

SO_GERICHTE VSBES.2018.54 vom 15. Januar 2018

SO Obergericht, 2018-01-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.54

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.54 du 15 janvier 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.54 del 15 gennaio 2018

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Diese ist somit im vorliegenden Fall bei den zu beurteilenden Ereignissen vom 8., 13., und 18. März 2017 anwendbar.

2. Soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG).

2.1 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

2.2 Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Art. 6 Abs. 2 UVG). Laut dieser Bestimmung sind folgende, abschliessend aufgeführte Körperschädigungen auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g) sowie Trommelfellverletzungen (lit. h).

3. 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.

3.1 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 entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337, 118 V 286 E. 1b S. 289, je mit Hinweisen).

3.2 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder 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 blosse 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).

3.3 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 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 123 V 98 E. 3d S. 103, 122 V 415 E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49 mit Hinweisen).

3.4 Die Adäquanz spielt im Sozialversicherungsrecht als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Adäquanzprüfung vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (sog. Psycho-Praxis; BGE 115 V 133, 140 V 356 E. 3.2 S. 358 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_803/2017 Urteil vom 14. Juni 2018 E. 3.1).

3.5 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 leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von

unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе 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 leistungsbegründender 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).

E. 1.2

Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Diese ist somit im vorliegenden Fall bei den zu beurteilenden Ereignissen vom 8., 13., und 18. März 2017 anwendbar. 2. Soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). 2.1 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). 2.2 Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Art. 6 Abs. 2 UVG). Laut dieser Bestimmung sind folgende, abschliessend aufgeführte Körperschädigungen auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g) sowie Trommelfellverletzungen (lit. h). 3. 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. 3.1 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 entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337, 118 V 286 E. 1b S. 289, je mit Hinweisen). 3.2 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder 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 blossige 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). 3.3 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 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 123 V 98 E. 3d S. 103, 122 V 415 E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49 mit Hinweisen). 3.4 Die Adäquanz spielt im Sozialversicherungsrecht als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Adäquanzprüfung vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (sog. Psycho-Praxis; BGE 115 V 133, 140 V 356 E. 3.2 S. 358 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_803/2017 Urteil vom 14. Juni 2018 E. 3.1).

E. 2

Es sei dem Beschwerdeführer Einsicht in die Fallakten der Suva Basel zu geben.

E. 3

Eventualiter sei ein versicherungsexternes Gutachten anzuordnen.

E. 3.5

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 leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein.

Die 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 leistungsbegründender 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).

E. 4

4.1 Nach der Rechtsprechung trifft die Beweislast in Bezug auf das Unfallereignis als solches wie auch hinsichtlich der (natürlichen) Unfallkausalität des Gesundheitsschadens in dem Sinne die versicherte Person, als der Entscheid bei Beweislosigkeit zu ihren Ungunsten ausfallen muss (Urteil des Bundesgerichts 8C_856/2017 vom 2. Mai 2018 E. 5.4 mit Hinweisen). Demgegenüber bleibt der Versicherer leistungspflichtig, wenn der Kausalzusammenhang einmal gegeben und anerkannt ist, sofern sich nicht hinreichend nachweisen lässt, dass er zu einem späteren Zeitpunkt dahingefallen ist (RKUV 2000 Nr. U 363 S.45, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Die Anerkennung muss sich auf das Unfallereignis und die dabei erlittenen Verletzungen wie auch auf den Umstand beziehen, dass ein bestimmter Symptomkreis die Folge dieses Vorfalls darstellt. Stehen dagegen später Beschwerden und Verletzungen zur Diskussion, welche ursprünglich gegenüber dem Unfallversicherer nicht thematisiert worden waren, liegt die Beweislast für das Bestehen der Unfallkausalität bei der versicherten Person (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 6/05 vom 27. April 2005 E. 3.2, publ. in: AJP 2006 S. 1290).

4.2 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).

4.3 Für den Beweiswert einer medizinischen Stellungnahme ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 mit Hinweis).

4.4 Auch 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 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).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die durch den Beschwerdeführer an der rechten Schulter geltend gemachte Schmerzproblematik aufgrund der Ereignisse vom 8., 13., und 18. März 2017 mit Einspracheentscheid vom 15. Januar 2018 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgelehnt bzw. ab dem 20. August 2017 zu Recht eingestellt hat.

6. Die Akten enthalten zum relevanten Sachverhalt im Wesentlichen die folgenden Angaben:

6.1 Im Bericht vom 20. März 2017 (Suva-Nr. 15) hielten Prof. Dr. med. E.____, Leitender Arzt, und Dr. med. F.____, Assistenzarzt, G.____, Institut für Radiologie und Nuklearmedizin, aufgrund der durchgeführten Untersuchung der Schulter rechts in zwei Ebenen fest, der Beschwerdeführer habe vor drei Tagen bei der Arbeit eine Hyperretroversion erlitten. Es sei eine regelrechte Stellung im rechten Schultergelenk ohne AP [Anhaltspunkte] für eine frische Fraktur ersichtlich. Keine Tendinitis calcarea. Kleine Osteophyten am inferioren Humeruskopf im Rahmen einer Omarthrose.

6.2 Aufgrund der Notfallkonsultation des Beschwerdeführers vom 20. März 2017 hielten Dr. med. H.____, Leitender Arzt Chirurgie / Trauma, und pract. med. I.____, Assistenzarzt, G.____, Klinik für Chirurgie [...], im Bericht vom 11. April 2017 (Suva-Nr. 8) folgende Diagnosen fest: «Tendinitis, Caput breve Musculus biceps brachii». Der Beschwerdeführer berichte, er habe zwei Tage nach einem Hyperretroversionstrauma rechtsseitige Schulterschmerzen. Kein direktes Trauma. Keine Allergien, keine Medikamente. Untersuchungsbefunde: Schulter rechts: Lokale Druckdolenz am proximalen Ansatz der kurzen Bizepssehne, Abduktion bis 80 ° möglich, Adduktion normal. Aussenrotation sowie Innenrotation normal. Schürzen- sowie Nackengriff nicht möglich. Beim Röntgen Schulterstatus: Keine Fraktur. Keine Tendinitis calcarea. Prozedere: Lokale Anwendung vom Flectoparinpflaster. Analgesie mit Voltaren, Nachkontrolle in der ambulanten Sprechstunde am 23. März 2017. Arbeitsunfähigkeit zu 100 % bis und mit 23. März 2017 sei ausgestellt worden.

6.3 Aufgrund der MRI der Schulter mit indirekter Arthrographie rechts vom 4. April 2017 (Suva-Nr. 17) hielten Dr. med. J.____, Leitender Arzt, und Dr. med. K.____, Assistenzärztin, G.____, Institut für Radiologie und Nuklearmedizin, folgende Beurteilung fest: Bursaseitige Teilläsion der Supraspinatussehne, keine transtendinöse Ruptur. Sehnenruptur des M. subscapularis im Oberrand und auch angrenzender Schaden des Bicepspulley gestatteten eine mediale S(Sub-) Luxation der langen Bizepssehne; in dessen horizontalem Anteil auch degenerative Tendinopathie. Irreguläres verdicktes inferiores Labrum und inferiore Gelenkkapsel ohne Lücke; Traumafolge oder im Rahmen einer frozen shoulder? Zeichen einer AC-Gelenksarthrose ohne akute Kapsulitis oder Erguss.

6.4 Im Sprechstundenbericht vom 19. April 2017 (Suva-Nr. 16) führten Dr. med. L.____, Leitender Arzt, und Assistenzarzt M.____, G.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aufgrund der ambulanten Konsultation des Beschwerdeführers vom 13. April 2017 folgende Diagnosen auf:

Der Beschwerdeführer sei zur Beurteilung der MR-tomographisch diagnostizierten Rotatorenmanschettenläsion zugewiesen worden. Er habe sich bei der Arbeit am 18. März 2017 ein Distorsionstrauma der rechten Schulter zugezogen mit akuter Schmerzauslösung. Genau habe er eine Schraube lösen wollen, welche fest angezogen gewesen sei und beim abrupten Lösen der Schraube sei es zur Distorsion der Schulter nach hinten mit Schmerzauslösung gekommen. Im Anschluss seien Bewegungen über den Kopf sowie hinter dem Rücken erschwert gewesen. Eine Schmerztherapie werde mit Olfen 50 mg zweimal täglich durchgeführt. Bisher sei noch keine ambulante Physiotherapie begonnen worden. Als Kleingerätemechaniker sei der Beschwerdeführer seit dem Unfall 100 % krankgeschrieben.

Beurteilung: Beim Beschwerdeführer lasse sich klinisch sowie MR-tomographisch eine Subscapularisläsion mit Luxation der langen Bizepssehne objektivieren. Dieses Verletzungsmuster führe häufig zu einem mechanischen Problem, das erfahrungsgemäss selten mit alleinigen physiotherapeutischen Massnahmen behandelt werden könne. Der Sehnenriss werde als traumatisch bedingt interpretiert, insofern deshalb, weil sich in der MRT Zeichen für eine stattgehabte Luxation zeigten. Eine Spontanreposition sei insbesondere bei hyperlaxen Patienten durchaus denkbar. Bei aktuell bestehender adhäsiver Kapsulitis sei eine operative Intervention zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht zielführend, so dass vorerst eine Entzündungshemmung mittels oraler Analgesie (Olfen) sowie eine ambulante Physiotherapie zur Entzündungshemmung, passiver Kapseldehnung durchgeführt werden sollten. Der Beschwerdeführer werde erneut in vier Wochen in der Sprechstunde mit Terminkette gesehen. Bis dahin bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

6.5 Im Konsultationsbericht vom 10. Mai 2017 (Suva-Nr. 18) wies Dr. med. L.____ die folgenden Diagnosen aus:

Der Beschwerdeführer stelle sich zur klinischen Verlaufskontrolle und Besprechung der geplanten operativen Intervention vor. Er berichte, dass er die Physiotherapie konsequent besucht habe. In dieser seien bis dato Kapseldehnungsübungen sowie Massagen durchgeführt worden. Hier hätten sich die Beschwerden insgesamt um etwa 20 ■ 30 % verbessert. Nächtliche Schmerzen habe der Beschwerdeführer keine. Die NSAR-Medikation sei zwischenzeitlich, nachdem die Medikamente ausgegangen seien, durch homöopathische Medikamente vom Beschwerdeführer selbständig ersetzt worden. Der Beschwerdeführer berichte, dass die Beschwerdegegnerin mit ihm in Kontakt getreten sei, da sie den Unfall nicht anerkenne, habe der Beschwerdeführer nächste Woche einen Termin beim Kreisarzt. Zudem habe auch der Arbeitgeber die attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht akzeptiert. Nach einer Woche Arbeitsunfähigkeit sei der Beschwerdeführer dann vom Arbeitgeber wieder für leichtere Arbeit, mit Heben und Ziehen in einer Woche vier Tage, an der anderen Folgewoche ein- bis zweimal die Woche eingesetzt worden.

Nach nochmaliger Befragung des genauen Unfallmechanismus beschreibe der Beschwerdeführer hier am 8., respektive 9. März 2017, habe er mit der linken Schulter [recte: Hand] die Schraube eines Rasenmähers gehalten und mit der rechten Schulter [recte: Hand] die Schraube versucht zu lösen, dabei habe sich die Schraube plötzlich gelöst und es sei zu einem heftigen, plötzlich einsetzenden Reißen und Schmerz in der Schulter gekommen. Daraufhin seien die Beschwerden erstmalig aufgetreten. Am 13. März 2017 beim Lösen einer Rohrleitung sei es zu einem erneuten Distorsionstrauma der rechten Schulter gekommen, ebenfalls beim Lösen einer Schraube (ähnlicher Mechanismus wie am 8. / 9. März 2017). Am 18. März 2017, beim Schneiden eines Kabels mit dem Japanmesser,

sei es erneut zu einem einschliessenden Schmerzereignis der rechten Schulter gekommen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis dato 100 %.

Beurteilung / Procedere: Der Beschwerdeführer stehe aktuell einem operativen Vorgehen kritisch gegenüber. Dies habe folgende zwei Gründe: Erstens habe die Schulter gar keine Chance gehabt sich zu erholen, dies aufgrund der oben erwähnten Arbeitsbelastung, zudem habe ihm auch der Chef mitgeteilt, dass er sich ja nicht an der Schulter operieren lassen solle. Zweitens möchte der Beschwerdeführer den Entscheid des Kreisarztes der Beschwerdegegnerin bzgl. Unfallanerkennung abwarten, so dass die Operation, der Arbeitsausfall sowie auch die Rehabilitation finanziell getragen würden. Aus orthopädischer Sicht könne diesem Vorgehen nur entsprochen werden. Es sei an dieser Stelle nochmals zu erwähnen, dass die rechtsseitigen Schulterbeschwerden klar auf den Unfall zurückzuführen seien. Wiedervorstellung zur klinischen Verlaufskontrolle sowie Besprechung des operativen Vorgehens sowie Vorstellung bei den Kollegen der Anästhesie am 31. Mai 2017. Ein Operationstermin sei für den 6. Juni 2017 provisorisch reserviert worden. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 %, der Arbeitgeber sei heute nochmals über diese verbindliche Krankenschreibung telefonisch informiert worden.

6.6 Aufgrund der Besprechung vom 17. Mai 2017 (Suva-Nrn. 19) mit dem Beschwerdeführer hielt die Mitarbeiterin des Schaden Aussendienstes N.____, fest, der Beschwerdeführer sei seit dem 5. Januar 2006 bei der Firma B.____ als Mechaniker tätig. Eine 100 % Anstellung. Sie seien zu zweit, der Betriebsinhaber und der Beschwerdeführer. Sie reparierten sämtliche Motorgeräte wie bspw. Rasenmäher, Rasentraktor, Freischneider, Wiesenmäher, Motorhacken und Einachser. Zudem verrichteten sie Servicearbeiten und schärfen Messer und Sägeketten. Der Beschwerdeführer arbeite ganztags stehend. Die Geräte hebe er mit einem Säulenlift bis auf Lendenhöhe. Arbeiten über dem Kopf verrichte er nur wenig. Auf Leitern und Gerüste steige er nicht. Habe der Beschwerdeführer ganztags Rasenmäher zu reparieren, löse und ziehe er im Schnitt eine Stunde täglich Schrauben an. Im Winter verrichte er die Tätigkeit zweimal die Woche, im Sommer jede zweite Woche. Beim Schleifen der Heckenschere müsse er den Winkelschleifer (1 kg) halten und den Arm nach vorne und zurückbewegen. Dies bis zu $\frac{3}{4}$ Stunden am Stück. Das gehe in den Oberarm. Er sei Rechtshänder, arbeite jedoch beidhändig.

Sachverhalt 1: Der Beschwerdeführer denke, dass sich am Mittwoch, 8. März 2017 in der Werkstatt in [...] das Folgende zugetragen habe: Er habe mit der Rättsche und der Verlängerung die Messerschraube eines Mulchgeräts lösen wollen. Die Schraube sei mit Loctite (Schraubensicherung, Leim für Schrauben) festgeklebt gewesen, was er zu diesem Zeitpunkt nicht gewusst habe. Er habe mit der rechten Hand, so kräftig er konnte, an der Rättsche gezogen. Er sei stark, wenn es sein müsse, könne er bis zu 60 kg heben und tragen. Plötzlich habe sich die Schraube gelöst. Der Arm sei nach hinten geschneilt. Er habe ein lautes Krachen in der rechten Schulter gehört. Vermutlich habe er den Arm am Gehäuse des Mulchgeräts angeschlagen, sicher sei er sich nicht. Sofort seien leichte Beschwerden an der Schulter aufgetreten. Als er den Arm über die Brusthöhe gehoben habe, habe er stechende Schmerzen verspürt. Die Beschwerden seien bei Belastung bestehen geblieben. Trotzdem habe er die ganze Woche weitergearbeitet, ohne den Arzt aufzusuchen.

Sachverhalt 2: Am Montag, 13. März 2017, habe er frei gehabt. In seiner Wohnung werde mit einem Holzofen geheizt. Das Heizungsrohr verlaufe fast an der Decke. Handwerker hätten das Heizungsrohr repariert, seither überhitze der Heizungssofen. Der Beschwerdeführer habe vermutet, dass sich im Rohr Luft angesammelt habe. Diese habe er

rauslassen wollen. Dafür sei er auf einen Zweitritt gestiegen und habe beide Arme bis über Kopfhöhe angehoben. In jeder Hand habe er eine Rohrzange gehalten. Damit habe er die Mutter des Heizungsrohrs (5 ■ 6 cm Durchmesser) lösen wollen. Als sich diese ruckartig gelöst habe, habe er die Rohrzange gegen die rechte Schulter geschlagen. Erneut habe er darin ein Krachen gehört, verbunden mit starken Schmerzen. Vom Zweitritt sei er nicht gestürzt. Trotz Schmerzen habe er die ganze Woche weitergearbeitet. Er habe sich so gut wie möglich geschont.

Sachverhalt 3: Am Samstag, 18. März 2017 nachmittags um 14.00 Uhr, habe er bei einem Kunden in [...] im Garten gearbeitet. Mit einem Japanmesser habe er ein Trafokabel durchtrennen wollen. Dieses habe einen Durchmesser von 1 cm gehabt. Damit habe er eine Lasche gebildet. Das Kabel habe er mit der linken Hand gehalten, in der rechten habe er das Messer gehabt. Er habe es kräftig nach oben gedrückt und in seine Richtung gezogen, um das Kabel zu durchtrennen. Durch die ruckartige Bewegung seines rechten Arms nach hinten seien heftige Schmerzen in der Schulter aufgetreten. Trotzdem habe er bis zum Feierabend weitergearbeitet. Die Beschwerden hätten sich übers Wochenende nicht zurückgebildet. Er habe Schmerzen im Ruhezustand, bei Bewegung und bei Belastung gehabt. Aktuell habe der Beschwerdeführer je nach Tagesverlauf mehr oder weniger Schmerzen. Eine leichte Besserung sei eingetreten. Er erhalte zweimal in der Woche Physiotherapie, drei- bis viermal täglich nehme er Entzündungshemmer. Seit dem 23. März 2017 sei er zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Er habe vor dem 8. März 2017 nie unfall- oder krankheitsbedingte Beschwerden an der rechten Schulter gehabt. Es habe auch keine medizinische Behandlung stattgefunden.

6.7 Im Konsultationsbericht vom 31. Mai 2017 (Suva-Nr. 26) betreffend die Vorstellung zur klinischen Verlaufskontrolle und Besprechung der geplanten operativen Intervention stellte Dr. med. L.____ folgende Diagnosen:

Der Beschwerdeführer habe die Physiotherapie besucht. Hier seien hauptsächlich Massagen und Lockerungsübungen durchgeführt worden. Kapseldehnungsübungen oder Beweglichkeitsübungen hätten nicht stattgefunden. Leichte Belastungen habe der Beschwerdeführer selbständig durchgeführt und dies gelinge ihm nun deutlich besser. Keine nächtlichen Schmerzen. In der Zwischenzeit habe der Beschwerdeführer ein Schreiben der Beschwerdegegnerin erhalten, welche nun den Unfall anerkannt habe. Subjektiver Schulterwert 50 ■ 80 %. Arbeitsunfähigkeit bis dato 100 %.

Beurteilung / Procedere: Unglücklicherweise sei es im Verlauf nun zu einer Ausbildung einer adhäsiven Kapsulitis gekommen. In Anbetracht derselben sei eine operative Intervention aktuell kontraindiziert. Es werde die Fortführung der ambulanten Physiotherapie zur Dehnung der Gelenkkapsel und Förderung der glenohumeralen Schulterbeweglichkeit empfohlen. Der Beschwerdeführer selbst stehe einer operativen Intervention anhaltend sehr kritisch gegenüber, insbesondere deshalb, weil er an alternativmedizinische Techniken glaube, deren Wirkung auf die Schulter noch mehr Zeit benötigten. Die Arbeitsunfähigkeit sei zu 100 % verlängert worden. Hier habe sich der Arbeitgeber nun an die Umsetzung derselben gehalten. Wiedervorstellung Anfang Juli 2017.

6.8 PD Dr. med. O.____, stellvertretende Cheffärztin, G.____, Klinik Orthopädie / Traumatologie, hielt in Bericht vom 5. Juli 2017 (Suva-Nr. 44) folgende Diagnosen fest:

Beurteilung und Procedere: Auch heute zeige sich noch eine massiv eingeschränkte glenohumerale Beweglichkeit, welche eine absolute Kontraindikation für eine chirurgische Behandlung darstelle. Die Physiotherapie sollte fortgeführt werden, heute ergänzt noch mit Aquatherapie. Eine klinische Kontrolle sei in vier bis sechs Wochen vorgesehen. Bis dann bleibe der Beschwerdeführer 100 % arbeitsunfähig.

6.9 In der ärztlichen Beurteilung vom 2. August 2017 (Suva-Nr. 46) wies der Kreisarzt, Dr. med. D. ____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, folgende Beurteilung aus: Am 8. März 2017 habe der Beschwerdeführer ein Unfallereignis erlitten. Im Aussendiensttrapport vom 17. Mai 2017 sei der Unfallhergang genau beschrieben worden. Der Beschwerdeführer habe eine Schraube lösen wollen. Plötzlich habe sich die Schraube gelöst und sein Arm sei nach hinten geschnellt. Der Unfallmechanismus am 8. März 2017 sei nicht geeignet, eine Rotatorenmanschettenverletzung zu verursachen oder eine bestehende Rotatorenmanschettenverletzung richtungsgebend zu verschlimmern. In der MRI-Untersuchung mit indirekter Arthrographie der rechten Schulter vom 4. April 2017 zeigten sich keine vollständigen Rupturen der Supraspinatussehne oder Subscapularissehne. Es würden hier Partialrupturen diagnostiziert. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sprächen Partialrupturen nicht für eine traumatische Genese einer Rotatorenmanschettschädigung. In der MR-Arthrographie zeige sich eine degenerative Tendinopathie im Bereich der langen Bicepssehne. Diese Tendinopathie spreche nicht für ein Unfallgeschehen. Eindeutige Hinweise auf eine stattgehabte Luxation lägen radiologisch nicht vor. Ein Hill-Sachs-Defekt werde nicht beschrieben. Im Übrigen seien keine eindeutigen Hinweise auf eine traumatische Labrumverletzung feststellbar. Eine Schulterluxation im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 8. März 2017 sei klinisch nicht dokumentiert. Am 20. März 2017 habe in einer Röntgendiagnostik festgestellt werden können, dass keine strukturell objektivierbaren Läsionen infolge des Ereignisses vom 8. März 2017 röntgenologisch vorlägen. Die MRI-Diagnostik der rechten Schulter vom 4. April 2017 zeige keine strukturell objektivierbaren Läsionen infolge des Ereignisses vom 8. März 2017. Es sei am 8. März 2017 zu einer Distorsion des rechten Schultergelenks gekommen. Eine solche Distorsionsproblematik heile mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wenige Monate nach dem Ereignis folgenlos ab. Im Bericht vom 19. April 2017 schreibe Dr. med. L. ____, dass sich klinisch sowie MR-tomographisch eine Subscapularisläsion mit Luxation der langen Bicepssehne objektivieren lasse und sich im MRI Zeichen für eine stattgehabte Luxation zeigten. Es sei darauf hinzuweisen, dass in der MR-Arthrographie der Schulter rechts vom 4. April 2017 keine eindeutigen Luxationshinweise vorlägen. Auch klinisch sei eine Reposition bzw. vorangegangene Luxation der rechten Schulter nicht bestätigt. Somit könne den Argumenten von Dr. med. L. ____, im Bericht vom 19. April 2017 nicht gefolgt werden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spielten Unfallfolgen ab heute im Bereich der rechten Schulter keine Rolle mehr. Rein bezogen auf die unfallbedingte Situation sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig in seiner angestammten Tätigkeit als Mechaniker.

6.10 PD Dr. med. O. ____ bestätigte im Bericht vom 17. August 2017 (Suva-Nr. 55) aufgrund der ambulanten Sprechstunde vom 15. August 2017 die bereits im Bericht vom 5. Juli 2017 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) gestellten Diagnosen. Der Beschwerdeführer berichte über eine Besserung der Beschwerden und Verbesserung der Beweglichkeit. Er sei sich nicht mehr sicher, ob eine Operation notwendig sei. Beurteilung und Prozedere:

Wahrscheinlich führend für die Beschwerden des Beschwerdeführers sei die posttraumatische Kapsulitis gewesen. Im Moment sei die kleine Ruptur am Oberarm der Subscapularissehne klinisch wenig fassbar. Entsprechend und in Anbetracht des guten Verlaufs vereinbarten sie ein konservatives Vorgehen mit Fortführen der Physiotherapie zur Verbesserung der Rotationsamplitude und Steigerung der Leistungsfähigkeit der Schulter mit funktionellem Training. Bezüglich Arbeit: Beginn der Arbeit zu 50 % (volle Leistung halber Tag ab 4. September 2017) mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit ab Oktober auf 100 % zu steigern.

6.11 Aufgrund der ambulanten Sprechstunde vom 19. September 2017 hielt Dr. med. P.____, Oberärztin Schulter- / Ellbogenchirurgie, G.____, Klinik für Orthopädie / Traumatologie, im Bericht vom 19. September 2017 (Suva-Nr. 64) folgende Diagnosen fest:

Verlauf: Die Beweglichkeit habe weiterhin gesteigert werden können. Bei ruckartigen Bewegungen komme es noch zu Schmerzen im Bereich des Schultergelenks, Überkopftätigkeiten vermeide der Beschwerdeführer. Derzeit betrage die Arbeitsunfähigkeit 50 % als Kleingerätemechaniker. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit könne sich der Beschwerdeführer noch nicht vorstellen. Er fühle sich mit der rechten Schulter noch unsicher und versuche belastende Tätigkeiten zu meiden, weshalb er hierfür vermehrt die linke Schulter zu Hilfe nehme. Er fürchte daher um eine Überlastung des linken Arms. Keine regelmässige Analgetikaeinnahme. Insgesamt sei der Leidensdruck des Beschwerdeführers nicht gross, die Schmerzen seien für ihn erträglich. Er wünsche weiterhin keine operative Versorgung.

Beurteilung und Prozedere: Erfreulicherweise habe sich die Beweglichkeit der rechten Schulter weiterhin verbessert und sei nun fast seitensymmetrisch. Der Beschwerdeführer wünsche weiterhin keine operative Versorgung, er möchte den Verlauf weiter abwarten. Eine Infiltration (subacromial) lehne der Beschwerdeführer ebenso ab. In diesem Sinne Fortführen der Physiotherapie zum Kraftaufbau der Rotatorenmanschette und zur Humeruskopfzentrierung. Arbeitsunfähigkeit zu 50 % ab dem 4. September 2017 weiter bis zur nächsten klinischen Verlaufskontrolle, welche in vier bis fünf Wochen vorgesehen sei. Dann nochmals Re-Evaluation der Arbeitsunfähigkeit.

6.12 In der ärztlichen Beurteilung vom 13. Oktober 2017 (Suva-Nr. 70) hielt der Kreisarzt Dr. med. D.____ fest, bereits am 2. August 2017 habe er ausführlich Stellung genommen zum Ereignis vom 8. März 2017 (vgl. E. II. 6.9 hiervor). Das Ereignis vom 8. März 2017 habe zu keinen strukturell objektivierbaren Läsionen im Bereich der rechten Schulter geführt. Aufgrund des Unfallmechanismus vom 8. März 2017 sei eine strukturell objektivierbare Schädigung der Rotatorenmanschette nicht überwiegend wahrscheinlich.

Am 13. März 2017 gebe der Beschwerdeführer im Aussendienst-Rapport vom 17. Mai 2017 zu Protokoll (vgl. E. II. 6.6 hiervor), dass er am 13. März 2017 auf einem Zweitritt gestanden und beide Arme bis über Kopfhöhe gehalten habe. Er habe in jeder Hand eine Rohrzange gehalten. Er habe eine Mutter des Heizungsrohrs lösen wollen. Als die Mutter sich ruckartig gelöst habe, sei die Rohrzange gegen die rechte Schulter geschlagen. Anschliessend habe er entsprechende Schmerzen verspürt. Gemäss Beschreibung des Unfallhergangs sei das Ereignis vom 13. März 2017 nicht geeignet, eine Verletzung der Rotatorenmanschette überwiegend wahrscheinlich herbeizuführen.

Bezüglich des Ereignisses vom 18. März 2017 stelle sich die Frage nach einer Listendiagnose. Aufgrund der radiologischen Beschreibungen im MRI-Befund vom 4. April 2017 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) müsse eine Listendiagnose Typ «f» bejaht werden. Dem Kreisarzt lägen die Bilder und der schriftliche Befund zur MRI Arthrographie der rechten Schulter vom 4. April 2017 vor. Er könne die radiologischen Befunde nicht eindeutig nachvollziehen. Der befundende Radiologe spreche von einer Teilläsion der Supraspinatussehne. Nach Meinung des Kreisarztes handle es sich hier um eine Signalveränderung, überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingt. Im Bereich des Subscapularis spreche der befundende Radiologe am 4. April 2017 von einer Tendinopathie. Somit beschreibe der Radiologe selbst eine degenerative unfallfremde Veränderung. Eine AC-Gelenksarthrose liege im Bereich der rechten Schulter vor. Dies spreche für degenerative Veränderungen. Ein Schaden des Biceps-Pulley könne durch den Kreisarzt nicht nachvollzogen werden. Da überwiegend wahrscheinlich keine Verletzung des Bicepssehnenankers vorliege, sei im Bereich der Bicepssehne eine Listendiagnose zu verneinen. Die in der MRI Arthrographie vom 4. April 2017 beschriebenen Veränderungen seien mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen. In der Röntgendiagnostik vom 20. März 2017 der rechten Schulter (vgl. E. II. 6.1 hiervor) beschreibe der befundende Radiologe kleine Osteophyten am inferioren Humeruskopf im Rahmen einer Omarthrose. Hier würden somit auch radiologisch Zeichen einer Abnützung bestätigt. Im Bericht des C.____, PD Dr. med. O.____, vom 17. August 2017 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) werde die Tatsache von MR-tomographischen Befunden einer stattgehabten anteroinferioren Schulterluxation angesprochen. Der Kreisarzt weise darauf hin, dass in der MR Arthrographie der Schulter rechts vom 4. April 2017 keine Bankart-Läsion oder Hill-Sachs-Läsion beschrieben werde. Diese Veränderungen würden für Luxationen sprechen. Sowohl das Ereignis vom 8. März 2017 als auch diejenigen Ereignisse vom 13. März 2017 und 18. März 2017 hätten nachweislich klinisch zu keiner Luxation der rechten Schulter geführt.

6.13 Dr. med. P.____ bestätigte aufgrund der ambulanten Sprechstunde vom 17. Oktober 2017 (Suva-Nr. 73) die bereits im Bericht vom 19. September 2017 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) gestellten Diagnosen. Der Beschwerdeführer sei mit dem Verlauf insgesamt zufrieden, es sei zu einer weiteren Besserung der Schmerzen und Beweglichkeit gekommen. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von derzeit 50 % (50 % der zeitlichen Anwesenheit bei 100 % Leistung) als Kleingerätemechaniker könne er sich jedoch noch nicht vorstellen. Er bemerke eine Überlastung des linken Arms, da er für belastende Tätigkeiten vermehrt den linken Arm zu Hilfe nehme, um die rechte Seite zu entlasten. Keine Analgetikaeinnahme. Physiotherapie werde zweimal wöchentlich durchgeführt, diese möchte der Beschwerdeführer fortführen. Aktuell sei vor allem auf die Dehnung der glenohumeralen Gelenkkapsel Wert gelegt worden, nun sei auch der Kraftaufbau geplant. Die Beschwerdegegnerin sei weiterhin in Abklärung, ob sie die Kosten nach dem 20. August 2017 übernehme.

Beurteilung und Procedere: Die posttraumatische adhäsive Kapsulitis sei fast vollständig regredient, es persistiere ein geringes Aussenrotationsdefizit im Seitenvergleich. Fortführung der Physiotherapie (ein- bis zweimal wöchentlich an Land) zum Kraftaufbau und zur Humeruskopfbzentrung. Arbeitsfähigkeit weiterhin 50 % (50 % der Zeit und 100 % der Leistung) bis zur nächsten klinischen Verlaufskontrolle in vier bis sechs Wochen. Ein operativer Eingriff komme für den Beschwerdeführer weiterhin nicht in

Frage, ebenso wünsche er keine Infiltration.

6.14 Im Bericht vom 28. November 2017 (Suva-Nr. 78) hielt Dr. med. P.____ in Bezug auf die ambulante Sprechstunde vom gleichen Tag folgende Diagnosen fest:

Der Beschwerdeführer bemerke eine stetige Beschwerdebesserung, wobei es durch das kalte Wetter auch einen leichten Rückschlag gegeben habe. Die Physiotherapie werde zweimal wöchentlich durchgeführt, von dieser profitiere er sehr und er möchte diese weiter in Anspruch nehmen. Bisher sei gemäss dem Beschwerdeführer kein Kraftaufbau erfolgt. Es bestünden Restschmerzen an der rechten Schulter bei gewissen ruckartigen Bewegungen und belastenden Tätigkeiten, wie im Rahmen seiner Arbeit als Kleingerätemechaniker. Nach vermehrter Belastung komme es auch zu Schmerzen des linken Schultergelenks. Keine Analgetikaeinnahme. Arbeitsunfähigkeit 50 %, wobei der Beschwerdeführer 50 % anwesend sei und die vollständige Leistung erbringe. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit könne er sich derzeit noch nicht vorstellen.

Beurteilung und Procedere: Die posttraumatische adhäsive Kapsulitis sei vollständig regredient. Klinisch persistiere ein subacromiales Impingement Syndrom, die lange Bicepssehne sei heute schmerzfrei. Kräftige Rotatorenmanschette. In der Physiotherapie sollte der Fokus auf den Kraftaufbau und die Kräftigung der Humeruskopfdepressoren gelegt werden. Arbeitsfähigkeit weiterhin 50 % (50 % der Zeit und 100 % der Leistung) bis zur nächsten klinischen Verlaufskontrolle in circa sechs Wochen. Im Rahmen der nächsten Konsultation solle eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich sein. Ein operativer Eingriff oder eine Infiltration kämen für den Beschwerdeführer weiterhin nicht in Frage. Er sei angehalten worden, sich in den nächsten Wochen einen Hausarzt zu suchen, welcher ihn zwecks Arbeitsfähigkeit und Ausstellung der Physiotherapieresepte weiter begleiten könne.

6.15 Gestützt auf die ambulante Sprechstunde vom 16. Januar 2018 bestätigte Dr. med. P.____ im Bericht vom 17. Januar 2018 die bereits im Bericht vom 28. November 2017 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) ausgewiesenen Diagnosen (Suva-Nr. 86). Verlauf / Therapie: Weiterhin stetige Beschwerdebesserung. Leichte Schmerzen in der rechten Schulter träten noch bei belasteten Überkopftätigkeiten sowie beim Tragen oder Heben von schweren Lasten körperfern auf. Keine Analgetika-Einnahme. Der Beschwerdeführer möchte noch eine Serie Physiotherapie durchführen, da ihm dies einen deutlich positiven Effekt bringe. Aktuelle Arbeitsunfähigkeit 50 %, wobei der Beschwerdeführer 50 % anwesend sei und als Kleingerätemechaniker die vollständige Leistung erbringe. Eine Infiltration oder eine Operation komme für ihn weiterhin nicht in Frage. Beurteilung und Prozedere: Die Schulterbeweglichkeit sei aktiv und passiv wieder frei, die posttraumatische adhäsive Kapsulitis sei vollständig regredient. Die Schmerzen des subakromialen Impingement hätten sich ebenso verbessert, die lange Bizepssehne bleibe weiterhin schmerzfrei. Gute Schulterfunktion mit kräftiger Rotatorenmanschette. Bei starker Belastung der linken Schulter im Sinne einer länger anhaltenden Überkopfbelastung oder dem Tragen von schweren Lasten körperfern verspüre der Beschwerdeführer noch leichte Schmerzen. Die Arbeitsfähigkeit werde auf 75 % (75 % der Zeit, 100 % der Leistung) ab dem 22. Januar 2018 bis zum 28. Februar 2018 gesteigert. Dann werde der Hausarzt des Beschwerdeführers gebeten, die weitere Evaluation der Arbeitsfähigkeit zu übernehmen. Eine erneute Serie Physiotherapie zur Erarbeitung eines Heimprogramms und zur Kräftigung der Humeruskopfdepressoren sowie der Rotatorenmanschette sei ausgestellt worden, nach dieser Serie könne die Physiotherapie wahrscheinlich beendet werden. Es seien keine Verlaufskontrollen vorgesehen.

7. Gestützt auf die vorliegenden Akten kann zunächst festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer einzig unter Schmerzen an seiner rechten Schulter und somit an somatischen Beschwerden leidet. Es werden weder gesundheitliche Beeinträchtigungen seines psychischen Gesundheitszustands geltend gemacht noch ergeben sich aufgrund der vorliegenden Akten diesbezügliche Anhaltspunkte. Der Beschwerdeführer erlitt aufgrund der vorliegenden Akten innerhalb von relativ kurzer Zeit gleich drei Ereignisse. Sowohl die Abläufe dieser drei Ereignisse als auch die in der Folge aus diesen resultierenden Schmerzen an der rechten Schulter sind unbestritten. Einzig in Bezug auf die erste Begebenheit lässt sich gestützt auf die vorliegenden Akten nicht genau eruieren, ob sich diese am 8. oder am 9. März 2017 ereignet hat. Da das konkrete Datum für die vorliegend zu beantwortenden Fragen unbeachtlich ist, ist nicht weiter darauf einzugehen. Es ist somit von folgenden Ereignissen auszugehen: Am

E. 8

oder 9. März 2017 löste sich bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit plötzlich eine Messerschraube an einem Mulchgerät, welche der Beschwerdeführer zu lösen versuchte, wobei der rechte Arm des Beschwerdeführers nach hinten schnellte. Am 13. März 2017 schlug dem Beschwerdeführer sodann zuhause beim Lösen einer Schraubenmutter eines Heizungsrohrs eine Rohrzange an seine rechte Schulter. Am 18. März 2017 erfolgte im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit beim Durchschneiden eines Trafokabels mit dem Japanmesser eine ruckartige Bewegung nach hinten.

8. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid vom 15. Januar 2018 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf die ärztlichen Beurteilungen des Kreisarztes Dr. med. D. ___ vom 2. August 2017 und 13. Oktober 2017 stützt (A.S. 9), ist nachfolgend zunächst zu prüfen, ob auf diese abgestellt werden kann:

8.1 Die Beurteilungen von Dr. med. D. ___ vom 2. August 2017 und vom 13. Oktober 2017 (vgl. E. II. 6.9 und 6.12 hiervor) basieren auf den vollständigen Vorakten und enthalten eine umfassende Erörterung der medizinischen Fragestellung. Der Kreisarzt gelangt zu schlüssigen Ergebnissen, die er in nachvollziehbarer Weise herleitet. Seine Einschätzung ist daher grundsätzlich geeignet, eine hinreichende Grundlage für die Anspruchsbeurteilung zu bilden. Dass der Kreisarzt den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht hat, steht der Beweiskraft seiner Beurteilungen nicht entgegen, denn auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 9C_697/2012 vom 6. November 2012 E. 1.4 mit Hinweisen). Da es sich um eine versicherungsinterne Stellungnahme handelt, sind allerdings ergänzende Abklärungen bereits dann notwendig, wenn die übrige Aktenlage, insbesondere die Stellungnahmen der behandelnden Ärzte, auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Feststellungen zu wecken vermögen. Zu prüfen bleibt, ob die Stellungnahmen von Dr. med. D. ___ auch inhaltlich überzeugen. Dabei ist auf die drei Ereignisse je einzeln einzugehen.

8.2 Der Kreisarzt geht in seiner Beurteilung vom 2. August 2017 auf das Ereignis vom 8. März 2017 ein. Nach einer Zusammenfassung der Vorakten führt er aus, dieses Ereignis sei nicht geeignet, eine Verletzung der Rotatorenmanschette zu verursachen oder eine bestehende Verletzung der Rotatorenmanschette richtunggebend zu verschlimmern. Diese

These überzeugt, denn der Vorfall vom 8. März 2017 war gemäss der Schilderung durch den Beschwerdeführer nicht mit dem hierfür erforderlichen Mechanismus verbunden, der voraussetzt, dass das Schultergelenk unmittelbar vor der Einwirkung unter Einsatz der Rotatorenmanschette muskulär fixiert ist und eine plötzliche passive Bewegung hinzukommt, die überfallartig eine Zugbelastung der Sehnen der Rotatorenmanschette bewirkt (vgl. Schönberger / Mehrrens / Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Berlin 2017, S. 432). Es fehlt insbesondere an einer Zugbelastung, wie sie z.B. bei einem Treppensturz mit Festhalten am Geländer vorkommt.

Der Kreisarzt führt weiter aus, die MRI-Diagnostik der rechten Schulter vom 4. April 2017 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) zeige keine strukturell objektivierbaren Läsionen infolge des Ereignisses vom 8. März 2017. Am 20. März 2017 habe in der Röntgendiagnostik festgestellt werden können, dass röntgenologisch keine strukturell objektivierbaren Läsionen infolge des Ereignisses vom 8. März 2017 vorlägen. Es sei am 8. März 2017 zu einer Distorsion des rechten Schultergelenks gekommen. Eine solche Distorsionsproblematik heile mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wenige Monate nach dem Ereignis folgenlos ab. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spielten Unfallfolgen ab dem Datum des Berichts (2. August 2017) im Bereich der rechten Schulter keine Rolle mehr. Auch diese Ausführungen sind schlüssig. Sie werden im Beschwerdeverfahren grundsätzlich auch nicht bestritten. Der Beschwerdeführer lässt vielmehr ausführen, im Zentrum der Beschwerde stehe die Frage, ob die drei Ereignisse für die erlittene Rotatorenmanschettenläsion ursächlich gewesen seien (A.S. 37). Diese Frage ist in Bezug auf das Ereignis vom 8. März 2017 mit Blick auf dessen Hergang zu verneinen.

8.3 Eingehend auf das Ereignis vom 13. März 2017 kann gestützt auf die nachvollziehbaren und schlüssigen Ausführungen des Kreisarztes Dr. med. D.____ vom 13. Oktober 2017 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) ebenfalls davon ausgegangen werden, dass der Unfallhergang nicht geeignet war, eine Verletzung der Rotatorenmanschette überwiegend wahrscheinlich herbeizuführen. Dieser kreisärztlichen Einschätzung kann gefolgt werden. So gab der Beschwerdeführer am 17. Mai 2017 an (vgl. E. II. 6.6 hiervor), er habe sich beim ruckartigen Lösen einer Mutter die Rohrzange an die rechte Schulter geschlagen. Diese Handlung ■ die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (wie durch Sturz, Prellung, Schlag) ■ wird in der Literatur bezüglich des Verletzungsmechanismus der Rotatorenmanschette als «ungeeigneter Hergang» bezeichnet, da die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und Delta-Muskel gut geschützt sei (Schönberger / Mehrrens / Valentin, a.a.O., S. 433). Es ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das Ereignis vom 13. März 2017 nicht geeignet war, eine Schädigung an der Rotatorenmanschette der rechten Schulter des Beschwerdeführers herbeizuführen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht in Bezug auf das Ereignis vom 13. März 2017 verneint hat.

8.4 Zu beurteilen bleibt der Vorfall vom 18. März 2017.

8.4.1 Zunächst ist zu prüfen, ob es sich um einen Unfall gemäss Art. 4 ATSG handelt (vgl. E. II. 2.1 hiervor) bzw. ob das durch den Beschwerdeführer beschriebene Geschehen den Unfallbegriff erfüllt.

Aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers vom 17. Mai 2017 gegenüber der Mitarbeiterin des Schaden Aussendienstes N.____ (vgl. E. II. 6.6 hiervor) ist davon

auszugehen, dass er am 18. März 2017 bei der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit mit dem rechten Arm eine ruckartige Bewegung nach hinten machte und dabei sogleich Schmerzen in der rechten Schulter verspürte. Wie die Beschwerdegegnerin korrekt ausführe (A.S. 11), wurde bei diesem Ablauf somit weder ein ausserhalb des Körpers liegendes Ausgleiten, Stürzen, Anschlagen oder dergleichen erwähnt noch wurde beschrieben, dass der natürliche Ablauf der Bewegung durch einen äusseren Faktor abrupt und programmwidrig beeinflusst worden wäre. Die durch den Beschwerdeführer ausgeübte Bewegung ist daher im Rahmen einer körperlich durchschnittlichen Beanspruchung des Körpers zu qualifizieren, die aufgrund der Umschreibung der beruflichen Tätigkeit durch den Beschwerdeführer zum normalen Berufsalltag eines Mechanikers gehört. Eine unkoordinierte Bewegung ist nicht ersichtlich. Da der Beschwerdeführer seit dem 5. Januar 2006 und somit im Zeitpunkt des Ereignisses vom 18. März 2017 bereits seit 11 Jahren beim aktuellen Arbeitgeber tätig ist (vgl. E. I. 1 hiervor), kann auch nicht von einem aussergewöhnlichen Faktor im Sinne einer ausserordentlichen Kraftanstrengung im Rahmen der beruflichen Gewöhnung des Beschwerdeführers ausgegangen werden.

Da somit kein ungewöhnlicher äusserer Faktor zur Körperschädigung des Beschwerdeführers beigetragen hat, fällt vorliegend ein Leistungsanspruch gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG ausser Betracht.

8.4.2 Es bleibt zu prüfen, ob eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegt (vgl. E. II. 2.2 hiervor).

Der Kreisarzt Dr. med. D.____ führt in seiner Beurteilung vom 13. Oktober 2017 (E. II. 6.12 hiervor) aus, aufgrund der radiologischen Beschreibungen zum MRI-Befund vom 4. April 2017 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) sei eine Listendiagnose im Sinn von Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG (Sehnenriss) zu bejahen. Er nimmt damit Bezug auf die im MRI-Bericht erwähnte Sehnenruptur des M. subscapularis. Wie sich den anschliessenden Ausführungen des Kreisarztes entnehmen lässt, zieht er diese Diagnose nicht in Zweifel, setzt sie aber nicht in einen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 18. März 2017 (oder den beiden vorangehenden Vorfällen), sondern geht von einer vorwiegend degenerativen Verursachung aus.

Diese Einschätzung überzeugt, denn auch der Hergang des Ereignisses vom 18. März 2017 (vgl. E. II. 7 hiervor) ist grundsätzlich nicht geeignet, eine Schädigung der Rotatorenmanschette zu bewirken. Es fehlt auch hier an einer Zugbelastung, wie sie für diesen Wirkungsmechanismus vorausgesetzt wird (vgl. E. II. 8.2 hiervor). Der behandelnde Arzt Dr. med. L.____ führt demgegenüber in seinem Bericht vom 19. April 2017 aus, er interpretiere den Sehnenriss als traumatisch, weil sich in der MRT Zeichen für eine stattgehabte Luxation zeigten und eine Spontanreposition durchaus denkbar sei (vgl. E. II. 6.4 hiervor). Dr. med. D.____ hält dazu aber überzeugend fest, dass eine Reposition bzw. eine vorangegangene Luxation der Schulter klinisch nicht bestätigt sei. In der Tat enthalten die in zeitlicher Nähe zu den drei Ereignissen erstellten Berichte keine entsprechenden Angaben und Hinweise. Die von Dr. med. L.____ angeführten Hinweise im MRI auf eine stattgehabte Luxation werden im Bericht vom 19. April 2017 und auch in den späteren Stellungnahmen, auch derjenigen von Dr. med. O.____ (vgl. E. II. 6.8 hiervor), nicht konkretisiert. Dasselbe gilt für die Ausführungen im MRI-Bericht vom 4. April 2017, wo von einer «Luxation der Bizepssehne nach intraartikulär» die Rede ist (vgl. E. II. 6.3 hiervor). Dr. med. D.____ hält dazu in seiner Beurteilung vom 13. Oktober 2017 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) fest, in der MR-Arthrographie werde keine Bankart-Läsion oder

Hill-Sachs-Läsion beschrieben. Dieser Hinweis ist unfallmedizinisch relevant, zeigt doch eine traumatische Erstluxation als Verletzungsmuster eine Schädigung von Gelenkkapsel, Bandapparat, Pfannenrand und Labrum, in der Regel in Form einer Blankart-Läsion oder einer Hill-Sachs-Läsion (vgl. Schönberger / Mehrrens / Valentin, a.a.O., S. 553). Vor diesem Hintergrund ist es zwar nicht ausgeschlossen, dass eine Luxation stattgefunden haben könnte. Als überwiegend wahrscheinlich kann dies jedoch nicht gelten. Damit erübrigt sich auch eine Prüfung der Frage, inwiefern daraus auf eine traumatische Entstehung des Sehnenrisses geschlossen werden könnte. Es kommt hinzu, dass die Berichte über die MRI-Untersuchung vom 4. April 2017 und die Röntgenuntersuchung vom 20. März 2017 eine Reihe degenerativer Befunde (wie Tendinopathie, AC-Gelenksarthrose, Omarthrose) benennen. Vor diesem Hintergrund wäre, selbst wenn man entgegen dem Gesagten das Ereignis vom 18. März 2017 als Auslöser ansehen wollte, von einer vorwiegend degenerativ bedingten Schädigung auszugehen.

Zusammenfassend erscheint das Ereignis als solches nicht geeignet, eine Verletzung der Rotatorenmanschette zu bewirken. Zudem ist es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass eine Luxation stattgefunden hat, womit ungeprüft bleiben kann, inwiefern von einer solchen Luxation auf eine Unfallkausalität geschlossen werden könnte. Schliesslich wäre selbst bei Vorliegen eines auslösenden Ereignisses von einer vorwiegend degenerativ bedingten Verletzung auszugehen. Die Beschwerdegegnerin hat daher auch eine unfallähnliche Körperschädigung zu Recht verneint. Aus dem Ereignis vom 18. März 2017 ergibt sich demnach kein Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin.

8.5 Nach dem Gesagten ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, das Ereignis vom 8. März 2017 habe zu einer Distorsion der rechten Schulter geführt und den degenerativen Vorzustand vorübergehend verschlimmert, der status quo sine sei aber spätestens am 20. August 2017 erreicht worden. Die Vorfälle vom 13. und 18. März 2017 begründen keine zusätzlichen Ansprüche auf Leistungen der Unfallversicherung. Ob das Ereignis vom 8. März 2017 einen Unfall im Rechtssinne darstellt, ist vor diesem Hintergrund nicht näher zu prüfen.

9. Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt (A.S. 15), er habe vor den drei Unfällen nie Beschwerden an der Schulter gehabt und es sei daher absolut nicht nachvollziehbar, weshalb die Arbeitsunfälle nicht der Grund für seine erlittenen Verletzungen sein sollten. Da diese Argumentation auf der beweisrechtlich nicht zulässigen «post hoc ergo propter hoc»-Argumentation beruht, wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 f. E. 2b bb; Urteil des Bundesgerichts 8C_507/2015 vom 6. Januar 2016 E. 4.3), kann ihr nicht gefolgt werden.

10. Damit ist der Einspracheentscheid vom 15. Januar 2018 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

11. Betreffend weiterer 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 Beweismässigkeit 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). Auf eine ■ wie vom Beschwerdeführer beantragt (vgl. E. I. 2 Ziff. 3 und 5 Ziff. 3 hiervor) ■

versicherungsexterne Begutachtung kann verzichtet werden, da von einer solchen keine weiterführenden Angaben zu erwarten sind.

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 wird erkannt:

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

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Jäggi

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 8C_160/2019 vom 12. März 2019 nicht ein.

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