen Schulter und das Alter des Beschwerdeführers verwiesen. Im Gegensatz zu ihrer Behauptung habe das MRI vom

E. 5

5.1 Da sich das Unfallereignis am 5. April 2017 ereignet hat, ist das ab 1. Januar 2017 geltende Recht anwendbar (vgl. Art. 118 Abs. 1 UVG / Übergangsbestimmungen). Zu prüfen ist demnach eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin unter dem Titel des Unfallereignisses nach Art. 6 Abs. 1 UVG und der unfallähnlichen Körperschädigung nach dem seit 1. Januar 2017 geltenden Art. 6 Abs. 2 UVG (vgl. E. II. 2.2 hiervoor). Art. 6 Abs. 2 UVG setzt voraus, dass eine Listenverletzung (d.h. eine der in der genannten Bestimmung aufgezählten Verletzungen) vorliegt. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist unter Sehnenrissen im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG auch die in casu unbestrittenermassen vorliegende Rotatorenmanschettenruptur zu subsumieren (Kaspar Gehring, KVG/UVG-Kommentar, 2018, N. 7 zu Art. 6 UVG; BGE 123 V 43 E. 2b; BGer v. 19.12.2016 8C_61/2016). Damit ist eine unfallähnliche Körperschädigung gegeben, womit nicht weiter zu prüfen ist, ob ein für die vorliegende Verletzung kausales Unfallereignis im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG vorliegt.

5.2 Die Regelung der unfallähnlichen Körperschädigungen wurde wie erwähnt per 1. Januar 2017 ins UVG übernommen. Bis dahin war sie in der Verordnung (aUVV 9 Abs. 2) geregelt. Die zur Verordnungsbestimmung entwickelte Praxis sah vor, dass mit Ausnahme der Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors die weiteren Voraussetzungen Elemente des Unfallbegriffs (insb. ein plötzliches, nicht beabsichtigtes Ereignis) auch bei unfallähnlichen

Körperschädigungen vorliegen mussten (BGE 129 V 466 mit Hinweis auf BGE 123 V 43). Die Rechtsprechung ist von der Notwendigkeit eines «sinnfälligen Ereignisses» ausgegangen, was sowohl für die Versicherten als auch die Unfallversicherer zu erheblichen Unsicherheiten geführt hat. In der seit 1. Januar 2017 geltenden neuen Regelung wird auf das Kriterium des äusseren Faktors verzichtet. Bei den in der Liste bezeichneten Körperschädigungen wird davon ausgegangen, dass eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Dieser kann sich aber von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er den Nachweis erbringt, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Zusatzbotschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 19. September 2014, BBl 2014, S. 7922).

6. Es ist gestützt auf die medizinischen Unterlagen somit zu prüfen, ob es der Beschwerdegegnerin in Umkehr der Beweislast gelingt nachzuweisen, dass die Rotatorenmanschettenruptur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Andernfalls wäre ihre Leistungspflicht im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG ohne weiteres zu bejahen. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang:

6.1 Im Bericht vom 27. Dezember 2017 (SA 6) stellte Dr. med. C.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, folgende Diagnosen:

Am 5. April 2017 sei der Beschwerdeführer gegen eine schwere Türe gestürzt, wobei er mit der rechten Schulter aufgeschlagen sei. Seither bestünden ausgeprägte Schmerzen vor allem bei kombinierten Abduktions- und Rotationsbewegungen sowie auch ausgeprägte nächtliche Schmerzen. Eine einmalige subacromiale Infiltration vom 15. September 2017 habe eine Besserung gebracht, welche ca. 6 Wochen angehalten habe. Als Befund hielt Dr. med. C.____ fest: «Knapp mögliche aktive Beweglichkeit mit dem ausgestreckten Ellbogen bei einer Flexion und Abduktion von 160°, dabei werde mit grosser Mühe ein schmerzhafter Bogen durchschritten (über dem flektierten Ellbogen problemlose Bewegung, aber erhebliche Schmerzen beim Herunterführen des Armes), AR 60°, Schürzengriff unter Schmerzen bis Dornfortsatz L1. Bei der Kraftprüfung erhebliche Schmerzangabe bei Belastung des Supraspinatus, diskrete Schmerzangabe bei Belastung des Subscapularis. Das Impingement-Zeichen ist mässiggradig positiv. Palpatorisch Druckdolenz über dem Tuberkulum majus. AC-Gelenksuntersuchung blande.» Bezüglich des durchgeführten Röntgens führte Dr. med. C.____ aus, konventionell radiologisch sei auf beiden Seiten der Ansatz des Ligamentu coracoacromiale an der Acromionunterfläche scharfkantig ossifiziert prädisponierend zu Impingement. Die Ultraschalluntersuchung der rechten Seite zeige eine scheinbar lediglich artikularseitig bestehende Partialruptur der Supraspinatussehne.

6.2 Die am 5. Januar 2018 durchgeführten MR- und Rö-Arthrographien (SA 14 S. 3) ergaben eine transmurale lineare Ruptur der Rotatorenmanschette im Rotatorenintervall am Vorderrand der Supraspinatussehne sowie eine mediale Subluxation der langen Bizepssehne mit tendinopathischer Signalalteration.

6.3 In seinem Bericht vom 22. Januar 2018 (SA 5) stellte Dr. med. C.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, folgende Diagnosen:

6.4 In der ärztlichen Aktenbeurteilung vom 28. Februar 2018 (SA 15) hielt Dr. med. B.____, Fachärztin für Chirurgie, Kreisärztin, Suva, Versicherungsmedizin, zur Beurteilung

fest, der Versicherte habe sich gemäss Schadenmeldung am 5. April 2017 eine Kontusion der rechten Schulter zugezogen, nachdem eine Baggertüre durch starken Wind zugeschlagen worden und gegen seine Schulter geprallt sei. Fünf Monate nach dem Ereignis seien eine radiologische und sonographische Abklärung durchgeführt worden, welche degenerative Veränderungen im Sinne einer Tendinopathie im Bereich der Supraspinatussehne und Subscapularissehne rechts gezeigt hätten. Zusätzlich habe sich eine Ansatzverkalkung im Bereich der Supraspinatussehne bei articularseitiger Partialruptur und AC-Gelenksarthrose gezeigt. Zusätzliche strukturelle Läsionen, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis zurückzuführen seien, könnten radiologisch nicht nachgewiesen werden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei es im Rahmen der Kontusion der rechten Schulter zu einer vorübergehenden Verschlimmerung vorbestehender degenerativer Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette und des AC-Gelenks gekommen. Gegen eine traumatologische Entstehung der Rotatorenmanschettenruptur sprächen der Unfallmechanismus mit direkter Kontusion, die positive Anamnese mit Vorerkrankung der anderen Schulter und das Alter des Versicherten, der nicht zeitnahe Arztbesuch sowie die radiologisch vorbestehenden degenerativen Veränderungen. Somit müsse davon ausgegangen werden, dass die Rotatorenmanschettenläsion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 5. April 2017 zurückzuführen sei. Kontusionierte Strukturen im Bereich der Schulter heilten vollständig im Verlauf von drei bis sechs Monaten aus. Die darüber hinaus geltend gemachten Beschwerden liessen sich auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich des Schultergelenkes und der Rotatorenmanschette zurückführen. Somit sei die vorgeschlagene Behandlungsmassnahme (Operation am 6. März 2018) ebenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 5. April 2017 zurückzuführen.

6.5 Dr. med. C. ___ führte in seinem Bericht vom 20. April 2018 (SA 30) aus, die Ablehnung der Suva inkl. der ausführlichen Begründung von Frau Dr. med. B. ___ sei für ihn nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer sei vor dem Unfallereignis von Seiten der rechten Schulter absolut beschwerdefrei gewesen und sei lediglich wegen degenerativen Beschwerden auf der linken Seite behandelt worden. Wenn ein 110 kg schwerer Patient mit voller Kraft auf eine Stahltüre aufpralle, handle es sich aus seiner Sicht um einen absolut adäquaten Unfallmechanismus (zusätzliche massive Abwehrreflexkräfte). Ebenso habe der intraoperative Befund eindeutig einer traumatischen Sehnenruptur entsprochen. Bei 50-jährigen Patienten seien degenerative Rupturen dieses Ausmasses ausgesprochen selten. Zusammenfassend unterstütze er vollumfänglich die Anfechtung des Patienten, aus seiner Sicht liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine traumatische Genese vor.

6.6 Dr. med. E. ___, Facharzt für Chirurgie, Suva, Versicherungsmedizin, führte in seiner chirurgischen Beurteilung vom 18. September 2018 (SA 40) aus, gemäss Literatur sei die Ätiologie der Risse im Wesentlichen multifaktoriell und altersabhängig. Gemäss O'Kane zeigten bereits 10 % der 50-59-Jährigen einen asymptomatischen Riss, was dem üblichen Alterungsprozess des Menschen zugeschrieben werde. Bezüglich des Verletzungsmechanismus sei festzuhalten, dass zur traumatischen Ruptur einer Supraspinatussehne nur Zugbelastungen geeignet seien: 1. Der Sturz auf den nach hinten ausgestreckten Arm, weil der Humeruskopf gegen die Rotatorenmanschette, die im anterioren Anteil keine knöcherne Überdachung habe, gedrückt werde. 2. Die passive Hyperextension des Armes, z. B. wenn man sich bei einem Sturz am Geländer einer Treppe

festhalte. Beim Sturz auf den nach vorne ausgestreckten Arm sei die Supraspinatussehne durch das kranial liegende Acromion geschützt, eine Zugbelastung durch die Überdachung der Sehnen könne nicht stattfinden. 3. Ebenfalls führten direkte Anpralltraumen nicht zu einer Verletzung der Rotatorenmanschette: Direkte Anpralltraumen (Sturz auf die Schulter, Sturz auf eine harte Kante, Anpralltrauma an scharfer Kante) könnten eine Rotatorenmanschette nicht verletzen. Die dabei entstehenden Hämatome und Kontusionen der Deltamuskulatur könnten aber schmerzhaft sein. Somit brauche es für eine Verletzung der Rotatorenmanschette eine Zugbelastung. Davon könne jedoch aufgrund des aktenmässig erstellten Unfallherganges keine Rede sein. Sodann hielt Dr. med. E. ___ fest, im Operationsbericht von Dr. med. C. ___ sei der Begriff «pulley» zwar nie vermerkt worden. Er schreibe: «Über der Subscapularissehne ist das ventrale Retinaculum deutlich ausgeweitet, die lange Bicepssehne ist anterior aufgerauht und subluzierend». Aufgrund dieser anatomischen Beschreibung mit der Bicepssehnen-subluxation sei dennoch davon auszugehen, dass mit dem ventralen Retinaculum das sog. pulley gemeint sei. Es erfolge deshalb im Folgenden die Literaturdarstellung zur sog. pulley-Läsion. Zwischen diesen beiden Sehnen (Supraspinatus und Subscapularis) liege das sog. Rotatorenintervall: Dieses beinhalte mit dem superioren glenohumeralen Ligament (sGHL) und dem coracohumeralen Ligament (CHL) die wesentlichen Strukturen des sog. Bizeps-Pulley, so dass bei Verletzungen unweigerlich auch eine dynamische oder statische Instabilität der langen Bicepssehne resultiere. Pulleyläsionen entstünden entweder degenerativ oder traumatisch. Sie seien ein häufiger Befund bei operativ angegangenen Rotatorenmanschettenläsionen, vor allem bei den gelenkzugewandten Partialrissen. Die vorliegende Verletzung mit der Pulleyläsion entspreche einem Typ 1 nach Wellmann: «Über der Subscapularissehne ist das ventrale Retinaculum deutlich ausgeweitet, die lange Bicepssehne ist anterior aufgerauht und subluzierend». Zur Aetiologie der Pulleyläsion sage Wellmann: «Eher selten kommt es aufgrund eines Traumas bzw. Sturzes zu einer Pulley-Läsion». Schliesslich führte Dr. med. E. ___ zur Beurteilung des vorliegenden Falles unter Berücksichtigung der dargelegten Literatur folgendes aus: Zu beurteilen seien eine Rotatorenmanschettenläsion mit durchgehender Supraspinatussehnenruptur, «ansatznaher superiorer diskreter Längsspaltbildung und Verletzung der synovialen Schicht ohne Ablösung oder Einriss der Faserung» (Auszug Operationsbericht 6. März 2018) der Subscapularissehne und einer Subluxation der langen Bicepssehne. Damit liege angesichts dieser Kombinationsverletzung im Rotatorenintervall eine Typ 1-Verletzung nach Wellmann vor: Supraspinatussehnenverletzung, partielle Läsion der Subscapularissehne und Subluxation der Bicepssehne, was (auch) mit dem MRI-Bericht vom 5. Januar 2018 übereinstimme: «Transmurale lineare Ruptur der Rotatorenmanschette im Rotatorenintervall». Der Versicherte sei zum Unfallzeitpunkt 50-jährig. Damit sei gemäss den Literaturangaben eine degenerative (Vor)Schädigung der Rotatorenmanschette nicht ausgeschlossen. Dass keine Beschwerden bis zum Unfall vorgelegen hätten, schliesse eine Vorschädigung nicht aus, denn Rotatorenmanschettenrisse könnten durchaus asymptomatisch vorliegen. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass der geschilderte Unfallmechanismus, die bildgebenden Befunde und auch der operative Situs ■ unter Berücksichtigung der dargelegten Literatur ■ im vorliegenden Fall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegen eine frisch traumatische Genese der aktuellen Schulterbeschwerden sprächen. Es handle sich hier um eine temporäre Verschlimmerung eines degenerativ bedingten Vorzustandes. Schulterkontusionen würden bei nicht vorgeschädigten Schultern in der Regel nach max. 6 Wochen abheilen. Im vorliegenden Fall sei mit einer verlängerten Rehabilitation zu rechnen

angesichts des degenerativen Vorzustandes, und die Terminierung der Suva sei korrekt.

6.7 In seinem Bericht vom 17. Oktober 2018 (SA 46 S. 30) führte Dr. med. C.____ aus, gemäss Angaben des Beschwerdeführers habe dieser vorher im Bereich der rechten Schulter keine Beschwerden gehabt. Ab dem Moment des Traumas bestünden ausgeprägte Schmerzen bei kombinierten Abduktions- und Rotationsbewegungen sowie auch ausgeprägte nächtliche Schmerzen. Dr. med. E.____ habe seines Wissens den Beschwerdeführer nicht untersucht. In seiner Einschätzung stütze er sich lediglich auf die schriftlichen Unterlagen. Bezüglich der Anamnese erscheine es ihm, Dr. med. C.____, keinesfalls ungewöhnlich, dass der Beschwerdeführer die ersten Schmerzen abgewartet und nach circa 10 Tagen seinen Hausarzt konsultiert habe. Dass bei der Sonographie 10 Tage nach Trauma kein grosses Hämatom mehr zu sehen gewesen sei, erscheine ihm ebenso nicht aussergewöhnlich. 50-jährige Patienten, welche zuvor keine relevanten Beschwerden beklagt hätten, hätten in der Regel keine transmurale Supraspinatussehnenruptur. Somit handle es sich aus seiner Sicht nicht um einen altersentsprechenden typischen degenerativen Befund. Aus seiner Sicht passten Anamnese, Unfallereignis, Unfallmechanismus und der intraoperative arthroskopische Aspekt zu einer traumatischen Läsion bei einem 50-jährigen Patienten. Es bestehe ein guter postoperativer Verlauf. Der Beschwerdeführer habe eine gute aktive Beweglichkeit erreicht. Im Ultraschall von Dr. med. F.____ habe eine gute Kontinuität der reparierten Rotatorenmanschette dargestellt werden können. In diesem Sinne könne von den aktuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mehr auf Unfall oder Degeneration geschlossen werden. Dank dem operativen Eingriff sei weitgehend eine *conditio sine qua non* wieder erreicht worden. Des Weiteren gebe es aus seiner Sicht keine Hinweise, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfallereignis relevant unter Krankheiten oder früheren Unfällen von Seiten der rechten Schulter gelitten habe. Sämtliche Beschwerden seien erst neu nach dem genannten Unfallereignis aufgetreten und hätten mit dem Eingriff relevant gebessert werden können. Aus seiner Sicht gebe es keine Hinweise, dass der schicksalsmässige Verlauf eines Vorzustandes oder anderer prä- oder posttraumatischer unfallfremder Faktoren inzwischen auch ohne das Ereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zum heute bestehenden Beschwerdebild geführt hätten.

6.8 In der chirurgischen Beurteilung vom 2. November 2018 (A.S. 31 ff.) führte Dr. med. E.____ ergänzend aus, das Gewicht des Beschwerdeführers ■ hier 110 kg ■ könne als Argument für die grosse Gewalt, die bei einem direkten Sturz auf die Schulter wirke, herangezogen werden. Die Adipositas, auch mit einem erhöhtem BMI (body mass index) beschrieben, wirke aber auch auf die Sehnenstruktur / Textur: «Adiposity may induce peripheral hypovascularity and worsen the hypoxia of the rotator critical zone through its known associations with atherosclerosis, elevated cholesterol level, diabetes and metabolic syndrome», d.h dass ein erhöhtes Gewicht die Sehne an ihrem Ansatz am Humeruskopf degenerativ verändere. Eine aktive Bewegungseinschränkung im Sinne eines drop-arm sign sei keine vorhanden anlässlich der Untersuchung vom 27. Dezember 2017: «Knapp mögliche aktive Beweglichkeit mit dem ausgestreckten Ellbogen bei einer Flexion und Abduktion von 160°, dabei wird mit grosser Mühe ein schmerzhafter Bogen durchschritten». Eine aktive Bewegungseinschränkung bestehe also nicht. Dieser beschriebene schmerzhafter Bogen gelte als Zeichen für eine Impingementsymptomatik. Sodann treffe es, entgegen der Ansicht von Dr. med. C.____, nicht zu, dass Anamnese, Unfallereignis, Unfallmechanismus und der intraoperative arthroskopische Aspekt zu einer traumatischen Läsion beim Beschwerdeführer passten. Zudem habe ein Vorzustand eines

degenerativen Rotatorenmanschettenschadens bestanden (siehe die Bildgebung in der Beurteilung vom 17. September 2018), der durch den Unfall temporär aggraviert worden resp. symptomatisch geworden sei. Schliesslich sei festzuhalten, dass der schicksalsmässige Verlauf des Vorzustandes auch ohne das Ereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zum heute bestehenden Beschwerdebild geführt hätte, aber nicht inzwischen, sondern erst à la longue. Eine Partialläsion der Rotatorenmanschette führe im weiteren Verlauf in 28 % zu einem durchgehenden Riss, ein schon durchgehender Riss führe zu einer Sehnenretraktion und zu einer Verfettung der betroffenen Muskulatur infolge Inaktivität. Der Status quo sine bei einer Schulterkontusion ohne Vorschaden werde gemäss Guggenheim/Birchler mit maximal sechs Wochen angegeben. Da es sich um eine Schulterverletzung bei einer bereits vorgeschädigten Schulter handle, könne er gut zwölf Wochen betragen, spätestens aber trete er zum Zeitpunkt der erfolgten Verfügung ein.

E. 7

7.1 Die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 UVG genannte Körperschädigung vorliegt, führt wie vorgehend erwähnt zur Vermutung, dass es sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Dieser kann sich aus der Leistungspflicht befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen ist (Botschaft vom 30. Mai 2008 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, in BBl 2008 S. 5411 [Ziff. 2.1.2] und 5425 [zu Art. 6 Abs. 2]; Zusatzbotschaft vom 19. September 2014 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, in BBl 2014 S. 7922 [Ziff. 2.2] und 7934 [zu Art. 6 Abs. 2]). Wann in diesem Zusammenhang eine «vorwiegende» Verursachung vorliegt, ist gerichtlich noch nicht geklärt. In der Lehre wird analog zu Art. 9 Abs. 1 UVG (Berufskrankheit bei Listenerkrankung oder Listenstoff) ein Anteil von mehr als 50 % aller mitwirkenden Ursachen verlangt (André Nabold, UVG-Kommentar, Bern 2018, S. 100 ff., Art. 6 UVG N 44; Markus Hüsler: Erste UVG-Revision: wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, SZS 2017 26 ff., 34). Der (Gegen-)Beweis der vorwiegend krankhaften oder degenerativen Pathogenese der Listendiagnose ist somit erbracht, wenn für die Richtigkeit einer degenerativ oder krankhaft begründeten Verletzung mehr Indikatoren vorliegen als für die traumatische Pathogenese (Evalotta Samuelsson, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung, SZS 2018 335 ff., 356 f.).

7.2 Weiter stellt sich vorliegend die Frage, wie sich die neue Regelung von Art. 6 Abs. 2 UVG konkret auf die Beweisführung und Beweiswürdigung auswirkt. Wie dargelegt, wird mit der neu geltenden Bestimmung auf das Kriterium des äusseren Faktors verzichtet. Mit dieser Neuregelung wird also auf Gesetzesebene eine Vermutung statuiert, wonach der Unfallversicherer den Schadenfall bei erfüllter Listendiagnose übernehmen muss, sofern er den Befreiungsbeweis nicht erbringen kann. Gemäss dem Wortlaut der neuen Bestimmung ist damit allerdings nicht nur das Vorliegen eines äusseren Faktors, sondern sind auch alle anderen Elemente des Unfallbegriffs weggefallen. Demnach wäre eine Leistungspflicht des Unfallversicherers grundsätzlich bereits gegeben, wenn eine der aufgeführten Listenverletzungen diagnostiziert worden ist, und zwar unabhängig davon, ob die versicherte Person überhaupt ein Ereignis zu benennen vermag, auf welches diese Verletzung zurückgeführt werden könnte, bzw. nach welchem die Beschwerden aufgetreten sind (vgl. Hüsler, a.a.O., S. 33). Ob dies in dieser Konsequenz die Meinung des Gesetzgebers war, erscheint aber fraglich. Hüsler hält in diesem Zusammenhang zu Recht

fest, es stelle sich die Frage, im Vergleich zu welcher anderen Ursache (wenn nicht mit einem «Unfall»ereignis) denn die Schädigung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückgeführt werden müsste, wenn das Vorliegen eines Ereignisses als Leistungsvoraussetzung gar nicht mehr gefordert werde. Oder mit anderen Worten: Wenn in der einen Waagschale der möglichen Ursachen für die Körperschädigung nichts sei, würden Abnutzung oder Erkrankung in der anderen Waagschale (fast) immer überwiegen (Hüsler, a.a.O., S. 33 f.). Auch das Bundesgericht knüpft sinngemäss beim neu geltenden Art. 6 Abs. 2 UVG immer noch an ein tatsächliches Unfallereignis an, wenn es in Anwendung der Übergangsbestimmung Art. 118 Abs. 1 UVG bezüglich unfallähnlicher Körperschädigungen bzw. Listenverletzungen gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG darauf verweist, Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet hätten, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen seien, würden nach bisherigem Recht gewährt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_470/2018 vom 18. September 2018 E. 2). In diese Richtung tendiert sodann auch Nabold, wenn er ausführt, mit dem Doppelbegriff «Abnutzung und Erkrankung» sei seiner Ansicht nach das Gegenteil eines medizinischen Traumas gemeint. Eine Leistungspflicht der Unfallversicherung für eine Listenverletzung setze damit voraus, dass diese vorwiegend auf einem Trauma im medizinischen Sinne beruhe (Nabold, a.a.O., N. 45 zu Art. 6). Hierbei ist aber differenzierend festzuhalten, dass die Auslegung des neuen Art. 6 Abs. 2 UVG nicht dazu führen sollte, eine im Vergleich zur früheren Regelung gemäss aArt. 9 Abs. 2 UVV tiefere Beweisschwelle für den Unfallversicherer zu schaffen. So bestand gemäss der zu aArt. 9 Abs. 2 UVV ergangenen Rechtsprechung eine Leistungspflicht des Unfallversicherers bereits dann, wenn eine Listenverletzung nur teilweise durch einen äusseren Faktor verursacht wurde, wenn also der äussere Faktor einen bereits krankhaft vorgeschädigten Körperteil getroffen hatte. Dabei musste der äussere Faktor nur eine beliebig kleine Teilursache sein, was etwa bei Rupturen der Rotatorenmanschetten, die oftmals stark überwiegender durch degenerative Prozesse begünstigt sind und der äussere Faktor oftmals nur das mehr oder weniger zufällig auslösende Element ist, von grosser Bedeutung ist (Nabold, a.a.O., N. 46 zu Art. 6). Im Vergleich dazu scheint die Neuregelung in der ab 1. Januar 2017 gültigen Fassung von Art. 6 Abs. 2 UVG dem Unfallversicherer den Beweis prima vista aber sogar zu erleichtern, um sich von seiner Leistungspflicht befreien zu können. So wird nunmehr gefordert, dass der Unfallversicherer den Beweis erbringen müsse, dass die Verletzung «vorwiegend» auf eine Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Mit anderen Worten könnte der Unfallversicherer bereits dann seine Leistungspflicht verneinen, wenn er nachweist, dass der traumatisch bedingte Einfluss weniger als 50 % beträgt. Dass demnach im Vergleich zur früheren Regelung gemäss aArt. 9 Abs. 2 UVV die Listenverletzungen weniger privilegiert werden sollten, entspricht aber offensichtlich nicht dem Willen des Gesetzgebers. Vielmehr war es die Intention, dass die Krankenversicherung nur in Ausnahmefällen für solche Listenverletzungen aufkommen müssen soll, nämlich nur dann, wenn von Seiten des Unfallversicherers nachgewiesen wird, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Kaspar Gehring, a.a.O., N. 5 f. zu Art. 6 UVG). In der Botschaft zur UVG-Revision wurde denn auch davon ausgegangen, dass die soziale Krankenversicherung durch die Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigungen (Art. 6 Abs. 2) tendenziell entlastet werde (Zusatzbotschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 19. September 2014, BBl 2014, S. 7964).

7.3 Gerade in einem Fall wie dem vorliegenden, wo eine vorübergehende Verschlimmerung eines allfälligen degenerativen Vorzustandes zur Diskussion steht, ist eine losgelöste Beurteilung der Frage, ob die Verletzung vorwiegend degenerativ bedingt sei, ohne Einbezug einer allfälligen traumatischen Genese gar nicht möglich. Bei einer im Raum stehenden traumatisch und / oder degenerativ bedingten Verletzung wird der begutachtende Mediziner in den bildgebenden Berichten regelmässig Hinweise für beides ■ sowohl für eine traumatisch als auch degenerativ bedingte Verletzung ■ finden und wird diese gegeneinander abwägen müssen. Dies zeigt sich auch im vorliegenden Fall anhand der eingehenden medizinischen Würdigungen des Suva-Versicherungsmediziners, Dr. med. E.____ (vgl. Ziff. 6.6 und 6.8 hiervor). Es darf aber im Lichte des unter E. 7.2. hiervor Gesagten nicht ausreichen, wenn der Unfallversicherer ■ wie bei der Prüfung der Unfallkausalität nach Art. 6 Abs. 1 UVG ■ lediglich nachweist, dass die Verletzung überwiegend wahrscheinlich nicht traumatisch bedingt ist. Vielmehr hat sich das Augenmerk der zu tätigenen Abklärungen und Beweisführung durch den Unfallversicherer eben darauf zu richten, dass dieser zu beweisen hat, eine Verletzung sei vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen. Es wird von der Rechtsprechung sicher zu stellen sein, dass der Unfallversicherer mit dem geforderten Nachweis einer vorwiegend degenerativ bzw. krankheitsbedingten Verletzung eine höhere Beweishürde zu überwinden hat als dies der Fall wäre, wenn der Nachweis einer nicht überwiegend wahrscheinlich traumatischen Genese ausreichen würde. Hüsler geht denn auch davon aus, dass dies bei den Unfallversicherern zweifellos zu einem höheren medizinischen Abklärungsaufwand führen werde (Hüsler, a.a.O., S. 35). Nur so kann der Intention des Gesetzgebers (vgl. E. 7.2. hiervor) Rechnung getragen werden.

8. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob es der Beschwerdegegnerin gelingt nachzuweisen, dass die Rotatorenmanschettenruptur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Die Beschwerdegegnerin stellt diesbezüglich im Wesentlichen auf die chirurgischen Beurteilungen von Dr. med. E.____ vom 18. September 2018 sowie 2. November 2018 ab, weshalb vorweg deren Beweiswert zu prüfen ist.

8.1 Dr. med. E.____ setzt sich in seinen Beurteilungen sehr eingehend mit den vorhandenen bildgebenden Abklärungen und der einschlägigen medizinischen Literatur auseinander. Einleitend legt Dr. med. E.____ schlüssig dar, dass der vorliegend geschilderte Hergang des Ereignisses vom 5. April 2017 klar gegen eine traumatische Ursache spricht: Für eine Verletzung der Rotatorenmanschette brauche es eine Zugbelastung. Die (Bagatell-)Unfallmeldung vom 29. August 2017 gebe als Sachverhalt an, «Beim Einsteigen in den Bagger verletzte er sich an der Baggertüre. Die Türe wurde durch den starken Wind zugeschlagen». Im Bericht von Dr. med. C.____ vom 27. Dezember 2017 anlässlich der Sprechstundenkonsultation vom 22. Dezember 2017 heisse es: «Am 5. April 2017 stürzte der Patient gegen eine schwere Türe, wobei er mit der rechten Schulter aufschlug». Damit könne von einer Zugbelastung keine Rede sein. Sodann könnten Pulleyläsionen zwar degenerativ oder traumatisch entstehen, bei traumatischen Rissen sei aber der typische Unfallmechanismus der Fall auf den ausgestreckten Arm in voller Aussen- oder Innenrotation, sowie der Fall nach hinten auf die Hand oder den Ellbogen. Die Schadenmeldung vom 29. August 2017 und die Unfallbeschreibung im Bericht vom 27. Dezember 2017 von Dr. med. C.____ sprächen von einem Anschlagen resp. Aufschlagen mit der rechten Schulter. Die vorliegende Verletzung mit der Pulleyläsion entspreche einem

Typ 1 nach Wellmann: «Über der Subscapularissehne ist das ventrale Retinaculum deutlich ausgeweitet, die lange Bicepssehne ist anterior aufgerauht und subluzierend». Zur Aetiologie der Pulleyläsion sage Wellmann: «Eher selten kommt es aufgrund eines Traumas bzw. Sturzes zu einer Pulley-Läsion». Zusammenfassend liege also eine Verletzung im Rotatorenintervall vor: Durchgehender Supraspinatusriss, Subscapularis-Läsion im cranialen Anteil und Aufweitung des Pulley mit einer Sub-/Luxation der langen Bicepssehne. Diese Ausführungen vermögen zu überzeugen. So wären geeignete Mechanismen, um eine Ruptur der Supraspinatussehne hervorzurufen, beispielsweise eine Schulterverrenkung oder ein massives plötzliches Hoch- oder Rückwärtsreißen des Armes, z.B. beim Hängenbleiben mit dem Arm bei erheblicher Beschleunigung des Körpers oder Sturz auf den nach hinten ausgestreckten Arm (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 432 f.). Derartige Verletzungsmechanismen sind angesichts des hier geschilderten Verlaufs nicht ersichtlich. Vielmehr weist die Aktenlage auf einen Hergang hin, der eben gerade nicht geeignet ist, eine solche Verletzung hervorzurufen bzw. bei dem eine Zugbeanspruchung mit unnatürlicher Längendehnung der Sehne des Supraspinatus nicht eintritt: «Direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag), da die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und Delta-Muskel gut geschützt ist» (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 433). Weiter führt Dr. med. E.____ wohlbegründet aus, bei der klinischen Untersuchung vom 22. Dezember 2017 werde von einem sog. painful arc berichtet («dabei wird mit grosser Mühe ein schmerzhafter Bogen durchschritten. Das Impingementzeichen ist mässiggradig positiv»). Dieser «painful arc» sei eher ein Zeichen für eine Impingementsymptomatik, wie sie ja auch beschrieben werde. Abgesehen davon, dass eine Rotatorenmanschettenläsion zu einem zeitnahen Arztbesuch führe, fehle da jeglicher Hinweis auf eine Pseudoparalyse und/oder ein positives «drop arm sign», wie dies bei einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion zu erwarten wäre. Sodann würden in der versicherungsmedizinisch aktuellsten Publikation bis heute Hempfling et al 2018 die Kriterien für eine traumatische Schädigung der Strukturen der Rotatorenmanschette beschreiben: «Keine Vorerkrankungen, unauffälliges Röntgenbild, geeigneter Unfallhergang bei muskulärer Verspannung mit überfallartiger Dehnung/Kraft auf die Muskelsehnenstruktur. Sofortige Arbeitseinstellung bzw. Arztbesuch am selben oder nächsten Tag. Sofortiges Schmerzmaximum, das in den folgenden Tagen langsam abklingt (Decrescendo-Effekt)». Es treffe zu, dass keine Vorerkrankung vorliege und das Röntgenbild unauffällig sei, jedoch sei der Unfallhergang nicht geeignet, eine traumatische Schädigung hervorzurufen. Zudem sei es zu keiner sofortigen Arbeitseinstellung und Arztbesuch gekommen und ein Decrescendo-effekt im Schmerzverlauf sei ebenfalls nicht gegeben. So hätten die persistierenden Schmerzen zur Operation vom 6. März 2018 geführt. Auch diese Argumentationen von Dr. med. E.____ erscheinen als überzeugend. Aufgrund der vorliegenden Akten ist eine erstmalige Arztkonsultation erst im September ■ Röntgen und Sonographie Schultergelenk vom

E. 8

September 2017 (SA 14 S. 2) ■ also 5 Monate nach dem Unfallereignis erstellt. Der offenbar erstbehandelnde Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. G.____, gibt im Arztzeugnis vom 14. Februar 2018 (SA 14 S. 1) kein Datum für die Erstbehandlung an. Insofern Dr. med. C.____ in seinem Schreiben vom 17. Oktober 2018 (SA 46 S. 30) von einer Erstkonsultation nach circa 10 Tagen bei seinem Hausarzt und einer Sonographie 10

Tage nach Trauma berichtet, scheint es sich hierbei wohl um einen Irrtum zu handeln. Die Sonographie wurde wie erwähnt erst am 8. September 2017 durchgeführt und eine Erstbehandlung 10 Tage nach dem Unfallereignis vom 5. April 2017 ist nicht erstellt. Vielmehr ist aufgrund der Akten davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer anfänglich nicht starke Schmerzen verspürt hat und wegen einer allmählichen Schmerzzunahme seinen Hausarzt erst im August oder September 2017 konsultiert haben muss. Damit ist eben von einer Zunahme bzw. einem «Crescendo» der Schmerzen auszugehen, was, wie von Dr. med. E.____ vorgehend dargelegt, gegen eine traumatische Ursache der Verletzung spricht (vgl. auch Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 434).

Des Weiteren zeigt Dr. E.____ in seinen Beurteilungen schlüssig auf, dass etliche Hinweise für eine vorwiegend degenerative Ursache der Verletzung vorliegen: In den konventionellen Röntgenbildern seien ein lateraler Acromionsporn, welcher ein mechanisches «Hindernis» für den Durchlauf der Supraspinatussehne darstelle, und eine einengende AC-Arthrose und eine kleine, als degenerativ zu wertende Verkalkung am Ansatz der Supraspinatussehne am tuberculum majus zu sehen. Dies seien Hinweise auf eine vorbestehende degenerative Schädigung der Rotatorenmanschette. Es handle sich hier um den extrinsischen Faktor, der aufgrund des Impingements zu bursa-zugewandten Läsionen führe: Die Sonographie vom 8. September 2017 spreche denn auch von einer «Bursitis subacromialis/subdeltoidea». Zudem zeige das MRI vom 5. Januar 2018 die tendinopathisch veränderte Supraspinatussehne mit dem beider Operation bestätigten durchgehenden Riss. Dabei zeige sich aber eine Verfettung des Supraspinatusmuskels, die als Reaktion auf einen Riss auftrete. Noch besser zu erkennen sei die fettige Veränderung des cranialen Anteiles der Subscapularismuskel. Bis aber diese Verfettung auftrete, brauche es nach Melis et al ab Symptombeginn rund 3 Jahre. Hier bestehe ein Intervall zwischen Unfall und MRI-Manifestation von 8 Monaten. Ein positives Tangenzzeichen als weiterer Hinweis auf eine Supraspinatusläsion mitentsprechender Muskelatrophie sei hier nicht vorhanden. Dies sei jedoch nicht im Sinne eines frischen Risses zu deuten, bei der eine Sehnenretraktion noch nicht eingetreten sei, sondern das passe gut mit der Feststellung von Zanetti und Melis zusammen, dass asymptotische Risse (noch) ein negatives Tangenzzeichen aufweisen würden. Diese dargelegten Befunde seien in ihrer Natur typische degenerative Veränderungen. Generell gelte, dass traumatische Subscapularisrisse «typical of young patients because of forced hyperextension of forced external rotation with the arm either at the side or in abduction» seien. Hier handle es sich altersmässig und betreffend den Unfallmechanismus also nicht um einen traumatischen Riss, sondern um einen Riss bei Degeneration: «Subscapularis tears (are) generally non-traumatic, arising from intrinsic degeneration, subcoracoid and/or anterosuperior impingement». Schliesslich würden bei einem degenerativen Riss Ruhe- und Belastungsschmerzen bestehen, im Gegensatz zu einem traumatischen Riss, wo eher eine aktive Bewegungseinschränkung im Zusammenhang mit Schmerzen vorherrschen würde. Die vom Beschwerdeführer angegebenen nächtlichen Schmerzen seien als Ruheschmerzen zu interpretieren.

8.2 Die vorgebrachten Rügen sowie die Berichte des behandelnden Arztes, Dr. med. C.____, vermögen die überzeugenden und beweismässigen Beurteilungen von Dr. med. E.____ nicht zu entkräften. Soweit Dr. med. C.____ geltend macht, der Beschwerdeführer habe vor dem Unfallereignis über keine Beschwerden an der rechten Schulter geklagt, kann der Beschwerdeführer daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. So kann aus der Tatsache,

dass sich die Schulterbeschwerden erst nach dem Unfallereignis manifestiert haben, nicht einfach ■ in Anwendung der Formel «post hoc, ergo propter hoc», wonach ein Gesundheitsschaden schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, weil er nach diesem aufgetreten ist (vgl. BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb) ■ auf einen Zusammenhang geschlossen werden. Des Weiteren stellt sich Dr. C. ___ in seinem Bericht zwar auf den Standpunkt, der intraoperative Befund belege eine traumatische Sehnenruptur, er begründet diese Ansicht jedoch nicht weiter. Sodann führte Dr. med. C. ___ aus, wenn ein 110 kg schwerer Patient mit voller Kraft auf eine Stahltüre aufpralle, handle es sich aus seiner Sicht um einen absolut adäquaten Unfallmechanismus (zusätzliche massive Abwehrreflexkräfte). Dass es sich vorliegend aber eben nicht um einen geeigneten Unfallmechanismus handelt, wurde von Dr. med. E. ___ überzeugend aufgezeigt, zumal die von Dr. med. C. ___ genannten «massiven Abwehrreflexkräfte» aufgrund des aktenkundigen Unfallhergangs nicht erstellt sind. Ebenso ist entgegen der Darstellung von Dr. med. C. ___ aufgrund der Akten und mangels echtzeitlicher Arztberichte nicht erstellt, dass der Beschwerdeführer ab dem Moment des Traumas ausgeprägte Schmerzen geklagt habe. Insofern sodann gerügt wird, Dr. med. E. ___ habe den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, ist darauf hinzuweisen, dass eine persönliche Untersuchung der versicherten Person nicht in jedem Fall notwendig ist. So kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auch reinen Aktengutachten voller Beweiswert zukommen, sofern wie im vorliegenden Fall ein lückenloser Befund vorliegt und es wie im vorliegenden Fall im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95, 1988 Nr. U 56 S. 366 E. 5b; vgl. auch Urteil U 181/06 vom 21. Juni 2007 E. 2.3 mit Hinweisen). Demnach vermögen die entgegenstehenden Arztberichte von Dr. med. C. ___ insgesamt auch nicht geringe Zweifel (vgl. E. II. 3.2 hiervor) an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen von Dr. med. E. ___ zu erwecken, womit auf dessen Berichte abgestellt werden kann.

8.3 Damit ist zusammenfassend festzuhalten, dass es für eine traumatische Genese der Rotatorenmanschettenruptur kaum Anhaltspunkte gibt. Dagegen liegen, wie von Dr. med. E. ___ überzeugend dargelegt, diverse gewichtige Hinweise vor, die eine vorwiegend degenerative Ursache nahelegen. Damit ist von einem über 50 % liegenden degenerativen Anteil auszugehen, womit es nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht eingestellt hat. Im Übrigen ist gestützt auf die Beurteilungen von Dr. med. E. ___ auch das Datum der Leistungseinstellung ■ 28. Februar 2018 ■ nicht zu beanstanden. Dieser hielt nachvollziehbar fest, Schulterkontusionen würden bei nicht vorgeschädigten Schultern in der Regel nach max. 6 Wochen abheilen. Im vorliegenden Fall sei mit einer verlängerten Rehabilitation zu rechnen angesichts des degenerativen Vorzustandes, damit könne diese gut zwölf Wochen betragen, damit sei die Terminierung der Suva korrekt.

9. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden weder eine Parteientschädigung zugesprochen noch Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagen seit 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

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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