

SO_GERICHTE VSBES.2024.206 vom 2. August 2024

SO Obergericht, 2024-08-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.206

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.206 du 2 août 2024

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.206 del 2 agosto 2024

Erwägungen

E. 1

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

1.2 Im Beschwerdeverfahren ist grundsätzlich der Sachverhalt zu beurteilen, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids (hier: 2. August 2024) entwickelt hat (BGE 143 V 409 E. 2.1 S. 411, 129 V 167 E. 1 S. 169).

E. 2

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

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

2.3 Die Unfallversicherung erbringt ihre Leistungen auch bei folgenden Körper-schädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (sog. unfallähnliche Körperschädigungen; Art. 6 Abs. 2 UVG):

- a. Knochenbrüche
- b. Verrenkungen von Gelenken
- c. Meniskusrisse
- d. Muskelrisse
- e. Muskelzerrungen
- f. Sehnenrisse
- g. Bandläsionen
- h. Trommelfellverletzungen

E. 2.5

Jahre nach dem Unfall stünden eine eingeschränkte Beweglichkeit, eine reduzierte Belastbarkeit sowie belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen der rechten Schulter im Vordergrund. Das Ausmass der Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung sowie den Diagnosen aus

somatischer Sicht nur zum Teil erklären. Der Beschwerdeführer zeige ein auffälliges Schmerz- und Leistungsverhalten, es habe sich eine erhebliche Symptomausweitung gefunden. Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm: Die Beschreibung der Schmerzen sei wenig differenziert gewesen, das Schmerzverhalten nicht ganz adäquat. Das Leistungsverhalten werde als fraglich beurteilt. Das Verhalten bezüglich Rehabilitation werde aus folgenden Gründen als negativ gewertet: mangelnde Bereitschaft für die Erarbeitung und Umsetzung geeigneter Strategien für einen besseren Umgang mit dem Schmerz, auch mit namhafter Unterstützung durch das Rehateam keine realistischen Aktivitätsziele verhandelbar. Der Beschwerdeführer habe sich sowohl in den Einzeltherapien wie auch im Training sehr stark schmerzfixiert und -limitiert verhalten. Er sei wiederholt nicht in der Therapie erschienen. Er habe während des gesamten Aufenthaltes grosse Mühe gezeigt, die Belastung im Training an den aktuellen Zustand anzupassen. Somit habe kein ausreichender Trainingsreiz gesetzt werden und somit keine Fortschritte erzielt werden können.

Da eine Rückkehr in die bisherige Tätigkeit als LKW-Chauffeur verletzungsbedingt nicht mehr möglich sei, hätten sie den Beschwerdeführer zur Klärung der weiteren beruflichen Zukunft in der Fachstelle Arbeit vorgestellt, mit folgendem Ergebnis: Er werde in Zukunft eine seinen körperlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit benötigen. Sie erachteten ihn vorsorglich als «Eingliederungsfall». Er gebe an, dass er ■ ungeachtet der anhaltenden Schulterproblematik ■ auf jeden Fall einen Arbeitsversuch in seiner angestammten Tätigkeit versuchen wolle. Er werde diesbezüglich in den nächsten Tagen noch ein Gespräch mit seinem Chef zur Vorbereitung des Wiedereinstiegs suchen. Einen «Plan B» habe er nicht.

8.7 Im Befundbericht «MR Schultergelenk rechts + KM vom 28. September 2021» des L.____ vom 29. September 2021 (Suva-Nr. 277) wurde folgende Beurteilung festgehalten: Status nach Tenodesen der langen Bizepssehne mit tendinopathisch veränderter Bizepssehne; Transmurale Ruptur der Supraspinatussehne im anterioren Abschnitt, ca. 2.1 cm vom Footprint entfernt; Partielle Ablösung der Infraspinatussehne von ihrer Insertion; Status nach AC-Gelenksresektion.

8.8 Am 11. Januar 2023 (Suva-Nr. 377 S. 2 ff.) hielt der Kreisarzt Dr. med. K.____, Facharzt für Chirurgie, fest, es liege kein Endzustand vor. Der Beschwerdeführer wäre in einer leichten administrativen Tätigkeit bereits heute ganztags mit einer Leistung beginnend mit 50 % einsetzbar. Zumutbar seien mindestens leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne Einwirkung von starken Vibrationen oder Schlägen oder abrupten Bewegungen auf das rechte Schultergelenk. Zumutbar sei das Heben und Tragen von 7.5 kg bis Hüfthöhe und 5 kg bis Brusthöhe. Nicht zumutbar seien belastete Tätigkeiten über Brusthöhe oder länger anhaltende Überkopftätigkeiten. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei prinzipiell ein ganztägiges Arbeitspensum zumutbar. Aufgrund der langen Abwesenheit von einer Erwerbstätigkeit sei eine stufenweise Eingewöhnung sinnvoll. Der Beschwerdeführer sei die letzten viereinhalb Jahre nie nachvollziehbar umfassend versicherungsmedizinisch beurteilt worden. Es sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht schlüssig nachvollziehbar, weshalb dieser Fall überhaupt übernommen worden sei.

8.9 Im Rahmen der neurologischen und elektrophysiologischen Untersuchung vom 16. Juni 2023 (Suva-Nr. 402) hielt Dr. med. M.____, Neurologie FMH, N.____, folgende Diagnose fest:

Status nach Schultertrauma rechts am 7. Juni 2018 mit posttraumatischem subacromialen Impingement

-Status nach Acromioplastik, LB-Tenodese und ACG-Resektion August 2020

-Status nach Revision Februar 2022

-Persistierende lokale Schmerzen mit Bewegungseinschränkung

-Leichtgradiges, klinisch asymptomatisches Carpaltunnelsyndrom rechts

Beim Beschwerdeführer bestünden nach dem Trauma trotz zweier Operationen noch persistierende Schmerzen im Bereich der rechten Schulter sowie eine Bewegungseinschränkung. Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik fänden sich weder anamnestisch noch im Status. Die Hypästhesie und Hypalgesie des gesamten rechten Armes sei Ausdruck eines zentralen Quadrantensyndroms bei der langdauernden Schmerzsymptomatik. Die gesamte Muskulatur des Schultergürtels und des Armes rechts werde im Vergleich zur Gegenseite etwas weniger enerviert, erreiche aber volle Kraft. Eine Schwellung des rechten Armes habe nicht festgestellt werden können. Die Unterarmmuskulatur scheine eher kräftiger zu sein. Dazu passe auch die rechtsbetonte Beschwielung der Finger I und II. Die nächtlichen Sensibilitätsstörungen seien am ehesten Ausdruck eines Neurogenen Thoracic outlet-Syndroms. Die Provokationsmanöver seien rechts positiv. Das SAP des Nervus cutaneus antebrachii medialis sei rechts erniedrigt, dies sei allerdings auch auf der Gegenseite der Fall, so dass es als Unterstützung der Diagnose nicht gewertet werden könne.

8.10 In der «ärztlichen Untersuchung vom 20. Dezember 2023» (Suva-Nr. 431) stellte der Kreisarzt Dr. med. K. ___ folgende Diagnosen:

Beim Ziehen einer schweren Palette Schmerzen in der rechten Schulter

1. Aktivierte AC-Gelenkarthrose mit Zerrung der Infraspinatussehne

-Anerkennung als Listendiagnose durch Versicherungsmediziner [...]

-26. August 2020: Arthroskopische subacromiale Bursektomie, Acromioplastik, ACG-Resektion mit glenohumeraler partieller Labrum-, Synovia- und Kapsel (MGHL)-Resektion und LB-Tenotomie rechts, offene LB-Tenolyse und Tenodese nach POST (Dr. med. O. ___, Klinik I. ___)

-postoperative persistierende Schmerzsymptomatik

-23. Februar 2022: Offene AC-Gelenkresektion, Bakteriologie-Probeentnahme, lokales Débridement, raffende Kapselnaht Schulter rechts (Dr. med. O. ___, Klinik I. ___) wegen persistierender AC-Arthralgie Schulter rechts

-Ausschluss eines Low-grade-Infekts

-3. April 2023: PET-CT: Kein Anhaltspunkt für einen Infekt bei Status nach Bursektomie und ACG-Resektion Schulter rechts

-Aktuell: subjektiv Schulterbeschwerden rechts, gestörter Nachtschlaf. Objektiv: reizlose Narben, seitengleiche Muskeltrophik an der rechten oberen Extremität, Ante- / Retroversion 150 °-0 °-40 °, Ab- / Adduktion 140 °-0 °-30 °. AR 40°, Nackengriff rechts bis Ohr. Hinweise für Selbstlimitation und Symptomausweitung

Weitere Diagnosen seien: 1. Verdacht auf neurogenes Thoracic-Outlet-Syndrom, 2. leichtes CTS rechts. Es liege inzwischen ein Endzustand vor. Bei der klinischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer weiterhin belastungsabhängige Restbeschwerden beklagt. Es seien eine Selbstlimitierung und eine Aggravation aufgefallen. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen dem vom Beschwerdeführer beklagten Ausmass der Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Die präsentierte strumpfförmige Sensibilitätseinbusse am gesamten rechten Arm ohne Bezug zu einem Dermatome oder dem Innervationsgebiet eines Nervens sei somatisch nicht zu erklären. Die seitengleichen Muskeltrophik im Bereich der Ober- und Unterarme spreche klar gegen einen wesentlichen Mindergebrauch des rechten Armes im Alltag. Ein derart ausgeprägter Mindergebrauch des rechten Armes, wie er vom Beschwerdeführer beschrieben werde, hätte nach dieser langen Zeit zu einer erheblichen muskulären Atrophie führen müssen. Das sei hier klar nicht der Fall gewesen. Die vom Beschwerdeführer während der Anamneseerhebung präsentierte venöse Stauung sei durch die aktiv eingenommene Haltung des rechten Armes mit Pressen der Oberarminnenseite gegen den Brustkorb erklärbar und während der anschliessenden Untersuchung mit Bewegen des Armes auch wieder rückläufig gewesen. Bei Abwesenheit eines Unfallereignisses und versicherungsmedizinisch klar Fehlen einer Listendiagnose werde auf die Formulierung einer unfallbedingten Zumutbarkeit verzichtet.

8.11 In der «ärztlichen Beurteilung» vom 22. Juli 2024 (Suva-Nr. 463) bestätigte der Kreisarzt Dr. med. K. ___ die bereits in der ärztlichen Untersuchung vom 20. Dezember 2023 gestellten Diagnosen. Neue medizinische Tatsachen lägen nicht vor. Entsprechend seien nun die dargelegten medizinischen Fakten lediglich unter dem Aspekt des Vorliegens eines Unfallereignisses neu zu würdigen. Das Ereignis habe nachweislich nicht zu unfallbedingten strukturellen Läsionen geführt. Es sei gemäss Gutachten von Prof. Dr. med. G. ___ lediglich zu einer Aktivierung der vorbestehenden AC-Gelenksarthrose und zu einer Signalvermehrung im Bereich der Infraspinatussehne gekommen, welche aufgrund des Verlaufs mit Abklingen der Signalstörung als Zerrung zu beurteilen gewesen sei. Für eine anderweitige traumatische Läsion habe er in den Untersuchungen keine Hinweise gefunden. Eine Verschlimmerung eines unfallfremd vorbestehenden Zustandes gelte bei Fehlen von eindeutig unfallbedingten strukturellen Läsionen als vorübergehend. Eine solche vorübergehende Verschlimmerung im Bereich der Schulter (Aktivierung einer AC-Gelenksarthrose und Zerrung der Infraspinatussehne) gelte nach sechs Wochen, spätestens aber nach drei Monaten als abgeschlossen und der Status quo sine als erreicht. Die im weiteren Verlauf vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden hätten gemäss den Schulterorthopäden am Spital P. ___ und auch an der Klinik F. ___ nicht mit strukturellen Läsionen erklärt werden können. Entsprechend habe man von einer Operation auch explizit abgesehen. Auch für die beklagten Sensibilitätsstörungen habe sich gemäss den beurteilenden Neurologen kein Korrelat finden lassen. Der Beschwerdeführer sei dann aber trotzdem in der Klinik I. ___ operiert worden. Es sei eine AC-Gelenksresektion und eine Tenodesse der langen Bicepssehne durchgeführt worden. Dies habe, wie bereits von den Orthopäden der Klinik F. ___ vorausgesagt, nicht zu einer Beschwerdebesserung geführt, ja die Beschwerden sogar verstärkt. Auch eine weitere Operation in der Klinik I. ___ mit Nachresektion an der Clavicula habe die Beschwerden nicht verbessert, sondern noch zusätzlich verstärkt.

Die Gesundheit des Beschwerdeführers sei bei der vom aktuellen Unfallereignis betroffenen Körperregion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in

stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen. Es hätten nachweislich bereits in der MRI vom 20. Juni 2018 Zeichen einer beginnenden hypertrophen AC-Gelenksarthrose bestanden und es hätten sich Hinweise auf eine Tendinopathie der Infraspinatussehne gezeigt. Der Unfall habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar seien, geführt. Das Ereignis habe bei Fehlen einer eindeutig unfallbedingten strukturellen Läsion somit definitionsgemäss lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt. Am AC-Gelenk sei die vorbestehende AC-Gelenksarthrose aktiviert worden. Eine solche Aktivierung gelte nach sechs Wochen, spätestens aber nach drei Monaten als beendet und der Status quo sine als erreicht. Was die vorübergehende Verschlimmerung an der Infraspinatussehne betreffe, gelte diese ebenfalls nach spätestens drei Monaten als beendet und der Status quo sine als erreicht, was schliesslich in der Verlaufs-MRI vom 12. August 2018 auch bestätigt worden sei.

9. Es stellt sich die Frage, ob die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid vom 2. August 2024 (A.S. 1 f.) zu Recht auf die die «ärztliche Beurteilung» des Kreisarztes Dr. med. K.____ vom 22. Juli 2024 (Suva-Nr. 463) abgestellt hat, in welcher er auf seine «ärztliche Untersuchung» vom 20. Dezember 2023 verweist (Suva-Nr. 431).

9.1 Die «ärztliche Untersuchung» vom 20. Dezember 2023 sowie die «ärztliche Beurteilung» vom 22. Juli 2024 von Dr. med. K.____ werden den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.2 hiervor) gerecht: So handelt es sich beim Kreisarzt Dr. med. K.____ um einen auf das medizinische Fachgebiet der Chirurgie spezialisierten Facharzt, der somit fachlich durchaus qualifiziert ist, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in Bezug auf seine rechte Schulter zu beurteilen. Es ist im Weiteren davon auszugehen, dass dem Kreisarzt die zuvor verfassten medizinischen Berichte vorgelegen haben und er somit Gelegenheit hatte, diese zur Kenntnis zu nehmen. So wurden die medizinischen Vorakten im Rahmen der ärztlichen Untersuchung vom 20. Dezember 2023 unter dem Titel «relevanter Sachverhalt nach Aktenlage» mitsamt der vorliegenden Bildokumentation aufgeführt (Suva-Nr. 431 S. 1 ff.). Zudem hat Dr. med. K.____ den Beschwerdeführer u.a. zum Gesundheitszustand sowie zum Tagesablauf befragt (Suva-Nr. 431 S. 8 ff.) und ihn einer eigenen klinischen Untersuchung unterzogen (Suva-Nr. 431 S. 11 f.). Im Rahmen der «ärztlichen Beurteilung» vom 22. Juli 2024 verwies der Kreisarzt sodann unter dem Titel «relevanter Sachverhalt nach Aktenlage» auf die versicherungsmedizinische Beurteilung mit Untersuchung vom 20. Dezember 2023 (Suva-Nr. 463 S. 1).

Ferner leuchtet auch die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So hielt der Kreisarzt Dr. med. K.____ am 20. Dezember 2023 u.a. fest (Suva-Nr. 431 S. 14), in der initialen Bildgebung seien weder ein Sehnenriss noch eine Bandläsion nachgewiesen worden. Die MR-Arthrographie der rechten Schulter vom 20. August 2018 [recte: 20. Juni 2018] habe lediglich eine Verdickung der Infraspinatussehne mit Signalvermehrung gezeigt, welche in der Verlaufskontrolle am 12. August 2019 bereits wieder praktisch vollständig regredient gewesen sei. Somit habe hier nachweislich kein Sehnenriss vorgelegen. Diese kreisärztliche Einschätzung erweist sich als nachvollziehbar. So konnten aufgrund der am 20. Juni 2018 durchgeführten MRT Arthrographie des rechten Schultergelenkes folgende Befunde erhoben werden (Suva-Nr. 41): «Hypertrophie des AC-Gelenkes mit geringgradiger Reizreaktion. Akromion mit lateralem Downslope und subakromiale Sklerosierung. Leichte superiore anteriore Labrumdegeneration ohne Beteiligung des Bizepsankers.

Glenohumerale Bänder und Rotatorenintervall sowie proximale Bizepssehnen insgesamt unauffällig. Gelenkseitige und ansatznahe Signalalterationen im Verlauf der Superioren Infraspinatusfasern. Keine Pathologie der übrigen an der Rotatorenmanschette beteiligten Muskeln und Sehnen. Unauffälliger Weichteilmantel. Keine signifikante Flüssigkeitsansammlung in den das Schultergelenk umgebenden Bursae.». Folglich konnte gestützt auf die Ergebnisse der Durchführung des bildgebenden Verfahrens im Bereich der rechten Schulter des Beschwerdeführers weder ein Riss noch eine Läsion objektiviert werden. In Bezug auf die Infraspinatussehne wurde ein verändertes Aussehen festgestellt, das anlässlich des am 12. August 2019 durchgeführten bildgebenden Verfahrens als «Tendinopathie der Infraspinatussehne» und somit als nicht entzündliche Reizungen der Sehnen qualifiziert wurde (Suva-Nr. 76 S. 1). Gestützt auf diese am 20. Juni 2018 und 12. August 2019 durchgeführten bildgebenden Untersuchungen leuchtet die Einschätzung von Dr. med. K.____ ein, wonach das Ereignis vom 7. Juni 2018 im Bereich der rechten Schulter des Beschwerdeführers nachweislich nicht zu strukturellen Verletzungen geführt habe (Suva-Nr. 463 S. 4). Auch die weitere kreisärztliche Beurteilung, wonach es gemäss Gutachten von Prof. Dr. med. G.____ lediglich zu einer Aktivierung der vorbestehenden AC-Gelenksarthrose und zu einer Signalvermehrung im Bereich der Infraspinatussehne gekommen sei, die ■ so der Kreisarzt ■ aufgrund des Verlaufs mit Abklingen der Signalstörung als Zerrung zu beurteilen gewesen sei und er für eine anderweitige traumatische Läsion in den Untersuchungen keine Hinweise gefunden habe, überzeugt (Suva-Nr. 463 S. 4 f.). So führte Prof. Dr. med. G.____ in seinem Fachradiologischen Gutachten vom 20. Januar 2020 (Suva-Nr. 106 S. 1) aus, die am 20. August 2019 durchgeführte MR-Arthrographie der rechten Schulter habe eine Verdickung der Infraspinatussehne mit Signal-Vermehrung gezeigt, die Supraspinatus- wie auch die Subscapularissehnen seien regelrecht. Zudem zeige sich ein Erguss im AC-Gelenk sowie ein ausgeprägtes Knochenmarksödem an der lateralen Klavikula sowie auch im AC-gelenkbildenden Anteil des Acromions. Die übrigen ossären Strukturen seien regelrecht. Die am 1. Juli 2019 durchgeführten konventionellen Röntgenaufnahmen der rechten Schulter in zwei Ebenen sowie eine Zielaufnahme des AC-Gelenks zeigten gemäss Prof. Dr. med. G.____ einen normal weiten AC-Gelenksspalt mit jedoch irregulärer Begrenzung des AC-gelenkbildenden Anteils der lateralen Klavikula. Prof. Dr. med. G.____ hielt sodann weiter fest, dass die am 12. August 2019 durchgeführte, zweite MR-Arthrographie der rechten Schulter im Verlauf eine praktisch vollständige Regredienz der Veränderungen in der Infraspinatussehne gezeigt habe. Die Supraspinatus- wie auch die Subscapularissehnen seien unverändert regelrecht. Der Erguss im AC-Gelenk habe sich zurückgebildet, es habe sich jedoch nun eine subchondrale zystische Veränderung im AC-gelenkbildenden Anteil der lateralen Klavikula als Ausdruck einer jetzt beginnenden Degeneration gezeigt.

9.2 Die «ärztliche Beurteilung» von Dr. med. K.____ vom 22. Juli 2024 ist somit als beweiswertig zu qualifizieren.

9.3 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Akten den Beweiswert der «ärztlichen Beurteilung» von Dr. med. K.____ vom 22. Juli 2024 (Suva-Nr. 463) zu schmälern vermögen. Dazu ist im Wesentlichen auf das Fachradiologische Gutachten von Prof. Dr. med. G.____ vom 20. Januar 2020 einzugehen (vgl. E. II. 8.5 hiervoor).

In Bezug auf die von Prof. Dr. med. G.____ im Fachradiologischen Gutachten vom 20. Januar 2020 gezogene Schlussfolgerung (Suva-Nr. 106), wonach es sich bei den

Veränderungen im AC-Gelenk sowie in der Infraspinatussehne gemäss MRI vom 20. Juni 2018 um «traumatische Veränderungen» handeln könnte, kann zum einen festgehalten werden, dass es sich dabei nicht um eine mit dem im vorliegenden Verfahren notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gemachte Beurteilung handelt. Zum anderen legte der Kreisarzt Dr. med. K.____ in seiner «ärztlichen Beurteilung» vom 22. Juli 2024 (Suva-Nr. 463 S. 5) in überzeugender und nachvollziehbarer Weise dar, dass Prof. Dr. med. G.____ in seinen Untersuchungen für eine anderweitige Läsion keine Hinweise gefunden habe und daher von nachweislich nicht unfallbedingten strukturellen Läsionen auszugehen sei. Somit wird die Einschätzung von Prof. Dr. med. G.____ betreffend die möglichen traumatischen Veränderungen entkräftet bzw. aufgezeigt, wie diese zu verstehen ist.

In den vorliegenden Akten finden sich keine weiteren, der Beurteilung von Dr. med. K.____ entgegenstehenden, fachmedizinischen Einschätzungen. Folglich vermögen die zeitlich zuvor verfassten medizinischen Berichte keine auch nur geringen Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. med. K.____ zu erwecken.

9.4 Es ist auf die gegen die Berichte des Kreisarztes Dr. med. K.____ gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen:

9.4.1 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen (A.S. 25), der Kreisarzt werfe ihm im Rahmen seiner «ärztlichen Untersuchung» vom 20. Dezember 2023 in seiner Befundung auf S. 11 Selbstlimitation vor. Dass dies indes nicht zutrefte, zeige sich u.a. darin, dass es der Kreisarzt offensichtlich mit den gemessenen Schultergelenkbeweglichkeit zulasten des Beschwerdeführers nicht genau genommen habe und diese medizinisch falsch zugunsten der Beschwerdegegnerin dargestellt habe. Als Beispiel werden die Messwerte von Dr. med. K.____ (95 / 0 / 40 Grad rechts und 95 / 0 / 50 Grad links) genannt, die mit jenen von Dr. med. O.____ im Bericht vom 15. Mai 2023 (70 / 0 / 30 Grad rechts und 90 / 0 / 50 Grad links) verglichen werden.

Diesbezüglich ist festzuhalten, dass Dr. med. K.____ in seiner Beurteilung vom 20. Dezember 2023 (Suva-Nr. 431 S. 10 f.) in überzeugender Weise darlegt, dass der Beschwerdeführer über eine ausgeprägte Druckdolenz im Schulterbereich vom AC-Gelenk bis nach ventral berichte. Bei Ablenkung könne indes auf diesen Bereich ohne Schmerzreaktion Druck ausgeübt werden. Ausserdem falle ■ so der Kreisarzt ■ bei der Prüfung der Schultergelenkbeweglichkeit eine gleichzeitige Anspannung des Spielers und Gegenspielers auf, was ein Hinweis auf eine Selbstlimitation des Beschwerdeführers sei. Gestützt auf diese Ausführungen vermag die kreisärztliche Beurteilung betreffend die Selbstlimitation des Beschwerdeführers durchaus zu überzeugen. Es kann zudem ergänzend darauf hingewiesen werden, dass bereits im Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 2. Februar 2021 (vgl. E. II. 8.6 hiervor) von einem negativen Verhalten des Beschwerdeführers während des Aufenthalts die Rede war. So sei er wiederholt nicht in der Therapie erschienen, die Beschreibung der Schmerzen sei wenig differenziert gewesen und das Schmerzverhalten nicht ganz adäquat, so dass sein Leistungsverhalten als fraglich beurteilt wurde. In Bezug auf die in diesem Zusammenhang durch den Beschwerdeführer angeführten Messwerte der rechten Schulter (vgl. oben) ist nicht ersichtlich, inwiefern diese der entsprechenden Einschätzung entgegenstehen sollten. Da dies durch den Beschwerdeführer auch nicht dargetan wird, ist nicht weiter darauf einzugehen.

9.4.2 Der Beschwerdeführer stellt sich ferner auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe gemäss Art. 6 Abs. 3 UVG in Verbindung mit Art. 10 Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) auch Leistungen für Schädigungen zu erbringen, die dem Verunfallten durch Heilbehandlung zugefügt worden seien (A.S. 25). Im vorliegenden Fall habe sie somit für allfällige zusätzliche Verletzungen in Zusammenhang mit den zwei Operationen aufzukommen. So habe sie jahrelang Unfalltaggeldleistungen erbracht und während dieser Zeit auch Heilkosten ausgerichtet und durch die Kostengutsprachen zu den beiden Operationen ja gesagt und diese somit für gut befunden.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers geht aus den vorliegenden Akten nicht hervor, dass die durchgeführten operativen Eingriffe beim Beschwerdeführer zu zusätzlichen somatischen Verletzungen geführt haben. So ist den entsprechenden Berichten ■ wie nachfolgend darzulegen ist ■ im Wesentlichen zu entnehmen, dass die durchgeführten Operationen trotz zunächst positivem Verlauf nicht zu einer langanhaltenden, relevanten Beschwerdeverbesserung geführt haben. Eine Verschlimmerung bzw. Verschlechterung der gesundheitlichen Situation durch die operativen Eingriffe ist diesen indes nicht zu entnehmen.

Am 26. August 2020 wurde eine «transarthroskopische subacromiale Bursektomie, Acromioplastik, ACG-Resektion mit glenohumeraler partieller Labrum-, Synovia- wie Kapsel (MGHL)-resektion und LB-Tenotomie rechts» und eine «offene LB-Tenolyse und Tenodese nach POST» durchgeführt (Suva-Nr. 155). Dem Austrittsbericht der Klinik I.____ vom 28. August 2020 (Suva-Nr. 156 S. 2 f.) ist zu entnehmen, dass die Wundverhältnisse reizlos, trocken und adaptiert gewesen seien und das EKG vom 12. August 2020 unauffällig. Im Sprechstundenbericht vom 30. Oktober 2020 (Suva-Nr. 169 S. 2 f.) wurde sodann weiter festgehalten, der Beschwerdeführer sei mit dem Verlauf zufrieden. So hätten sich die Beschwerden massiv reduziert. In diesem Sinn wurde auch im Sprechstundenbericht vom 7. Dezember 2020 (Suva-Nr. 187 S. 2 f.) festgehalten, es zeige sich im Vergleich zur letzten Untersuchung durch die physiotherapeutische Behandlung bereits eine Verbesserung. Die empfohlene intensive physiotherapeutische Behandlung wurde sodann während des Aufenthalts in der Klinik J.____ vom 30. November 2020 bis 14. Januar 2021 in Angriff genommen (vgl. E. II. 8.6 hiervoor). Diese konnte jedoch aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers nicht wie geplant durchgeführt werden. So wurde u.a. das Schmerzverhalten des Beschwerdeführers als nicht ganz adäquat, sein Leistungsverhalten als fraglich und das Verhalten bezüglich der Rehabilitation als negativ beurteilt.

In Bezug auf den weiteren operativen Eingriff verhält es sich wie folgt: Der Beschwerdeführer habe am 10. April 2021 einen subjektiv akuten Schmerz mit Reissgefühl im Bereich der Narbe deltopektoral beschrieben, als er sich ■ die Arme über den Kopf haltend ■ gestreckt habe. Im Bericht der Klinik I.____ vom 21. April 2021 (Suva-Nr. 227 S. 2 f.) wurde festgehalten, es hätten sich Vernarbungen deltopektoral im darunterliegenden Gewebe der Rotatorenmanschette gelöst, was die Beschwerden erkläre, bei ansonsten intakter Rotatorenmanschette und regelrechter Bizepssehnenentodese. Die Physiotherapie sei fortzusetzen und auf Wunsch des Beschwerdeführers sei eine Therapie mit Lodine 300 mg begonnen worden. Nach der im Mai 2021 durchgeführten Infiltration (vgl. Suva-Nr. 241 S. 2 f.) wurde im Bericht der Klinik I.____ vom 30. September 2021 (Suva-Nr. 276 S. 2 f.) festgehalten, es sei anhand der MRT-Untersuchung einerseits die Flüssigkeit im AC-Gelenk bei Status nach Resektion wie gering subacromial und im

Bereich des ventralen Manschettenintervalldefektes, welche für seine Restbeschwerden verantwortlich seien, besprochen worden. Dorsalseitig im Bereich von Infraspinatusinsertion sei eine minimale Flüssigkeitskolektion vorhanden. Kein wesentliches Knochenödem. Inaktivitätszeichen im ventralen Anteil des Deltamuskels. Aufgrund der verschiedenen Befunde sei mit einer abschwellenden Therapie begonnen worden. Bei weiterhin persistierenden Beschwerden im Bereich des AC-Gelenkes und ausgeschöpfter konservativer Therapie (vgl. Suva-Nr. 293 S. 2 f.) wurde am 23. Februar 2022 eine offene AC-Gelenksrevision durchgeführt (vgl. OP-Bericht, Suva-Nr. 311 S. 2 f.). Aufgrund der weiterhin persistierenden Beschwerden im Bereich des AC-Gelenkes wurde am 12. September 2022 eine Stoffwechseltherapie bei leichtem Knochenödem im Bereich des AC-Gelenkes wie auch humeral durchgeführt (vgl. Bericht vom 14. Oktober 2022, Suva-Nr. 365 S. 1 f.) und im November 2022 eine Lymphdrainage begonnen (Suva-Nr. 368 S. 1 f.). Die ultraschallgesteuerte Punktion im Bereich des AC-Gelenkes ergab keinen Nachweis (Suva-Nr. 383 S. 2 f.) und mittels PET / CT konnte ein low-grade-Infekt ausgeschlossen werden (Suva-Nr. 398 S. 2 f.). Im Rahmen der neurologischen Beurteilung vom 16. Juni 2023 (Suva-Nr. 402 S. 2 ff.) wurde sodann lediglich ein Verdacht auf ein neurogenes Thoracic outlet-Syndrom rechts diagnostiziert. Die am 4. September 2023 durchgeführte MR des rechten Schultergelenks wurde wie folgt beurteilt (Suva-Nr. 420): Unveränderte postoperative Verhältnisse nach AC-Gelenk Resektion. Kein Knochenmarködem. Unspezifische Flüssigkeit im Resektionsareal. Keine Bursitis. / Degenerative Veränderung der Rotatorenmanschette, im Verlauf etwa unverändert mit diskreter Verkalkung im insertionsnahen Anteil der Infraspinatussehne. / Vorbestehende umschriebene tiefreichende Knorpelläsionen im Superioren Anteil des Humeruskopfes ohne Knochenmarködem. Im Sprechstundenbericht der Klinik I. ___ vom 5. Oktober 2023 (Suva-Nr. 416 S. 2 f.) wurde sodann festgehalten, es ergebe sich kein weiterer operativer Therapieansatz. Aufgrund dieser Ausführungen kann auch im Hinblick auf den zweiten operativen Eingriff nicht davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers an der rechten Schulter aufgrund der durchgeführten Operationen verschlechtert hat. Es ist unter diesen Umständen auch nicht einzusehen, inwiefern eine ■ wie vom Beschwerdeführer beantragt (A.S. 27 f.) ■ entsprechende Befragung von Prof. Dr. med. G. ___ zu weiteren Erkenntnissen beitragen könnte.

Dem Vorbringen des Beschwerdeführers kann somit nicht entsprochen werden.

9.4.3 Der Beschwerdeführer stellt sich weiter auf den Standpunkt, der Bericht von Dr. med. K. ___ vom 22. Juli 2024 hätte den behandelnden Ärzten, insbesondere dem Gutachter Prof. Dr. med. G. ___, im Rahmen des rechtlichen Gehörs unterbreitet werden müssen (A.S. 27). Inwiefern dies notwendig gewesen wäre, wird durch den Beschwerdeführer weder dargetan noch finden sich hierzu in den Akten entsprechende Anhaltspunkte. Es bleibt an dieser Stelle jedenfalls darauf hinzuweisen, dass das Fachradiologische Gutachten von Prof. Dr. med. G. ___ vom 20. Januar 2020 (vgl. E. II. 8.5 hiervor) keine auch nur geringen Zweifel an den beweismässigen Einschätzungen von Dr. med. K. ___ hervorzurufen vermag (vgl. E. II. 9.3 hiervor). Das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers in Bezug auf die «ärztliche Beurteilung» von Dr. med. K. ___ vom 22. Juli 2024 gilt zudem als geheilt (vgl. E. II. 6.4 hiervor). Somit wäre es dem Beschwerdeführer im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens unbenommen gewesen, bei entsprechendem Bedarf bei Prof. Dr. med. G. ___ eine Stellungnahme einzuholen. Das Vorbringen des Beschwerdeführers läuft folglich ins Leere.

9.4.4 Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, dass an der Aktenbeurteilung von Dr. med. K.____ erhebliche Zweifel bestünden (A.S. 30 ff.), da der Kreisarzt nicht auf die Bildgebungen vom 26. Juni 2018, 5. Juli 2019, sowie vom 21. September 2021 eingegangen sei und zudem behaupte, es bestünden keine strukturellen Läsionen, was aktenwidrig sei. Diesbezüglich kann zum einen festgehalten werden, dass Dr. med. K.____ die entsprechenden bildgebenden Abklärungen im Rahmen seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Dezember 2023 (Suva-Nr. 431) durchaus aufgeführt und anschliessend im Rahmen der «ärztlichen Beurteilung» vom 22. Juli 2024 auch darauf verwiesen hat. So hielt er etwa unter dem Titel «Bilddokumentation» Folgendes fest: «siehe ärztliche Beurteilung vom 20. Dezember 2023» (Suva-Nr. 463 S. 1; vgl. dazu E. II. 9.1 hiervor). Folglich ist davon auszugehen, dass er von den entsprechenden Untersuchungen inkl. der jeweiligen Beurteilung durchaus Kenntnis hatte. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass es im Ermessen des jeweiligen Arztes liegt, in welchem Rahmen er sich mit den entsprechenden medizinischen Vorberichten auseinanderzusetzen hat. In Bezug auf die strukturellen Läsionen kann zum anderen festgehalten werden, dass Dr. med. K.____ unter Verweis auf das Gutachten von Prof. Dr. med. G.____ schlüssig darzulegen vermochte, dass das Ereignis vom 7. Juni 2018 nachweislich nicht zu unfallbedingten strukturellen Läsionen geführt habe (Suva-Nr. 463 S. 4). So sei es gemäss dem Gutachten lediglich zu einer Aktivierung der vorbestehenden AC-Gelenksarthrose und zu einer Signalvermehrung im Bereich der Infraspinatussehne gekommen (vgl. E. II. 9.1 hiervor). Folglich vermag der Beschwerdeführer aus diesen Vorbringen nichts zu seinen Gunsten abzuleiten.

9.4.5 Der Beschwerdeführer stellt sich im Weiteren auf den Standpunkt (A.S. 32), Dr. med. K.____ gehe nicht dem Umstand nach, weshalb es durch den Vorzustand beim Beschwerdeführer zu einer derart schweren Komplikation gekommen sei, dass der Beschwerdeführer operativ versorgt werden müsse. Inwiefern und zu welchem Zweck Dr. med. K.____ dem Umstand hätte nachgehen sollen, weshalb es durch den Vorzustand letztlich zur Operation gekommen sei, bleibt offen und wird vom Beschwerdeführer nicht erörtert. Es kann jedoch in diesem Zusammenhang ■ wie bereits oben dargelegt (vgl. E. II. 9.1 hiervor) ■ darauf hingewiesen werden, dass das Ereignis vom 7. Juni 2018 zu einer Aktivierung der vorbestehenden AC-Gelenksarthrose und einer Signalvermehrung im Bereich der Infraspinatussehne, somit nicht zu strukturellen Läsionen, geführt hat. Den vorliegenden Akten ist sodann weiter zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis vom 7. Juni 2018 unter Schmerzen leidet und aufgrund der erfolgreichen Infiltration am 25. Juni 2020 in der Klinik I.____ die Indikation zur operativen Versorgung gestellt wurde (Suva-Nr. 144 S. 2), welche sodann am 26. August 2020 erfolgte (Suva-Nr. 155). Unter Verweis auf die Beweismaxime «Post hoc ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung beweisrechtlich praxisgemäss nicht schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_772/2019 vom 4. August 2020 E. 4.2.2), lässt sich die erst nach dem Unfallereignis dokumentierte Schmerzsituation des Beschwerdeführers nicht auf dieses zurückführen. Das Vorbringen des Beschwerdeführers läuft ins Leere.

9.5 Der Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. K.____ vom 22. Juli 2024 in Verbindung mit seiner ärztlichen Untersuchung vom 20. Dezember 2023 ist folglich der volle Beweiswert zuzusprechen. Es kann somit auch seiner Einschätzung gefolgt werden, wonach das Ereignis bei Fehlen einer eindeutig unfallbedingten strukturellen Läsion somit

definitionsgemäss lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt habe. So sei im AC-Gelenk die vorbestehende AC-Gelenksarthrose aktiviert worden. Eine solche Aktivierung gelte nach sechs Wochen, spätestens aber nach drei Monaten als beendet und der Status quo sine als erreicht. Was die vorübergehende Verschlimmerung an der Infrapinatussehne betreffe, gelte diese ebenfalls nach spätestens drei Monaten als beendet und der Status quo sine als erreicht, was schliesslich in der Verlaufs-MRI vom 12. August 2018 auch bestätigt worden sei.

Diese kreisärztliche Einschätzung entspricht auch der Rechtsprechung. Demnach ergibt sich in Bezug auf vergleichbare Unfallereignisse (Schulterkontusion), dass durch die beurteilenden Ärzte bei einer nur vorübergehenden, nicht richtungsgebenden Verschlimmerung des in stummer oder manifester Weise vorbestehenden Gesundheitszustands, ohne objektivierbare unfallkausale Schädigung, die Unfallfolgen nach sechs bis acht Wochen, zwölf Wochen oder mehrere Monate nach dem Ereignis keine Rolle mehr spielen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_206/2022 vom 14. Juli 2022 E. 3, 8C_169/2018 vom 31. August 2018 E. 3.2).

10. Zusammenfassend ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 2. August 2024 (A.S. 1 ff.) auf die Einschätzungen von Dr. med. K. ___ vom 20. Dezember 2023 und 22. Juli 2024 abgestellt und ihre Leistungen, unter Verzicht auf eine Rückforderung, per 1. März 2024 eingestellt hat. Die Beschwerde ist abzuweisen.

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

Demnach widerkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

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 Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Küng

E. 3

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).

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). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 55).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181). Die Adäquanz spielt im Sozialversicherungsrecht als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen).

3.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast ■ anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_879/2014 vom 26. März 2015 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 4

4.1 Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. das Gericht 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).

4.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Für den Beweiswert einer medizinischen Stellungnahme ist entscheidend, ob diese für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Bestehen jedoch auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind weitere Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S. 65 mit Hinweisen, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f., 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.).

5. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 2. August 2024 (A.S. 1 ff.) die dem Beschwerdeführer hinsichtlich des Ereignisses vom 7. Juni 2018 ausgerichteten Leistungen zu Recht per 1. März 2024 eingestellt hat.

6. Es ist vorab zu klären, ob die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt hat, indem sie ihm die «ärztliche Beurteilung» ihres Kreisarztes Dr. med. K.____, Facharzt für Chirurgie, vom 22. Juli 2024 (A.S. 12 ff.) nicht vor Erlass des Einspracheentscheids vom 2. August 2024 zur Kenntnis- und Stellungnahme vorgelegt hat.

6.1 Gemäss Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung (BV, SR 101) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung; andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, der in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 370 f. mit zahlreichen Hinweisen). Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst mithin als zentralen Teilgehalt das Recht auf Akteneinsicht. Eine notwendige Bedingung für dessen Wahrnehmung sowie für die Ausübung des damit in engem Zusammenhang stehenden Rechts auf Äusserung besteht darin, dass die Behörde die Parteien davon in Kenntnis setzt, wenn sie dem Dossier neue Akten beifügt, die für die Entscheidungsfindung wesentlich sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_1030/2010 vom 29. April 2011 E. 2.2, mit Hinweisen).

6.2 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheids veranlasst wird oder nicht. Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus ■ im Sinne einer Heilung des Mangels ■ selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (Urteil des Bundesgerichts 9C_555/2020 vom 3. März 2021 E. 4.4.1 mit Verweis auf BGE 126 V 130 und 137 I 195).

6.3 Dem Beschwerdeführer wurde die «ärztliche Beurteilung» des Kreisarztes Dr. med. K.____, Facharzt für Chirurgie, vom 22. Juli 2024 (Suva-Nr. 463) vor Erlass des Einspracheentscheides vom 2. August 2024 nicht zur Kenntnis gebracht. Inhaltlich hielt Dr. med. K.____ in seiner Beurteilung im Wesentlichen fest, es lägen keine neuen medizinischen Tatsachen vor. Entsprechend seien nun die medizinischen Fakten lediglich unter dem Aspekt des Vorliegens eines Unfallereignisses neu zu würdigen. Der Unfall habe gemäss Einschätzung des Kreisarztes nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar seien, geführt. Das Unfallereignis habe lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines unfallfremd vorbestehenden Zustandes am AC-Gelenk (bereits beginnende hypertrophe Arthrose) und an der Infraspinatussehne (Tendinopathie) geführt. Am AC-Gelenk sei die vorbestehende AC-Gelenksarthrose aktiviert worden. Eine solche Aktivierung gelte nach sechs Wochen, spätestens aber nach drei Monaten als beendet und der Status quo sine als erreicht. Was die vorübergehende Verschlimmerung an der Infraspinatussehne betreffe, gelte diese ebenfalls nach spätestens drei Monaten als beendet und der Status quo sine als erreicht, was schliesslich in der Verlaufs-MRI vom 12. August 2018 auch bestätigt worden sei.

6.4 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Einspracheentscheid vom 2. August 2024 zwar unter anderem auf die vorgenannte kreisärztliche Aktenbeurteilung. Dabei handelt es sich aber grösstenteils nicht um eine eigenständige fachmedizinische Einschätzung des Kreisarztes, sondern lediglich um eine versicherungsinterne Würdigung der Akten. Das rechtliche Gehör wäre dann zu gewähren, wenn diese Stellungnahme eine neue medizinische Erkenntnis oder Behauptung enthalten hätte, welche nicht den Akten entnommen werden kann (Versicherungsgericht SG IV 2009/280 vom 6. April 2011, bestätigt durch das Urteil des Bundesgerichts 9C_436/2011 vom 5. August 2011 E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_501/2012 vom 24. Juli 2012 E. 4.2). Die im ärztlichen Aktenbericht von Dr. med. K.____ vom 22. Juli 2024 enthaltene Würdigung beinhaltet jedoch keine neuen medizinischen Erkenntnisse oder Behauptungen, welche nicht den vorliegenden Akten entnommen werden können. Insofern Dr. med. K.____ in seiner Beurteilung gewisse Schlussfolgerungen macht, die nicht den Berichten der behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers entnommen werden können, ist diesbezüglich höchstens von

einer leichten Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen. Bei dieser Gehörsverletzung handelt es sich aber um einen ohne Weiteres heilbaren Mangel. So ist von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, kann die Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend ohne weiteres als geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen), zumal sich der Beschwerdeführer in seinen Rechtsschriften zum genannten Bericht hat äussern können.

Es bleibt darauf hinzuweisen, dass eine Partei aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen ist, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile des Bundesgerichts 8C_325/2007 vom 18. Februar 2008 und I 329/05 vom 10. Februar 2006 E. 2.3.2, 8C_758/2009 vom 12. Februar 2010 E. 2.3 und 2.4). Dies kann angesichts des in den Rechtsschriften des Vertreters des Beschwerdeführers in diesem Zusammenhang getätigten Aufwandes aber ohne Weiteres verneint werden. Es besteht somit diesbezüglich kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

7. Die Beschwerdegegnerin hat mit Einspracheentscheid vom 2. August 2024 (A.S. 1 ff.) das Ereignis vom 7. Juni 2018 als Unfall im Rechtssinn qualifiziert. Dies wird vom Beschwerdeführer ■ wie nachfolgend darzulegen ist ■ zu Recht nicht beanstandet.

7.1 Die Annahme eines Unfalls setzt ■ wie in E. II. 2.2 hiervor dargelegt ■ insbesondere eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper voraus. Nach Lehre und Rechtsprechung kann das für den Unfallbegriff wesentliche Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei Körperbewegungen gilt dabei der Grundsatz, dass das Erfordernis der äusseren Einwirkung lediglich dann erfüllt ist, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam «programmwidrig» beeinflusst hat (BGE 130 V 117 E. 2.1 S. 118). Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn die versicherte Person stolpert, ausgleitet oder an einem Gegenstand anstösst, oder wenn sie, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrhaltung ausführt oder auszuführen versucht (RKUV 2004 Nr. U 502 S. 183, U 322/02 E. 4.1). Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er ■ nach einem objektiven Massstab ■ nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist (BGE 134 V 72 E. 4.1, 129 V 402 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_783/2013 vom 10. April 2014 E. 4.2). Das Kriterium der Ungewöhnlichkeit dient dazu, eine Abgrenzung des Unfalls von Ereignissen zu ermöglichen, die im Rahmen des Alltäglichen eintreten. Bei der Prüfung im Einzelfall ist regelmässig davon auszugehen, dass kleine Vorfälle, die sich täglich zutragen können (wie kleinere Schürfungen etc.) grundsätzlich nicht als Unfallereignisse im Sinne von Art. 4 ATSG betrachtet werden können.

Die Rechtsprechung bejaht das Vorliegen eines ungewöhnlichen äusseren Faktors überdies selbst bei fehlender Störung des Bewegungsablaufs, wenn beim Heben oder Verschieben einer Last ein ganz ausserordentlicher Kraftaufwand erfolgt und zu einer, gelegentlich als

Verhebetauma bezeichneten, Schädigung führt. Es muss jedoch von Fall zu Fall geprüft werden, ob die Anstrengung im Hinblick auf Konstitution und berufliche oder ausserberufliche Gewöhnung der betreffenden Person ausserordentlich war (Urteil des Bundesgerichts 8C_482/2015 vom 19. August 2015 E. 2.1 mit Hinweis auf BGE 116 V 136 E. 3b S. 139).

7.2 Den vorliegenden Akten ist im Hinblick auf den Geschehensablauf des Ereignisses vom 7. Juni 2018 Folgendes zu entnehmen:

7.2.1 Gemäss dem «Notfall Bericht» des Spitals C.____ vom 7. Juni 2018 (Suva-Nr. 5) habe der Beschwerdeführer vor neun Stunden beim Heben und Ziehen einer 50 kg schweren Palette Schmerzen in der rechten Schulter bekommen.

7.2.2 Gemäss «Schadenmeldung UVG» vom 4. Juli 2018 (Suva-Nr. 1) habe der Beschwerdeführer am 7. Juni 2018, um 11.15 Uhr, als Lieferwagenfahrer während dem Abladen einer Palette bzw. beim Versuch, diese Hubwagenpalettenrolle zu halten, einen Sehnenriss im rechten Oberarm rechts erlitten.

7.2.3 Auf dem Fragebogen der Beschwerdegegnerin vom 19. Juli 2018 (Suva-Nr. 6) gab der Beschwerdeführer an, er habe sich am 7. Juni 2018 beim Abladen der Palette mit dem Palettrolli, beim Halten der Palettrolle im Schrägen die Sehnen in der rechten Schulter / Oberarm verrissen. Es gebe keine Zeugen. Die Beschwerden hätten sich sofort bemerkbar gemacht und seien im Laufe des Tages noch stärker geworden.

7.2.4 Mit Einschreiben vom 9. August 2018 (Suva-Nr. 9) gab der Beschwerdeführer Folgendes an: «Hierbei handelt es sich eindeutig um einen Berufsunfall, welcher sich am 7. Juni 2018 um 11.15 Uhr ereignete. Unfall ist mir passiert beim Halten des Hubwagens (mit Paletten bestückt) die rechte Schulter verletzte, da die Rampe schräg war, ansonsten wäre die komplette Ware des Kunden ab dem Hubwagen gefallen. Bei der Verletzung handelt es sich um einen Sehnenriss. Ich hatte die Beschwerden und die Schmerzen nicht vorher, sondern ab dem Unfall am 7. Juni 2018 sogar von die starke Schmerzen nach der Rückkehr von der Arbeit musste ich zur Notfall gehen.». Dies bestätigte der Beschwerdeführer sodann auch im Einwandschreiben vom 26. September 2019 (Suva-Nr. 88 S. 2 f.).

7.2.5 Bei der Befragung durch die Beschwerdegegnerin vom 20. Januar 2020 (Suva-Nr. 103) führte der Beschwerdeführer aus, er habe eine einzelne Europalette mit einem Gewicht zwischen 160 und 200 kg mit Hilfe des Palettenhubwagens abladen müssen. Diese Palette habe er auf das Zugfahrzeug geladen und dann die Hebebühne des Zugfahrzeugs herunterlassen. Gleichzeitig habe er die zu entladende Palette mit dem mitgeführten Palettenhubwagen angehoben. Dann sei er zum Anhänger gegangen, habe diesen von hinten betreten und sei nach vorne gegangen, damit er die Stirnwand des Anhängers hätte ablegen können, damit er mit dem Palettenhubwagen nach hinten hätte durchfahren können. Dadurch, dass er den Anhänger von hinten betreten habe, sei der im Zugfahrzeug befindliche, bereitstehende und beladene Palettenhubwagen ins Rollen gekommen. Der Beschwerdeführer habe dies gesehen, sei über die immer noch stehende Stirnwand (ca. 60 cm hoch) des Anhängers auf das Zugfahrzeug gesprungen und habe mit beiden Händen und ausgestreckten Armen nach dem Griff des Rollis gegriffen und diesen gestoppt. In diesem Moment habe er einen starken, einschliessenden, stechenden Schmerz in der rechten Schulter verspürt (Rechtshänder). Er habe die Tour unter Schmerzen noch zu Ende gemacht und sei am selben Abend in die Notfallabteilung des Spitals C.____ gegangen.

7.2.6 Im Rahmen der Sprechstunde bei der Klinik I. ___ vom 29. Juni 2020 (Suva-Nr. 144) habe der Beschwerdeführer angegeben, er habe am 6. Mai 2018 [recte: 7. Juni 2018] bei der Arbeit als LKW-Chauffeur eine ca. 200 kg schwere Palette auffangen wollen. Dabei sei es zu einschliessenden plötzlichen Schmerzen in der rechten Schulter gekommen. Anschliessend hätten eine Immobilität und starke Schmerzen der rechten Schulter bestanden.

7.2.7 Im Rahmen der Einsprache vom 17. April 2024 (Suva-Nr. 455) liess der Beschwerdeführer folgenden «tatsächlichen Unfallsachverhalt» geltend machen: Er habe als Angestellter der Firma B. ___ GmbH eine über 300 kg schwere Palette am Empfängerort abzuliefern gehabt. Ins Recht gelegt werde eine aktuelle Fotografie der Rampensituation. Der Einsprecher sei mit dem Heckteil des Lieferwagens an diese Rampe gefahren und habe dann seine Ladehebebühne heruntergefahren. Diese Ladehebebühne-Fläche sei zur Rampe hin leicht schräg abfallend und überlappend auf dieser Hebebühne gelegen. Zudem sei das Fahrzeug, gesehen zur Hebebühne des Empfängerortes, leicht schräg gewesen, somit sei auch die mobile Hebebühne des Lieferfahrzeuges nicht ganz gerade auf dieser Hebebühne aufgelegt. In der Folge habe er die Ladung mit seinem Schubhandkarren angehoben und herausgezogen. Die Ladung habe dann auf der mobilen, leicht schrägen Abladehebebühne des Fahrzeuges richtig Hebebühne des Empfängerortes Fahrt aufgenommen. Die Ladung habe dann beim Herunterrollen zu kippen gedroht, weshalb der Beschwerdeführer mit seiner linken Hand den Hubkarren geführt habe, und mit der rechten Hand versucht habe, die Ladung im Lot zu halten. Es habe ihn dann genau gegen die Wandkante gedrückt, wo er ca. 10 Minuten an der Schulter eingeklemmt geblieben sei. Die Schulter habe auch einen entsprechenden Schlag durch das hohe, sich in Bewegung befindliche Gewicht der Palettenladung erhalten. Erst nach etwa 10 Minuten sei er durch einen Mitarbeiter vor Ort, welcher ihn dann zufällig dort angetroffen habe, aus dieser misslichen Lage befreit worden (S. 3).

7.2.8 Zusammenfassend ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am 7. Juni 2018 im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit als Chauffeur mit dem Entladen einer Ware auf einer Palette beschäftigt war. Dabei hob er die Palette mit dem Schubhandkarren an und zog diese aus dem Lieferfahrzeug. Beim anschliessenden Herunterrollen auf der leicht schrägen Hebebühne drohte die Palette zu kippen. Um dies zu verhindern, hielt der Beschwerdeführer die Palette mit seiner rechten Hand fest und führte währenddessen mit der linken Hand den Hubkarren. Es ist somit davon auszugehen, dass das ganze Gewicht der Palette gegen die rechte Hand / den rechten Arm bzw. Schulter des Beschwerdeführers drückte. Obschon die berufliche Tätigkeit als Chauffeur von Gütertransporten u.a. auch das Be- und Entladen von Waren sowie deren Sicherung umfasst (vgl.

<https://www.berufsberatung.ch/dyn/show/1900?id=5251>, zuletzt besucht am 2. Mai 2025), handelt es sich beim vorliegenden Ereignis (drohendes Umkippen der Ware) nicht um ein in diesem Rahmen übliches bzw. alltägliches Procedere. Somit stellt das drohende Umkippen der Palette ein Faktor dar, der im entsprechenden Lebensbereich das Alltägliche oder Übliche sprengt. Die in diesem Zusammenhang durch den Beschwerdeführer ausgeübte Auffang- und Hebebewegung ist folglich als programmwidrig anzusehen und wurde folglich durch einen ungewöhnlichen äusseren Faktor beeinflusst.

7.2.9 In Bezug auf das konkrete Gewicht dieser Palette finden sich in den vorliegenden Akten unterschiedliche Angaben. So wird im «Notfall Bericht» vom 7. Juni 2018 (vgl. E. II.

7.2.1 hiervor) ein Gewicht von 50 kg beschrieben, bei der Befragung vom 20. Januar 2020 gab der Beschwerdeführer indes ein Gewicht zwischen 160 bis 200 kg an, das er im Rahmen der Sprechstunde in der Klinik I.____ vom 29. Juni 2020 bestätigte (vgl. E. II. 7.2.5 f. hiervor). Im Rahmen der Einsprache vom 17. April 2024 (vgl. E. II. 7.2.7 hiervor) wurde alsdann ein Gewicht von mindestens 300 kg geltend gemacht. Unter diesen Umständen überzeugt das von der Beschwerdegegnerin zu Gunsten des Beschwerdeführers angenommene Gewicht der Palette von mindestens 200 kg (A.S. 3). Dies auch unter Hinweis auf das Vorbringen des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 12. August 2024 (A.S. 20), wonach nicht nachvollziehbar sei, weshalb im «Notfall Bericht» vom 7. Juni 2018 (vgl. E. II. 7.2.1 hiervor) von einer 50 kg schweren Palette die Rede sei. So habe er selbst nie von einem entsprechenden Gewicht gesprochen (A.S. 20).

Der Beschwerdeführer bringt in diesem Zusammenhang vor, die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, mit ihm den genauen Unfallsachverhalt zu prüfen (A.S. 21). Dem kann gestützt auf die vorliegenden Akten entgegengehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin durchaus bemüht war, den sich am 7. Juni 2018 zugetragenen Sachverhalt abzuklären. So hat sie bspw. durch den Beschwerdeführer einen Fragebogen ausfüllen lassen, den dieser am 19. Juli 2018 unterzeichnet bzw. ausgefüllt hat (Suva-Nr. 6). Inwiefern der Beschwerdeführer zum genauen Ablauf des Ereignisses vom 7. Juni 2018 nun nochmals hätte befragt werden sollen, leuchtet auch in Anbetracht der Tatsache, dass die Beschwerdegegnerin das Geschehen vom 7. Juni 2018 als Unfallereignis qualifiziert hat, nicht ein. Da somit von einer entsprechenden Befragung kein weiterführender Erkenntnisgewinn zu erwarten ist, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin darauf verzichtet hat.

7.3 Es handelt sich somit ■ wovon auch die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 2. August 2024 ausgeht (A.S. 3) ■ beim Ereignis vom 7. Juni 2018 um einen Unfall im Rechtssinn. Das Eingehen auf die Kriterien einer unfallähnlichen Körperschädigung gemäss E. II. 2.3 hiervor erübrigt sich daher.

8. Die im vorliegenden Fall wesentlichen medizinischen Akten präsentieren sich wie folgt:

8.1 Im «Notfall Bericht» des Spitals C.____ vom 7. Juni 2018 (Suva-Nr. 5) wurde eine «muskuläre Dysbalance» diagnostiziert. Die Schulter sei aktiv und passiv gut beweglich, es bestehe kein Axenschmerz, aber eine Druckdolenz im Deltoidansatz und eine Blockierung der HWS. Es sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden.

8.2 Im Rahmen der MRT Arthrographie des rechten Schultergelenkes vom 20. Juni 2018 (Suva-Nr. 41) wurde folgende Beurteilung festgehalten: Leichte gelenkseitige Partialruptur der Infraspinatussehne mit geringgradiger begleitender Footprint-Läsion; Keine Pathologie der übrigen an der Rotatorenmanschette beteiligten Muskeln und Sehnen; Superiore bis anteriore Labrumläsion; Reizzustand und Hypertrophie des AC-Gelenkes.

8.3 Aufgrund der Sprechstunde vom 12. November 2018 im Spital C.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, wurden im entsprechenden Bericht vom 20. November 2018 folgende Diagnosen fest (Suva-Nr. 29):

1. Aktivierte AC-Gelenksarthrose und Tendinopathie Supraspinatussehne rechts, Status nach Verhebetauma 7. Juni 2018

2. Status nach Schulterbeschwerden links bei Verdacht auf Ruptur superiores Glenohumeralgelenk, AC-Gelenksarthrose, Status nach AC-Gelenksinfiltration sowie in die Bursa und interartikulär 27. Februar 2015 mit gutem Erfolg

3. Status nach PKW Unfall 4. November 2014 mit HWS und Schulterbeschwerden links

4. Status nach Kapselzerrung PIP Mittelfinger rechts 27. September 2016

In Anbetracht der nun schon lange bestehenden Arbeitsunfähigkeit sollte nun eine Infiltration durchgeführt werden. Der Beschwerdeführer möchte jedoch vorerst das Ende der Physiotherapieserie abwarten. Es werde vereinbart, dass er anschliessend nochmals in der Sprechstunde erscheine. Bei Ausbleiben einer Beschwerdebesserung werde dann eine Infiltration ins AC-Gelenk und allenfalls subacromial geplant. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiter 100 %.

8.4 Im «Sprechstundenbericht vom 19. November 2019» stellte Prof. Dr. med. E. ____, Chefarzt, Schulter- und Ellenbogenchirurgie, Klinik F. ____, im Rahmen einer Zweitmeinung folgende Diagnose: «Traumatisierung des rechten AC-Gelenkes durch Verhebetauma vom Juni 2018». Es werde eine skapulothorakale stabilisierende Therapie empfohlen, was im Rahmen eines Physio-Checks im Hause mit Instruktion von Heimübungen erfolgen werde, eine AC-Gelenksinfiltration, welche im Anschluss sonographiegesteuert habe organisiert werden können.

8.5 Im Fachradiologischen Gutachten vom 20. Januar 2020 (Suva-Nr. 106) hielt Prof. Dr. med. G. ____, Institutsleiter und Chefarzt, Spital H. ____, Institut für Radiologie und Nuklearmedizin, fest, in Zusammenschau aller durchgeführten radiologischen Untersuchungen komme er zum Schluss, dass es sich bei den Veränderungen im AC-Gelenk sowie in der Infraspinatussehne, welche in der MR-Arthrographie vom 20. Juni 2018 sichtbar seien, um traumatische Veränderungen handeln könnte. Die Tatsache, dass insbesondere die Veränderungen in der Infraspinatussehne in der Untersuchung vom 12. August 2019 (Suva-Nr. 76) deutlich regredient gewesen seien, spreche für diese These. Ebenfalls sei der Verlauf im AC-Gelenk vereinbar mit posttraumatisch degenerativen Veränderungen in der Untersuchung vom 12. August 2019. Für eine anderweitig traumatische Läsion bestehe kein Hinweis.

8.6 Im Austrittsbericht der Klinik J. ____, vom 2. Februar 2021 (Suva-Nr. 203 S. 2 ff.) wurden während des Aufenthalts vom 30. November 2020 bis 14. Januar 2021 folgende Hauptdiagnosen gestellt:

A. Unfall vom 7. Juni 2018: Verhebetauma Schulter rechts

A1 Leichte gelenksseitige Partialruptur der Infraspinatussehne mit geringgradiger begleitender Footprint-Läsion

A2 Superiore bis anteriore Labrumläsion

A3 Aktivierte AC-Gelenksarthrose und Tendinopathie Supraspinatussehne rechts

B. HWS- und Schulterbeschwerden links seit einem Unfall vom 4. November 2014

C. Passager durchgemachte Schulterbeschwerden links bei Verdacht auf Ruptur superiores Glenohumeralgelenk, AC-Gelenksarthrose, Status nach AC-Gelenksinfiltration sowie in die Bursa und interartikulär am 27. Februar 2015 mit gutem Erfolg

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