

SO_GERICHTE VSBES.2025.23 vom 21. April 2026

SO Obergericht, 2026-04-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2025.23

FR: SO_GERICHTE VSBES.2025.23 du 21 avril 2026

IT: SO_GERICHTE VSBES.2025.23 del 21 aprile 2026

Erwägungen

E. 2

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Im Versicherungsfall hat die versicherte Person u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung von Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sowohl bei der Heilbehandlung als auch beim Taggeld handelt es sich ■ wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt ■ um vorübergehende Leistungen. Sie sind ■ sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind ■ nur so lange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 113 f. mit Hinweisen). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Hat sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erlitten, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

2.2 Nach der Rechtsprechung gilt im Gebiet des Sozialversicherungsrechts allgemein der Grundsatz der Schadenminderungspflicht. Bevor die versicherte Person Leistungen verlangt, hat sie alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Die Anrechnung eines hypothetischen Einkommens beruht in der Unfallversicherung auch auf der Überlegung, dass diese lediglich die durch den unfallkausalen Gesundheitsschaden bedingte Lohneinbusse ausgleichen soll (Urteil des Bundesgerichts 8C_477/2018 vom 4. Dezember 2018 E. 5.2.1. mit Hinweisen).

E. 3

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren als auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes 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 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 (sog. antizipierte oder vorweggenommene Beweiswürdigung). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2023 vom 22. Mai 2024 E. 3.2 mit Hinweisen).

3.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_173/2021 vom 25. Oktober 2023 E. 4.1). Ein Aktenbericht bzw. -gutachten ist beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E. 3.2 mit Hinweisen). 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. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2023 vom 22. Mai 2024 E. 3.3 mit Hinweisen).

4. Der Beschwerdeführer macht geltend, das Hauptproblem sei seine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit aufgrund seines unfallbedingten Schulterleidens. Im Weiteren habe er auch psychische Probleme und wisse nach sechs durchgeführten Operationen nicht, ob dies Auswirkungen auf seinen Schlaf habe. Demnach ist im Folgenden der medizinische Sachverhalt darzulegen:

4.1 Aus dem Bericht des Suva-Kreisarztes Dr. med. D.____ vom 10. Juli 2002 können zur Anamnese des Beschwerdeführers folgende Angaben entnommen werden: Der Beschwerdeführer habe am 10. Oktober 2000 einen Sturz von der Leiter mit Hyperextensionstrauma des rechten Armes im Schultergelenk erlitten; in der Folge sei am 15. Februar 2001 eine offene Acromioplastik und eine Rekonstruktion der Rotatorenmanschette rechts und vor allem eine Reinsertion der Supraspinatussehne durchgeführt worden. Anschliessend sei eine Besserung eingetreten, aber nicht eine völlige Beschwerdefreiheit und Belastbarkeit. Danach habe der Versicherte die Arbeit temporär als Maler wieder aufgenommen. Im Weiteren sei am 8. April 2002 beim Einrücken in den

Wiederholungskurs beim Anheben des ca. 15 kg schweren Militärrucksackes ein akuter Schulterschmerz vorne aufgetreten; seither bestünden stärkere Schulterschmerzen rechts. Die kreisärztliche Untersuchung sei auf Wunsch des Hausarztes zur Beurteilung des weiteren Vorgehens erfolgt. Im Rahmen der Beurteilung legte der Kreisarzt dar, seit dem Vorfall vom 8. April 2002 im Militärdienst erwähne der Patient eine Verschlechterung der Schulter. Aktuell problematisch sei rechts die schmerzhafteste Beweglichkeitseinschränkung ab 90 Grad. Der klinische Befund spreche am ehesten für eine Supraspinatuspathologie bzw. für einen Verdacht auf eine Rezidivläsion der Supraspinatussehne. Es stelle sich die Frage weiterer Behandlungsmassnahmen auch rekonstruktiv bei diesem 35-jährigen Patienten mit an sich nicht zu erwartender zusätzlicher erheblicher degenerativer Veränderung. Theoretisch wäre zurzeit eine körperlich leichte Arbeit unter der sogenannten Schulterhorizontalen möglich, wie die aktuelle Tätigkeit in einem Pub, jedoch nicht die Arbeit als Maler. Hinsichtlich der Kausalitätsfrage bestehe seit dem Vorfall vom 8. April 2002 eine richtungsweisende Verschlechterung (Suva-Nr. 7).

4.2 Am 25. Juli 2019 erlitt der Beschwerdeführer einen weiteren Unfall bei der Arbeit, als er beim Tragen eines 40 kg schweren Glases ausrutschte und dabei mit dem Glas auf einen Tisch fiel (vgl. Schadenmeldung UVG vom 2. Oktober 2019, Suva-Nr. 10). Der Beschwerdeführer gab an, er arbeite seit dem 1. August 2009 in der Packerei der B.____, Metallwarenfabrik, [...]. Seine Aufgabe sei, fertige Elemente/Duschkabinen zu verpacken und für die Auslieferung bereitzustellen. Einen eigentlichen Schonarbeitsplatz gebe es nicht. Bei seiner Arbeit müsse er recht grosse Gewichte heben und tragen können. Den Hergang des Vorfalls vom 25. Juli 2019 beschrieb der Beschwerdeführer wie folgt: Sein Arbeitskollege sei zu jenem Zeitpunkt noch nicht vor Ort gewesen. Er habe beidhändig ein Duschkabinenglas (ca. 90 cm x 2 m / ca. 40 kg) aus dem Gestell genommen, um dieses auf den Paktisch zu legen. Er habe das Glas beidhändig angepackt, dieses aus dem Gestell gezogen und abgedreht, damit er es längs tragen könne. Der Paktisch befinde sich rund 3 Meter von diesem Gestell entfernt. Auf dem Weg dorthin sei er plötzlich auf irgendetwas, das auf dem Boden gelegen sei, ausgerutscht. Daraufhin sei er gegen den Paktisch gefallen und die Glasscheibe sei darauf zum Liegen gekommen. Da er das schwere Glas nicht losgelassen habe, habe es ihn abgedreht und mit seinem rechten Arm (Rechtshänder) richtiggehend auf den Tisch gezogen. Er sei auf dem Glas, welches nun auf dem Tisch gelegen sei, zum Liegen gekommen. Alles sei sehr schnell gegangen. Er habe einen Schlag in seiner rechten Schulter verspürt. Die Schmerzen seien im ersten Moment ertragbar gewesen. Am nächsten Morgen habe er dann in seiner rechten Schulter stärkere Schmerzen verspürt und habe insbesondere keine Kraft mehr in seinem rechten Arm gehabt. Als die Schmerzen in seiner rechten Schulter nicht nachgelassen hätten, habe er am 2. August 2019 seinen Hausarzt Dr. med. E.____ aufgesucht. Bis zum Zeitpunkt, als er am 25. Juli 2019 den vorbeschriebenen Unfall erlitten habe, sei er mit seinen Schultern beschwerdefrei gewesen. Ab diesem Zeitpunkt habe er dann aber ständig Schmerzen in seiner rechten Schulter gehabt. Am 3. Dezember 2019 sei er im F.____ (Dr. med. G.____) an seiner rechten Schulter operiert worden. Er gehe zweimal pro Woche in die Physiotherapie zum Physiotherapeuten H.____, [...]. Schmerzmittel nehme er nur noch selten bei Bedarf ein. Die Beweglichkeit seiner rechten Schulter sei vor allem nach oben immer noch deutlich eingeschränkt. Seitlich sei diese bereits wieder recht gut. Mit dem bisherigen Heilverlauf sei er soweit zufrieden (Suva-Nr. 11).

4.3 Aus dem Sprechstundenbericht des F.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie (Dr. med. G.____, Leitender Arzt; I.____, Assistenzarzt), vom 13. Januar 2020 gehen folgende Hauptdiagnosen hervor:

Zur Anamnese wurde angegeben, es handle sich hier um die geplante Verlaufskontrolle sechs Wochen postoperativ. Der Patient berichte, dass er in Ruhe weitestgehend beschwerdefrei sei. Beim Bewegen in der Therapie habe er noch Restbeschwerden, ebenso wenn er in der Nacht auf der betroffenen Schulter liege. Schmerzmittel nehme er nicht mehr regelmässig ein. Physiotherapie werde durch-geführt. Die Schlinge trage er nur noch unterwegs (Bericht vom 14. Januar 2020 [Suva-Nr. 8]).

4.4 Suva-Arzt Dr. med. J.____, Facharzt für Chirurgie, spez. Unfallchirurgie, kam am 10. Februar 2020 zum Schluss, das Unfallereignis vom 25. Juli 2019 habe einen Rückfall in Bezug auf das Unfallereignis vom 10. Oktober 2000 verursacht und sei daher als Rückfall zu übernehmen (Suva-Nr. 13).

4.5 Im Bericht des F.____ vom 11. März 2020 wurde zum Verlauf dargelegt, es bestünden an sich unveränderte Beschwerden, jedoch nehme der Patient keine Analgetika. Vor allem störe ein Schmerz, wenn er auf der rechten Seite liege. Die Physiotherapie zweimal pro Woche werde fortgesetzt. Leider habe mit dem arthroskopischen Débridement vom Dezember 2019 keine ausreichende Besserung erzielt werden können. Es seien weitere Möglichkeiten wie Infiltration erklärt worden. Eine erneute Revision der schon zweimal genähten Rotatorenmanschette sei aktuell nicht zu empfehlen (Suva-Nr. 33 S. 2 f.).

4.6 Im Bericht des F.____ vom 25. Mai 2020 wurde zum erstellten MRI der rechten Schulter vom 18. Mai 2020 (vgl. Suva-Nr. 46 S. 2) wie folgt Stellung genommen: Gelenkserguss subacromial, keine Ruptur der Supraspinatussehne, ansonsten keine Befundänderung zum MRI von 2019. Aufgrund des durchgeführten MRI werde keine Indikation zu einer erneuten Operation gesehen. Dem Patienten werde die Durchführung einer subacromialen Infiltration empfohlen, womit er einverstanden sei (Suva-Nr. 45).

4.7

4.7.1 Suva-Arzt Dr. med. K.____, FA Orthopädische Chirurgie, nahm zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers am 10. Juni 2020 dahingehend Stellung, der Versicherte habe im Dezember 2019 eine eher leichtere Operation des Schultergelenks hinter sich bringen müssen. In der Regel betrage die Rekonvaleszenz bei derartigen Eingriffen maximal drei Monate. Es sei also spätestens Ende März 2020 von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auszugehen. Komplikationen seien nicht beschrieben worden. Für die angestammte Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit bei fortbestehenden Beschwerden. Die Prognose für eine Reintegration in die angestammte Tätigkeit sei sehr fraglich (Suva-Nr. 48).

4.7.2 In seiner Stellungnahme vom 11. Juni 2020 wies Dr. med. K.____ noch darauf hin, er habe nun den Operationsbericht einsehen können. Es handle sich um einen Rückfall in Bezug auf das ursprüngliche Ereignis aus dem Jahr 2000. Die Operation habe keine wesentliche Verbesserung der Situation gebracht, da auch eine klare strukturelle Schädigung nicht habe nachgewiesen werden können. Es liege weiterhin eine deutliche Tendinopathie des Supraspinatus-Sehnenansatzes vor, die sehr schmerzhaft sei. Auf die Infiltration mit Höchstdosen von Kenacort sollte bei dieser Diagnose und bei der ohnehin vulnerablen Sehnenqualität möglichst verzichtet werden. Es werde ein abwartendes

Verhalten mit vorsichtiger physiotherapeutischer Kräftigung der Rotatorenmanschette empfohlen. Grundsätzlich habe der Versicherte ja auch in diesem Zustand der Schulter und der Rotatorenmanschette körperlich sehr anspruchsvolle Arbeit geleistet. Dies sollte auch nach der Ausheilung der Tendinopathie wieder möglich sein. Es dauere nur, bis sich die Rotatorenmanschette beruhigt habe (Suva-Nr. 49).

4.8 Zum Verlauf wurde im Bericht des F.____ vom 15. Juli 2020 festgehalten, die Infiltration subacromial rechts vom 5. Juni 2020 habe die Beschwerden nicht beeinflussen können. Es bestünden Belastungsschmerzen. Neu gebe es zudem auch ein schmerzhaftes Schnappen bei rotierenden Bewegungen. Eine Arbeitsaufnahme in der Duschzubehörfabrik sei nicht zumutbar. Schonarbeitsplätze gebe es nicht. Jedoch plane der Patient einen Jobwechsel zu leichteren Lagertätigkeiten ungefähr im Oktober 2020. Es bestehe weiterhin ein sehr frustraner Beschwerdeverlauf ohne Besserungstendenz in der fortgesetzten Physiotherapie und nach Infiltration vor sechs Wochen. Operativ könne aktuell nichts Sinnvolles angeboten werden. Es werde weiterhin Physiotherapie und eine Kontrolle in vier Wochen empfohlen (Suva-Nr. 56 S. 2 f.).

4.9 Im Bericht des F.____ vom 19. Oktober 2020 wurde zum angefertigten Arthro-MRI des rechten Schultergelenks vom 9. Oktober 2020 (Suva-Nr. 77) dahingehend Stellung genommen, aufgrund der persistierenden Beschwerden sei nochmals eine MRT-Untersuchung erfolgt. Erfreulicherweise zeige sich hier keine weitergehende Sehnenauffälligkeit im Vergleich zu den Vorbildern vom Mai 2020 (vgl. E. II. 4.6 hiervor). Operative Konsequenzen leiteten sich hierdurch nicht ab. Weiterhin beklage der Patient Schmerzen beim Heben von Lasten von mehr als 3 kg im unteren Bereich und Schmerzen bei maximaler Flexion. Der Patient übe täglich die Kraft. Leider sei die Situation weiterhin frustran (Suva-Nr. 84 S. 2 f.).

4.10 Im Bericht des F.____ vom 7. April 2021 wurden folgende Hauptdiagnosen angegeben:

Tendinopathie Supraspinatussehne bei Status nach Schulterarthroskopie rechts mit Débridement, partielle Synovektomie, laterale Clavicula-Resektion und Tenodese lange Bizepssehne sowie Glättung der Supraspinatussehne 03.12.2019

Zum Verlauf wurde vermerkt, die zweite Infiltration vor sechs Wochen habe nicht einmal kurzfristig die Beschwerden in irgendeiner Art beeinflussen können. Der Patient erkläre, dass weiterhin die Flexion deutlich Schmerzen bereite. Eine Belastung mit Heben und Tragen von Lasten sei für ihn mit dem rechten Arm nicht denkbar. Nachts erwache er, wenn er längere Zeit auf der rechten Seite liege. In Ruhe gebe es sonst keinen spontanen Schmerz. Die Hauptschmerzen seien über dem Deltamuskel lateral und teils auch ventral beschrieben worden. Leider zeige sich weiterhin ein frustraner Verlauf mit chronischen Belastungsschmerzen der rechten Schulter. Der Patient erkläre seine Mühe, die Beschwerden zu akzeptieren, da jegliche Belastung eingeschränkt sei (Suva-Nr. 98 S. 2 f.).

4.11 Am 11. Mai 2021 wurde der Beschwerdeführer im F.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, ein weiteres Mal an der rechten Schulter operiert (Schulterarthroskopie mit Labrum-Débridement, Neobursaverödung, Entfernung subacromialer Gelenkkörper, Débridement AC-Gelenk, Acromioplastik rechte Schulter; Suva-Nr. 111 S. 2 f.). Gemäss dem Austrittsbericht über den stationären Aufenthalt vom 11. bis 14. Mai 2021 konnte der Eingriff problemlos durchgeführt werden. Unter angepasster analgetischer Therapie habe sich der Patient schmerz kompensiert gezeigt. Die Schultermobilisation mit

physiotherapeutischer Anleitung sei zeitgerecht erfolgt und vom Patienten gut toleriert worden (Suva-Nr. 112 S. 2 ff.).

4.12 Im Bericht des F.____ vom 23. Juni 2021 wurde angegeben, es bestehe ein zufriedenstellender Verlauf sechs Wochen postoperativ. Die mikrobielle Aufbereitung der intraoperativen Proben habe keinen Hinweis auf ein infektiöses Geschehen ergeben. Die aktuelle Schwäche der Subscapularis- und Supraspinatussehne sei noch durch eine postoperative Reizung erklärbar. Unter fortgeführter Physiotherapie werde eine Verbesserung der Funktionalität bis zur nächsten Sprechstunde in sechs Wochen erwartet. Für die Arbeitssuche sei ab dem 22. Juni 2021 die vollumfängliche Freigabe erteilt worden (Suva-Nr. 118 S. 2 f.).

4.13 Zum Verlauf wurde im Bericht des F.____ vom 8. November 2021 angegeben, nach den Angaben des Patienten sei die Beschwerdesituation unverändert; das Heben sei schmerzhaft eingeschränkt. Hin und wieder habe er auch bei längerem Liegen auf der rechten Seite morgendlich Anlaufschmerzen der rechten Schulter, ansonsten gehe es im Alltag; er habe sich mit der Situation nahezu abgefunden. Bezüglich einer Arbeitstätigkeit sei eine Vorstellung in einem Lager geplant, dort vornehmlich mit Staplerarbeiten. Der Verlauf sei leider frustrierend, wenngleich auch eine Besserung über die nächsten Monate nicht ausgeschlossen sei. Man komme aktuell zum Fallabschluss (Suva-Nr. 125 S. 2 f.).

4.14 Aus dem Bericht des F.____ vom 9. April 2022 geht hervor, verschiedenste Anstrengungen und auch Physiotherapie hätten die Beschwerden bisher nicht bessern können. Der Patient klagt bei belasteter Flexion über Schmerzen und auch über Schmerzen nachts beim Liegen auf der rechten Seite. Wenn er nicht viel unternahme, sei es tagsüber gut auszuhalten. Eine Arbeitsaufnahme habe wegen der Schulterbeeinträchtigung bisher nicht erfolgen können. Nach dem letzten Schulter-MRI werde ein aktuelles MRI veranlasst. Abhängig von den Befunden wäre dann wohl eine Zweitmeinung angedacht (Suva-Nr. 132 S. 2 f.).

4.15 Nach Durchführung des Arthro-MRI des rechten Schultergelenks vom 28. April 2022 (Suva-Nr. 136 S. 1) wurde im Bericht des F.____ vom 17. Mai 2022 angegeben, bei absolut frustrierendem Beschwerdeverlauf mit persistierenden Schmerzen beim Heben des rechten Arms sowie unangenehmem «Chrosen» sei aktuell eine erneute MRI-Darstellung erfolgt. Die Bilder zeigten bei Status nach Operation entsprechend Artefakte mit jedoch weitestgehend intakter Supraspinatussehne. Im Sinne einer Zweitmeinung wolle man den Patienten in die Klinik L.____ überweisen. Die bisherigen Bemühungen mit längerer Physiotherapie, arthroskopischem Débridement und auch Infiltrationen hätten keinerlei Beschwerdebesserung gebracht (Suva-Nr. 135 S. 2 f.).

4.16 Dem Sprechstundenbericht der Universitätsklinik L.____, M.____, vom 8. Juni 2022 können folgende Diagnosen entnommen werden:

Anhaltende Schulterschmerzen rechts bei Verdacht auf Insuffizienz der Rotatorenmanschettenrekonstruktion (Supraspinatus) rechts mit/bei

Zur Beurteilung wurde angegeben, beim Patienten finde man anhaltende rechtsseitige Schulterschmerzen nach mehrfachen Voroperationen. In der Zusammenschau der erhobenen Befunde bestehe der Verdacht einer Insuffizienz der Supraspinatussehnenrekonstruktion. Bei ausgeschöpften konservativen Therapiemöglichkeiten und extrem hohem Leidensdruck sei daher ein erneuter Eingriff im

Sinne einer Schulterarthroskopie mit Débridement, Re-Rekonstruktion der Supraspinatussehne und Patch-Verstärkung sowie neuerlicher Probenentnahme gerechtfertigt (wengleich ein low-grade Infekt unwahrscheinlich scheine). Der Patient sei einverstanden. Der Eingriff werde am 4. Juli 2022 geplant (Suva-Nr. 143 S. 2 f.).

4.17 Gemäss dem Operationsbericht vom 4. Juli 2022 konnte der Eingriff (arthroskopische Rotatorenmanschetten-Re-Re-Rekonstruktion rechts, Supraspinatus und Infraspinatus [3x Corkscrew medial row, 2x ReelX lateral row], Pitch-Patch [3x 2er FibreWire medial, 2x FibreWire mit 2x ReelX lateral], Subacromiales Débridement, Probenentnahme) wie vorgesehen durchgeführt werden (vgl. Suva-Nr. 149 S. 2 ff.). Aus dem Austrittsbericht der Universitätsklinik L.____ vom 7. Juli 2022 über die Hospitalisation vom 4. bis 6. Juli 2022 geht Folgendes hervor: Es bestehe ein komplikationsloser postoperativer Verlauf mit stets schmerzkompenziertem Patienten. Es sei eine problemlose Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung erfolgt. Die Entlassung nach Hause sei in gutem Allgemeinzustand, mit intakter Sensomotorik und reizlosen Wundverhältnissen erfolgt (Suva-Nr. 148 S. 2 ff.).

4.18 Aus dem Sprechstundenbericht der Universitätsklinik L.____ vom 17. August 2022 gehen folgende Diagnosen hervor:

St.n. arthroskopischer Rotatorenmanschetten-Re-Re-Rekonstruktion rechts, Supraspinatus und Infraspinatus (3 x Corkscrew medial row, 2x ReelX lateral row), Pitch-Patch (3x 2er FibreWire medial, 2x FibreWire mit 2x ReelX lateral), subacromialem Débridement, Probenentnahme vom 04.07.2022 mit/bei

Im Weiteren wurde dargelegt, sechs Wochen postoperativ bestehe ein erwartungsgemässer Verlauf. Es erfolge eine Ruhigstellung im Abduktionskissen. Bisher sei keine Physiotherapie durchgeführt worden. Es bestünden keine Schmerzen mehr. Unter dem Titel «Beurteilung und Prozedere» wurde angegeben, es erfolge der Umstieg vom Abduktionskissen auf eine Mitellaschlinge und es werde mit passiver Beübung für weitere zwei Wochen begonnen. Danach erfolge eine aktiv assistive Beübung für weitere zwei Wochen und ab Mitte September 2022 dann die aktive Mobilisation. Die nächste klinische Verlaufskontrolle sei in zwei Monaten. Bis dahin sei die Schulter nicht zu belasten und die Physiotherapie fortzuführen (Suva-Nr. 153 S. 2 f.).

4.19 Aus dem Bericht der Universitätsklinik L.____ vom 20. Oktober 2022 geht hervor, drei Monate postoperativ gehe es dem Patienten eigentlich gut. Er habe wenig Schmerzen und komme voran mit der Physiotherapie. Bis dato sei keine Belastung erfolgt. Die Beurteilung lautete wie folgt: Es bestehe eine schöne Wiederherstellung des freien Bewegungsumfanges und eine gut kompenzierte Schmerzsituation. Man könne aktuell mit dem Kraftaufbau beginnen. Der Patient sei bezüglich Selbstmobilisation, Aufbaustraining und Belastungslimiten des Schulter-/Ellbogengelenks beraten und instruiert worden (Suva-Nr. 167 S. 2 f.).

4.20 Im Bericht der Universitätsklinik L.____ vom 24. Januar 2023 wurde dargelegt, der Patient berichte insgesamt über einen guten Verlauf, die Beweglichkeit habe sich schön gebessert. Jedoch bestünden weiterhin noch deutliche Einschränkungen bei der Kraft. Dies führe auch zu Schmerzen. Teilweise bestünden auch Nachtschmerzen. Insgesamt zeige sich ein regelrechter Verlauf mit noch (wie zu erwarten) einer gewissen muskulären Schwäche, welche sich im Laufe der nächsten Monate bessern sollte (Suva-Nr. 174 S. 2 f.).

4.21 Im Physiotherapie-Bericht von H.____, Physiotherapeut FH, vom 30. Mai 2023 wurde angegeben, der Patient sei in Ruhe mehr oder weniger schmerzfrei. Er könne im Alltag alles selbstständig machen. Brauche er aber die Arme über Schulterhöhe, sei er leicht eingeschränkt. Im aktiven Training könne der Patient alles gut bis zur Schulterhöhe. Da der Patient gelernter Maler und in der letzten Tätigkeit Mitarbeiter in der Logistik gewesen sei, wäre vermutlich eine Umschulung notwendig, da er Überkopf- und Hebearbeiten nicht mehr ausführen könne. Die Arbeits-fähigkeit müsse aber von der Klinik L.____ beurteilt werden. Mit der medizinischen Trainingstherapie (MTT) sei fortzufahren (Suva-Nr. 186 S. 2).

4.22 Gemäss dem Sprechstundenbericht der Universitätsklinik L.____ vom 6. Juli 2023 wurden am 5. Juli 2023 zusätzliche Untersuchungen (Röntgen Schulter-Status rechts, Sonographie Schulter rechts und Sonographie Schulter links) vorgenommen. Die Beurteilung lautete wie folgt: Es bestehe ein nicht ganz befriedigendes Resultat ein Jahr postoperativ nach Re-Re-Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit Patch-Verstärkung rechts. Insbesondere zeige sich auch ein Kraftdefizit. Primär sollte mit Physiotherapie fortgefahren und versucht werden, hier die Kraft noch zu verbessern (Suva-Nr. 191 S. 2 f.).

4.23 Dem Sprechstundenbericht der Universitätsklinik L.____ (PD Dr. med. N.____, Oberarzt Orthopädie) vom 4. Oktober 2023 kann entnommen werden, der Patient berichte von einer Besserung der Beweglichkeit, jedoch auch von weiterhin bestehenden Schmerzen lateral beim Heben des Armes. Ebenso bestehe eine Schwäche. Das MRI der Schulter rechts vom 4. Oktober 2023 (Suva-Nr. 203) zeige ■ bei Status nach Re-Re-Rekonstruktion der Supra- und Infraspinatussehne mit Einlage eines Pitch-Patch ■ eine aktuell intakte Rekonstruktion. Es bestünden Zeichen einer Bursitis subacromialis/subdeltoidea. Die Rotatorenmanschettenmuskulatur sowie auch des Muskulus deltoideus seien ohne Atrophie, Verfettung oder Ödem. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, MR-tomographisch bestehe erfreulicherweise eine schön eingehheilte, intakte Rotatorenmanschette. Auch der Patch zeige sich gut inkorporiert. Es bestehe eine gewisse Bursitis-Symptomatik, auch MR-tomographisch sei dort etwas Flüssigkeit vorhanden. Aufgrund dessen werde die Möglichkeit einer subakromialen Infiltration thematisiert. Aufgrund der erreichten Besserungstendenz unter Physiotherapie (bereits während der letzten drei Monate) sei damit zum aktuellen Zeitpunkt Zurückhaltung geboten. Eine MMT-Verordnung zum weiteren muskulären Aufbau werde ausgestellt. Zur Arbeitsfähigkeit wurde wie folgt Stellung genommen: Für die angestammte Tätigkeit als Verpacker mit der Notwendigkeit des Hebens schwerer Gegenstände (bis 50 kg) sei der Patient aktuell weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Zwar zeige sich eine Besserungstendenz, jedoch erscheine hier ein Wiedereinstieg in diese die Schulter schwer belastende Tätigkeit eher nicht realistisch. Entsprechend wäre wohl eine Umschulung am sinnvollsten (Suva-Nr. 202 S. 2 f.).

4.24 Suva-Ärztin Dr. med. C.____, Fachärztin für Chirurgie, hielt in ihrer abschliessenden ärztlichen Beurteilung vom 7. November 2023 nach Auflistung der zahlreichen medizinischen Berichte fest, beim Beschwerdeführer seien nach anamnestischen Angaben bereits in den Jahren 2001 und 2003 operative Versorgungen der Rotatorenmanschette durchgeführt worden. Trotz im Jahr 2019 durchgeführtem Débridement an der rechten Schulter seien belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der rechten Schulter mit Kraftverlust verblieben. Es seien daher am 11. Mai 2021 eine erneute Schulterarthroskopie mit Labrumdébridement, Neobursaverödung, Entfernung subacromialer Gelenkkörper, Débridement des AC-Gelenkkörpers und Acromioplastik rechts durchgeführt worden. Auch

diese Massnahme habe nicht zum gewünschten Erfolg geführt. Aus diesem Grund sei der Beschwerdeführer im Jahr 2022 im Universitätsklinikum L.____ zur Zweitmeinung vorgestellt worden. Hier sei der Verdacht auf eine Insuffizienz der Rotatorenmanschettenrekonstruktion geäussert worden. Am 4. Juli 2022 seien eine nochmalige Arthroskopie der Schulter mit Rotatorenmanschetten-Re-Re-Rekonstruktion rechts (Supraspinatus und Infraspinatus) sowie eine Verstärkung mittels Pitch-Patch und subacromialem Débridement erfolgt. Bei der letzten Vorstellung im L.____ sei ein erneutes MRI der rechten Schulter durchgeführt worden, das eine intakte Rekonstruktion gezeigt habe. Die Rotatorenmanschettenmuskulatur und auch der Musculus deltoideus hätten sich ohne Atrophie, Verfettung oder Ödem gezeigt. Es hätten Zeichen einer Bursitis subacromialis/subdeltoidea bestanden. Im Rahmen der klinischen Untersuchung habe eine gute Beweglichkeit im Bereich der rechten Schulter mit jedoch weiterhin bestehenden Schmerzen lateral beim Heben des Armes und feststellbarer Muskelschwäche bestanden.

Die der Suva-Ärztin gestellten Fragen wurden wie folgt beantwortet: Von weiteren Behandlungen könne mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Besserung des unfallbedingten Gesundheitsschadens erwartet werden. Nach mehrfachen Operationen bestehe zwar noch eine residuelle Beschwerdesymptomatik mit mässig eingeschränkter Beweglichkeit und Kraftlosigkeit im Bereich des rechten Armes. Weitere Therapieoptionen seien jedoch weder vom Behandler in der Universitätsklinik L.____ noch vom vorherigen Behandler im F.____ angeboten worden. Im Hinblick auf die Unfallfolgen sei folgendes Belastbarkeitsprofil zu definieren: Zumutbar sei eine leichte bis vereinzelt mittelschwere Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der rechten oberen Extremität. Gewichte dürften bis ca. 10 bis 15 kg auf Hüfthöhe angehoben und kurzzeitig getragen werden, bis 5 kg auf Brusthöhe körpernah, bis 2 kg auf Brusthöhe körperfern. Nicht zumutbar sei eine belastete Tätigkeit über Schulterhöhe. Eine dauerhafte Gewichtsbelastung sei nicht möglich. Nicht zumutbar seien Stoss- und Vibrationsbelastungen mit Auswirkungen auf die betroffene Extremität. Die Fähigkeit, auf Leitern, Gerüsten und anderen absturzgefährdeten Positionen zu arbeiten, sei aufgrund der fehlenden Möglichkeit zur Eigensicherung nicht gegeben. Für eine angepasste Tätigkeit bestehe die volle zeitliche und leistungsmässige Einsetzbarkeit (Suva-Nr. 207).

4.25 Aus dem im Einspracheverfahren eingereichten Bericht der Universitätsklinik L.____ (Dr. med. O.____, Oberarzt Orthopädie; Dr. med. P.____, Assistenzarzt Orthopädie) vom 29. November 2024 geht hervor, der Patient berichte über persistierende Schulterschmerzen auf der rechten Seite, welche nun seit der letzten Konsultation vor einem Jahr nicht besser geworden seien. Er habe nach wie vor grösste Mühe, die Schulter bei alltäglichen Aktivitäten einzusetzen. Er müsse die Haushaltarbeiten immer wieder unterbrechen aufgrund von Schmerzen sowie fehlender Kraft. Instabilitätsgefühle seien verneint worden. Der Patient führe zurzeit keine Physiotherapie durch. Eine Arbeit in der Verpackungsfirma sei nicht möglich. Eine Umschulung sei angedacht. Das MRI der Schulter rechts vom 29. November 2024 (Befundübernahme aus der Beurteilung der Radiologie) ergab Folgendes: Status nach Re-Rekonstruktion der Supra- und Infraspinatussehne, kein Nachweis einer Reruptur. Im geringen Ausmass sei Flüssigkeit in der Bursa subacromialis/subdeltoidea vorhanden, in erster Linie regulären postoperativen Veränderungen entsprechend. Es bestehe eine geringe Omarthrose. Im Rahmen der Beurteilung wurde vermerkt, die Symptomatik des Patienten lasse sich aktuell aus schulterchirurgischer Sicht nicht objektivieren. Zum aktuellen Zeitpunkt bestehe keine

Interventionsindikation. Die Arbeit als Verpacker, welche körperlich streng sei, sei aktuell nicht möglich. Es werde gegebenenfalls eine Therapie im Schmerzambulatorium des Universitätsspitals M.____ (M.____) empfohlen. Der Patient werde sich dies überlegen. Es werde keine offizielle Kontrolle geplant (Suva-Nr. 259 S. 2 f.).

E. 5.1

5.1.1 Gestützt auf den oben (unter E. II. 4. hiervor) dargelegten medizinischen Verlauf nach dem Unfallereignis vom 25. Juli 2019, als der Beschwerdeführer beim Tragen eines 40 kg schweren Duschkabinenglases ausgerutscht und mit dem Glas auf einen Tisch gefallen war und sich dabei an der rechten Schulter verletzt hatte (vgl. Schadenmeldung UVG vom 2. Oktober 2019, Suva-Nr. 10; vgl. E. II. 4.2 hiervor), teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 14. November 2023 mit, es sei gemäss der Beurteilung ihrer Versicherungsmedizin davon auszugehen, dass mit einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden könne. Aus diesem Grund stelle sie die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31. Dezember 2023 ein (Suva-Nr. 215). Daraufhin stellte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 27. Dezember 2023 fest, eine erhebliche unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit liege nicht vor, weshalb sie ab 1. Januar 2024 keine Invalidenrente ausrichten könne (Suva-Nr. 237). Die dagegen erhobene Einsprache, womit der Beschwerdeführer die nochmalige Prüfung der Angelegenheit verlangte (Suva-Nr. 245 S. 1), wies die Beschwerdegegnerin mit vorliegend angefochtenem Einspracheentscheid vom 27. Dezember 2024 im Wesentlichen mit der Begründung ab, sie habe ihre Leistungspflicht im Rahmen eines Rückfalles in Bezug auf den früher erlittenen Unfall vom 10. Oktober 2000 (Sturz von der Leiter mit Hyperextensionstrauma des rechten Armes im Schultergelenk [vgl. E. II. 4.1 hiervor]) anerkannt und die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Taggeld, Heilkosten) erbracht. Aus der versicherungsmedizinischen Beurteilung ergebe sich, dass der Zeitpunkt für den Fallabschluss als erreicht anzusehen sei. Auch sei es dem Beschwerdeführer ohne zeitliche Einschränkung zuzumuten, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, welche die angegebenen Einschränkungen berücksichtige. Anderslautende Arztberichte finde man in den Akten nicht, vielmehr bestätige auch der Bericht der Universitätsklinik L.____ vom 4. Oktober 2023 (E. II. 4.23 hiervor) diese Schlussfolgerungen. Es bestehe kein Anhaltspunkt, der gegen den Beweiswert der Beurteilung der Suva-Ärztin Dr. med. C.____ (E. II. 4.24 hiervor) spreche, weshalb darauf abzustellen sei. Es werde zu Recht davon ausgegangen, dass der Zeitpunkt für die Rentenprüfung gekommen sei und der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit vollzeitlich tätig sein könne. Von der Abnahme weiterer Beweise sei abzusehen (Suva-Nr. 265; A.S. 1 ff.).

5.1.2 Der Beschwerdeführer hält dem entgegen, nach seiner Untersuchung in der Universitätsklinik L.____ sei ihm mitgeteilt worden, dass sich an seiner Situation nichts mehr ändern lasse. Er sei in jeder Situation eingeschränkt (A.S. 10). Es gehe ihm auch psychisch nicht mehr so gut nach dem Tod seiner Freundin und seiner Mutter. Das Hauptproblem sei die Einschränkung durch seine Schulter im Alltag. Im Haushalt müsse er die Arbeiten aufteilen; es gehe nicht, alles auf einmal zu erledigen. Nach sechs Operationen wisse er nicht, ob dies auch Auswirkungen auf seinen Schlaf habe. Auch dies sei ein grosses Problem (A.S. 13).

E. 5.2

5.2.1 Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den Fall mit Verfügung vom 27. Dezember 2023 (Suva-Nr. 237) bzw. vorliegend angefochtenem Einspracheentscheid vom 27. Dezember 2024 (Suva-Nr. 265; A.S. 1 ff.) abgeschlossen und einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente ab 1. Januar 2024 verneint hat. Nach Gesetz und Rechtsprechung hat der Unfallversicherer den Fall (unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen [Heilbehandlung und Taggeld] sowie mit Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung) abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1, 134 V 109 E. 4.1; Urteil 8C_676/2023 vom 22. Mai 2024 E. 3.1). Ob eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes anzunehmen ist, bestimmt sich namentlich ■ aber nicht ausschliesslich ■ nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Der Begriff «namhaft» verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen ■ wie etwa einer Badekur ■ zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden. Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_459/2023 vom 18. Juni 2024 E. 4.3 mit Hinweisen).

5.2.2 Vorliegend kam die Suva-Ärztin Dr. med. C.____, Fachärztin für Chirurgie, nach eingehender Würdigung der Aktenlage in ihrer abschliessenden ärztlichen Beurteilung vom 7. November 2023 zum Schluss, von weiteren Behandlungen könne mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden. Nach mehrfachen Operationen bestehe zwar noch eine residuelle Beschwerdesymptomatik mit mässig eingeschränkter Beweglichkeit und Kraftlosigkeit im Bereich des rechten Armes, weitere Therapieoptionen seien jedoch weder vom Behandler in der Universitätsklinik L.____ noch vom vorherigen Behandler im F.____ angeboten worden (Suva-Nr. 207 S. 7; vgl. E. II. 4.24 hiervor). Diese fachärztliche Beurteilung der Suva-Ärztin ist nachvollziehbar und erscheint plausibel. So stellte der behandelnde Orthopäde der Universitätsklinik L.____, PD Dr. med. N.____, Oberarzt Orthopädie, in seinem Bericht vom 4. Oktober 2023 gestützt auf das MRI der rechten Schulter gleichen Datums fest, bei Status nach Re-Re-Rekonstruktion der Supra- und Infraspinatussehne mit Einlage eines Pitch-Patch (netzartiges Implantat zur dauerhaften Verstärkung der Rotatorenmanschette) bestehe aktuell eine intakte Rekonstruktion. MR-tomographisch präsentiere sich erfreulicherweise eine schön eingeheilte, intakte Rotatorenmanschette und auch der Patch zeige sich gut inkorporiert. Zur Möglichkeit einer subakromialen Infiltration nahm er dahingehend Stellung, aufgrund der erreichten Besserungstendenz unter Physiotherapie (bereits während der letzten drei Monate) wäre er damit zum aktuellen Zeitpunkt zurückhaltend. Dementsprechend wurde von ihm ausschliesslich eine Verordnung für medizinische Trainingstherapie (MTT) zum weiteren muskulären Aufbau ausgestellt (Suva-Nr. 202 S. 3; vgl. E. II. 4.23 hiervor). Dass von der

Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers mehr erwartet werden kann, ist auch dem im Einspracheverfahren eingereichten jüngsten Bericht der Universitätsklinik L.____ vom 29. November 2024 zu entnehmen. Dr. med. O.____, Oberarzt Orthopädie, und Dr. med. P.____, Assistenzarzt Orthopädie, kamen gestützt auf das vorliegend jüngste MRI der rechten Schulter vom 29. November 2024 zum Schluss, die vom Beschwerdeführer angegebene Symptomatik (persistierende Schulterschmerzen auf der rechten Seite, welche seit der letzten Konsultation vor einem Jahr nicht besser geworden seien; fehlende Kraft) lasse sich aktuell aus schulterchirurgischer Sicht nicht objektivieren. Zum aktuellen Zeitpunkt bestehe keine Interventionsindikation. Es werde gegebenenfalls eine Therapie im Schmerzambulatorium des Universitätsspitals M.____ (M.____) empfohlen (Suva-Nr. 259 S. 3; vgl. E. II. 4.25 hiervor). Auch der behandelnde Orthopäde des F.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie (Dr. med. G.____, Leitender Arzt) kam damals in seinem Bericht vom 17. Mai 2022 zum Schluss, die bisherigen Bemühungen mit längerer Physiotherapie, arthroskopischem Débridement und auch Infiltrationen hätten keinerlei Beschwerdebesserung gebracht; der Beschwerdeführer wurde deshalb für eine Zweitmeinung in die Universitätsklinik L.____ überwiesen (Suva-Nr. 135 S. 2 f.; vgl. E. II. 4.15 hiervor).

Angesichts dieser übereinstimmenden fachärztlichen Beurteilungen ist davon auszugehen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers, d.h. einer Steigerung seiner Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden kann. Der Zeitpunkt für den Fallabschluss ist deshalb als erreicht anzusehen. Dass von den behandelnden Ärzten wegen der noch bestehenden Schmerzsymptomatik an der rechten Schulter eine medizinische Trainingstherapie zum weiteren muskulären Aufbau und allenfalls eine Schmerztherapie als indiziert angesehen wird, führt zu keiner anderen Beurteilung. Es gilt zu beachten, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses durch die Suva per Ende 2023 keine Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung zur Diskussion standen. Der Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (und eine Invalidenrente) wurde mit rechtskräftiger Verfügung vom 25. Mai 2021 abgewiesen (vgl. Suva-Nr. 110). Die vom Beschwerdeführer erwähnten psychischen Probleme werden in keinem der oben dargelegten ärztlichen Berichte erwähnt. Sie sind gemäss seinen eigenen Angaben auch nicht auf den Unfall vom 25. Juli 2019, sondern auf andere Gründe (Tod der Freundin und der Mutter) zurückzuführen. Für die Frage, ob von weiterer ärztlicher Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann, sind ohnehin nur die somatischen Leiden zu berücksichtigen (BGE 134 V 109 E. 6.1). Der Fallabschluss per Ende 2023 erfolgt nach dem Gesagten somit zu Recht.

5.3 Gestützt auf die übereinstimmenden fachärztlichen Angaben des F.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 8. November 2021, 8. April 2022 und 17. Mai 2022 (Suva-Nr. 125 S. 2 f., 132 S. 2 f. und 135 S. 2 f.); E. II. 4.13 bis 4.15 hiervor), der Universitätsklinik L.____ vom 4. Oktober 2023 (Suva-Nr. 202; E. II. 4.23 hiervor) und 29. November 2024 (Suva-Nr. 259 S. 2 f.; E. II. 4.25 hiervor) sowie die Aktenwürdigung durch die Suva- und Fachärztin Dr. med. C.____ vom 7. November 2023 (Suva-Nr. 207; E. II. 4.24 hiervor) ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer überwiegend wahrscheinlich die angestammte, körperlich schwere Tätigkeit als Verpacker mit der Notwendigkeit, schwere Gegenstände zu heben, aktuell und auch künftig nicht mehr

ausüben kann. Nach der überzeugenden Beurteilung der Suva- und Fachärztin ist ihm jedoch eine leichte bis vereinzelt mittelschwere Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der rechten oberen Extremität zuzumuten. Gewichte dürfen bis ca. 10 bis 15 kg auf Hüfthöhe angehoben und kurzzeitig getragen werden, bis 5 kg auf Brusthöhe körpernah und bis 2 kg auf Brusthöhe körperfern. Nicht zumutbar ist eine belastete Tätigkeit über Schulterhöhe. Eine dauerhafte Gewichtsbelastung ist nicht möglich. Nicht zumutbar sind sodann Stoss- und Vibrationsbelastungen mit Auswirkungen auf die betroffene Extremität. Die Fähigkeit, auf Leitern, Gerüsten und anderen absturzgefährdeten Positionen zu arbeiten, ist aufgrund der fehlenden Möglichkeit zur Eigensicherung nicht gegeben. Für eine derart angepasste Tätigkeit besteht eine volle zeitliche und leistungsmässige Einsetzbarkeit (Suva-Nr. 207 S. 8; vgl. E. II. 4.24 hiervor). Mit diesem Belastungsprofil ist es dem Beschwerdeführer möglich und zuzumuten, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, welche diese Einschränkungen berücksichtigt. Anderslautende Berichte gehen aus den vorliegend ins Recht gelegten Akten nicht hervor. Somit sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, aufgrund welcher der Beweiswert der fachärztlichen Beurteilung von Dr. med. C.____ in Frage gestellt werden müsste. Deren Bericht vom 7. November 2023 ist umfassend, schlüssig, nachvollziehbar begründet und widerspruchsfrei. Zweifel an der Zuverlässigkeit dieser versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen nicht. Dass es sich dabei um eine reine Aktenbeurteilung handelt, vermag den Beweiswert dieser Einschätzung nicht zu schmälern. Für weitere Beweismassnahmen besteht kein Anlass. Im Folgenden ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu prüfen.

E. 6

6.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C_528/2021 vom 3. Mai 2022 E. 4.2.2. mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin erachtete es als überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer ohne Unfall nach wie vor die angestammte Tätigkeit als Packer (100%-Pensum) bei der bisherigen Arbeitgeberin, der B.____, [...], ausüben würde. Dementsprechend setzte sie das Valideneinkommen des Beschwerdeführers gestützt auf die Angaben der Arbeitgeberin für das Jahr 2024 vom 20. Dezember 2023 auf CHF 62'850.00 fest (CHF 4'750.00 x 13 + jährliche AHV-pflichtige Zulage von CHF 1'100.00; vgl. Suva-Nr. 228 S. 3 und 236 S. 4). Die Festsetzung des Valideneinkommens in dieser Höhe erweist sich als korrekt und ist daher nicht zu beanstanden. Sie wird auch vom Beschwerdeführer nicht bestritten.

6.2 Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der ■ kumulativ ■ besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des

Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können LSE-Tabellenlöhne herangezogen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_545/2020 vom 4. November 2020 E. 5.1. mit Hinweis). Die Beschwerdegegnerin zog im vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid vom 27. Dezember 2024 die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstruktur (LSE) 2022 bei, da der Beschwerdeführer unbestrittenermassen keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hatte, und ermittelte ein Jahreseinkommen von CHF 68'506.00 (Tabelle TA1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1, Männer: CHF 5'305.00 x 12; angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden sowie nach Anrechnung der Erhöhung der Nominallöhne von 1.7 % für das Jahr 2023 und von 1.5 % für das Jahr 2024).

Mit dem Abzug vom Tabellenlohn von höchstens 25 % nach BGE 126 V 75 soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg verwerten kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_383/2020 vom 21. September 2020 E. 4.2.1. mit Hinweis). Vorliegend berücksichtigte die Beschwerdegegnerin für die verbliebenen, unfallkausalen Beeinträchtigungen an der rechten Schulter einen leidensbedingten Abzug von 5 %, was zu einem Invalideneinkommen von CHF 65'080.00 führte (CHF 68'506.00 - 5 %). Angesichts des Umstands, dass dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht leichte bis vereinzelt mittelschwere Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der rechten oberen Extremität zuzumuten sind und er dabei insoweit eingeschränkt ist, als das Heben von schweren Gewichten, eine belastenden Tätigkeit über Schulterhöhe, eine dauerhafte Gewichtsbelastung, Stoss- und Vibrationsbelastungen mit Auswirkungen auf die betroffene Extremität und Arbeiten auf Leitern, Gerüsten und anderen absturzgefährdeten Positionen nicht möglich ist, erscheint ein Abzug als angezeigt. Die Tätigkeiten im Kompetenzniveau 1 umfassen bereits viele leichte Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie einfache administrative Tätigkeiten, welche der Beschwerdeführer auch mit den erwähnten Einschränkungen ausüben kann. Demnach sind die Voraussetzungen für einen Abzug von mehr als 10 % nicht gegeben. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 5 % ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 65'080.00, mit einem Abzug von 10 % ein solches von CHF 61'655.00. Stellt man diese Werte dem Valideneinkommen von CHF 62'850.00 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) das Invalideneinkommen von CHF 65'080.00 gegenüber, so ergibt sich für den Beschwerdeführer aus Sicht der Unfallversicherung ein relevanter Invaliditätsgrad von nicht mehr als 2 %. Der für eine Rente vorausgesetzte Invaliditätsgrad von 10 % (Art. 18 Abs. 1 UVG) wird damit nicht erreicht. Bei diesem Ergebnis hat die Beschwerdegegnerin zu Recht den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente verneint.

7. Nach dem Gesagten ist die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. Dezember 2023 bzw. der diese bestätigende, vorliegend angefochtene Einspracheentscheid vom 27. Dezember 2024, worin der Zeitpunkt für den Fallabschluss per Ende 2023 als gekommen angesehen und ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente ab

1. Januar 2024 verneint wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 8

8.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

8.2 In Beschwerdesachen der Unfallversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht sind (abgesehen vom hier nicht interessierenden Fall einer mutwilligen oder leichtsinnigen Prozessführung) keine Verfahrenskosten zu erheben, weil dies im UVG nicht vorgesehen ist (Art. 61 lit. fbis ATSG).

Demnach wird erkannt:

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

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

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