

SO_GERICHTE VSBES.2019.28 vom 3. Dezember 2019

SO Obergericht, 2019-12-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.28_d20191203

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.28 du 3 décembre 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.28 del 3 dicembre 2019

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Es sei der Einsprache-Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 21. Dezember 2018 aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer aus dem Unfallereignis vom 24. Januar 2017 die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen.

E. 2

2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 360 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten, ist nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 55).

2.2 Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den

Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.2, in: SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55 mit Hinweis). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.2, in: SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55; U 180/93 vom 18. Juli 1994 E. 3b, in: RKUV 1994 U Nr. 206 S. 326). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.2, in: SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55). 3. Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2 und 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264, mit Hinweis).

E. 4

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers obliege der Beschwerdegegnerin zufolge ihrer vormaligen Anerkennung der Leistungspflicht der Beweis des angeblichen Wegfalls des Kausalzusammenhangs. Diese habe mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beweisen, dass die Verletzung der rechten Schulter ausschliesslich auf unfallfremde Ursachen zurückzuführen sei. Da es sich hierbei um eine leistungsaufhebende Tatsache handle, obliege der Beweis für den Wegfall des Kausalzusammenhangs der Beschwerdegegnerin. Die kreisärztlichen Beurteilungen vom 6. März 2018 und 4. Juli 2018 seien nicht tauglich, die Frage der Unfallkausalität der Sehnenruptur zu beantworten. Es handle sich um reine Aktenbeurteilungen, die z.B. keine

umfassende Anamnese aufwiesen. Die Beurteilungen des Kreisarztes setzten sich insbesondere nicht mit der Frage auseinander, ob das Unfallereignis vom 24. Januar 2017 nicht zumindest eine Teilursache für die Schulterverletzung darstelle. Da eine Teilkausalität genüge, um die volle Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu begründen, müsse diese Frage zwingend beantwortet werden. Indem der Kreisarzt diese Frage nicht beantworte, erwiesen sich seine Beurteilungen als unvollständig und damit als nicht verwertbar. Die Kausalitätsfrage könne anhand der Berichte des behandelnden Arztes Dr. med. F.____ beurteilt werden. Jener könne als behandelnder Arzt die Kausalitätsfrage am besten beurteilen, da er – im Gegensatz zum Suva-Kreisarzt – den Beschwerdeführer persönlich untersucht habe. Des Weiteren sei zu berücksichtigen, dass es sich beim Sehnenriss um eine «Listenverletzung» gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG handle und mithin eine unfallähnliche Körperschädigung vorliege. Für diese wäre die Beschwerdegegnerin nur dann nicht leistungspflichtig, wenn diese vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen wäre. Gemäss den Berichten der beiden MRI-Untersuchungen vom 9. März 2017 und 11. Januar 2018 lägen aber keine solchen vorwiegenden Abnützungen oder Erkrankungen vor. So werde z.B. in beiden Berichten explizit festgehalten, dass die übrigen Sehnen der Rotatorenmanschette intakt seien und keine Veränderungen aufwiesen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin stelle auch die angebliche subakromiale Enge kein Argument für einen degenerativen bzw. krankheitsbedingten Prozess dar. Diesbezüglich spreche der Hausarzt Dr. med. G.____ nämlich klar von einem posttraumatischen Impingement. Dies bedeute, dass es erst durch den Unfall zu einer Verdickung der Sehne und damit zu einer Reibung zwischen Sehne und Schulterdach (Impingement) gekommen sei. Die Beschwerdegegnerin gehe sodann zu Unrecht davon aus, dass die Ruptur der Supraspinatussehne im ersten MRI vom 9. März 2017 noch nicht erkennbar gewesen sein solle. Bereits Dr. med. F.____ habe in seinem Bericht vom 6. Februar 2018 (Suva-Nr. 20) festgehalten, dass die Ruptur im ersten MRI knapp sichtbar gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe bei Dr. med. C.____, Facharzt für Radiologie, eine radiologische Beurteilung der beiden MRI-Untersuchungen in Auftrag gegeben. Dr. med. C.____ komme in seiner Beurteilung vom 31. Mai 2019 zum Schluss, dass der MRI-Bericht vom 9. März 2017 nicht korrekt sei. Es finde sich eine gelenkseitige Partialläsion der Supraspinatussehne. Ebenso finde sich eine mässige subacromiale Impingementkonfiguration. Aus Sicht von Dr. C.____ seien die Befunde auf das Unfallereignis vom 24. Januar 2017 zurück zu führen. Dr. med. C.____ habe gegenüber dem Unterzeichneten schliesslich erwähnt, dass er Dr. med. H.____, welche den MRI-Bericht vom 9. März 2017 verfasst habe, aus seiner früheren Tätigkeit in [...] kenne. Dr. med. H.____ sei keine Spezialistin für muskuloskelettale Belange. Tatsächlich zeigte ein Blick auf die Website der I.____-Klinik, dass Dr. med. H.____ in diesem Bereich keinen fachspezifischen Schwerpunkt ausweise. Die Beschwerdegegnerin behaupte sodann zu Unrecht, dass ein Rückfall vorliege und die Beweislast für den Kausalzusammenhang somit beim Beschwerdeführer liege. Wie aus dem Bericht von Dr. med. F.____ vom 6. Februar 2018 hervorgehe, sei der Beschwerdeführer nie beschwerdefrei gewesen; er leide unter persistierenden Schmerzen; er habe den Arm ein Jahr lang geschont und habe trotzdem Restschmerzen, sobald er Belastungen durchführe und Überkopftätigkeiten ausübe. Es lägen somit Brückensymptome vor, weshalb nach wie vor der Grundfall, und nicht ein Rückfall vorliege. Folglich obliege der Beweis für einen angeblichen Wegfall des Kausalzusammenhangs der Beschwerdegegnerin. Bestritten werde sodann die Auffassung der Beschwerdegegnerin, wonach die Verletzung des Beschwerdeführers nicht zumindest

als unfallähnliche Körperschädigung qualifiziert werden müsse und daher eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bestünde. Es sei nicht nachvollziehbar bzw. wäre eine Schlechterstellung eines Versicherten, wenn die Leistungspflicht davon abhängig gemacht würde, ob es sich gleichzeitig um ein Unfallereignis handle oder nicht. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, entgegen der Sachverhaltsdarstellung des Beschwerdeführers habe er sich beim Sturz vom 24. Januar 2017 keinen Riss der Supraspinatussehne rechts zugezogen. Vielmehr habe der damals behandelnde Arzt, Dr. med. J.____, lediglich eine Prellung diagnostiziert (Suva-Nr. 3) und das am

E. 9

März 2017 erstellte MRT habe lediglich eine Tendinose der Supraspinatussehne ergeben. Eine Partialläsion/Ruptur habe ausdrücklich ausgeschlossen werden können (Suva-Nr. 23). Erst die am 10. Januar 2018 erfolgte bildgebende Untersuchung habe dann eine Ruptur der rechten Supraspinatussehne gezeigt. Ebenfalls unzutreffend sei die Behauptung des Beschwerdeführers, der Suva obliege der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs, nachdem man zunächst die Zuständigkeit anerkannt und Versicherungsleistungen erbracht habe. Richtig sei vielmehr, dass die Suva ihre Leistungen für den Grundfall längst vor der Rückfallmeldung, welche am 9. Februar 2018 erfolgt sei, abgeschlossen gehabt habe. Diese Leistungseinstellung sei nach Abschluss der Physiotherapie erfolgt, für welche noch Kostengutsprache erteilt worden sei (vgl. Suva-Nr. 6). Demnach liege die Beweislast für das Vorliegen von unfallkausalen Beschwerden im nunmehr streitigen Rückfall, der am 9. Februar 2018 gemeldet worden sei (Suva-Nr. 10), wie zuvor schon im Grundfall wiederum beim Beschwerdeführer. Im Lichte dieser Beweiswürdigungsregeln sei nicht zu beanstanden, wenn die Suva auf die überzeugenden kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. med. B.____ vom 6. März 2018 und 2. Juli 2018 (Suva-Nr. 25 und 38) abgestellt habe. Sein Standpunkt basiere insbesondere auf der unbestrittenen Tatsache, dass im ersten MRI vom 9. März 2017 nicht einmal eine Partialläsion bzw. -ruptur habe festgestellt werden können, sondern sich vollständig intakte Sehnen gezeigt hätten. Wenn dann erst fast ein Jahr später, im MRI vom 10. Januar 2018, eine Ruptur der Supraspinatussehne bildgebend habe nachgewiesen werden können, spreche dies für sich allein keineswegs dafür, dass auch ein Kausalzusammenhang zwischen dieser Läsion und dem Unfall vom 24. Januar 2017 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestünde. Ein solcher ■ unfallkausaler ■ Riss hätte vielmehr schon initial nachgewiesen werden müssen. Die gegenteilige Behauptung des Operateurs von der E.____klinik AG, Dr. med. F.____, es handle sich um eine «traumatische Läsion der RM» (vgl. Bericht vom 6. Februar 2018; Suva-Nr. 20) sei mit keinem Wort begründet und vermöge deshalb keine Zweifel an den nachvollziehbar begründeten kreisärztlichen Beurteilungen zu wecken. Dasselbe gelte für den Bericht von Dr. med. F.____ vom 24. Mai 2018 (Beilage zu Suva-Akte 33). Dort habe sich der behandelnde Arzt gar als parteiisch im Sinne der Rechtsprechung geoutet, indem er sein grundsätzliches Unverständnis gegenüber «mittlerweile sehr strengen» Kausalitätsbeurteilungen von Versicherungen geäussert habe. Auf eine solche Einschätzung, die offensichtlich nicht unbefangen erfolgt sei, könne zum vornherein nicht abgestellt werden. Wenn nun Dr. med. F.____ in seinem Bericht vom 24. Mai 2018 behauptete, dass die Ruptur der Supraspinatussehne an der Rotatorenmanschette der rechten Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Sturzereignis vom Januar 2017 zurückzuführen sei, stellte er sich in Widerspruch zu seiner eigenen Feststellung, wonach sich eine Ruptur gemäss den zeitnahen radiologischen Abklärungen vom 9. März 2017 nicht nachweisen lasse. Er führe

in seiner Beurteilung vom 24. Mai 2018 zudem aus, dass Sehnen grundsätzlich auch ohne traumatisches Ereignis einen Abriss vom Knochen erleiden könnten. Dies geschehe durch repetitive Mikro-Verletzungen und ganz einfach durch Abnützung. Beim Beschwerdeführer liege ein Unfallereignis vor und eine nachgewiesene Ruptur im Januar 2018. Angeblich habe in der Zwischenzeit kein erneutes Unfallereignis stattgefunden. Somit werte er den aktuellen Riss als Folge des Unfalls vom 24. Januar 2017. Es sei unwahrscheinlich, dass dies alleine durch degenerative Geschehnisse eingetreten sei. Eine Begründung, wieso der Schaden bei den gegebenen krankhaften, degenerativen und anlagebedingten Veränderungen nicht alleine durch diese verursacht worden sei, liefere der Chirurg keine, womit die Beweiskraft der apodiktischen Einschätzung stark eingeschränkt bleibe (Urteil des EVG 1 239/99 vom 2. März 2001 E. 2a und Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2012 vom 31. Mai 2012 E. 4 sowie A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. 1989, S. 175 f. und S. 459 f.). Dr. med. F.____ habe ja gerade selber propagiert, dass die hier vorliegende Schulterschädigung durch Mikroverletzungen und Abnützung hervorgerufen werden könne. Die ungünstige anlagebedingte Form der Schulterhöhe mit Neigung zu einem subakromialen Impingement des Beschwerdeführers, welche ebenfalls für eine krankhafte Pathogenese der hier vorliegenden Schädigung spreche, erwähne der Operateur nicht einmal, womit die Anamnese fehlerhaft sei. Die Beweistauglichkeit der Beurteilung des Chirurgen werde dadurch zusätzlich vermindert. Unverständlich sei auch der beschwerdeführerische Hinweis, der Kreisarzt habe sich nicht mit der Frage auseinandergesetzt, ob das Unfallereignis nicht mindestens eine Teilursache für die Schulterverletzung darstelle. Jeder Suva-Kreisarzt wisse, dass eine Teilursache zur Begründung der Unfallkausalität von geklagten Schädigungen ausreiche. Wenn er in seiner Beurteilung nicht ausdrücklich auf diesen Umstand hinweise, bedeute es nicht, dass er ihn in seiner Beurteilung nicht berücksichtigt habe. Vorliegend sei offensichtlich kein Zusammenhang zwischen der Partialläsion der Supraspinatussehne und dem Unfall vom 24. Januar 2017 nachzuweisen, auch kein teilweiser. Fehl gehe schliesslich auch der beschwerdeführerische Verweis auf Art. 6 Abs. 2 UVG. Zwar liege nunmehr, nach der Rückfallmeldung, eine dieser Regelung entsprechende Listenverletzung vor (Sehnenriss). Der Beschwerdeführer übersehe indessen, dass er einen Unfall erlitten habe und dass diesfalls kein Leistungsanspruch unter dem Titel einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG bestehe. Dies sei schon früher so gewesen, als die unfallähnlichen Körperschädigungen noch in Art. 9 Abs. 2 UVV geregelt gewesen seien. Mit der Überführung dieser Norm ins Gesetz im Rahmen der ersten UVG-Revision per 1. Januar 2017 habe sich diesbezüglich nichts geändert. Diese Praxis stehe im Einklang mit der konstanten Rechtsprechung des Bundesgerichts (vgl. exemplarisch die Urteile des Bundesgerichts 8C_834/2015 vom 5. April 2016 und 8C_100/2016 vom 17. Mai 2016). Die Sachverhalte, welche diesen Urteilen zugrunde gelegen hätten, seien mit dem vorliegenden Fall vergleichbar. Mit den erwähnten Urteilen habe das Bundesgericht bestätigt, dass bei Vorliegen eines Unfalles der Leistungsanspruch ausschliesslich unter dem Titel Unfall, und nicht gleichzeitig auch noch unter dem Titel unfallähnliche Körperschädigung zu prüfen sei.

5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin die Unfallkausalität der vom Beschwerdeführer noch geklagten Beschwerden an der rechten Schulter zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 In der Patientenakte des Beschwerdeführers (Duplikbeilage 2) wurde von Dr. med. J.____ von der E.____klinik am 8. März 2017 festgehalten, der Beschwerdeführer sei auf glattem Untergrund ausgerutscht und auf die Schulter gefallen. Im Verlauf sei es zu zunehmenden Schmerzen im Bereich der Schulter gekommen. In der klinischen Untersuchung zeige sich eine eingeschränkte Beweglichkeit des Armes mit Abduktion maximal bis 70° und Elevation bis 80°. Innen und Aussenrotation bei angelegtem Arm seien uneingeschränkt. Der Arm könne in ausgestreckter Position bei 90° nicht gehalten werden, die spezifischen Zeichen der Rotatorenmanschette seien nicht zu testen. Diagnose: Schwere Schulterprellung, Vd.a. Rotatorenmanschettenläsion.

5.2 Im Bericht betreffend MR Arthrographie der rechten Schulter vom 9. März 2017 (Suva-Nr. 23) hielt Dr. med. H.____ vom I.____-Spital zur Beurteilung Folgendes fest:

5.3 In der Patientenakte des Beschwerdeführers (Duplikbeilage 2) wurde von Dr. med. J.____ von der E.____klinik am 20. März 2017 festgehalten, im durchgeführten MRI zeige sich eine Tendinose der Supraspinatussehne nach Zerrung ohne Nachweis einer Partiaalläsion oder Ruptur. Leichte Bursitis subacromialis / subdeltoidea. Nach radiologischem Befund kein Labrumriss. In der Sprechstunde sei heute eine Infiltration subacromial, eine Ampulle Carbostesin, eine Ampulle Kenacort à 40, vorgenommen worden. Verordnung von Physiotherapie zur Rehabilitation der Schulter. Auch im Alltag sollte der Beschwerdeführer, nach Ausschluss einer Verletzung, beginnen, die Schulter wieder mehr zu benutzen.

5.4 In der Patientenakte des Beschwerdeführers (Duplikbeilage 2) führte Dr. med. J.____ am 24. April 2017 aus, der Beschwerdeführer stelle sich zu einer klinischen Verlaufskontrolle in der Sprechstunde vor. Er berichte, dass er nach der Infiltration eine erhebliche Besserung seiner Schulterfunktion erfahren habe. Die Physiotherapie, die er 1 x wöchentlich durchführe, bringe weitere Besserung. Befund: Es bestünden nach wie vor erhebliche Einschränkungen der Scapulafunktion und auch positive Impingementzeichen. Abduktion jetzt bis 120° Iro, Aro nach wie vor etwas eingeschränkt. Es bestehe eine ausgeprägte muskuläre Dysfunktion im Bereich des Schulterblattes.

5.5 Am 7. Juni 2017 hielt Dr. med. J.____ in der Patientenakte des Beschwerdeführers (Duplikbeilage 2) fest, insgesamt sehr positiver Verlauf, der Beschwerdeführer sei begeistert von der Physiotherapie, er habe keine Nachtschmerzen mehr. Nur tagsüber bei bestimmten Bewegungen noch ein Ziehen oder auch ein Stechen in der Schulter. In der klinischen Untersuchung zeigten sich eine nach wie vor nicht korrekte Scapulafunktion, insgesamt aber weniger muskuläre Verspannung im Bereich der Schulter und keine positive Impingementzeichen mehr.

5.6 In der Patientenakte des Beschwerdeführers (Duplikbeilage 2) führte Dr. med. J.____ am 9. Januar 2018 aus, der Beschwerdeführer habe seit seinem Unfall Ende Januar 2016 (recte: 2017) nach wie vor Beschwerden im Bereich der Schulter, die zwar im Alltag kompensiert seien, aber insgesamt sei die Situation noch nicht zufriedenstellend. Er berichte, dass er häufig, wenn er nachts auf der Schulter gelegen habe, Schmerzen habe. Ausserdem sei immer noch eine Bewegungseinschränkung des Armes festzustellen. Befund: In der klinischen Untersuchung zeige sich heute eine nach wie vor eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes. Die Abduktion sei frei bis etwa 70°, die Aussenrotation eingeschränkt mit etwa 35°. Innenrotation frei. Deutliche muskuläre Dysbalance des Schultergürtels und des Armes bei nach wie vor ausgeprägter

Scapuladyskinesie.

5.7 Im Bericht betreffend MRI der rechten Schulter vom 11. Januar 2018 (Suva-Nr. 22) hielt Dr. med. K.____ vom I.____-Spital folgende Beurteilung fest:

5.8 Im Bericht vom 6. Februar 2018 (Suva-Nr. 20) führte Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Chirurgie und Orthopädie, von der E.____klinik aus, der Beschwerdeführer habe den Arm ein Jahr geschont und habe trotzdem Restschmerzen, sobald er Belastungen und Überkopftätigkeiten durchführe. In einem Verlaufs-MRI komme nun eine zunehmende Ruptur der bursseitigen Supraspinatussehne zur Darstellung, sodass die Indikation zur Operation gestellt worden sei. Diese Ruptur sei im ersten MRI knapp sichtbar gewesen, im Verlauf aber habe diese zugenommen. Für die Unfallversicherung bleibe festzuhalten, dass es sich um eine traumatische Läsion der Rotatorenmanschette handle, welche trotz konservativen Massnahmen ein Jahr persistiere und nun zur Operation führe.

5.9 In der ärztlichen Beurteilung vom 6. März 2018 (Suva-Nr. 25) hielt Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, fest, Dr. med. F.____ führe in seinem Schreiben vom 6. Februar 2018 aus, dass für die Unfallversicherung festzuhalten bleibe, dass es sich um eine traumatische Läsion der Rotatorenmanschette handle. Dem sei nicht zuzustimmen. Der kernspintomographische Befund vom 9. März 2017 sei diesbezüglich eindeutig. Es habe sich damals keine Ruptur gefunden. Die überwiegende Wahrscheinlichkeit des Kausalzusammenhanges der jetzt im zweiten MRI, knapp ein Jahr nach dem Sturzereignis, beschriebenen SSP-Läsion sei nicht gegeben.

5.10 In seinem Bericht vom 24. Mai 2018 (Suva-Nr. 33) führte Dr. med. F.____ aus, im MRI vom 9. März 2017 finde sich eine Signalstörung in der Sehne des Supraspinatus. Diese sei aufgelockert, jedoch nicht gerissen. Die Radiologin spreche von einer Tendinose, wie diese auch bei Überlastung sichtbar sei. Eine eigentliche Ruptur lasse sich nicht nachweisen. Es sei aber interessant, dass genau an dieser Stelle am 10. Januar 2018 im MRI eine Ruptur nachweisbar sei. Grundsätzlich könnten Sehnen ohne traumatisches Ereignis einen Abriss vom Knochen erleiden. Dies geschehe durch repetitive Mikroverletzungen und ganz einfach durch Abnutzung. Beim Beschwerdeführer liege ein Unfallereignis vor mit einer Signalstörung der Sehne des Supraspinatus im März 2017 und einer nachgewiesenen Ruptur im Januar 2018. Angeblich habe in der Zwischenzeit kein erneutes Unfallereignis stattgefunden. Somit werte er, Dr. med. F.____, den aktuellen Riss als Folge des Unfalls vom 24. Juli 2017 und es sei unwahrscheinlich, dass dies alleine durch degenerative Geschehnisse eingetreten sei. Er habe den Beschwerdeführer einmalig am 6. Februar 2018 gesehen. Vorher sei er von Dr. med. J.____ betreut worden, der ebenfalls von einer Degenerationsablösung der Sehne nach Trauma spreche. Initial habe das Trauma die Sehne verletzt, jedoch nicht vollständig abgelöst und im Verlauf sei es zu einer Rissbildung gekommen. Leider seien die Versicherungen mittlerweile sehr streng mit der Beurteilung der Sehnenverletzungen, seiner Meinung nach liege aber ein kausaler Zusammenhang vor.

5.11 In der ärztlichen Beurteilung vom 2. Juli 2018 (Suva-Nr. 38) hielt Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, fest, die Ausführungen von Dr. med. F.____ vermöchten nicht neue medizinische Sachverhalte darzulegen, die eine Abänderung der kreisärztlichen Beurteilung zur Folge hätten. Es bleibe nach wie vor bei der Tatsache, dass im ersten MRI vom 9. März 2017 lediglich eine posteriorbetonte Tendinose der Supraspinatussehne, ein Acromion Typ III mit Neigung zum subacromialen Impingement und eine Bursitis subacromialis / subdeltoidea beschrieben worden seien. Ausdrücklich sei festgehalten

worden: «Keine Partiaalläsion/Ruptur, kein Labrumriss, intakte lange Bicepssehne». Im MRI vom 10. Januar 2018 würden dann eine Ruptur der posterioren Hälfte des Fusspunktes der Supraspinatussehne ohne Retraktion und ohne wesentliche Atrophie des Muskelbauches bei ausgeprägter Bursitis subacromialis/subdeltoidea mit Erguss sowie eine relative subacromiale Enge beschrieben. Wenn Dr. med. F.____ am 24. Mai 2018 in seinen Ausführungen festhalte, dass er selbst den Versicherten nur einmal gesehen habe, dieser vorher von Kollegen Dr. med. J.____ betreut worden sei, der ebenfalls von einer Degenerationsablösung der Sehne gesprochen habe, bleibe es immer noch im Rahmen der Spekulation, dass das Unfallereignis vom 24. Januar 2017 die Sehne verletzt habe.

5.12 In seiner E-Mail vom 2. Dezember 2018 (Suva-Nr. 46) gab der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. G.____, Innere Medizin FMH, auf Nachfrage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers an, der Beschwerdeführer habe nie Klagen über Schulterbeschwerden vor dem Unfall geäussert. Er sei auch andernorts nicht wegen Schulterproblemen behandelt oder abgeklärt worden. Der Beschwerdeführer habe ihn nach dem Unfall vom 24. Januar 2017 zum ersten Mal am 24. Februar 2017 aufgesucht. Der Beschwerdeführer habe über den Unfallhergang berichtet, dass er unmittelbar nach dem Sturz einen starken Prellungsschmerz verspürt und eine Bewegungseinschränkung in der betroffenen rechten Schulter bestanden habe. Er schone seither die Schulter und habe lokale Antirheumatika benutzt. Im Verlaufe der 4 Wochen hätten sich nach anfänglicher Besserung die Schmerzen verschlimmert und seien mittlerweile auch nachts beim Draufliegen vorhanden. Die Beweglichkeit sei eingeschränkt geblieben, keine Besserung derselben innert 4 Wochen. Sämtliche Probleme seien unmittelbar nach dem Sturz aufgetreten. Er habe nie vorher mit dieser Schulter Probleme gehabt. Anlässlich der ersten Konsultation habe er, Dr. med. G.____, folgende Befunde erheben können: Deutliches Impingement der rechten Schulter mit verstärkten Schmerzen bei forcierter Innenrotation (Hawkins-Test, Kennedy-Test pos.); painful Arc (Schmerzen in Abduktion ab 70 Grad); schmerzbedingte Blockade ab 80 Grad: Er könne den Arm seitlich nicht ganz hochheben. Jobe Test pos. Rohe Kraft Aussenrotation eingeschränkt. Es habe ein klassisches posttraumatisches Impingement-Syndrom an der rechten Schulter DD eine posttraumatische Bursitis und ein Sehmenteilriss bestanden.

5.13 In der radiologischen Stellungnahme vom 31. Mai 2019 (Replikbeilage 1) führte Dr. med. C.____, FMH Radiologie, aus, die im MRI-Bericht vom 9. März 2017 enthaltene Beurteilung sei nicht korrekt. Zu Punkt 1: Es finde sich eine gelenksseitige Partiaalläsion der Supraspinatussehne anterior (sagittal 6 mm) betreffend max. 50 % der Sehnendicke. Angrenzend bestehe eine flächige Ausdünnung der Supraspinatussehne bursaseitig betreffend max. ein Drittel der Sehnendicke. Es sei keine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne nachweisbar. Die Rotatorenmanschetten-Muskulatur sei allseits kräftig (Goutallier 1). Zu Punkt 2: Es finde sich eine mässige subacromiale Impingementkonfiguration mit Acromion Typ II nach Bigliani und lateralem Downslope des Acromions und spitzwinkliger ossärer Kontur am lateralen Rand des Acromions. Hier finde sich keine Diskrepanz zum initialen schriftlichen Befund vom 9. März 2017. Weiter führte Dr. med. C.____ aus, aus dem MRI vom 9. März 2017 ergäben sich Befunde, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit und zumindest im Sinne einer Teilursache auf das Sturzereignis vom 24. Januar 2017 zurückzuführen seien. Es finde sich zwar eine subacromiale Impingementkonfiguration, welche für eine verfrühte Degeneration und Partialruptur der Supraspinatussehne prädisponiere. Dennoch erscheine bei gegebener

Situation aus radiologischer Sicht eine Teilursache des Sturzereignisses vom 24. Januar 2017 überwiegend wahrscheinlich. Die scharfkantige Kontur am Acromion lateral könne bei Schulterdistorsionen (insbesondere in Abduktion) wie ein Messer zu tiefen bursaseitigen Partialrupturen führen. Die scharfkantige tiefe bursaseitige Partialruptur der Supraspinatussehne in der MRT der rechten Schulter vom 10. Januar 2018 erfülle die morphologischen Kriterien für eine solche Verletzung. Die Tatsache, dass diese Verletzung in der Arthro-MRT vom 9. März 2017 nicht in der Art sichtbar sei, ändere nichts an dieser Einschätzung. Bursaseitige Partialrupturen der Rotatorenmanschette seien trotz Arthrographie mit Kontrastmittelgabe in das Schultergelenk oft schlecht abgrenzbar und könnten deutlich unterschätzt werden. Die bursaseitige tiefe Partialruptur der Supraspinatussehne sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest im Sinne einer Teilursache auf das Sturzereignis vom 24. Januar 2017 zurückzuführen. Eine Teilursache sei auch betreffend die gelenksseitige Partialruptur der Supraspinatussehne möglich, sei jedoch aus radiologischer Sicht nicht überwiegend wahrscheinlich.

5.14 In der orthopädischen Beurteilung von Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Suva Versicherungsmedizin, vom 6. August 2019 (Duplikbeilage 1) wurde festgehalten, eine akute, unfallbedingte Verletzung der Sehnenmanschette führe zu einem unmittelbar auftretenden, scharfen Schmerz mit Ausstrahlung in den Oberarm, unmittelbar eintretendem Funktionsverlust bestimmter Bewegungen, abhängig vom geschädigten Anteil der Sehnenmanschette und einem Gefühl des Zerreißens. Insbesondere der unmittelbare Eintritt dieser Phänomene sei charakteristisch für eine akute traumatisch bedingte Läsion der Sehnenmanschette. Die unfallbedingte Schädigung einer Sehnenstruktur sei immer mit einer erheblichen klinischen Beeinträchtigung wie zum Beispiel Einschränkung der Beweglichkeit und Schmerzen verbunden und führe fast immer zur zeitnahen Inanspruchnahme eines Arztes. Typisch sei der allen unfallbedingten Veränderungen eigene Decrescendo-Verlauf von Schmerz und Symptomen, das heisse, es komme nach einer akut traumatischen Schädigung nach anfänglichen starken Schmerzen im weiteren Zeitverlauf zu einer langsamen Rückbildung der beklagten Schmerzen. Weiterhin gelte als klassisches Zeichen einer akut traumatischen Verletzung der Sehnenmanschette der Funktionsverlust im Sinne eines Drop-Arm-Syndroms oder auch Pseudoparalyse. Der Arm könne bei vollständiger Kontinuitätsunterbrechung des Kraftüberträgers Sehne nicht mehr angehoben werden. Dagegen zeige sich bei einem verschleissbedingten Schaden der Sehnenmanschette eher ein typischer Crescendo-Verlauf, das heisse eher zunehmende Schmerzen im weiteren Zeitverlauf. Im Falle degenerativ bedingter Schäden der Sehnenmanschette könnten die Funktionsausfälle teilweise durch sich parallel etablierende Kompensationsmechanismen anderer Anteile der Sehnenmanschette oder des Deltoideus-Muskels aufgefangen werden. Im vorliegenden Fall liege nach anfänglicher subjektiver Verbesserung der Beschwerden eine zunehmende Schmerzproblematik und ein sogenannter Crescendo-Verlauf vor. Wie bereits oben ausgeführt, sei eine unfallbedingte Schädigung der Sehnenmanschette mit einer eindrucksvollen klinischen Symptomatik verbunden, welche eine zeitnahe Inanspruchnahme eines Arztes innerhalb der ersten Tage erwarten lasse, da eine Traumatisierung nicht nur erhebliche Schmerzen, sondern auch eine unmittelbar einsetzende Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit des betroffenen Schultergelenkes und Ängste des Betroffenen mit sich bringe. Im vorliegenden Fall stelle sich der Versicherte aber erst vier Wochen nach dem Ereignis wegen einer zunehmenden Schmerzsymptomatik vor. Des Weiteren müsse betont werden, dass es infolge von direkten Anprallereignissen des Schultergelenkes nur in einem geringen Teil der Fälle zu traumatisch bedingten

Schäden an der Rotatorenmanschette komme. Sodann seien die sich auf den kernspintomographischen Aufnahmen vom 9. März 2017 darstellenden Signalerhöhungen im Bereich der ansatznahen Supraspinatussehne von den Radiologen Frau Dr. med. H.____ und Dr. med. K.____ wie auch den Orthopäden Dr. med. J.____, Dr. med. F.____ und Dr. med. B.____ in identischer Weise beurteilt worden. Diese fünf Fachärzte beurteilten die Veränderungen als Tendinose, also als verschleissbedingte Erkrankung der Supraspinatussehne, Entzündung des subacromialen Schleimbeutelkomplexes und mit anlagebedingtem subacromialem Engpass als prädisponierendem Faktor eines Impingementsyndroms und damit Möglichkeit eines die Sehnenmanschette schädigenden Faktors. Alle Fachärzte schlössen eine Rissbildung der Supraspinatussehne zu diesem Zeitpunkt aus. Einzig der Radiologe Dr. med. C.____ sehe bei der Beurteilung der Supraspinatussehne eine partielle Defektbildung sowohl in dem dem Schulterdach zugewandten Anteil als auch dem gelenksseitigen Anteil der Supraspinatussehne. Aufgrund der persönlichen Beurteilung der kernspintomographischen Bilder vom 9. März 2017 bestätige er, Dr. med. D.____, die Signalerhöhungen der ansatznahen Supraspinatussehne in den T2-gewichteten, flüssigkeitssensiblen Sequenzen sowohl im gelenksseitigen als auch bursaseitigen Bereich. Diese Signalerhöhungen seien als Hinweis für eine vermehrte Flüssigkeitseinlagerung anzusehen und würden auch vom Unterzeichner nicht als partielle Rissbildung, sondern als Zeichen einer entzündlich verschleissbedingten Tendinopathie als Folge verschleissbedingter Texturstörungen der Sehne interpretiert. Es fänden sich darüber hinaus erhebliche Signalerhöhungen im Bereich des Schleimbeutelkomplexes als Hinweis für einen entzündlichen Reizzustand der Bursa subacromialis respektive Bursa subdeltoidea. Signalerhöhungen anderer kapsulo-Igamentärer Strukturen, der knöchernen Gelenkpartner oder des periartikulären Weichteilgewebes seien nicht zu erkennen. Unter der Annahme einer unfallbedingten Sehnenmanschettenläsion der Supraspinatussehne wären entsprechende Kollateralschäden im Bereich des Schultergelenkes in Form von Begleitverletzungen der knöchernen Gelenkpartner, der capsulo-ligamentären Strukturen und des Musculus deltoideus in der zeitnah erstellten Bildgebung einer Kernspintomographie zu erwarten. Derartige Begleitveränderungen würden sich in Form von Signalerhöhungen in den entsprechenden Weichteilstrukturen bis zu acht Wochen und in den knöchernen Gelenkpartnern bis zu vier Monaten darstellen. Auch wenn neuere Studien auf eine eingeschränkte Bedeutung des Knochenödems des Humeruskopfes bei der Beurteilung eines kausalen Zusammenhanges hinwiesen, erscheine es für den Betrachter nicht plausibel, Signalerhöhungen nach einer Traumatisierung eines Schultergelenkes allein in den Strukturen der Sehnenmanschette und nicht in anderen Gewebestrukturen zu erwarten. Im vorliegenden Fall zeigten sich in der kernspintomographischen Bildgebung weder Signalerhöhungen im Bereich der knöchernen Gelenkpartner, der capsulo-ligamentären Strukturen noch der periartikulären Weichteilgewebe. In den radiologischen Befundberichten von Frau Dr. med. H.____, Dr. med. K.____ und Dr. med. C.____ fänden sich zudem keine Hinweise auf Kollateralschäden, die eine traumatische Genese der sich darstellenden Veränderungen des Ansatzes der Supraspinatussehne stützen würden. Auch aus diesem Grund müssten eine traumatische Genese der sich darstellenden Strukturänderungen der Supraspinatussehne angezweifelt und die Sehnenveränderungen überwiegend wahrscheinlich verschleissbedingten Texturstörungen der Sehnenstruktur zuordnet werden. Des Weiteren werde unbestritten von allen beteiligten Ärzten eine Einengung des Raumes unter dem Schulterdach als prädisponierender Faktor für ein sogenanntes Impingementsyndrom bestätigt. Allein der Radiologe Dr. med. K.____

konkretisiere in seinem radiologischen Bericht einen mit 5 Millimeter verminderten acromio-humeralen Abstand als objektiven Parameter für eine Impingementkonstellation. Die sich darstellende Schleimbeutelentzündung und die Veränderung der Supraspinatussehne sei schon durch eine mechanische Beeinträchtigung des Gleitvorganges der Sehnenmanschette und dem darüberliegenden Schleimbeutelkomplex unter dem Schulterdach nachvollziehbar. Gemäss der Fachliteratur unterliege der Supraspinatus in der seitlichen Abduktion zwischen 60 und 90 Grad der grössten Belastung, wobei er vom Deltoideus unterstützt werde, der auch den Grossteil der Kraft beitrage. Weiterhin komme es in der Bogenbewegung des Armes zwischen 60 und 90 Grad zu einem bevorzugten Kontakt der Supraspinatussehne und des Schleimbeutels mit Anteilen des Schulterdaches respektive der Akromionkante, auch als Outlet bezeichnet. Eine schmerzhafte Bogenbewegung, «painful arc», wie von den behandelnden Ärzten beschrieben, bezeichne eine bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzsymptomatik des rechten Schultergelenkes zwischen 60 und 90 Grad seitlicher Abduktion und weise zum einen auf eine anatomische Enge unter dem Schulterbogen und zum anderen auf einen entzündlichen Zustand der Sehnenmanschette respektive des Schleimbeutels hin. Da eine transmurale, das heisse eine die gesamte Sehnendicke durchgreifende Kontinuitätsunterbrechung der Supraspinatussehne zum Zeitpunkt des 9. März 2017 einhellig ausgeschlossen worden sei, seien die vom Hausarzt anlässlich der Konsultation vier Wochen nach dem Ereignis dokumentierte Bewegungslimitierung des rechten Armes und eine schmerzhafte Bogenbewegung überwiegend wahrscheinlich auf eine schmerzbedingte Limitierung bei Entzündung des Schleimbeutels und der Supraspinatussehne zurückzuführen. Dieser Zustand werde als Impingement bezeichnet und dementsprechend vom Hausarzt diagnostiziert.

6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem Entscheid und ihren Rechtschriften im Wesentlichen auf die Berichte ihres Kreisarztes, Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, vom 6. März und 2. Juli 2018 sowie die nachträglich eingeholte orthopädische Aktenbeurteilung von Dr. med. D.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, Suva Versicherungsmedizin, vom 6. August 2019, weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist.

6.1 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. 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, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4. S. 470 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_481/2016 vom 18. Januar 2017 E. 2.2).

6.2 Vorweg ist festzuhalten, dass die orthopädische Aktenbeurteilung von Dr. med. D.____ vom 6. August 2019 (E. II. 5.9 hiavor) umfangreich, detailliert und einleuchtend ist. Dr. med. D.____ legt unter anderem dar, dass bezüglich der Interpretation der kernspintomographischen Bilder vom 9. März 2017 Beurteilungen von vier Orthopäden und von drei Radiologen vorlägen und alle vier Orthopäden und zwei Radiologen die Veränderungen der Supraspinatussehne als tendinotisch, d.h. verschleissbedingt interpretierten. Allein der Radiologe PD Dr. C.____ bezeichnete die Veränderungen als

Partialruptur, d.h. als Strukturveränderung der Sehne mit partieller Rissbildung. Weiter hält Dr. med. D. ___ einleuchtend fest, eine akute, unfallbedingte Verletzung der Sehnenmanschette würde zu unmittelbar auftretenden, starken Schmerzen mit Ausstrahlung in den Oberarm und zu unmittelbar eintretendem Funktionsverlust bestimmter Bewegungen führen. Dies liesse eine zeitnahe Inanspruchnahme eines Arztes erwarten. Sodann weist Dr. med. D. ___ zu Recht darauf hin, dass es infolge von direkten Anprallereignissen des Schultergelenkes nur in einem geringen Teil der Fälle zu traumatisch bedingten Schäden an der Rotatorenmanschette kommt. So wären geeignete Mechanismen, um eine Ruptur der Supraspinatussehne hervorzurufen, beispielsweise eine Schulterverrenkung oder ein massives plötzliches Hoch- oder Rückwärtsreißen des Armes, z.B. beim Hängenbleiben mit dem Arm bei erheblicher Beschleunigung des Körpers oder Sturz auf den nach hinten ausgestreckten Arm (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 432 f.). Derartige Verletzungsmechanismen sind angesichts des hier geschilderten Verlaufs nicht ersichtlich. Vielmehr weist die Aktenlage auf einen Hergang hin, der eben gerade nicht geeignet ist, eine solche Verletzung hervorzurufen bzw. bei dem eine Zugbeanspruchung mit unnatürlicher Längendehnung der Sehne des Supraspinatus nicht eintritt. Nicht geeignet für eine traumatisch bedingte Verletzung ist eine «direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag), da die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und Delta-Muskel gut geschützt ist» (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 433). In den Akten ist stets von einem Sturz auf die Schulter die Rede. Zwar hält Dr. med. D. ___ in seiner Beurteilung einschränkend fest, dass diese bisher anerkannte Lehrmeinung in der neueren medizinischen Literatur kontrovers diskutiert werde, da verschiedene Studien darauf hinwiesen, dass auch nach Anpralltraumen zumindest in einem kleineren Teil der Fälle Sehnenmanschettenläsionen zu verzeichnen seien. Dies geht auch aus der im Internet zugänglichen Publikation Swiss Medical Forum 2019 (19 [15 - 16]), S. 260 - 269, hervor. Darin wurde zu den Traumahergängen unter anderem ausgeführt, nur fünf Studien beschrieben den zur Verletzung führenden Mechanismus einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion. Es handle sich am häufigsten um einen Sturz auf den ausgestreckten Arm. Andere Einflüsse, die zu Verletzungen führen könnten, seien Krafteinwirkung bei aussenrotiertem Arm gegen Widerstand, starker Zug beim Festhalten, Heben von schweren Gewichten oder eine Schulterluxation. Abschliessend legten die Autoren (PD Dr. med. Alexandre Lädermann; Prof. Dr. med. Bernhard Jost, Mitglieder der Schweizer Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie von Swiss Orthopaedics; Prof. Dr. med. Dominik Weishaupt; lic. iur. Didier Elsig, Rechtsanwalt; Prof. Dr. med. Matthias Zumstein) dar, die Meinung der Schweizer Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie stimme mit dieser Datenlage überein. Sie gehe jedoch davon aus, dass bei einer oben nicht genannten Schädigung, wie einem Direkttrauma der Schulter ohne explizit ausgestreckten Arm, ebenfalls eine Rotatorenmanschettenläsion entstehen könne. Wie das Bundesgericht jedoch hierzu im Urteil 8C_446/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 5.2.2 festhielt, könne auf diese letztgenannte, von den Studien abweichende Ansicht der Autoren nicht abgestellt werden, da sie weder begründet noch wissenschaftlich belegt worden sei. Damit kann der vorliegende Verletzungsmechanismus als weiteres Argument gegen eine traumatisch bedingte Genese angeführt werden. Weiter führte Dr. med. D. ___ aus, typisch für eine unfallbedingte Veränderung wäre ein Decrescendo-Verlauf von Schmerzen und Symptomen gewesen. Im vorliegenden Fall zeige sich aber ein Crescendo-Verlauf, d.h. nach anfänglicher Verbesserung der Beschwerden sei es zu einer zunehmenden

Schmerzproblematik gekommen. Dies spricht, wie von Dr. med. D.____ einleuchtend dargelegt, gegen eine traumatische Ursache der Verletzung (vgl. auch Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 434). Sodann weist Dr. med. D.____ überzeugend darauf hin, dass bei einer unfallbedingten Sehnenmanschettenläsion entsprechende Kollateralschäden im Bereich des Schultergelenks in Form von Begleitverletzungen der knöchernen Gelenkspartner in der zeitnah erstellten Bildgebung zu erwarten gewesen wären. Im vorliegenden Fall sind solche jedoch nicht gegeben.

Schliesslich setzt sich Dr. med. D.____ in seiner Beurteilung eingehend und wohlbegründet mit den seiner Beurteilung entgegenstehenden Arztberichten auseinander: Die Stellungnahme des Orthopäden Dr. med. F.____ vom 24. Mai 2018 sei widersprüchlich, wenn auf der einen Seite eine vollständige oder partielle Rissbildung der Supraspinatussehne in der Kernspintomographie vom 9. März 2017 verneint werde, auf der anderen Seite aber die sich ein Jahr später darstellende subtotale Kontinuitätsunterbrechung im Ansatz der Supraspinatussehne als Folge des geltend gemachten Ereignisses vom 24. Januar 2017, als Unfallfolge geltend gemacht werde. Eine plausible Erklärung für diese Bewertung werde nicht aufgezeigt. Die subjektive Annahme, eine derartige Sehnenveränderung sei nicht allein aufgrund degenerativer Ursachen möglich, widerspreche in eklatanter Weise den tagtäglichen Erfahrungen des konservativ und/oder operativ tätigen Orthopäden und der gängigen Lehrmeinung. Die Einschätzung eines überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhanges der Veränderungen der Sehnenmanschette mit dem Sturzereignis vom Januar 2017 sei auf dieser Grundlage nicht nachvollziehbar. Dr. med. F.____ spreche von Ablösung der Sehne am Ansatz. In diesem Zusammenhang müsse darauf hingewiesen werden, dass es im vorliegenden Fall unter Berücksichtigung der kernspintomographischen Befunde vom 9. März 2017 gar nicht um eine Ablösung der Sehne im Bereich des Ansatzes (Footprints), sondern um eine horizontal ausgerichtete Gewebeeränderung und gegebenenfalls -ausdünnung im bursa- und gelenkseitigen Anteil der Sehnenmanschette gehe. Eine Ablösung respektive transmurale Läsion der Sehnenmanschette werde bezüglich März 2017 von allen involvierten Ärzten verneint. Die Kritik von Dr. med. D.____ an den Berichten von Dr. med. F.____ vermögen zu überzeugen. So vertritt Dr. med. F.____ seine These, wonach die Rotatorenmanschettenruptur traumatisch bedingt sei, ohne dies plausibel zu begründen. Er vermag sich diesbezüglich weder auf die bildgebenden Abklärungen noch auf allfällige Fachliteratur zu stützen. Sodann setzt sich Dr. med. D.____ ebenso überzeugend mit der E-Mail-Stellungnahme des Hausarztes des Beschwerdeführers, Dr. med. G.____, vom 2. Dezember 2018 (s. E. II. 5.12) auseinander. So sei hinsichtlich der Stellungnahme des Hausarztes Dr. med. G.____ und des Hinweises auf eine Symptombefreiheit des Versicherten vor dem geltend gemachten Ereignis zu entgegnen, dass eine leere Anamnese kein Beweis dafür sei, dass in der Vergangenheit keine Schadensanlage vorgelegen habe, da gemäss der Lehrmeinung sowohl Tendinopathien als auch partielle und vollständige Defekte der Sehnenmanschette zu einem hohen Prozentsatz bis etwa 50 % symptomlos verlaufen würden. Dementsprechend würden in einem hohen Prozentsatz der Fälle verschleissbedingte Alterungsprozesse überwiegend klinisch asymptomatisch beginnen und blieben dies häufig über Jahre, wenn sie biomechanisch kompensiert seien. Wie Dr. med. D.____ zudem zu Recht darauf hinweist, ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341).

Ergänzend ist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von Dr. med. F. ___ und Dr. med. G. ___ auch deswegen kaum Beweiswert zuzumessen ist. Schliesslich setzt sich Dr. med. D. ___ auch mit der radiologischen Stellungnahme von Dr. med. C. ___ vom 31. Mai 2019 auseinander (s. E. II. 5.13 hiervor) und zeigt nachvollziehbar auf, dass Dr. med. C. ___ eine plausible Erklärung eines kausalen Zusammenhanges der sich darstellenden Veränderungen in der kritischen Zone der Sehnenmanschette als Folge des Ereignisses schuldig bleibe. Zeitliche Zusammenhänge, klinische Befunde, Diskussion der entsprechenden Fachliteratur, der Unfallhergang und auch wesentliche Aspekte der Bildgebung wie Begleitverletzungen (Stichwort Kollateralschäden) blieben in seiner Stellungnahme ausser Acht. Es handle sich um eine subjektive Einschätzung ohne erkennbare objektive Argumentation. Dem ist ergänzend anzufügen, dass Dr. med. C. ___ selbst ausführt, beim Beschwerdeführer bestehe eine subacromiale Impingementkonfiguration, welche für eine verfrühte Degeneration und Partialruptur der Supraspinatussehne prädisponiere. In der Folge vertritt Dr. med. C. ___ jedoch trotzdem die Ansicht, die Verletzung sei traumatisch bedingt und stützt sich hierbei auf die Argumentation, die scharfkantige Kontur am Acromion lateral könne bei Schulterdistorsionen (insbesondere in Abduktion) wie ein Messer zu tiefen bursaseitigen Partialrupturen führen. Die scharfkantige tiefe bursaseitige Partialruptur der Supraspinatussehne in der MRT der rechten Schulter vom 10. Januar 2018 erfülle die morphologischen Kriterien für eine solche Verletzung. Auch wenn diese Theorie durchaus möglich erscheint, reichen die diesbezüglichen spärlich begründeten Ausführungen angesichts der akribisch begründeten und überzeugenden orthopädischen Beurteilung von Dr. med. D. ___ nicht aus, an dieser Beurteilung auch nur geringe Zweifel zu erwecken. So führen die in der Beurteilung von Dr. med. D. ___ in der Gesamtbetrachtung angeführten Argumente mit umfassenden Hinweisen auf die Fachliteratur zum klaren Resultat, dass eine traumatisch bedingte Rotatorenmanschettenläsion nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Damit ist sowohl eine Kausalität als auch eine Teilkausalität zu verneinen. Schliesslich kann auf die zusammenfassende Beurteilung von Dr. med. D. ___ verwiesen werden: Der Versicherte habe als Folgen des Ereignisses vom 24. Januar 2017 überwiegend wahrscheinlich einen Sturz mit Prellung des verschleissbedingt vorgeschädigten und klinisch asymptomatischen rechten Schultergelenkes erlitten. Die verzögerte Inanspruchnahme einer ärztlichen Leistung, der Unfallhergang, der Schmerzverlauf und die zeitnah vorgenommene Bildgebung sprächen überwiegend wahrscheinlich für das Vorliegen einer unfallunabhängigen Texturstörung der Sehnenmanschette bei prädisponierender Impingementkonstellation. Gemäss Reintegrationsleitfaden Unfall des Schweizer Versicherungsverbandes und unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse des Versicherten sei von einer vollständigen Ausheilung der Unfallfolgen mit Erreichen des Status quo sine spätestens drei Monate nach der erlittenen Kontusion auszugehen. Im vorliegenden Fall entspreche das dem zeitlich dokumentierten Ablauf der Behandlung. Die ab Januar 2018 erneut beklagte Beschwerdesymptomatik und sich bildgebend darstellende Sehnenmanschettenläsion mit ansatznaher subtotaler Defektbildung der Supraspinatussehne stehe überwiegend wahrscheinlich nicht in kausalem Zusammenhang mit dem geltend gemachten Ereignis, sondern sei ausschliesslich auf einer fortschreitenden verschleissbedingten Erkrankung der Sehnenmanschette bei Impingement-begünstigender subacromialer Engpasskonstellation

geschuldet.

Für dieses Resultat spricht im Übrigen auch, dass eine Rückfallkausalität aufgrund fehlender Brückensymptome ebenfalls zu verneinen wäre. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers obliegt es bei Rückfällen und Spätfolgen der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.2, in: SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55). Aus der Patientenakte der E.____klinik (Duplikbeilage 2) ist diesbezüglich ersichtlich, dass der Beschwerdeführer vor dem Rückfall letztmals am 7. Juni 2017 zur Verlaufskontrolle erschien und dort von einem sehr positiven Verlauf berichtete. Danach ist bis zum 9. Januar 2018 keine ärztliche Konsultation mehr aktenkundig. Selbst wenn der Beschwerdeführer dazwischen gelegentlich unter gewissen einschlägigen Symptomen gelitten haben sollte, kommt diesen nicht die Eigenschaft eindeutiger Brückensymptome zu; jedenfalls waren sie nicht derart erheblich, dass sie in der zweiten Jahreshälfte 2017 Behandlungen erforderlich machten oder zu einer Arbeitsunfähigkeit führten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_419/2010 vom 17. August 2010 E. 3.2.2).

6.3 Entgegen der Rüge des Beschwerdeführers ist es sodann nicht zu beanstanden, dass von Seiten der Suva-Ärzte nur Aktenbeurteilungen vorgenommen wurden. Hier kann auf die Ausführungen der Beschwerdegegnerin verwiesen werden, wonach sich die Suva-Ärzte aufgrund der vorhandenen Unterlagen mit ausreichenden, auf persönlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers beruhenden ärztlichen Beurteilungen ein gesamthaft lückenloses Bild machen konnten und es vorliegend einzig um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts ging (Urteil des Bundesgerichts 8C_52/2010 vom 2. Juli 2010 E. 6.3.1. mit Hinweisen). Ebenfalls nichts zu seinen Gunsten abzuleiten vermag der Beschwerdeführer aus dem Hinweis, Dr. med. H.____ sei keine Spezialistin für muskuloskelettale Belange, weshalb auf ihre radiologische Beurteilung im Bericht betreffend MR Arthrographie der rechten Schulter vom 9. März 2017 (Suva-Nr. 23) nicht abzustellen sei. Diesbezüglich kann auf die vorgehenden beweismässigen Ausführungen von Dr. med. D.____ verwiesen werden, wonach neben Dr. med. H.____ auch Dr. med. K.____, Dr. med. J.____, Dr. med. F.____ und Dr. med. B.____ in identischer Weise die Veränderungen als Tendinose, also verschleissbedingte Erkrankung der Supraspinatussehne mit Entzündung des subacromialen Schleimbeutelkomplexes und anlagebedingtem subacromialem Engpass als prädisponierendem Faktor eines Impingementsyndroms und damit als Möglichkeit eines die Sehnenmanschette schädigenden Faktors beurteilten und sich auch Dr. med. D.____ dieser Auffassung mit einleuchtender Begründung anschloss. Es besteht somit kein Grund, an der Beurteilung von Dr. med. H.____ zu zweifeln.

6.4

6.4.1 Schliesslich ist auf die Rüge des Beschwerdeführers einzugehen, wonach die Verletzung des Beschwerdeführers zumindest als unfallähnliche Körperschädigung qualifiziert werden müsse und daher eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bestünde. Es sei nicht nachvollziehbar bzw. wäre eine Schlechterstellung eines Versicherten, wenn die Leistungspflicht davon abhängig gemacht würde, ob es sich gleichzeitig um ein Unfallereignis handle oder nicht.

6.4.2 Mit der ersten UVG-Revision (in Kraft seit 1. Januar 2017) wurde das Institut der unfallähnlichen Körperschädigung von der Verordnung ins Gesetz überführt. Art. 6 Abs. 1 UVG sieht unverändert vor, dass ■ soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt ■ die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt werden. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Die Unfallversicherung erbringt gemäss der ab 1. Januar 2017 geltenden Bestimmung Art. 6 Abs. 2 UVG ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: a. Knochenbrüche; b. Verrenkungen von Gelenken; c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse; e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen; h. Trommelfellverletzungen. In diesem Zusammenhang ist vorweg festzuhalten, dass es sich bei der vorliegend diagnostizierten Rotatorenmanschettenläsion unbestrittenermassen um eine der vorgenannten Körperschädigungen handelt. Der Unfallversicherer kann sich aus der Leistungspflicht befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen ist (Botschaft vom 30. Mai 2008 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, in BBl 2008 S. 5411 [Ziff. 2.1.2] und 5425 [zu Art. 6 Abs. 2]; Zusatzbotschaft vom 19. September 2014 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, in BBl 2014 S. 7922 [Ziff. 2.2] und 7934 [zu Art. 6 Abs. 2]). Der Wortlaut deutet darauf hin, dass der Unfallversicherer nicht nur bei Unfällen und Berufskrankheiten leistungspflichtig ist, sondern auch bei bestimmten Körperschädigungen, und zwar unabhängig vom Vorliegen einzelner Unfallkriterien gemäss Art. 4 ATSG.

6.4.3 Diesbezüglich ist auf eine sehr ähnlich gelagerte Fallkonstellation zu verweisen, über welche das Bundesgericht im Urteil 8C_22/2019 vom 24. September 2019 zu entscheiden hatte. Darin war die Frage zu klären, ob die Suva ■ nachdem sie ein Ereignis als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG anerkannt und für dessen Folgen Leistungen erbracht hatte, hiernach jedoch feststellte, dass der diagnostizierte Meniskusriss nicht unfallkausal war ■ ihre Leistungspflicht nun noch unter dem Titel von Art. 6 Abs. 2 UVG (Meniskusriss als sogenannte Listendiagnose) zu prüfen hat. Das Bundesgericht hielt hierzu in E. 9.2 fest: «Im hier zu beurteilenden Fall verhält es sich so, dass die Suva das Ereignis vom 4. Mai 2017 zwar als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG anerkannt und für dessen Folgen zunächst Leistungen erbracht hat. Die medizinischen Abklärungen ergaben in der Folge aber, dass der diagnostizierte Meniskusriss nicht auf das Unfallereignis vom 4. Mai 2017 zurückzuführen ist. Beim Unfall kam es lediglich zu einer Knieprellung mit einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes. Mit anderen Worten hat die Suva den Nachweis dafür erbracht, dass das Ereignis vom 4. Mai 2017 keine auch nur geringe Teilursache des Meniskusrisses bildet. Damit ist aber gleichzeitig auch erstellt, dass diese Listenverletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist, zumal es ■ wie die Vorinstanz festgestellt hat ■ keinen Hinweis auf ein nach dem Unfall vom 4. Mai 2017 eingetretenes initiales Ereignis gibt, das Anlass zu Weiterungen geben könnte. Die Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ist demnach umgestossen und der Unfallversicherer von seiner Pflicht befreit.» Das Gleiche hat somit auch im vorliegenden Fall zu gelten: Gestützt auf die beweiswertige orthopädische Beurteilung von Dr. med. D. ___ vom 6. August 2019 ist es erstellt, dass der Unfall vom 24. Januar 2017 keine auch nur geringe Teilursache der

Rotatorenmanschettenruptur bildet. Damit ist gleichzeitig die Vermutung der Leistungspflicht der Unfallversicherung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG umgestossen und die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auch unter diesem Titel zu verneinen.

7.

7.1 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

7.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

7.3 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

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Isch

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_59/2020 vom 14. April 2020 bestätigt.

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