

SO_GERICHTE VSBES.2018.63 vom 23. Mai 2019

SO Obergericht, 2019-05-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.63_d20190523

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.63 du 23 mai 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.63 del 23 maggio 2019

Regeste

Unfallversicherung

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. Damit ist im vorliegenden Fall bei dem zu beurteilenden Ereignis vom 29. Oktober 2016 das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht (Stand: 1. Januar 2013) anwendbar.

E. 1.2

Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Damit ist im vorliegenden Fall bei dem zu beurteilenden Ereignis vom 29. Oktober 2016 das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht (Stand: 1. Januar 2013) anwendbar.

E. 2

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

2.2 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]).

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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen).

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 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast ■ anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 4.2 mit Hinweis).

E. 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen).

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).

E. 3.4

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder

später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 4.2 mit Hinweis).

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 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 aufgrund des Ereignisses vom 29. Oktober 2016 mit Einspracheentscheid vom 23. Januar 2018 (A.S. 1 ff.) zu Recht per 22. Februar 2017 eingestellt hat.

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

6.1 Dr. med. H.____, Leitender Arzt, D.____, Institut für Radiologie, hielt im Bericht vom 12. Dezember 2016 (Suva-Nr. 11) fest, es gebe zum Vergleich keine Voruntersuchung. Bei Innen- / Aussenrotation Aufnahmen keine konklusive Beurteilung der subakromialen Konsole. Wahrscheinlich Kaudalstellung des Akromions. Im Verlauf der Rotatorenmanschette keine Verkalkungsstrukturen nachzuweisen. Moderate Degeneration glenohumeral mit Sklerosierungszeichen des ossären Glenoids und teilweise degenerative Zysten im kaudalen Drittel. Normale Konfiguration des Humeruskopfes.

6.2 Aufgrund der Sonographie der rechten Schulter vom 15. Dezember 2016 (Suva-Nr. 12) hielt Dr. med. H.____ fest, die Bizeps longus Sehne orthotop im Sulcus intertubercularis weise geringgradige Flüssigkeitskolektionen peritendinös und eine leicht erhöhte Echogenität im Sinne einer Tendinopathie auf. Keine Rupturzeichen. Fragliche Unterminierung der Subscapularissehne, DD: Min. Partialriss? Intakte Infraspinatussehne. Verdacht auf einen transmuralen Partialriss im superioren Anteil der Supraspinatussehne. Subakromiale Bursitiszeichen. Empfehlung einer ergänzenden MR-Untersuchung der rechten Schulter zur genaueren Bilanzierung und Bestätigung einer Kapsulitis.

6.3 Der Sportphysiotherapeut I.____, PT BSc, hielt in seiner E-Mail vom 29. Dezember 2016 (Suva-Nr. 48 S. 2) fest, er habe den Beschwerdeführer heute nochmals in der Physiotherapie gesehen und behandelt. Massiver Kraftverlust nach Überaktivität vor circa vier Wochen. Verdacht auf Aussenrotation / Rotatorenmanschettenläsion? Ansonsten gute Beweglichkeit passiv. Freie Range of motion. Die Cortison Injektion habe nahezu keine Verbesserung gebracht. Aus seiner Sicht wären eine MRI und weitere Physiotherapie indiziert.

6.4 Dr. med. J.____, Rheumatologie FMH, K.____, hielt im Bericht vom 18. Januar 2017 (Suva-Nr. 18) aufgrund des hochauflösenden muskuloskelettalen Ultraschalls B- und C-Mode folgende Beurteilung fest: Kleine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne rechts am Übergang zur Infraspinatussehne rechts mit noch intakter Kapsel; Rupturzone 2 cm lateral der langen Bizepssehne; Läsion Grösse: 0,6 x 2 cm. Es erfolge die Anmeldung in der ambulanten schulterorthopädischen Sprechstunde von PD Dr. med. E.____.

6.5 Gemäss dem Arztzeugnis vom 31. Januar 2017 (Suva-Nr. 7) von Dr. med. C.____, Oberärztin, D.____, Klinik Rheumatologie und Rehabilitation, fand die Erstbehandlung am 22. November 2016 statt. Es wurden folgende Angaben des Beschwerdeführers festgehalten: Er berichte im Rahmen einer Konsultation wegen chronisch sakraler Schmerzen über einen akuten Schmerz, aufgetreten im Rahmen der laufenden Physiotherapie seit August 2016. Schmerzen mit Zunahme bei Abduktion des Armes, Rechtsseitenlage sowie Bewegung von Arm auf Hüfthöhe. Es gebe keine besonderen Umstände, die den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen könnten. Objektiver Befund der rechten Schulter: Schmerz bei maximaler passiver Abduktion, Aussenrotation in

Neuralstellung und Abduktion sowie Schürzengriff rechts schmerzhaft. Jobe- und Lift-Off-Test rechts schmerzhaft. Aktive Abduktion aufgrund fehlender Kraft eingeschränkt. Diagnosen: «Periarthropathia humeroscapularis mit Verdacht auf Rotatorenmanschettenläsion» und eine «Läsion der Supraspinatussehne (Sonographie Januar 2017)». Die Unfallfolgen seien «unklar». Es würden eine Physiotherapie mit Erlernen von zentrierenden Übungen, eine orthopädische Beurteilung und evtl. eine ACP Infiltration Supraspinatussehne durchgeführt. Der Beschwerdeführer sei seit 1. Januar 2017 bis aktuell zu 100 % arbeitsunfähig.

6.6 Auf dem Fragebogen vom 10. Februar 2017 (Suva-Nr. 15) gab der Beschwerdeführer an, er sei beim Schneiden eines Baumes mit der Leiter abgerutscht und habe dabei die rechte Schulter angeschlagen. Dies sei am 29. Oktober 2016 um 11.00 Uhr in [...] geschehen. Es habe sich beim Ereignis etwas Besonderes ereignet: ein Sturz und ein Anschlagen. Die Beschwerden hätten sich sofort nach dem Sturz erstmals bemerkbar gemacht. Der erste Arztbesuch sei am 22. November 2016 bei Dr. med. C.____ erfolgt. Der Beschwerdeführer sei nicht wieder arbeitsfähig. Die ärztliche / therapeutische Behandlung sei nicht abgeschlossen. Die nächste Behandlung finde am 24. Februar 2017 bei PD Dr. med. E.____ statt.

6.7 PD Dr. med. E.____, Leitender Arzt, F.____, Orthopädie / Traumatologie, wies im Bericht vom 14. Februar 2017 (Suva-Nr. 20) folgende Diagnosen aus:

Posterosuperiore Rotatorenmanschettenruptur Schulter rechts mit / bei

Beurteilung / Procedere: Es liege eine symptomatische posterosuperiore Rotatorenmanschettenruptur vor. Der Beschwerdeführer sei arbeitsunfähig und konservative Massnahmen hätten in den letzten vier Monaten keine Beschwerdelinderung erzielen können. Deshalb würde bei diesem eher jüngeren Beschwerdeführer eine operative Intervention wohl Sinn machen. Er sei bereits jetzt über die Risiken und die lange Nachbehandlung mit einem sicheren weiteren Arbeitsausfall von drei bis vier Monaten aufgeklärt worden. Zur präoperativen Abklärung werde noch ein Arthro-MRI der rechten Schulter veranlasst. Danach werde sich der Beschwerdeführer nochmals in der Sprechstunde vorstellen und es werde dann entschieden, ob eine Operation stattfinden soll oder nicht.

6.8 Dr. med. H.____ hielt im Bericht vom 22. Februar 2017 (Suva-Nr. 19) aufgrund der durchgeführten MRI Schulterarthro rechts und der Arthrographie Schulter rechts folgende Beurteilung fest: Partialriss DD: bursaseitig der SSp. Partialriss der SSb insertionsnahe mit möglicherweise leichter Medialisierung der Bizeps longus Sehne. Intaktes Labrum. Keine Knorpelopathie glenohumeral. Keine eindeutige Kapsulitis. Hypertrophe und aktivierte AC-Arthrose, ungünstige Position und Konfiguration des Akromions, sicher prädisponierend für eine Impingementproblematik.

6.9 PD Dr. med. E.____ und Dr. med. L.____, Stellvertretende Oberärztin, F.____, Orthopädie / Traumatologie, stellten im Bericht vom 6. März 2017 betreffend die Behandlung des Beschwerdeführers vom 24. Februar 2017 (Suva-Nr. 27) folgende Diagnose: «Rotatorenmanschettenruptur Schulter rechts bursaseitiger Supraspinatussehnenruptur und Partialruptur des Subscapularis sowie eine Medialisierung der Bizeps longus Sehne rechts». Beurteilung und Procedere: Im ausführlichen Gespräch würden zusammen mit der Ehefrau des Beschwerdeführers die Operation, die Risiken und die Nachbehandlung erklärt und die Operation für den 28. März 2017 geplant. Der

Beschwerdeführer organisiere sich zwischenzeitlich eine Abduktionsschiene von 15°. Als Gerichtsweibel sei er für mindestens drei Monate postoperativ arbeitsunfähig. Es werde bis zum 30. Juni 2017 ein Zeugnis zu 100 % ausgestellt. Es werde eine Rotatorenmanschettennaht der Subscapularissehne und Supraspinatussehne und gegebenenfalls Tenodese geplant. Der Beschwerdeführer sei mit dem Vorgehen einverstanden.

6.10 Im Aussendienstbericht betreffend den Sachverhalt und Heilverlauf vom 16. März 2017 (Suva-Nr. 25) hielt die Case Managerin M.____ zum Sachverhalt fest, der Beschwerdeführer habe angegeben, er habe am 29. Oktober 2016 die Bäume im Garten zurückschneiden wollen. Dazu habe er sich auf die Leiter begeben und an einem Ast gesägt, als die Leiter seitlich weggerutscht sei und er dadurch die rechte Schulter am Baumstamm angeschlagen habe. Ein eigentlicher Sturz wie auf dem Fragebogen geschrieben, habe sich nicht ereignet. Er sei mit der Leiter weggerutscht und habe durch den Aufprall am Baumstamm mit der Schulter einen Sturz verhindern können. Er habe sofort Schmerzen in der Schulter gehabt, aber gedacht, dass es lediglich eine Prellung sei. Er habe die Schulter selber mit einer Crème behandelt. Der Beschwerdeführer nehme zur Kenntnis, dass Dr. med. C.____ im ersten Bericht nichts von einem Unfall geschrieben habe. Dies erstaune ihn, er habe ihr bestimmt davon erzählt. Er habe sowieso das Gefühl gehabt, dass er bei ihr nicht wirklich gut aufgehoben sei. Vermutlich habe sie ein Durcheinander veranstaltet. Im Bericht des F.____ vom 14. Februar 2017 werde ein Zugtrauma erwähnt. Dies komme vermutlich daher, dass er den Ast, den er abgesägt gehabt habe, mit der rechten Hand aufgefangen habe, während er mit der Leiter zur Seite gerutscht sei. Anders könne er sich das nicht erklären. Heilverlauf: Bereits unmittelbar nach dem Unfall habe er seinen Arm seitlich nicht mehr anheben können. Er habe gedacht, dies sei von der Prellung und habe normal weitergearbeitet. Er habe aber z.B. Ordner mit dem linken Arm von einem Gestell gehoben. Im November habe er an einer Bronchitis gelitten und deswegen seinen Hausarzt Dr. med. N.____ aufgesucht. Bei dieser Gelegenheit habe er ihm von den Schmerzen in den Schultern erzählt. Er habe ihn daraufhin an die Rheumatologie des D.____ zu Dr. med. C.____ überwiesen. Am 22. November 2016 habe er bei ihr den ersten Termin gehabt. Sie habe Röntgenbilder und einen Ultraschall angeordnet. Anschliessend habe sie ihn intern an einen Dr. med. O.____ überwiesen, der eine Cortisoninfiltration und einen nochmaligen Ultraschall durchgeführt habe. Leider habe die Infiltration nicht geholfen. Dr. med. C.____ habe ihn schliesslich an eine spezielle Ultraschallpraxis überwiesen. Der untersuchende Arzt Dr. med. J.____ habe ihn nach dem Ultraschall an PD Dr. med. E.____ vom F.____ überwiesen, welcher ein MRI angefertigt und die Indikation für den operativen Eingriff gestellt habe. Er habe ihn sofort gefragt, ob ein Unfall passiert sei, die Verletzung sei klar auf ein Unfallereignis zurückzuführen. Aufgrund der Bronchitis sei der Beschwerdeführer vom 25. November 2016 bis Ende Dezember arbeitsunfähig geschrieben gewesen. Ab dem 1. Januar 2017 sei er aufgrund der Schulter arbeitsunfähig geworden. Auf Nachfrage könne er festhalten, dass sich die Beschwerden seit dem Unfall vom 29. Oktober 2016 bis heute nicht verändert hätten. Die Schmerzen und die Unmöglichkeit, den Arm seitlich anzuheben, seien gleich nach dem Unfall vorhanden gewesen und hätten sich bis heute nicht verändert. Am Anfang habe er halt noch drei Wochen auf die Zähne gebissen, danach sei er aufgrund der Bronchitis arbeitsunfähig gewesen. Als diese ausgeheilt gewesen sei, habe er es aufgrund der Schulterschmerzen als zu mühsam empfunden, die Arbeit wieder aufzunehmen. Die Beschwerden hätten aber nicht zugenommen. Vorzustand: Der Beschwerdeführer nehme zur Kenntnis, dass Dr. med. C.____ festhalte, er habe bereits seit

August 2016 unter Schulterbeschwerden gelitten. Dies stimme so nicht ganz. Anfangs 2016 habe er sich aufgrund von Rückenbeschwerden in physiotherapeutische Behandlung begeben. Im Verlauf hätten die Rückenbeschwerden in die Arme und Beine ausgestrahlt und er habe eine Zeit lang Mühe gehabt, seine Arme zu heben. Evtl. beziehe sie sich auf diese Beschwerden. Vor dem Unfall sei er aber diesbezüglich wieder praktisch beschwerdefrei gewesen.

6.11 Im Austrittsbericht vom 28. März 2017 (Suva-Nr. 34) wurde über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 28. März bis 1. April 2017 im F.____ berichtet. Am 28. März 2017 wurde eine Operation (Schulterarthroskopie, Bicepstenodese, Subscapularis- und Supraspinatusnaht [double row] rechts) durchgeführt (Suva-Nr. 38). Die Assistenzärztin P.____, F.____, Orthopädie und Traumatologie, hielt folgende Diagnosen fest:

Subscapularisruptur LaFosse Grad 3 mit Bicepstendinopathie und grosser bursaseitiger Partialruptur Supraspinatussehne rechts

Beurteilung und Verlauf: Intra- und postoperativ komplikationsloser Verlauf. Postoperative Ruhigstellung im Abduktionskissen. Belastungsfreie Mobilisation der angrenzenden Gelenke und physiotherapeutischer Anleitung. Mit trockenen und reizlosen Wundverhältnissen werde der Beschwerdeführer nach Hause entlassen. Procedere: Es werde um regelmässige Wundkontrollen und Fadenentfernung 12 ■ 14 Tage postoperativ bei gesicherter Wundheilung gebeten. Ruhigstellung im Abduktionskissen für sechs Wochen postoperativ. Während dieser Zeit sei die belastungsfreie Mobilisation des Ellbogens und des Handgelenks erlaubt. Beginn mit belastungsfreier passiver Mobilisation der Schulter ab der fünften postoperativen Woche unter physiotherapeutischer Anleitung. Eine Physiotherapieverordnung sei ausgestellt worden. Keine NSAR für drei Monate postoperativ. Eine klinische und radiologische Verlaufskontrolle in der Sprechstunde von PD Dr. med. E.____ sechs Wochen postoperativ finde am Mittwoch den 10. Mai 2017 um 15.45 Uhr (Röntgen) und um 16.15 Uhr (Sprechstunde) im D.____ statt. Ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis sei bis einschliesslich 10. Mai 2017 ausgestellt worden.

6.12 Dr. med. N.____ hielt am 7. April 2017 (Suva-Nr. 41) handschriftlich fest, die Schulter sei bei ihm nie ein medizinisches Thema gewesen. 2010 habe der Beschwerdeführer einmal vom Nacken aus in den linken Arm Ausstrahlungen gehabt.

6.13 Im Bericht vom 11. Mai 2017 (Suva-Nr. 52) hielten PD Dr. med. E.____ und Dr. med. P.____, F.____, folgende Diagnosen fest:

Status nach Schulterarthroskopie, Bicepstenodese, Supraspinatus- und Subscapularisnaht (double row) rechts am 28. März 2017 bei

Beurteilung und Procedere: Sechs Wochen postoperativ zeige sich klinisch und radiologisch ein regelrechter Verlauf. Der Beschwerdeführer solle nun aktiv mit der Physiotherapie 2 ■ 3 Mal pro Woche das Bewegungsausmass und die Belastung aufbauen (maximal 1 ■ 2 kg). Das Krafttraining solle weiterhin für drei Monate postoperativ noch nicht begonnen werden. Zusätzlich sei dem Beschwerdeführer empfohlen worden, dass er sich im Wasser mobilisieren und immer wieder auch zu Hause seine Haltung des Schultergürtels kontrollieren solle, hier sollten entsprechende Haltungsübungen selbstständig durchgeführt werden. Der Beschwerdeführer werde dann erneut nach sechs Wochen zur klinischen Verlaufskontrolle gesehen.

6.14 Der Sportphysiotherapeut I.____ hielt in seiner E-Mail vom 31. Mai 2017 (IV-Nr. 55) fest, der Beschwerdeführer sei vom August bis Dezember 2016 wegen Rückenschmerzen in Behandlung gewesen. Für seine Schulterprobleme habe er nie eine Diagnose oder Zuweisung von einem Arzt erhalten. Der Beschwerdeführer habe ihn über seinen «Unfallhergang» der Schulter informiert und er habe ihm geraten, das Gelenk und die Problematik bei einem Arzt abklären zu lassen. Danach habe er sich anfangs Dezember im D.____ gemeldet und eine Untersuchung eingeleitet.

6.15 Der Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie FMH, hielt am 9. Juni 2017 (Suva-Nr. 58) folgende ärztliche Beurteilung fest: Gemäss Sachverhaltsabklärung habe der Beschwerdeführer eine direkte Kontusion der Schulter erlitten. Ein Traktionstrauma, wie dies durch die Ärzte des F.____ beschrieben werde, werde vom Beschwerdeführer nicht bestätigt. Die erstbehandelnde Rheumatologin habe zu Beginn kein Trauma erwähnt. Die Schulterbeschwerden seien im Rahmen physiotherapeutischer Massnahmen seit August aufgetreten. Sofort nach dem Sturz sei es zu Schulterschmerzen gekommen. Erst verzögert sei eine ärztliche Konsultation indiziert gewesen. Aufgrund der Beschwerdesymptomatik sei vorerst dreimal ein Ultraschall durchgeführt und erst später eine orthopädische Beurteilung veranlasst worden. Grundsätzlich sei der Ereignishergang verschieden dokumentiert. Vor allem erwähne die behandelnde Rheumatologin rechtzeitig kein Trauma und die Schmerzzunahme habe deutlich vor dem geltend gemachten Ereignis begonnen. Es sei juristisch zu klären, welcher Mechanismus als glaubwürdig bewertet werde. In der Folge halte sich der Kreisarzt an die Darstellung in der Aussendienstbefragung. Im MRI seien Verschleisserkrankungen der Schulter beschrieben worden. Neben Osteophyten werde eine Tendinopathie der Rotatorenmanschette aufgeführt. Hinweise für eine direkte Kontusion lägen zu diesem Zeitpunkt nicht vor. Vornehmlich zur Beurteilung eines ursächlichen Zusammenhangs der operierten Rotatorenmanschettenpathologie und des erwähnten Sturzes sei der Unfallhergang. Es sei aufgrund des Aussendienstberichts von einer direkten Kontusion auszugehen. Um eine Rotatorenmanschettenläsion begründen zu können, wäre ein relevantes Traktionsmoment notwendig. Dies trete unter anderem durch das Festhalten an einem Geländer beim Sturz auf der Treppe auf, was üblicherweise zu einer Subscapularissehnenläsion führe. Ebenfalls komme es durch das Auffangen eines schweren Gegenstands selten zu einer relevanten Traktionskraft. Auch der Zug am Arm durch eine Person oder einen Gegenstand könne zur Verletzung einer Sehne ausreichen. Zudem erklärten Luxationen der Schulter und ein Sturz nach hinten auf die ausgestreckten Arme eine Rotatorenmanschettenläsion.

Üblicherweise komme es bei einer akuten Rotatorenmanschettenläsion zu einem Schmerz mit sofortiger Pseudoparalyse, wobei der Schmerz innerhalb weniger Tage rückläufig sei und die Pseudoparalyse persistiere. Beim Beschwerdeführer sei die Schmerzhaftigkeit verblieben oder habe sogar noch zugenommen. Die Schmerzprogredienz bzw. das Persistieren des Schmerzes passe zum Verschleissleiden, da das schmerzverursachende Moment unverändert anhalte. Bei einem Unfall handle es sich um einen einmaligen Event, weshalb die Beschwerden normalerweise rasch nachliessen. Des Weiteren werde wissenschaftlich dokumentiert, dass aufgrund akuter Rotatorenmanschettenläsionen im Regelfall innerhalb weniger Tage ein Arzt aufgesucht werde. Im Dossier werde festgehalten, dass die Erstkonsultation deutlich verzögert erfolgt sei. Die Schulterproblematik sei auch nicht so dominant gewesen, dass die Rheumatologin von einem Unfall an der Schulter ausgegangen sei. Sie erwähne zumindest ein

Schmerzhaftwerden der Schultersymptomatik im Rahmen von physiotherapeutischen Massnahmen. Wenn der Beschwerdeführer das Unfallereignis prioritär erwähnt hätte, wäre zu erwarten gewesen, dass die behandelnde Rheumatologin das Ereignis ebenfalls dokumentiert hätte.

Zusammenfassend sei aufgrund des Aussendienstberichts von einer Schulterkontusion mit einer Traumatisierung des Weichteilmantels auszugehen. Das Ereignis sei auch bei verspätet nachgewiesener Funktionseinschränkung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit geeignet, einen strukturellen Schaden herbeizuführen. Des Weiteren sei der klinische Verlauf untypisch für eine strukturelle Schädigung der Rotatorenmanschette als Folge des Traumas.

Das Ereignis vom 29. Oktober 2016 habe nicht zu zusätzlichen strukturellen Läsionen an der rechten Schulter geführt, welche objektivierbar seien. Das Ereignis sei ungeeignet, einen strukturellen Schaden vor allem im Bereich der Rotatorenmanschette herbeizuführen. Es sei gemäss der Befragung von einer Kontusion auszugehen, welche innerhalb von 6 bis maximal 12 Wochen vollumfänglich abheile. Im MRI der Schulter seien Verschleisserkrankungen dargestellt worden. Es sei von einer direkten Kontusion auszugehen. Kontusionen heilten innerhalb von 6 ■ 12 Wochen vollumfänglich ab. Spätestens zum Zeitpunkt des MRIs sei aber davon auszugehen, dass die Unfallfolgen vollständig abgeklungen seien.

6.16 Im Bericht vom 17. Juni 2017 (Suva-Nr. 68) stellten PD Dr. med. E.____ und Dr. med. P.____, F.____, folgende Diagnosen:

Beurteilung und Procedere: 2,5 Monate postoperativ nach zwei Sehnenrekonstruktionen zeige sich nun eine Frozen Shoulder. Es werde deshalb weiterhin intensiv mit der Physiotherapie zweimal pro Woche fortgefahren, zudem werde der Beschwerdeführer mit der Wassertherapie einmal wöchentlich beginnen, um das Bewegungsausmass weiter auszubauen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis zur nächsten Kontrolle in sechs Wochen weiterhin 100 %.

6.17 Im Bericht vom 27. Juli 2017 (Suva-Nr. 75) wurden die bereits im Bericht vom 17. Juni 2017 (vgl. E. II. 6.16 hiervor) gestellten Diagnosen bestätigt. Der Assistenzarzt Q.____, F.____, Orthopädie und Traumatologie, hielt folgende Beurteilung / Procedere fest: Vier Monate postoperativ zeige sich nun immer noch eine Frozen Shoulder rechts. Es werde weiterhin regelmässig Physiotherapie inkl. Wassertherapie durchzuführen empfohlen, um weitere Fortschritte erzielen zu können. Der Beschwerdeführer bleibe bis zur nächsten klinischen Kontrolle in sechs Wochen weiterhin arbeitsunfähig. Um das postoperative Ergebnis beurteilen zu können, sei der Beschwerdeführer zu Dr. med. R.____ / Dr. med. J.____ zugewiesen worden.

6.18 Dr. med. C.____ hielt im Schreiben vom 27. Juli 2017 (Suva-Nr. 87) fest, sie beziehe sich auf das heutige Gespräch betreffend das Unfallereignis vom 29. Oktober 2016. Die Erstkonsultation in ihrer Sprechstunde habe am 20. Juli 2016 aufgrund einer chronischen lumbosakralen Schmerzsymptomatik stattgefunden, weswegen sie dem Beschwerdeführer eine physiotherapeutische Behandlung rezeptiert habe. Zum Zeitpunkt der Erstkonsultation seien durch den Beschwerdeführer keine Schulterbeschwerden beklagt worden. Diese seien erst im Rahmen der Konsultation vom 22. November 2016 erwähnt worden, weswegen die Folgeabklärungen veranlasst worden seien.

6.19 Im Bericht vom 18. September 2017 (Suva-Nr. 83) bestätigten PD Dr. med. E.____ und Assistenzarzt Q.____, F.____, die bereits im Bericht vom 17. Juni 2017 (vgl. E. II. 6.16 hiervor) festgestellten Diagnosen. Beurteilung und Procedere: Etwas protrazierter Verlauf nach der genannten Operation. Der Beschwerdeführer berichte schon über Fortschritte und die Schulter fühle sich auch besser an. Er würde gerne ab nächster Woche die Arbeit zu 20 % aufnehmen. Ab nächster Woche bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 80 %. Physio- und Wassertherapie würden weiterhin durchgeführt.

6.20 Im Bericht vom 12. November 2017 (Suva-Nr. 87) hielten PD Dr. med. E.____ und Assistenzarzt Q.____, F.____, folgende Diagnosen fest:

Beurteilung und Procedere: Es zeige sich weiterhin ein protrazierter Verlauf nach genannter Operation. Die Frozen Shoulder schein abzuklingen und der Beschwerdeführer mache gute Fortschritte bezüglich der Schulterbeweglichkeit.

Er würde gerne nächste Woche die Arbeit zu 40 % aufnehmen. Ab der nächsten Woche bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 60 %. Eine Physiotherapie- und MTT-Verordnung hätten sie dem Beschwerdeführer mitgegeben, da sie denken, dass die eingeschränkte Beweglichkeit auch mit einem Kraftdefizit einhergehe. Es bestehe nach einem Zugtrauma eine traumatische Ruptur. Daher werde die Beschwerdegegnerin gebeten, die Angaben nochmals genauer zu überprüfen. Die MRI-Untersuchung lasse bei frischer Ruptur und gut vorhandener Muskelqualität an ein traumatisches Ereignis denken.

6.21 Im Bericht vom 16. Januar 2018 (Suva-Nr. 97) bestätigten PD Dr. med. E.____ und Assistenzärztin S.____ die bereits im Bericht vom 12. November 2017 (vgl. E. II. 6.20 hiervor) ausgewiesenen Diagnosen. Beurteilung und Procedere: Der Beschwerdeführer zeige einen Fortschritt im Bereich der Beweglichkeit, sei jedoch noch nicht am Ziel angekommen. Fortführen der physiotherapeutischen Massnahmen und Wiedervorstellung in sechs Wochen. Arbeitsunfähigkeit zu 50 % bis 21. Februar 2018 ausgestellt.

6.22 Dr. med. G.____, Kreisarzt, hielt in seiner Beurteilung vom 18. Januar 2018 (Suva-Nr. 96) fest, der Einsprache-Begründung seien zwei neue medizinische Berichte beigefügt worden. Einerseits werde im Schreiben vom 12. November 2017 (vgl. E. II. 6.20 hiervor) eine abklingende Frozen Shoulder rechts nach Schulterarthroskopie beschrieben. Andererseits habe die Rheumatologin am 27. Juli 2017 (vgl. E. II. 6.17 hiervor) bestätigt, dass die erste Konsultation am 20. Juli 2016 im Rahmen von lumbosacralen Beschwerden stattgefunden habe. Erst während der Konsultation am 22. November 2016 seien Schulterbeschwerden beklagt worden. Klinisch habe sich bei dieser Konsultation keine Einschränkung der Funktion gefunden. Schmerzen würden bei maximaler passiver Abduktion, Aussenrotation in Neutralstellung und Abduktion beschrieben. Auch der Schürzengriff sei schmerzhaft gewesen. Es sei die Diagnose einer Periarthropathia humeroscapularis gestellt worden. Die aktive Abduktion sei aufgrund fehlender Kraft eingeschränkt gewesen.

Wie bereits am 9. Juni 2017 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) beurteilt, gehe Dr. med. G.____ gemäss dem Aussendienstbericht von einer direkten Kontusion aus. Aufgrund der zwei neuen Berichte ändere sich unabhängig des Sachverhalts nichts an der Tatsache, dass nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ein struktureller Schaden vorliege. Es ergebe sich im Rahmen der Einsprache kein zusätzlicher Hinweis für eine direkt nach dem Trauma aufgetretene Bewegungseinschränkung. Auch werde weiterhin kein Ereignis durch die Rheumatologin erwähnt. Unverändert lasse sich festhalten, dass bei der akuten

Rotatorenmanschettenläsion eine Funktionsstörung zu erwarten sei. Auch aufgrund der neu eingegangenen Dokumente sei nicht mit dem Beweisgrad der überwiegen den Wahrscheinlichkeit von einem strukturellen Schaden an der Schulter auszugehen.

6.23 Im Bericht vom 11. April 2018 (A.S. 40 ff.) hielt die dipl. Ärztin T.____, U.____, aufgrund der Besprechung mit dem Beschwerdeführer vom 8. März 2018 infolge einiger Unklarheiten bezüglich Absenzen Folgendes fest: Initial stehe ein Unfall am 29. Oktober 2016. Trotz der durch diesen Unfall ausgelösten Beschwerden habe der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben weitergearbeitet. Im Rahmen eines Infekts der unteren Atemwege (hierdurch bedingte Arbeitsunfähigkeit nach Angaben des Beschwerdeführers von November 2016 bis Ende 2016) zeigten sich bei einer ärztlichen Untersuchung unerwartet die Unfallfolgen, die der Beschwerdeführer bis zu diesem Zeitpunkt zwar als Symptome wahrgenommen habe, jedoch nicht habe abklären lassen, da er von keinem grösseren medizinischen Problem ausgegangen sei. Die bei dieser Untersuchung diagnostizierten Unfallfolgen seien jedoch recht schwerwiegend gewesen und hätten am 28. März 2017 operativ behandelt werden müssen. Anschliessend seien eine Ruhigstellung sowie eine konservative Therapie mit langsamem Aufbau der Muskulatur erfolgt, die noch nicht vollständig abgeschlossen sei. Als Komplikation habe sich die in solchen Fällen nicht selten auftretende sogenannte «Frozen Shoulder» entwickelt. Hierbei handle es sich um den medizinischen Begriff für «Schultersteife». Wie der Begriff schon sage, handle es sich hierbei um ein Krankheitsbild mit eingeschränkter Beweglichkeit des betroffenen Schultergelenks. Hinzu komme eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung des Arms und der Schulter. Die Genesungsprognose sei individuell gut, jedoch sei der Heilungsverlauf bei Erkrankungen des Bewegungsapparates häufig ein langfristiger. Mittlerweile habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers insofern stabilisiert, dass er erfreulicherweise bereits wieder mit einem Pensum von 50 % arbeiten könne. Optimalerweise sei eine Anmeldung beim Case Management erfolgt. Hierdurch könne der Beschwerdeführer bei allfälligen Problemen während der Reintegration auf seinem Weg der Genesung und Wiedereingliederung produktiv begleitet werden. Optimal wäre es im Fall des Beschwerdeführers, sein Anforderungs- und Leistungsprofil anzugleichen. Dies würde bedeuten, ihn zunächst bei rein körperlichen Tätigkeiten noch zu schonen oder ihm hierbei aktive Hilfe anzubieten. So solle das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 1 kg nicht häufiger als 3 x täglich nach den zeitlichen Massgaben eines Orthopäden (Dauer des jeweiligen körperlichen Einsatzes) durchgeführt werden. Eine aktive Ergreifung von Massnahmen zur Aufrechterhaltung von Ruhe, Ordnung und Sicherheit im Gerichtssaal könnten vom körperlichen Aspekt derzeit vom Beschwerdeführer noch nicht ausgeführt werden. Psychisch und geistig bestünden keinerlei Einschränkungen. Abschliessend lasse sich zusammenfassen, dass der Beschwerdeführer den oben genannten speziellen Belastungen und Risiken am Arbeitsplatz nach vollständiger Genesung durchaus wieder gewachsen sein werde.

6.24 Aufgrund des durchgeführten hochauflösenden muskuloskelettalen Ultraschalls B- und C-Mode hielt Dr. med. J.____ im Bericht vom 18. Mai 2018 (A.S. 43) folgende Beurteilung fest: Status nach Schulterarthroskopie, Bicepstenodese, Supraspinatus- und Subscapularisnaht (double row) rechts am 28. März 2017 bei Subscapularisruptur Lafosse Grad III mit Bicepstendinopathie und grosser bursaseitiger Partialruptur der Supraspinatussehne rechts mit aktuell: Chronische Partialläsion der M. supraspinatus-Sehne 2 cm lateral der langen Bicepssehne mit 0,8 cm Breite (anteriore rekonstruierte M.

supraspinatus-Sehne intakt mit 5 mm Dicke); Läsion mit Sehnen / Kapseldicke von maximal 2 mm Grad III ■ IV nach Sugaya; Granulom / Fadenmaterial (siehe Pfeil) in der Bursalinie über der M. supraspinatus-Sehne flottierend in der dynamischen Untersuchung in AR / IR über das Tuberkulum majus mit Knackgeräusch; M. subscapularis-Sehne intakt nach Rekonstruktion mit wenig Flüssigkeit in der Bursa subacromialis anterior.

6.25 Anlässlich der im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 13. Mai 2019 durchgeführten Parteibefragung (vgl. E. I. 11 hiervor) brachte der Beschwerdeführer in Bezug auf das Unfallereignis zusammenfassend vor, er sei am 29. Oktober 2016 beim Schneiden von Bäumen auf einer Leiter gestanden. Der Baum habe drei Baumstämme gehabt. Plötzlich sei die Leiter seitlich etwas weggerutscht und von dem Baumstamm, an dem die Leiter angelehnt gewesen sei, zum nächsten gerutscht. An diesem Baumstamm habe er sich die rechte Schulter angeschlagen. Anschliessend habe er den bereits zuvor angesägten Ast mit dem rechten Arm nach unten begleitet, da sich dieser zuvor in den übrigen Ästen verfangen habe. Dabei müsse das Zugtrauma entstanden sein.

7. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der Sachverhalt aus medizinisch-diagnostischer Sicht im Wesentlichen unbestritten ist und der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 über Schmerzen in der rechten Schulter klagte. Die Rheumatologin Dr. med. C. ___ hielt aufgrund der Erstbehandlung vom 22. November 2016 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) die Diagnosen einer «Periarthropathia humeroscapularis mit Verdacht auf Rotatorenmanschettenläsion» und einer «Läsion der Supraspinatussehne (Sonographie Januar 2017)» fest und führte aus, der Beschwerdeführers berichte im Rahmen einer Konsultation wegen chronisch sakralen Schmerzen über einen akuten aufgetretenen Schmerz, der im Rahmen in der seit August 2016 laufenden Physiotherapie aufgetreten sei. Der Orthopäde PD Dr. med. E. ___ wies im Bericht vom 14. Februar 2017 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) aufgrund der durchgeführten Sonographie der rechten Schulter vom 10. Februar 2017 die Hauptdiagnose einer «Posterosuperioren Rotatorenmanschettenruptur Schulter rechts» aus und zog einen operativen Eingriff in Betracht. Diese Diagnose wurde in dem durch PD Dr. med. E. ___ weiter verfassten Bericht vom 6. März 2017 bestätigt (vgl. E. II. 6.9 hiervor). So stellte er eine «Rotatorenmanschettenruptur Schulter rechts bursaseitiger Supraspinatussehnenruptur und Partialruptur des Subscapularis sowie eine Medialisierung der Bizeps longus Sehne rechts» fest. Am 28. März 2017 erfolgte sodann der operative Eingriff im Sinne einer Schulterarthroskopie, Bicepstenodese, Subscapularis- und Supraspinatusnaht (double row) rechts. Im entsprechenden Austrittsbericht betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 28. März bis 1. April 2017 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) wurden eine «Subscapularisruptur LaFosse Grad 3 mit Bicepstendinopathie und grosser bursaseitiger Partialruptur Supraspinatussehne rechts» diagnostiziert und festgehalten, es sei ein intra- und postoperativ komplikationsloser Verlauf gegeben und der Beschwerdeführer habe mit trockenen und reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können. Ein weiterer komplikationsloser Verlauf ist auch dem Bericht vom 11. Mai 2017 zu entnehmen (vgl. E. II. 6.13 hiervor). Zudem berichtete der Beschwerdeführer im Rahmen der Konsultation vom 14. Juni 2017 von einer deutlich reduzierten Schmerzsymptomatik ohne Ruheschmerzen (vgl. Bericht vom 17. Juni 2017, E. II. 6.16 hiervor). Im gleichen Bericht wurde neu die Diagnose einer «Frozen Shoulder rechts» ausgewiesen, bei der sich ein deutlich eingeschränktes Bewegungsmuster zeige. Es werde mit konservativen Therapiemassnahmen in Sinne einer intensiven Physiotherapie

und Wassertherapie behandelt (vgl. auch E. II. 6.17 hiervor). Im Bericht vom 18. September 2017 (vgl. E. II. 6.19 hiervor) hielt der Orthopäde PD Dr. med. E.____ einen etwas protrahierten Verlauf nach der Operation fest. Der Beschwerdeführer schildere Fortschritte und, dass sich die Schulter besser anfühle. Diese positive Entwicklung zeigte sich auch darin, dass der Beschwerdeführer sich bereit erklärte, die Arbeit wieder zu 20 % aufnehmen zu wollen und dieses Arbeitspensum sodann gemäss dem Bericht vom 12. November 2017 (vgl. E. II. 6.20 hiervor) ab Mitte November 2017 auf 40 % steigern konnte. Die Diagnose einer «Frozen Shoulder rechts» wurde durch den Orthopäden PD Dr. med. E.____ als «abklingend» qualifiziert. Diese positive Entwicklung bestätigte er sodann auch im Bericht vom 16. Januar 2018 (vgl. E. II. 6.21 hiervor), indem von einem Fortschritt im Bereich der Beweglichkeit ausgegangen, aber gleichzeitig festgehalten wurde, dass der Beschwerdeführer noch nicht am Ziel angekommen sei. Daher seien die physiotherapeutischen Massnahmen weiterzuführen. Es bestehe nun eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Folglich sind den vorliegenden Akten keine sich widersprechenden Diagnosestellungen oder Einschätzungen der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers zu entnehmen.

8. In den ärztlichen Stellungnahmen zur Unfallkausalität wird dem Hergang des Ereignisses vom 29. Oktober 2016 erhebliche Bedeutung beigemessen. Es ist daher zunächst auf diese Frage einzugehen. Um sie ergänzend zu klären, wurde im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 13. Mai 2019 eine Parteibefragung mit dem Beschwerdeführer durchgeführt.

8.1 Die Rheumatologin Dr. med. C.____ erwähnt im aufgrund der Konsultation vom 22. November 2016 erstatteten «Arztzeugnis UVG» vom 31. Januar 2017 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) kein Ereignis vom 29. Oktober 2016, sondern hält lediglich fest, der Beschwerdeführer habe bei der Konsultation vom 22. November 2016 über einen akuten Schmerz berichtet, der «im Rahmen der laufenden Physiotherapie seit August 2016» aufgetreten sei. Die Datierung «seit August 2016» dürfte sich, wie der Beschwerdeführer an der Parteibefragung überzeugend darlegte, auf die Physiotherapie und nicht auf den Schmerz beziehen. In der Schadenmeldung UVG vom 12. Januar 2017 ist davon die Rede, der Beschwerdeführer sei bei Gartenarbeiten von einer Leiter gestürzt und habe sich dabei die rechte Schulter angeschlagen (vgl. E. I. 1.2 hiervor). Diese Darstellung dürfte auf einem Missverständnis beruhen. Wie der Beschwerdeführer in den späteren Schilderungen darlegte und anlässlich der Parteibefragung unter Beizug von Fotos beschrieb, war er im Garten seines Hauses mit dem Schneiden von Ästen an einem dreistämmigen Baum beschäftigt. Er stand auf einer Leiter und hielt in der rechten Hand eine kleine Säge («Fuchsschwanz»), um Äste abzusägen. Die an einem der drei Stämme angelegte Leiter verrutschte leicht und kam an einem der beiden anderen Stämme wieder zum Stehen, wobei sich der Beschwerdeführer die rechte Schulter an diesem anderen Stamm anschlug. Diesen Vorgang beschrieb der Beschwerdeführer schon vor der Parteibefragung auf dem Fragebogen vom 10. Februar 2017 (Suva-Nr. 15) und anlässlich der Besprechung mit der Suva-Aussendienstmitarbeiterin bzw. Case Managerin vom 16. März 2017 (Suva-Nr. 25). Auch in der Beschwerdeschrift vom 26. Februar 2018 (S. 3; A.S. 14) wird der Vorfall vom 29. Oktober 2016 ausschliesslich auf diese Weise geschildert.

8.2 Im Rahmen der Besprechung mit der Case Managerin M.____ vom 16. März 2017 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) ergänzte der Beschwerdeführer nach dem Hinweis, im Arztbericht vom 14. Februar 2017 werde ein «Zugtrauma» erwähnt, dieses komme vermutlich daher,

dass er den Ast, den er abgesägt gehabt habe, «mit der rechten Hand auffing während ich mit der Leiter zur Seite rutschte»; anders könne er sich das nicht erklären (Suva-Nr. 25 S. 1). Diese Darstellung wurde, nachdem sie in der Beschwerdeschrift nicht erwähnt worden war, in der Replik vom 30. Juli 2018 wieder aufgenommen (A.S. 38 f.).

8.3 In der Parteibefragung (vgl. E. II. 6.25 hiervor) schilderte der Beschwerdeführer den sich am 29. Oktober 2016 zugetragenen Sachverhalt wie folgt: Er habe sich zunächst beim Wegrutschen der Leiter die rechte Schulter am Baumstamm angeschlagen. Anschliessend habe er die Säge («Fuchsschwanz») hinuntergeworfen. Sodann habe er einen Ast, der sich in den anderen Ästen verfangen habe, mit der rechten Hand nach unten gezogen bzw. begleitet. Dieser Ast sei ziemlich schwer gewesen.

8.4 Der Beschwerdeführer hatte demnach zunächst einzig davon gesprochen, dass er die Schulter an einem Baumstamm angeschlagen habe, weil die Leiter verrutscht sei. Im weiteren Verlauf führte er an der Besprechung mit der Case Managerin vom 16. März 2017 zusätzlich aus, er habe während des Rutschens mit der Leiter einen Ast aufgefangen. Diese Aussage erfolgte erst nach dem Hinweis, der Arztbericht vom 14. Februar 2017 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) erwähne ein Zugtrauma. An der Parteibefragung wurde nochmals ein anderer Sachverhalt geschildert (nicht Auffangen, sondern Herunterziehen eines Astes). Angesichts dieser Widersprüche muss davon ausgegangen werden, dass den Schilderungen, soweit sie über das Rutschen mit der Leiter und das Anschlagen der Schulter hinausgehen, nicht die konkrete, plastische Erinnerung an einen Vorfall, der sich dem Beschwerdeführer eingepägt hätte, zugrunde liegt. Vielmehr handelt es sich um nachträgliche Erklärungen dafür, wie es zu einem «Zugtrauma» gekommen sein könnte. Im Rahmen der Parteibefragung vom 13. Mai 2019 gab der Beschwerdeführer diesbezüglich denn auch an, erst als die Sehnenrisse bildgebend nachgewiesen worden seien, habe er gesagt, dies sei sehr wahrscheinlich wegen des Astes, den er nach unten begleitet habe (vgl. Verhandlungsprotokoll, S. 3 Rz 15 f.). In ähnlicher Weise hatte er im Gespräch mit der Case Managerin erklärt, anders (als in der von ihm geschilderten Weise mit dem Auffangen des Astes) könne er sich das (d.h. das Auftreten eines Zugtraumas) nicht erklären.

8.5 Zusammenfassend ist aufgrund der echtzeitlichen Angaben und der späteren Erläuterungen des Beschwerdeführers davon auszugehen, dass er beim Zurückschneiden eines Baums mit der rechten Schulter an einen Baumstamm prallte, weil die Leiter, auf der er stand, leicht verrutscht war. Erst später, nachdem der Arztbericht vom 14. Februar 2017 aufgrund der festgestellten Verletzungen ein Zugtrauma erwähnt hatte, ergänzte der Beschwerdeführer diese Schilderung. Er sprach zunächst davon, er habe während des Rutschens einen Ast aufgefangen. An der Parteibefragung ging er demgegenüber davon aus, er habe nach dem Rutschen der Leiter und dem Anschlagen der Schulter zunächst die Säge «Fuchsschwanz» nach unten geworfen und anschliessend einen Ast von oben nach unten gezogen. Diese unterschiedlichen Darstellungen lassen sich nur dadurch erklären, dass über das Rutschen und Anschlagen hinaus kein Ereignis stattgefunden hat, welches dem Beschwerdeführer besonders aufgefallen und in Erinnerung geblieben wäre, und er in der Folge eine Erklärung für das im Arztbericht erwähnte «Zugtrauma» suchte. Diese Interpretation wird auch durch entsprechende Aussagen des Beschwerdeführers gestützt. Für die nachfolgende Beurteilung ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer wegen des Verrutschens der Leiter die rechte Schulter an einem Baumstamm angeschlagen hat, wogegen ein zusätzliches Ereignis nicht als glaubhaft gemacht gelten kann, auch wenn es sich nicht mit absoluter Sicherheit ausschliessen lässt.

9. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die natürliche Kausalität des geltend gemachten Ereignisses vom 29. Oktober 2016 und den nach dem 22. Februar 2017 vorliegenden Schulterbeschwerden (noch) gegeben ist. Da die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid vom 23. Januar 2018 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf die Beurteilungen des Kreisarztes Dr. med. G.____ vom 9. Juni 2017 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) und vom 18. Januar 2018 (vgl. E. II. 6.22 hiervor) abgestellt hat, ist nachfolgend zunächst zu prüfen, ob dies korrekt ist:

9.1 Der Umstand, wonach Dr. med. G.____ seine Beurteilung ausschliesslich aufgrund der vorliegenden Akten abgegeben und den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht hat, steht dem Beweiswert seiner ärztlichen Beurteilung nicht entgegen, sofern die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteile des Bundesgerichts 8C_792/2009 vom 1. Februar 2010 E. 5 mit Hinweisen und 8C_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1). So verhält es sich hier, denn die Situation der rechten Schulter und der Verlauf sind durch Berichte über bildgebende und klinische Untersuchungen umfassend dokumentiert. Den diesbezüglichen Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 17) kann deshalb nicht gefolgt werden.

9.2 Den kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. med. G.____ vom 9. Juni 2017 und vom 18. Januar 2018 (vgl. E. II. 6.15 und 6.22 hiervor) ist grundsätzlich voller Beweiswert zuzusprechen, denn sie sind für die streitigen Belange umfassend, sind in Kenntnis der vorhandenen Vorakten abgegeben worden und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet ebenfalls ein (vgl. E. II. 4.3 hiervor): Der Kreisarzt Dr. med. G.____ hatte sich aufgrund der ihm durch die Beschwerdegegnerin vorgelegten Fragestellungen im Wesentlichen dazu zu äussern, ob das Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 zu strukturellen Läsionen an der rechten Schulter geführt habe, welche objektivierbar seien, und wenn nein, ob somit davon ausgegangen werden könne, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Beschwerdebild des Beschwerdeführers Unfallfolgen keine Rolle mehr spielten, wenn ja, per welchem Datum. Falls der Zeitpunkt hierfür noch nicht gekommen sei, sei diese Frage aus medizinischer Sicht zu prüfen. Zudem habe sich der Kreisarzt dazu zu äussern, ob die durchgeführte Operation vom 28. März 2017 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 29. Oktober 2016 zurückgeführt werden könne (IV-Nrn. 57, 58 S. 1). Der Kreisarzt Dr. med. G.____ ging davon aus, dass der Beschwerdeführer eine direkte Kontusion der rechten Schulter erlitten habe. Diese Einschätzung vermag aufgrund seiner nachfolgenden Darlegungen einzuleuchten. So führte Dr. med. G.____ aus (Suva-Nr. 58 S. 3), die erstbehandelnde Rheumatologin habe zu Beginn kein Trauma erwähnt und die Schulterbeschwerden seien im Rahmen der physiotherapeutischen Massnahmen seit August aufgetreten. Diese Beurteilung ist unter Heranziehung des Berichts von Dr. med. C.____ vom 31. Januar 2018 nachvollziehbar (vgl. E. II. 6.5 hiervor), in welchem sie aufgrund einer Konsultation des Beschwerdeführers wegen chronisch sakraler Schmerzen vom 22. November 2016 auf einen im Rahmen der seit August 2016 ■ und somit vor dem hier dokumentierten Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 ■ laufenden physiotherapeutischen Behandlung aufgetretenen akuten Schmerz hinwies. Dies erscheint auch unter Einbezug der E-Mail des Sportphysiotherapeuten I.____ vom 31. Mai 2017 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) folgerichtig. Dieser wies darauf hin, dass die Behandlung von August bis Dezember 2016 gedauert habe. In diesem Sinn gab auch der Beschwerdeführer gegenüber der Case

Managerin M.____ an, er habe sich Anfang 2016 aufgrund von Rückenbeschwerden in physiotherapeutische Behandlung begeben, wobei die Rückenbeschwerden im Laufe der Zeit in die Arme und Beine ausgestrahlt hätten und er lange Zeit Mühe gehabt habe, die Arme zu heben (vgl. Aussendienstbericht vom 16. März 2017, E. II. 6.10 hiervor). Weiter führte der Kreisarzt aus, es sei sofort nach dem Sturz zu Schulterschmerzen gekommen. Erst verzögert sei eine ärztliche Konsultation indiziert gewesen. Aufgrund der Beschwerdesymptomatik sei vorerst einmal ein Ultraschall durchgeführt und erst später eine orthopädische Beurteilung veranlasst worden. Diesen kreisärztlichen Darlegungen kann aufgrund der vorliegenden Akten gefolgt werden. So ist dem Arztzeugnis der den Beschwerdeführer erstbehandelnden Rheumatologin Dr. med. C.____ vom 13. Januar 2017 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) zu entnehmen, dass die Erstbehandlung am 22. November 2016 und somit ungefähr gut drei Wochen nach dem Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 stattfand. Den diesbezüglichen Ausführungen des Beschwerdeführers gegenüber der Case Managerin M.____ im Bericht vom 16. März 2017 (vgl. E. II. 6.10 hiervor), wonach er aufgrund der beklagten Schmerzen in den Schultern durch seinen Hausarzt Dr. med. N.____ an Dr. med. C.____ überwiesen worden sei, kann gefolgt werden. So suchte der Beschwerdeführer seinen Hausarzt im November 2016 nicht vordergründig wegen der Schulterbeschwerden auf, sondern aufgrund einer Bronchitis (vgl. E. II. 6.10, 6.23 hiervor). Dieser überwies den Beschwerdeführer sodann an die Rheumatologin Dr. med. C.____, welche in ihrem Schreiben vom 27. Juli 2017 (vgl. E. II. 6.18 hiervor) festhielt, die Erstkonsultation in ihrer Sprechstunde habe bereits am 20. Juli 2016 stattgefunden, wobei damals noch keine Schulterbeschwerden geltend gemacht worden seien. Diese seien erst bei der Konsultation vom 22. November 2016 erwähnt worden. In dem Sinn ist denn auch die handschriftliche Notiz von Dr. med. N.____ vom 7. April 2017 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) zu verstehen, wonach die Schulter bei ihm nie ein medizinisches Thema gewesen sei. Aufgrund dieser Ausführungen leuchtet ein, dass Dr. med. G.____ von einer «verzögerten ärztlichen Konsultation» ausging. Nach der rheumatologischen Erstkonsultation vom 22. November 2016 wurden drei bildgebende Untersuchungen durchgeführt (vgl. E. II. 6.1, 6.2, 6.4 hiervor), in deren Rahmen sich weitgehend unauffällige Befunde bzw. einzig degenerative Erkrankungen zeigten. So wurden bei der Sonographie vom 15. Dezember 2016 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) eine Tendinopathie und keine Rupturzeichen festgestellt und beim Ultraschall vom 18. Januar 2017 (vgl. E. II. 6.4 hiervor) fand sich sodann eine kleine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne rechts. Am 14. Februar 2017 erfolgte daraufhin eine orthopädische Beurteilung durch PD Dr. med. E.____ (vgl. E. II. 6.7 hiervor). Es kann ferner der weiteren Einschätzung von Dr. med. G.____ gefolgt werden, wonach im Zeitpunkt des durchgeführten MRI keine Hinweise für eine direkte Kontusion vorgelegen hätten. So wurden im entsprechenden Bericht vom 22. Februar 2017 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) im Wesentlichen degenerative Veränderungen im Sinne einer hypertrophen und aktivierten AC-Arthrose und eine ungünstige Position sowie Konfiguration des Akromions, sicher prädisponierend für eine Impingementsymptomatik, festgestellt und ein «Partialriss» ausgewiesen.

Im Weiteren ging der Kreisarzt auf die Frage eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 29. Oktober 2016 und der operierten Rotatorenmanschette auf den Unfallhergang ein. Dabei hielt er in schlüssiger Weise fest, aufgrund des Aussendienstberichts sei von einer direkten Kontusion auszugehen. Diese kreisärztliche Einschätzung überzeugt aufgrund der Heranziehung des Aussendienstberichts der Case Managerin M.____ vom 16. März 2017 (vgl. E. II. 6.10 hiervor). So wurde in diesem

festgehalten, der Beschwerdeführer habe sich bei Gartenarbeiten (Absägen von Ästen), als die Leiter weggerutscht sei, die rechte Schulter am Baumstamm angeschlagen. Dadurch habe er einen Sturz verhindern können. Dabei seien sofort Schmerzen aufgetreten. Es kann daher beim Ereignis vom 29. Oktober 2016 von einem Anschlagen der rechten Schulter an einem harten Gegenstand (Baumstamm) und somit von einer Kontusion, wie dies der Kreisarzt festhielt, ausgegangen werden. Dies gab der Beschwerdeführer im Übrigen auch bereits zuvor auf dem Fragebogen vom 10. Februar 2017 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) an, wobei er jedoch neben dem Anschlagen zusätzlich einen Sturz erwähnte. Gegenüber der Case Managerin führte der Beschwerdeführer im März 2017 diesbezüglich jedoch aus, ein eigentlicher «Sturz» wie auf dem Fragebogen angegeben, habe nicht stattgefunden. In diesem Zusammenhang kann auch darauf hingewiesen werden, dass die behandelnde Rheumatologin in ihrem Bericht vom 31. Januar 2018 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) betreffend die Erstkonsultation das Unfallereignis gar nicht erwähnte und sie beim Unfallereignis vielmehr «unklar» hinschrieb. Es leuchtet daher ein, dass der Kreisarzt Dr. med. G.____ daraufhin auf die im vorliegenden Fall infrage stehende Rotatorenmanschettenläsion einging und festhielt, um eine solche begründen zu können, wäre ein relevantes Traktionsmoment notwendig. So trete ein solches u.a. durch das Festhalten an einem Geländer beim Sturz auf der Treppe auf, was üblicherweise zu einer Subscapularisläsion führe. Diese Ausführungen lassen sich aufgrund der medizinischen Fachliteratur bestätigen. So muss das Schultergelenk unmittelbar von der Einwirkung muskulär fixiert gewesen sein und es muss plötzlich eine passive Bewegung hinzukommen, die überfallartig eine Dehnungsbelastung der Supraspinatussehne bewirken kann. Als Beispiele werden u.a. eine Schulterverrenkung, oder eine starke Zugbelastung bei gewaltsamer Rotation des Armes aufgeführt (vgl. Alfred Schönberger / Gerhard Mehrrens / Helmut Valentin (■): Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl., Berlin, S. 412). Von einem derartigen oder einem vergleichbaren Unfallmechanismus ist nach dem Gesagten (E. II. 8 hiervor) nicht auszugehen. Der Kreisarzt hielt weiter fest, es komme bei einer akuten Rotatorenmanschettenläsion üblicherweise zu einem Schmerz mit sofortiger Pseudoparalyse, wobei der Schmerz innerhalb von wenigen Tagen rückläufig sei und die Pseudoparalyse persistiere. Auch diese kreisärztlichen Ausführungen erweisen sich gestützt auf die medizinische Literatur als korrekt. So weisen eine Arbeitseinstellung und ein Arztbesuch am selben oder nächsten Tag, ein sofortiges Schmerzmaximum, in den folgenden Wochen abklingend, auf eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion hin (a.a.O., S. 415). Da beim Beschwerdeführer gestützt auf die vorliegenden Akten davon auszugehen ist, dass die Schmerzen persistierten bzw. im Laufe der Zeit gar noch zugenommen haben und er seinen Hausarzt erst beim ungefähr drei Wochen nach dem Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 stattgefundenen Besuch nur nebenbei auf die Schulterbeschwerden hinwies, erscheint die Einschätzung von Dr. med. G.____ plausibel, wonach die Schmerzprogredienz bzw. das Persistieren des Schmerzes zum Verschleissleiden passe.

9.3 Es sind keine der Beurteilung von Dr. med. G.____ vom 9. Juni 2017 entgegenstehenden Einschätzungen der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers dokumentiert (vgl. E. II. 7 hiervor). In Bezug auf die Einschätzung der Unfallkausalität ging der behandelnde Orthopäde PD Dr. med. E.____ in seinen Berichten von einem sich im November 2016 (recte: Oktober 2016) ereigneten Zugtrauma bzw. einer traumatischen Ruptur aus (vgl. E. II. 6.7, 6.20 hiervor), ohne sich indes substantiiert mit dem Ablauf des Ereignisses vom 29. Oktober 2016 auseinanderzusetzen. Jedenfalls ist seinen Berichten

keine entsprechende Auseinandersetzung zu entnehmen. Daher vermag seine Einschätzung nicht einzuleuchten. Wie erwähnt (vgl. E. II. 8 hiervor), ist für die vorliegende Beurteilung davon auszugehen, es habe sich kein Ereignis zugetragen, welches geeignet wäre, ein «Zugtrauma» hervorzurufen, welches einen Riss der Rotatorenmanschette bewirken könnte.

Es kann somit den Ausführungen des Kreisarztes Dr. med. G.____ gefolgt werden, wonach das Ereignis vom 29. Oktober 2016 nicht geeignet sei, einen strukturellen Schaden v.a. im Bereich der Rotatorenmanschette herbeizuführen und daher von einer Kontusion auszugehen sei, welche innert sechs bis maximal 12 Wochen vollumfänglich abheile. Diese kreisärztliche Beurteilung vermag auch in Bezug auf den Hinweis auf die medizinische Erfahrungstatsache zu überzeugen, wonach Prellungen (Kontusionen), Verstauchungen oder Zerrungen (Distorsionen) ohne strukturelle Läsionen ■ was vorliegend der Fall ist ■ normalerweise innert kurzer Zeit abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden. An dieser kreisärztlichen Beurteilung vermag die nach dem hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 23. Januar 2018 verfasste Beurteilung vom 18. Mai 2018 betreffend den Ultraschall (vgl. E. II. 6.24 hiervor) nichts zu ändern. So ist diesem Bericht weder ein Bezug zum Unfallhergang vom 29. Oktober 2016 zu entnehmen noch finden sich darin weitergehende Ausführungen / Angaben zum Ablauf dieses Ereignisses.

10.

10.1 Der Vertreter des Beschwerdeführers machte anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 13. Mai 2019 (vgl. Verhandlungsprotokoll, S. 9 Rz 32 ff.) geltend, der Beschwerdeführer habe wegen der mehrfachen Sehnenrisse Anspruch auf Leistungen im Rahmen einer unfallähnlichen Körperschädigung. So sei von einer gesteigerten Gefahrenlage auszugehen.

10.2

10.2.1 Bei unfallähnlichen Körperschädigungen nach Art. 9 Abs. 2 aUVV (Verordnung über die Unfallversicherung, SR 832.202) gemäss der hier anwendbaren, bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Rechtslage (vgl. E. II. 1.2 hiervor) müssen zur Begründung der Leistungspflicht des Unfallversicherers mit Ausnahme der Ungewöhnlichkeit die übrigen Tatbestandsmerkmale des Unfalls erfüllt sein. Besondere Bedeutung kommt hierbei der Voraussetzung des äusseren Ereignisses zu, d.h. eines ausserhalb des Körpers liegenden, objektiv feststellbaren, sinnfälligen, eben unfallähnlichen Vorfalles (BGE 129 V 466 E. 2.2 S. 467). Die schädigende äussere Einwirkung kann in einer körpereigenen Bewegung bestehen (BGE 129 V 466 E. 4.1 S. 468 mit Hinweisen). Das Auftreten von Schmerzen als solches ist kein äusserer (schädigender) Faktor im Sinne der Rechtsprechung, weshalb dieser nicht gegeben ist, wenn die versicherte Person nur das (erstmalige) Auftreten von Schmerzen in zeitlicher Hinsicht anzugeben vermag (BGE 129 V 466 E. 4.2.1 S. 469). Nicht erfüllt ist das Erfordernis des äusseren schädigenden Faktors auch, wenn das erstmalige Auftreten der Schmerzen mit einer blossen Lebensverrichtung einhergeht, welche die versicherte Person zu beschreiben in der Lage ist. Vielmehr ist gemäss Rechtsprechung für die Bejahung eines äusseren auf den menschlichen Körper schädigend einwirkenden Faktors stets ein Geschehen verlangt, dem ein gewisses gesteigertes Gefährdungspotenzial innewohnt. Das ist zu bejahen, wenn die zum einschliessenden Schmerz führende Tätigkeit im Rahmen einer allgemein gesteigerten Gefahrenlage vorgenommen wird, wie dies etwa für viele sportliche Betätigungen zutreffen kann. Der

äussere Faktor mit erheblichem Schädigungspotenzial ist sodann auch zu bejahen, wenn die in Frage stehende Lebensverrichtung einer mehr als physiologisch normalen und psychologisch beherrschten Beanspruchung des Körpers, insbesondere seiner Gliedmassen, gleichkommt. Deswegen fallen einschliessende Schmerzen als Symptome einer Schädigung nach Art. 9 Abs. 2 UVV ausser Betracht, wenn sie allein bei der Vornahme einer alltäglichen Lebensverrichtung auftreten, ohne dass hiezu ein davon unterscheidbares äusseres Moment hineinspielt. Die physiologische Beanspruchung des Skelettes, der Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder stellt keinen äusseren Faktor dar, dem ein zwar nicht ungewöhnliches, jedoch gegenüber dem normalen Gebrauch der Körperteile gesteigertes Gefährdungspotenzial innewohnen muss (BGE 129 V 466 E. 4.2.2 S. 470). Erforderlich für die Bejahung eines äusseren Faktors ist demzufolge ein gesteigertes Schädigungspotenzial, sei es zufolge einer allgemein gesteigerten Gefahrenlage, sei es durch Hinzutreten eines zur Unkontrollierbarkeit der Vornahme der alltäglichen Lebensverrichtung führenden Faktors (BGE 129 V 466 E. 4.3 S. 471; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_835/2017 vom 1. März 2018 E. 3).

10.2.2 Wie dargelegt (vgl. E. II. 8 und 9.2 hiervor), war der Vorfall vom 29. Oktober 2016 nicht mit einem Ereignis verbunden, das aus unfallmedizinischer Sicht geeignet gewesen wäre, die Sehnenrupturen zu verursachen. Das durch den Beschwerdeführer anlässlich der Parteibefragung vom 13. Mai 2019 beschriebene «Herunterbegleiten eines Astes» kann nicht als glaubhaft gemacht gelten. Dasselbe gilt für das zuvor geschilderte Auffangen eines Astes mit der rechten Hand während des Rutschens mit der Leiter. Die Beschwerden bzw. somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen des Beschwerdeführers an der rechten Schulter könnten somit keinem konkreten, belastenden Vorgang zugeordnet werden können. Auch von einer gesteigerten Gefahrenlage kann nicht gesprochen werden. Das Zurückschneiden eines Baumes begründet eine solche für sich allein genommen nicht.

11. Es ist auf die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen:

11.1 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt (A.S. 15), der kreisärztlichen Einschätzung könne nicht gefolgt werden, da darin fälschlicherweise davon ausgegangen werde, dass die Beschwerden, insbesondere die Funktionseinschränkung, nicht unmittelbar nach dem Unfall eingetreten seien. Diesen Ausführungen kann indes nicht vollumfänglich gefolgt werden. So hielt Dr. med. G. ___ in seiner Beurteilung vom 9. Juni 2017 explizit fest (Suva-Nr. 58 S. 3), es sei sofort nach dem Sturz zu Schmerzen gekommen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass ihm die direkt nach dem Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 aufgetretenen Beschwerden an der rechten Schulter des Beschwerdeführers bekannt waren. Demgegenüber ging er nicht von einer direkt nach dem Unfallereignis aufgetretenen Funktionseinschränkung in der rechten Schulter aus. Diese Annahme begründete der Kreisarzt in nachvollziehbarer Weise, indem er sich auf die Angaben der Rheumatologin Dr. med. C. ___ über die Konsultation vom 22. November 2016 ■ die erste nach dem Vorfall vom 29. Oktober 2016 ■ stützte und ausführte, bei dieser Konsultation habe sich keine Einschränkung der Funktion gefunden (vgl. E. II. 6.22 hiervor). So seien im Arzteugnis vom 31. Januar 2017 Schmerzen bei passiver Abduktion, Aussenrotation in Neutralstellung und Abduktion beschrieben worden. Diese Einschätzungen überzeugen unter Heranziehung des Arzteugnisses UVG vom 31. Januar 2017 (vgl. E. II. 6.4 hiervor). Den Ausführungen des Beschwerdeführers kann somit nicht gefolgt werden.

11.2 Aus der Argumentation (A.S. 16, 22 oben), wonach der Beschwerdeführer vor dem Unfall bezüglich der rechten Schulter beschwerdefrei gewesen sei, vermag er nichts zu

seinen Gunsten abzuleiten. Denn diese Schlussfolgerung beruht auf dem Grundsatz «post hoc ergo propter hoc», der keine zulässige Grundlage für eine unfallversicherungsrechtliche Kausalitätsbeurteilung bildet (vgl. BGE 142 V 325 E. 2.3.2.2 S. 330, 119 V 335 E. 2b/bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_222/2018 vom 8. August 2018 E. 5.2.1 mit Hinweis).

11.3 In Bezug auf das Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 17), wonach im Operationsbericht vom 28. März 2017 gleich zwei Rupturen (eine Subscapularisruptur und eine Ruptur der Suprastpinatussehne) vorgelegen hätten, ist nicht ersichtlich ■ und wird durch den Beschwerdeführer auch nicht näher erläutert ■, was er daraus abzuleiten beabsichtigt. Es ist daher nicht weiter darauf einzugehen.

11.4 Dem Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 17), wonach jegliche Einwirkung auf die Rotatorenmanschette, somit auch eine direkte Kontusion, eine Ruptur bewirken könnten, kann nicht gefolgt werden. Es ist diesbezüglich auf die Ausführungen unter E. II. 9.2 zu verweisen. Das durch die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 23. Januar 2018 ausgewiesene Urteil des Bundesgerichts 8C_594/2016 vom 4. November 2016 bekräftigt dies.

12. Die Beschwerdegegnerin hat sich somit in ihrem Einspracheentscheid vom 23. Januar 2018 zu Recht auf die ärztlichen Beurteilungen des Kreisarztes Dr. med. G. ___ vom 7. Juni 2017 und 18. Januar 2018 gestützt. Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die durch das Unfallereignis vom 29. Oktober 2016 ausgelösten Beschwerden an der rechten Schulter maximal innerhalb von sechs bis 12 Wochen nach dem Ereignis vom 29. Oktober 2017 abgeklungen sind. Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 22. Februar 2017 (Durchführung des MRI) eingestellt hat.

13. Damit ist der Einspracheentscheid vom 23. Januar 2018 (A.S. 1 ff.) zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

14.

14.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Küng

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_446/2019 vom 22. Oktober 2019 bestätigt.

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