

SO_GERICHTE VSBES.2025.31 vom 25. Juli 2025

SO Obergericht, 2025-07-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2025.31_d20250725

FR: SO_GERICHTE VSBES.2025.31 du 25 juillet 2025

IT: SO_GERICHTE VSBES.2025.31 del 25 luglio 2025

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 14

August 2003 zog sich der damals noch nicht bei der Suva versicherte A.____, geb. 1988, am 9. August 2003 eine subcapitale Humerusfraktur rechts nach einem Velosturz zu (SA-Nr. [Akten der Suva] 80).

2. Sodann stürzte der mittlerweile bei der Suva (nachfolgend Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versicherte A.____ (nachfolgend Beschwerdeführer) gemäss Schadenmeldung UVG vom 25. Juni 2012 (SA-Nr. 1) am 16. Juni 2012 mit dem Fahrrad. Gemäss den Angaben in der Schadenmeldung habe er sich hierbei eine Prellung der Schulter rechts zugezogen. Im Röntgenbericht des C.____ vom 17. Februar 2012 (SA-Nr. 66) wurde diesbezüglich als Befund festgehalten, es erfolge ein Bildvergleich zum 1. September 2003. Die ehemalige subcapitale Humerusfraktur sei inzwischen vollständig konsolidiert und kaum mehr erkennbar. Keine frische Refraktur, keine Luxation. Die Beschwerdegegnerin richtete im Zusammenhang mit dem Unfall die vorübergehenden Leistungen wie Heilbehandlung und Taggeld aus.

3. Am 23. Februar 2023 liess der Beschwerdeführer einen Rückfall betreffend den Unfall vom 16. Juni 2012 melden (SA-Nr. 8), wobei als Rückfalldatum der 16. Februar 2023 angegeben wurde. An diesem Datum wurde im D.____ ein MRT des rechten Schultergelenkes durchgeführt, wobei unter anderem eine Omarthrose mit zum Teil flächig ausgedünnten Knorpeloberflächen und subchondralem Knochenmarködem festgestellt wurde (SA-Nr. 15). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädie und Chirurgie FMH, Suva-Versicherungsmedizin, eine ärztliche Beurteilung ein (SA-Nr. 81). Gestützt darauf hielt die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 4. Juni 2024 (SA-Nr. 82) fest, die medizinischen Unterlagen zeigten keinen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 16. Juni 2012 und den Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers. Die Suva erbringe aufgrund dieser Situation keine Versicherungsleistungen. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 5. Juli 2024 Einsprache erheben (SA-Nr. 83) und einen Bericht des behandelnden Orthopäden einreichen. Hierauf legte die Beschwerdegegnerin die Akten erneut Dr. med. E.____, Suva-Versicherungsmedizin, zur Beurteilung vor (SA-Nr. 92). Schliesslich wies sie die Einsprache mit Entscheid vom 2. Januar 2025 (A.S. [Akten-Seite 1 ff.]) ab.

4. Gegen diesen Entscheid lässt der Beschwerdeführer am 3. Februar 2025 (A.S. 10 ff.) fristgerecht Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn erheben. Er stellt folgende Rechtsbegehren:

5. Mit Beschwerdeantwort vom 19. Februar 2025 (A.S. 22 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und reicht die ärztliche Beurteilung von E.____, Facharzt für Orthopädie und Chirurgie FMH, Suva-Versicherungsmedizin, vom 18. Februar 2025 (A.S. 26 ff.) zu den Akten.

6. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen.

II.

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

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, SR 832.20, UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der 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).

2.2 Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

3.

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 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181).

3.3 Die Unfallversicherung gewährt auch für Rückfälle und Spätfolgen Leistungen (Art. 11 Verordnung über die Unfallversicherung / UVV; SR 832.202), wobei der Versicherer des erstmaligen Unfallereignisses zuständig ist (Kaspar Gehring in: Ueli Kieser / Kaspar Gehring / Susanne Bollinger [Hrsg.], Kommentar zu den Bundesgesetzen über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, Zürich 2018, Art. 6 UVG N 25). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Gesundheitsschädigung, so dass eine ärztliche Heilbehandlung notwendig wird und es möglicherweise zu einer (weiteren) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders garteten Krankheitsbild führen (Irene Hofer in: Basler Kommentar zum UVG, Art. 6 N 117; Gehring, a.a.O., Art. 6 N 26 f.).

Rückfälle und Spätfolgen schliessen an ein bestehendes Unfallereignis an. Der damalige Unfallversicherer ist nur dann leistungspflichtig, wenn zwischen dem versicherten Unfallereignis und dem Rückfall resp. der Spätfolge ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann von der im Grundfall anerkannten natürlichen Kausalität nicht ohne weiteres auf einen Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Rückfall geschlossen werden. Der Beweis für den Bestand des natürlichen Kausalzusammenhangs obliegt der versicherten Person, d.h. bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu deren Lasten aus (Hofer, a.a.O., Art. 6 N 117; André Nabold in: Marc Hürzeler / Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht ■ UVG, Bern 2018, Art. 6 N 90; Gehring, a.a.O., Art. 6 N 28). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (Gehring, a.a.O., Art. 6 N 28). Für den adäquaten Kausalzusammenhang wiederum gelten die gleichen Kriterien wie beim ursprünglichen Unfallereignis (a.a.O., N 29).

Die Anerkennung eines Rückfalls oder von Spätfolgen setzt eine nachträgliche Änderung der anspruchrelevanten Verhältnisse voraus (Thomas Flückiger in: Basler Kommentar zum UVG, Art. 22 N 44). Führt der Rückfall oder die Spätfolge zu einer dauerhaften Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit, so ist die beim Abschluss des Grundfalls zugesprochene Rente in Anwendung von Art. 17 Abs. 1 ATSG zu revidieren (Nabold, a.a.O., Art. 6 N 92).

4.

4.1 Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. der Richter von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 263 und 282 E. 4a, 116 V 23 E. 3c S. 26 f. mit Hinweisen).

4.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein

Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

5. Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die als Rückfall gemeldeten Schulterbeschwerden rechts, aufgrund derer sich der Beschwerdeführer ab dem 16. Februar 2023 wieder in ärztliche Behandlung begeben hatte, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 16. Juni 2012 zurückzuführen sind. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 Im Bericht des C.____ vom 3. September 2003 (SA-Nr. 15, S. 5) wurde ein Status nach subcapitaler Humerusfraktur rechts nach Velosturz vom 9. August 2003 diagnostiziert. Seit der letzten Konsultation am 14. August 2003 und Ruhigstellung des rechten Armes in Desault-Gilet sei der Beschwerdeführer beschwerdefrei. Die Röntgenaufnahmen vom 1. September 2003 zeigten im Vergleich zu den Voraufnahmen unveränderte Stellungsverhältnisse mit diskreter Varuskippung des Humeruskopfes, der Gelenkkopf sei gut zentriert, die Fraktur sei in Konsolidation mit lateral noch sichtbarem Frakturpalt. Bei radiologisch konsolidierten Verhältnissen und klinischer Schmerzfreiheit des Patienten könne ab jetzt die Freigabe des rechten Armes erfolgen.

5.2 Im Bericht des C.____ über die ambulante Behandlung vom 17. Juni 2012 (SA-Nr. 33) wurde als Verdachtsdiagnose eine Läsion M. supraspinatus rechts gestellt. Der Beschwerdeführer sei am Vortag mit dem Fahrrad auf die rechte Schulter und den rechten Arm gestürzt. Er habe sich dabei mehrere Schürfwunden zugezogen. Befunde: «Arm rechts: mehrere Schürfwunden an Ober- und Unterarm. Keine Schwellung, kein Hämatom. Keine Druckdolenz über Clavicula, Scapula, Acromion, Humerus oder über Muskulatur. Sensibilität intakt. Aktive Abduktion 30°, Schürzengriff möglich, Nackengriff nicht möglich. Abduktion passiv bis 110° möglich.»

5.3 Im Röntgenbericht des C.____ vom

E. 18

Februar 2025 (A.S. 26) führte Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädie und Chirurgie FMH, Suva-Versicherungsmedizin, aus, wäre es 2012 zu strukturellen Läsionen im Bereich der rechten Schulter gekommen, hätten Beschwerden persistieren müssen, welche (hier könne Dr. med. F.____ zugestimmt werden) weitere Abklärungen zur Folge (z.B. MRT) nach sich gezogen hätten. In Folge des Unfalls vom 16. Juni 2012 fänden sich keine weiteren dokumentierten Brückensymptome und keine weiteren getätigten Abklärungen. Nochmals sei darauf hingewiesen, dass im Röntgen vom 17. Juni 2012 keine Fraktur zur Darstellung komme. Es vergehe über ein Jahrzehnt bis zur Rückfallmeldung im Jahr 2023. Wäre es am 16. Juni 2012 zu einem angeblichen Knorpelschaden/[Knochenmark]-Ödem (so wie von Herrn Dr. F.____ erwähnt) gekommen, so hätten Beschwerden persistieren müssen. Diesbezüglich halte Hempfling et al. in der Gutachter-Fachliteratur nämlich fest, dass «im

Kernspintomogramm [MRT] sichtbare Knochenmarködeme häufig mit Schmerzen vergesellschaftet» seien. D. h. von entscheidender Bedeutung sei die rasche Beschwerdefreiheit des Versicherten in Folge des Unfalls vom 16. Juni 2012, was mit überwiegender Wahrscheinlichkeit strukturelle Läsionen am 16. Juni 2012 ausschliesse. Sodann gehe das Schreiben von Herr PD Dr. H. ___ vom 29. Januar 2025 nicht explizit auf die Bildgebung des Versicherten ein bzw. Dr. med. H. ___ erwähne in keiner Weise, dass er die Röntgenbilder vom 17. Juni 2012 und 15. März 2023 bzw. das MRI vom 16. Februar 2023 selbst eingesehen habe. Auch führe er keine Aktenzusammenfassung auf, so dass unklar bleibe, inwiefern er Stellung zum Dossier nehme. Seine Ausführungen seien nämlich genereller Natur über subcapitale Humerusfrakturen bei Kindern und Adoleszenten. In der Versicherungsmedizin sei jedoch der Einzelfall zu prüfen. Zwischen dem Ereignis am 16. Juni 2012 und dem Röntgen vom 17. Juni 2012 sei lediglich ein Tag vergangen. Da stelle sich die Frage, wie sich Herr Dr. F. ___ und Herr PD Dr. H. ___ die eindeutig sichtbare knöcherne Ausziehung im Röntgen vom 17. Juni 2012 erklärten, wenn keine frische Fraktur vorliege. Eine solche knöcherne Ausziehung könne nicht innerhalb vom 24 Stunden entstanden sei im Gegenteil: Sie sei Ausdruck einer viel länger verlaufenden Pathologie. D. h. die Arthrose beim Versicherten habe bereits weit vor dem 16. Juni 2012 begonnen. Es überrasche daher auch nicht, dass 11 Jahre später diese Verknöcherung (jetzt im Sinne einer fortgeschrittenen Arthrose) zugenommen habe, so wie im Röntgen vom 15. März 2023 gut ersichtlich sei. Hinzukomme, dass eine sog. subkapitale Fraktur genau die Region betreffe, welche am 17. Juni 2012 verändert (knöcherne Ausziehung) zur Darstellung gekommen sei. Im echtzeitlichen Bericht vom 14. August 2003 sei nämlich die Rede von einer «Varuskippung des Humeruskopfes», so dass 2003 eine Frakturform, wie auf Abbildung 2 ersichtlich, vorgelegen haben müsse. Der Unfall von 2003 habe die Anatomie / Geometrie des Oberarmkopfes nachweislich verändert, so liege eine Varus-Konfiguration vor, siehe Abb. 3. Diese Fehlverheilung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf 2003 und nicht auf 2012 zurückführen. Nochmals sei darauf hingewiesen, dass 2012 keine Fraktur habe nachgewiesen werden können. Die allgemeinen Ausführungen von Herrn PD Dr. H. ___ am 29. Januar 2025 könnten für kindliche Frakturen zutreffen, bei welchen die Frakturen oft anatomisch ausheilten (je jünger die Patienten, desto höher das Remodelling-Potential, was PD Dr. H. ___ allgemein als «Dies bedeutet, dass sich Fehlstellungen mit dem weiteren Längenwachstum des Knochens von alleine ausgleichen» beschreibe. Im vorliegenden Fall handle es sich jedoch um eine nachgewiesene Fraktur im Jahr 2003 bei einem damals 15-jährigen Adoleszenten. Wie mit Abb. 2 und 3 aufgezeigt werden könne, sei die Fraktur aus dem Jahr 2003 eben nicht in anatomischer Stellung (= pathologisch) verheilt. D. h. die Anatomie des rechten Schultergelenkes sei 2003 unbestritten richtungsgebend verändert worden. Auf diesen Sachverhalt gehe weder Herr Dr. F. ___ noch Herrn PD Dr. H. ___ ein. Eine veränderte Geometrie/Anatomie eines Gelenkes (= Deformation) sei sehr wohl prädisponierend für eine Arthrose-Entwicklung, wie der vorliegende Fall aufzeige. Bestätigt werde dies beispielsweise in der gutachterlichen Fachliteratur von Hempfling et al. [1]. Herr PD Dr. H. ___ halte in seinem Schreiben vom 29. Januar 2025 fest, dass «eine subkapitale Humerusfraktur eine extraartikuläre Fraktur darstellt» und «von einer Verletzung des Gelenkknorpels, wie z. B. bei intraartikulären Frakturen, nicht auszugehen» sei. Dies möge vielleicht für vollständig anatomisch verheilte subcapitale Frakturen von Kindern zutreffen, im konkret zu beurteilendem Fall sei es im Jahr 2003 unbestritten zu einer richtungsgebenden anatomischen Veränderung der Schultergelenkgeometrie gekommen. Der damals 15-jährige Adoleszente habe die Fraktur

nicht mehr vollständig remodellieren können. Verblieben sei ein deformierter Oberarmkopf, wie im Röntgen vom 17. Juni 2012 ersichtlich. Insofern sei der vorliegende Sachverhalt nicht als kindliche Fraktur zu beurteilen, sondern analog zu Erwachsenen. Unter Berücksichtigung des MRIs vom 16. Februar 2023 könne festgehalten werden, dass es weder im Jahr 2003 noch 2012 zu einem Abriss eines Muskels im Bereich der Schulter (Rotatorenmanschette) gekommen sei. D.h. Die Aussage des Versicherten im E-Mail vom 12. Januar 2024 («ich habe mir damals einen Muskel abgerissen, der nie wieder fixiert werden konnte, dadurch wurde das Schultergelenk einseitig mehr abgenutzt») könne in keiner Weise objektiviert werden. Herrn PD Dr. H. ___ könne zugestimmt werden, dass von «einer Verletzung der Schulter umgebenden Muskeln (Rotatorenmanschette)» nicht auszugehen sei. Bemerkenswert sei jedoch die Aussage des Beschwerdeführers vom 12. Januar 2024: «Der behandelnde Arzt hat mir schon 2012 sagen können, dass man die Schulter nach ca. 10 Jahren operieren werden muss» und vom 22. Mai 2024: «Da damals im Jahr 2012 im Notfall der Arzt bestätigt hat, dass er einmal operieren müsste». Diese Aussagen des Versicherten selbst passten zum radiologischen Befund vom 17. Juni 2012. D.h. der behandelnde Arzt habe im Jahr 2012 die knöchernen Ausziehung bzw. die beginnende Arthrose erkannt und entsprechend dem natürlichen Verlauf einer Arthrose den Versicherten dahingehend informiert, dass diese bereits 2012 bestehende Arthrose naturgemäss weitervoranschreiten werde. Die eigenen Aussagen des Versicherten vom 12. Januar 2024 und 22. Mai 2024 untermauere, dass die Arthrose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den 9. August 2003 zurückzuführen sei. Zusammenfassend seien die Ausführungen von Herrn PD Dr. H. ___ von allgemeiner Natur und könnten vielleicht für kindliche Oberarmkopf-Frakturen zutreffen, welche wieder in anatomischer Position ausheilten. In der Versicherungsmedizin gelte es jedoch den Einzelfall zu prüfen, was aus dem Schreiben von Herrn PD Dr. H. ___ vom 29. Januar 2025 nicht hervorgehe. Im vorliegenden Fall handle es sich nicht um eine kindliche Oberarmkopf-Fraktur, sondern um einen nachweislichen Knochenbruch bei einem 15-jährigen Adoleszenten, welcher in einer Fehlstellung verheilt sei. In Folge des Unfalls vom 16. Juni 2012 könnten weder strukturelle Läsionen noch persistierende Beschwerden objektiviert werden. Es vergehe ein Jahrzehnt bis zur Rückfallmeldung am 16. Juni 2023. Die rechtsseitige Schultergelenkarthrose sei somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 9. August 2003 zurückzuführen.

6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf die Beurteilungen des Suva-Arztes, Dr. med. E. ___, Facharzt für Orthopädie und Chirurgie FMH, vom 4. Juni 2024 (SA-Nr. 81), 2. Januar 2025 (SA-Nr. 92) sowie 18. Februar 2025 (A.S. 26), weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die vom den Suva-Arzt vorgenommene Kausalitätsbeurteilung zu überzeugen vermag. Er legte nachvollziehbar dar, dass es beim Beschwerdeführer im Zusammenhang mit dem Unfallereignis zu persistierenden Beschwerden hätte kommen müssen, falls es hierbei zu strukturellen Läsionen im Bereich der rechten Schulter gekommen wäre. In Folge des Unfalls vom 16. Juni 2012 fänden sich jedoch keine weiteren dokumentierten Brückensymptome und keine weiteren getätigten Abklärungen. Wäre es im Jahr 2012 zu einem Abriss eines Muskels gekommen, so müsste zudem in dem über 10 Jahre später angefertigten MRI eine entsprechende Muskelatrophie (Rückbildung / Verfettung des Muskels) zur Darstellung kommen. Im radiologischen Bericht vom 16. Februar 2023 werde jedoch explizit eine «Regelrechte Trophik der Rotatorenmanschettenmuskulatur (Goutallier 0)» dokumentiert. Goutallier 0 entspreche

einer normalen Muskulatur. Des Weiteren komme nach eigener Einsicht in das Röntgen der rechten Schulter vom 17. Juni 2012 keine frische Fraktur in Folge des Unfalls vom 16. Juni 2012 zur Darstellung. Aktenkundig sei jedoch eine erlittene «subcapitale Humerusfraktur rechts» am 9. August 2003. Im Bericht vom 14. August 2003 werde festgehalten, dass sich ein «diskreter Varuskippung» finde, d.h. die Anatomie des rechten Schultergelenkes sei in Folge der Fraktur vom 9. August 2003 nachhaltig verändert worden. Es überrasche daher auch nicht, dass im Röntgen vom 17. Juni 2012 ein kleiner knöcherner Sporn / Osteophyt der ehemaligen Fraktur aus dem Jahr 2003 zur Darstellung komme. Dieser Knochensporn / Osteophyt sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Fraktur aus dem Jahr 2003 zurückzuführen und könne nicht innerhalb von einem Tag (Ereignis am 16. Juni 2012, Röntgen vom 17. Juni 2012) entstanden sein. D.h. die Arthrose beim Versicherten habe bereits weit vor dem 16. Juni 2012 begonnen. Es überrasche daher auch nicht, dass 11 Jahre später diese Verknöcherung (jetzt im Sinne einer fortgeschrittenen Arthrose) zugenommen habe, so wie im Röntgen vom 15. März 2023 gut ersichtlich sei. Hinzu komme, dass eine sog. subkapitale Fraktur genau die Region betreffe, welche am 17. Juni 2012 verändert (knöcherne Ausziehung) zur Darstellung gekommen sei. Sodann setzt sich der Suva-Arzt, Dr. med. E. ____, mit den seiner Beurteilung entgegenstehenden ärztlichen Berichten auseinander und weist zu Recht daraufhin, dass sich PD Dr. H. ____ in seinem Schreiben vom 29. Januar 2025 nicht mit der Bildgebung den Beschwerdeführer betreffend auseinandergesetzt hat. Dr. med. H. ____ äussere sich in genereller Natur über subcapitale Humerusfrakturen bei Kindern und Adoleszenten. In der Versicherungsmedizin sei jedoch der Einzelfall zu prüfen. Im vorliegenden Fall handle es sich um eine nachgewiesene Fraktur im Jahr 2003 bei einem damals 15-jährigen Adoleszenten. Wie mit Abb. 2 und 3 aufgezeigt werden könne, sei die Fraktur aus dem Jahr 2003 eben nicht in anatomischer Stellung (= pathologisch) verheilt. D. h. die Anatomie des rechten Schultergelenkes sei 2003 unbestritten richtungsgebend verändert worden. Eine veränderte Geometrie / Anatomie eines Gelenkes (= Deformation) sei sehr wohl prädisponierend für eine Arthrose-Entwicklung, wie der vorliegende Fall aufzeige. Herr PD Dr. H. ____ halte in seinem Schreiben vom 29. Januar 2025 fest, dass «eine subkapitale Humerusfraktur eine extraartikuläre Fraktur darstellt» und «von einer Verletzung des Gelenkknorpels, wie z. B. bei intraartikulären Frakturen, nicht auszugehen» sei. Dies möge vielleicht für vollständig anatomisch verheilte subcapitale Frakturen von Kindern zutreffen, im konkret zu beurteilendem Fall sei es im Jahr 2003 unbestritten zu einer richtungsgebenden anatomischen Veränderung der Schultergelenkgeometrie gekommen. Der damals 15-jährige Adoleszente habe die Fraktur nicht mehr vollständig remodellieren können. Verblieben sei ein deformierter Oberarmkopf, wie im Röntgen vom 17. Juni 2012 ersichtlich. Insofern sei der vorliegende Sachverhalt nicht als kindliche Fraktur zu beurteilen, sondern analog zu Erwachsenen. Gestützt auf das Gesagte sei somit festzuhalten, dass die rechtsseitige Schultergelenkarthrose nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 16. Juni 2012, sondern auf den Unfall vom 9. August 2003 zurückzuführen sei. Diese Ausführungen sind nachvollziehbar und überzeugend. Im Unterschied zu den entgegenstehenden Stellungnahmen setzt sich Dr. med. E. ____ detailliert mit der konkreten Aktenlage auseinander und leitet seine Beurteilung auf dieser Basis her.

Zusammenfassend bestehen keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und den versicherungsinternen Beurteilungen des Suva-Arztes, weshalb darauf abgestellt werden kann. Somit besteht kein Anlass, die vom Beschwerdeführer beantragten medizinischen Abklärungen zu veranlassen.

7. Demnach ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht hinsichtlich des geltend gemachten Rückfalls verneint hat. Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

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

Demnach wird erkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 30 Tagen seit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheidungen (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	Isch

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