

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2019 20

Entscheid vom 16. August 2019

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

1. A. _____,
2. B. _____,
Beschwerdeführer,
beide vertreten durch Rechtsanwältin lic.iur. C. _____,

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfall; Körperschädigung Art. 6 Abs. 2 UVG)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1956) arbeitet seit Januar 2003 bei der Einzelfirma B._____ zu 100% als Bohrmeister und ist bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Gemäss Schadenmeldung vom 15. Februar 2017 hat sich A._____ am 17. Januar 2017 "beim Einziehen des Schliesseiles eines Baggers (wiegt ca. 1,5 Tonnen) die rechte Schulter verrissen" (Vi-act. 2). Am 9. März 2017 wurde A._____ an der rechten Schulter operiert und am 15. März 2017 aus der Klinik entlassen (Vi-act. 23). 14 Tage nach der Operation stürzte A._____ beim Treppensteigen (Vi-act. 14).

B. Nach Einholung von Arztberichten der behandelnden Ärzte sowie einer ärztlichen Beurteilung durch Dr.med. F._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, Kreisarzt) (Vi-act. 32 und 35) lehnte die Suva die Ausrichtung von Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 20. Juni 2017 ab (Vi-act. 37).

C. Dagegen erhob A._____ am 29. Juni 2017 bei der Suva Einsprache (Vi-act. 38). Am 7. Juli 2017 erhob B._____ ebenfalls Einsprache gegen die Verfügung der Suva vom 20. Juni 2017 (Vi-act. 40). Am 18. Juli 2017 liess A._____ erneut Einsprache gegen die Verfügung der Suva vom 20. Juni 2017 erheben und beantragen, es sei die Verfügung vom 20. Juni 2017 aufzuheben, und es seien die gesetzlichen Versicherungsleistungen aus dem Ereignis vom 17. Januar 2017 zu erbringen. C._____ seien die vollständigen Akten zur Verfügung zu stellen sowie eine Fristerstreckung zu gewähren, damit nach Einsichtnahme in die Akten eine ergänzende Begründung vorgenommen werden könne (Vi-act. 42). Mit Stellungnahme vom 6. September 2017 liess A._____ seine Einsprache vom 18. Juli 2017 ergänzen, u.a. mit Einreichen einer ärztlichen Stellungnahme von Dr.med. G._____ (Orthopädie D._____) vom 29. August 2017 (vgl. Vi-act. 47), und an seinen Anträgen betreffend Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Ausrichtung der gesetzlichen Versicherungsleistungen für das Ereignis vom 17. Januar 2017 festhalten (Vi-act. 47).

D. Nach Einholung einer Orthopädisch-chirurgischen Beurteilung von PD Dr.med. H._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie; Leiter Fachgruppe Chirurgie, Suva Versicherungsmedizin) vom 5. Februar 2019 (Vi-act. 52) wies die Suva die Einsprachen mit Entscheid vom 8. Februar 2019 ab, ohne Erhebung von Verfahrenskosten und Ausrichtung einer Parteientschädigung (vgl. Vi-act. 53).

E. Gegen den Einspracheentscheid der Suva vom 8. Februar 2019 lassen A._____ und B._____ am 13. März 2019 rechtzeitig Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz einreichen mit folgenden Anträgen:

1. Es sei der Einspracheentscheid der Suva vom 8. Februar 2019 aufzuheben, und es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen, namentlich Taggeldleistungen vom 20. Januar 2017 bis 30. Juni 2017 sowie die Übernahme der Heilbehandlungskosten, zuzusprechen.
2. Eventualiter sei ein externes oder gerichtliches Gutachten zu veranlassen, und es sei auf dieser Grundlage über den Leistungsanspruch neu zu entscheiden. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

F. Die Vorinstanz beantragt mit Vernehmlassung vom 4. April 2019 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheides vom 8. Februar 2019.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht als sozialversicherungsrechtliches Versicherungsgericht richtet sich gemäss Art. 61 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 grundsätzlich nach kantonalem Recht. Insbesondere gilt dies für Fragestellungen, welche in den bundesrechtlichen Mindestbestimmungen von Art. 61 lit. a bis i ATSG nicht oder nicht abschliessend geregelt werden.

1.2 Vor Erlass eines Entscheides prüft das Gericht nach § 27 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes (VRP; SRSZ 234.110) vom 6. Juni 1974 von Amtes wegen, ob die Voraussetzungen für einen Sachentscheid erfüllt sind. Es prüft u.a. die Zuständigkeit sowie die Rechtsmittelbefugnis (§ 27 Abs. 1 lit. a und d VRP). Ist eine dieser Voraussetzungen nicht gegeben, trifft das Gericht einen Nichteintretensentscheid (§ 27 Abs. 2 VRP).

1.3 Gegen Einspracheentscheide oder Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, kann Beschwerde erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 ATSG). Jeder Kanton bestellt ein Versicherungsgericht als einzige Instanz zur Beurteilung von Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG). Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person oder der Beschwerde führende Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des Beschwerde führenden Dritten im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeit-

geber Wohnsitz hat; lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem das Durchführungsorgan seinen Sitz hat (Art. 58 Abs. 2 ATSG).

1.4 Das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz ist das kantonale Versicherungsgericht im Sinne von Art. 57 ATSG (vgl. § 16 Abs. 1 und 2 lit. a Justizgesetz [JG; SRSZ 231.110] vom 18.11.2009) und somit für die Beurteilung von Beschwerden gegen Einspracheentscheide oder Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, betreffend im Kanton wohnhaften Versicherten zuständig.

1.5 Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung wird die Beschwerdebefugnis des Arbeitgebers bejaht, wenn insbesondere die Versicherteneigenschaft (BGE 106 V 219 Erw. 1) oder das Vorliegen eines Unfalls oder einer unfallähnlichen Körperschädigung streitig ist, zumal diese Fragen direkte Auswirkungen auf die Lohnzahlungspflicht der Arbeitgeber, welche zudem die Prämien bezahlen, haben können (Bundesgerichtsurteil U 519/06 vom 28.9.2007 Erw. 5 m.w.H.).

1.6 Im konkreten Fall ist sowohl das Vorliegen eines Unfalls, als auch der Anspruch auf Versicherungsleistungen aus einer unfallähnlichen Körperschädigung sowie der Anspruch auf Taggeldleistungen, welche Lohnfortzahlungen ersetzen, streitig. Somit ist die Arbeitgeberin zur Beschwerde legitimiert.

Der Sitz der Beschwerde führenden Arbeitgeberin des Beschwerdeführers Ziff. 1 befindet sich im Kanton Schwyz. Somit ist das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz vorliegend zuständig. Nachdem sich der Wohnsitz des Beschwerdeführers im Ausland befindet, sich ein allfällig letzter schweizerischer Wohnsitz aus den Akten nicht ergibt, der Beschwerdeführer Ziff. 1 jedoch nach wie vor bei der Arbeitgeberin mit Sitz im Kanton Schwyz tätig ist, ergibt sich auch daraus ohne weiteres die Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Schwyz. Auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist somit einzutreten.

2.1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

2.1.2 Dabei bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern auf den Faktor selbst. Ohne Belang für

die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist somit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich zog (BGE 134 V 72 Erw. 4.3.1; vgl. Urteil BGer 8C_842/2018 vom 6.5.2019 Erw. 3.3.1). Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet. Ob dies zutrifft, beurteilt sich im Einzelfall, wobei grundsätzlich nur die objektiven Umstände in Betracht fallen (BGE 112 V 201 Erw. 1; RKUV 2000 S. 99 Erw. 2b mit Hinweisen; Urteil BGer 8C_842/2018 vom 6.5.2019 Erw. 3.3.1). Der äussere Faktor ist zentrales Begriffscharakteristikum eines jeden Unfallereignisses; er ist Gegenstück zur - den Krankheitsbegriff konstituierenden - inneren Ursache. Die Bezeichnung der massgebenden Genese wird aber erst durch die weiter erforderliche Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors ermöglicht. Die meisten Krankheiten beruhen auf einer Wechselwirkung von inneren und äusseren Faktoren; oft ist die letztlich pathogene innere Ursache ihrerseits ohne Umwelteinflüsse nicht denkbar. Das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit wurde entwickelt, um die "tausendfältigen kleinen und kleinsten Insulte des täglichen Lebens, die als solche gänzlich unkontrollierbar sind und deshalb nur beim Hinzutreten von etwas Besonderem Berücksichtigung finden sollen", aus dem Unfallbegriff auszuschneiden. Das Merkmal des Ungewöhnlichen macht den alltäglichen Vorgang zum einmaligen Vorfall. Einwirkungen, die aus alltäglichen Vorgängen resultieren, taugen in aller Regel nicht als Ursache einer Gesundheitsschädigung. Liegt der Grund somit allein im Innern des Körpers, ist Krankheit gegeben. Daran ändert die blosser Auslösung des Gesundheitsschadens durch einen äusseren Faktor nichts; Unfall setzt vielmehr begrifflich voraus, dass das exogene Element so ungewöhnlich ist, dass eine endogene Verursachung ausser Betracht fällt (vgl. zum Ganzen Urteil BGer 8C_842/2018 vom 6.5.2019 Erw. 3.3.1 m.w.H. u.a. auf BGE 134 V 72 Erw. 4.1).

Nach der Rechtsprechung kann das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors auch in einer unkoordinierten Bewegung (BGE 130 V 117 Erw. 2.1) oder in einer (im Hinblick auf die Konstitution und berufliche oder ausserberufliche Gewöhnung der betreffenden Person) ausserordentlichen Überanstrengung (vgl. BGE 116 V 139 Erw. 3b; RKUV 1994 S. 38 Erw. 2; vgl. VGE I 2010 164 vom 20.12.2010 Erw. 1.1) bestehen. Das Bundesgericht verneinte u.a. die Ungewöhnlichkeit beim Tragen einer Last von 100kg, einer für den Versicherten berufsüblichen Arbeit, ohne weitere ungewöhnliche Geschehnisse (BGE 134 V 72 Erw. 4.2.1). Bei einem unüblichen Kraftaufwand bzw. einem für den betreffenden Beruf ungewöhnlichen und 100kg übersteigenden Gewicht ist das Bundesgericht auch schon von einem Unfall ausgegangen (vgl. RKUV 1994 S. 39; Maurer,

Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl., Bern 1985, S. 178 mit vielen Beispielen aus der Rechtsprechung).

2.1.3 Ferner erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei Knochenbrüchen, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrissen, Muskelrissen, Muskelzerrungen, Sehnenrissen, Bandläsionen sowie Trommelfellverletzungen, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 UVG) und ausserdem für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Art. 6 Abs. 3 UVG).

2.1.4 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird der Versicherte infolge des Unfalls invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.). Liegt eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vor, so besteht die Rechtsvermutung, dass eine leistungspflichtige unfallähnliche Körperschädigung gegeben ist, auch wenn die Definitionsmerkmale eines Unfalls nicht erfüllt sind. Es müssen weder die Ungewöhnlichkeit, noch das äussere Ereignis, noch die Plötzlichkeit gegeben sein, sondern lediglich das Vorliegen einer Listendiagnose (vgl. Motta et al., Das revidierte Unfallversicherungsgesetz ist in Kraft, in: Soziale Sicherheit 1/2017, S. 39; vgl. aber auch Hüsler, Erste UVG-Revision: wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, in: SZS 2017 S. 33 f., der zumindest in Frage stellt, ob nicht weiterhin ein Ereignis gefordert werden müsse). Der Unfallversicherer kann sich von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er nachweist, dass die eingetretene Verletzung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Heinrich, 1. UVG-Revision - Entwicklung der Gesetzgebung, JaSo 2017, S. 21 f.). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, was der Gesetzgeber unter dem Begriff "vorwiegend" versteht. Nach herrschender Lehrmeinung ist zur Definition des Begriffs "vorwiegend" auf die Rechtsprechung zu den Berufskrankheiten nach Art. 9 Abs. 1 UVG zurückzugreifen (Hüsler, a.a.O., S. 34; Samuelsson, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung, Das Beispiel des Meniskusrisses, in:

SZS 2018 S. 348 unten). Danach ist eine vorwiegende Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten nur gegeben, wenn diese mehr als alle anderen mitbeteiligten Ursachen wiegen, folglich mehr als 50% ausmachen (vgl. BGE 119 V 200 Erw. 2a mit Hinweisen). Die blossе Möglichkeit einer degenerativen oder krankhaften Schädigung genügt somit den Beweisanforderungen nicht. Der Beweis der vorwiegend krankhaften oder degenerativen Pathogenese der Listendiagnose ist vielmehr erbracht, wenn für die Richtigkeit einer degenerativ oder krankhaft begründeten Listendiagnose mehr Indikatoren vorliegen als für die traumatische Pathogenese (vgl. Samuelsson, a.a.O., S. 356 oben mit weiteren Hinweisen, u.a. auf BGE 133 III 321 Erw. 3.3; Gehring, in: Kieser/Gehring/Bollinger, OF-Kommentar KVG/UVG, 2018, UVG Art. 6 N 6ff.).

2.3 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt, wie bereits erwähnt, den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 Erw. 3b; Urteil BGer 8C_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2).

2.4 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

2.4.1 Für Feststellungen im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 Erw. 1c mit Hinweisen).

2.4.2 Den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

2.4.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zu-

kommt (vgl. Urteil BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

2.4.4 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil BGer 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

3. Zum Ereignis vom 17. Januar 2017 und zum Gesundheitsverlauf ergibt sich aus den Akten:

3.1 Am 27. Januar 2017 führte Dr.med. I. _____ (Radiologe und Nuklearmediziner) ein MRT der rechten Schulter durch und hielt was folgt fest (Vi-act. 22):

Befund:

Gerade verlaufendes Akromion Typ I nach Bigliani rechts. Osteophyten sowie subchondrale Zysten am Schultergelenk. Ausserdem geringes Knochenmarködem wie bei aktivierter Arthrose.

Flüssigkeit in der Bursa subacromialis/subdeltoidea. Die Supraspinatussehne ist subakromial sowie ansatznahe signalverändert. Ödematöse Signalveränderungen auch entlang der Infraspinatussehne. Die Befundkonstellation ist suspekt für eine Tendinopathie mit intratendinöser Partialruptur. Winzige durchgreifende (komplette) Rupturkomponente ist letztlich nicht auszuschliessen. Die Muskeln der Rotatorenmanschette sind weder atrophiert noch fettig degeneriert oder ödematös signalverändert.

Tendinopathie der langen Bizepssehne im intraartikulären Verlauf sowie Flüssigkeit entlang der langen Bizepssehne im Sulcus wie bei Peritendinitis. Kleine Osteophyten am glenohumeralen Gelenk wie bei inzipienter Omarthrose.

Beurteilung:

- Tendinopathie/intratendinöse Partialruptur der Supraspinatussehne und Infraspinatussehne rechts mit Bursitis subacromialis/subdeltoidea.
- Ausserdem Tendinopathie der langen Bizepssehne im intraartikulären Verlauf mit Peritendinitis im Sulcus.
- Aktivierte Arthrose im Schulterergelenk rechts, was ein extrinsisches Impingement-Syndrom durchaus erklären kann.

3.2 Mit Arztbericht vom 15. Februar 2017 führte Dr.med. J._____ (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Chirurgie, Spezielle Unfallchirurgie, Notfallmedizin) aus, dass sich der Versicherte am 17. Januar 2017 beim Einziehen des Schliessseiles eines Baggers (mit Gewicht von ca. 1,5 Tonnen) die rechte Schulter "verrissen" hat. Anschliessend habe der Versicherte weitergearbeitet und sei am 20. (recte wohl: 23., siehe Erw. 3.4) Januar 2017 erstmals durch Dr.med. K._____ (Facharzt für Innere Medizin) behandelt worden. Dr.med. J._____ diagnostizierte eine SSP Sehnenteilruptur rechts (ICD-10 M75.1). Der Befund lautete wie folgt (Vi-act. 1):

Deutliche Myalgien der Schulternackermuskulatur, endgradige Einschränkung der SN und Rotation der HWS, kein Stauchungs- oder Traktionsschmerz. Schulter passiv relativ gute Bewegung, aktiv Schmerzen bei Abduktion und Aussenrotation gegen Widerstand auf der rechten Seite, keine eindeutige Kraftminderung, peripher neurologisch o.B. Hoffmann-Tinel-Zeichen negativ. MRT Schulter rechts: SSP-Sehnenteilruptur, AC-Arthrose

Beim konventionellen Röntgen der rechten Schulter am 23. Januar 2017 habe sich ein altersentsprechend normaler Befund, keine Verschleisszeichen und keine Ansatzverkalkungen der Supraspinatussehne gezeigt. Am 6. Februar 2017 sei eine subacromiale Injektion erfolgt und des Weiteren sei eine ambulante Operation ASK Schulter rechts geplant. Der Versicherer sei ab 20. Januar 2017 arbeitsunfähig (Vi-act. 1).

3.3 Mit Bericht vom 1. März 2017 stellte die Fachärztin E._____ (Physikalische und Rehabilitative Medizin, Chirotherapie, Sportmedizin) folgende Diagnosen (Vi-act. 8 S. 1):

- Bandscheibenprotrusion L4/5 (M51.2 G)
- Chronisches Lumbalsyndrom (M54.4 G)
- Schw. Osteochondr./Spondylarthr./Inst. (M51.1 G)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41 G)
- Bursitis subacromialis rechts (M75.5 G R)
- Rotatorenmanschettenruptur rechte Schulter (M75.1 G)

Gemäss Anamnese habe sich der Versicherte bei der Ärztin vorgestellt, wegen seit acht Wochen bestehender Beschwerden in der rechten Schulter, welche nach schwerer Arbeit aufgetreten seien. Der Versicherte berichte über nächtliche Schweissausbrüche (Malaria) sowie über Rückenschmerzen, die akut seit heute Nacht bestünden und in das rechte Bein ausstrahlten. Zum klinischen Befund wurde was folgt festgehalten (Vi-act. 8 S. 2):

Klinischer Befund der LWS: FBA über 1m, Schober 10/12, gesamte LWS ist klopf-dolent, Seitneigung aufgehoben, Trendelenburg neg., Lasegue 70° re. pos., ll. 80° pos., keine motorische Störung, Dysästhesie am proximalen Oberschenkel re.
Klinischer Befund Schulter re.: Druckschmerz Supra-/u. Infraspinatusansatz, Flexion bis 100° möglich, Abduktion frei, schmerzhaft, Iro/Aro 30/0/40, IMP pos., Schürzen-/Nackengriff nicht möglich.

3.4 Mit Arztzeugnis vom 8. März 2017 führte Dr.med. K._____ aus, dass der Versicherte am 23. Februar (recte wohl: Januar) 2017 bei ihm in Erstbehandlung war, weil nach schwerer Arbeit Beschwerden an der rechten Schulter aufgetreten seien. Zum Allgemeinzustand nannte Dr.med. K._____ "chron. Belastungen des Skelettsystems berufsbedingt". Betreffend Diagnose und Befund verweist er auf den Bericht der Fachärztin E._____ vom 1. März 2017 (vgl. Erw. 3.3). Der Versicherte habe Antiphlogistika, Analgetika und Infiltrationen durch den Facharzt erhalten. Zudem sei er vom 20. Januar 2017 bis 5. Februar 2017 zu 100% und ab 6. Februar 2017 zu 50% arbeitsunfähig (Vi-act. 9).

3.5 Gemäss Arztbericht vom 10. März 2017 von Prof. Dr.med. L._____ (Facharzt für Allgemein Chirurgie, Chefarzt Unfallchirurgie), Dr.med. M._____ (Chirurgie und spezielle Unfallchirurgie, Oberarzt) und Assistenzärztin V._____ wurde mit den Diagnosen:

- Tendinitis und Pulley Läsion lange Bizepssehne rechts
- Rotatorenmanschette: Supraspinatusruptur, anterior, muskulotendinös rechts
- Bursitis subacromialis
- Knochensporn des Acromions
- ACG-Arthrose rechts

beim Versicherten am 9. März 2017 eine arthroskopische Tenodese der langen Bizepssehne rechts (Fa Arthrex, Corkscrew, Fadenanker), eine Rekonstruktion der Rotatorenmanschette rechts (Supraspinatus vordere Faszikel) und eine arthroskopische Naht der Rotatorenmanschette rechts, muskulärer Anteil SSS durchgeführt (Vi-act. 23). Der Versicherte wurde am 10. März 2017 (bzw. gemäss handschriftlichem Eintrag am 15. März 2017) bei gutem Allgemeinzustand in die ambulante Weiterbehandlung entlassen. Im Operationsbericht von Dr.med. N._____ wurde zum OP-Verlauf u.a. was folgt festgehalten (Vi-act. 49):

Glenohumeral zweitgradige Arthrosezeichen. Labrum intakt. Lange Bizepssehne gefässinjiziert, vor allem nach distal und im Verlauf zwischen Bizepssehnenanker und Pulley Auffaserungen zu vereinbaren mit einer Teilruptur des Bizepssehnenansatzes. Oberes Labrum intakt. Auffinden der Bizepssehne, subluxiert mit ausgehenden Fasern des Supraspinatus, welcher sich hier partiell intraartikulär rupturiert zeigt und die Fasern ins Gelenk schlagen. Subscapularis und MGHL intakt und reizfrei.

3.6 Am 13. April 2017 schilderte der Versicherte den Ereignishergang vom 17. Januar 2017 gegenüber dem Unfallversicherer wie folgt (Vi-act. 14 und 24):

Am 17.01.2017 wollte ich mit Hilfsarbeitern einen Seilbagger 885 zerlegen. Ein Autokran für den Transport (inkl. Bewilligung) wurde auf 08.00 Uhr eingeplant. Aufgrund des Wetters kam der Autokran erst um 16.00 Uhr. Da die Bewilligung auf den 17.01.2017 gelöst wurde, musste die Arbeit an diesem Tag erledigt werden.

Die Hilfsarbeiter gingen um 18.00 Uhr in den Feierabend und haben um 18.30 Uhr den Arbeitsort verlassen. Da der Seilbagger am 17.01.2017 transportiert werden musste, habe ich diesen alleine abgebaut.

Ich habe ein schweres Seil gezogen, welches normalerweise mit sechs Personen gezogen wird. Zusätzlich musste ich mit einem 15 kg schweren Vorschlaghammer arbeiten. Plötzlich hatte ich keine Kraft mehr im Arm und verspürte Schmerzen in der rechten Schulter.

Etwas Aussergewöhnliches wie ein Sturz oder ein Ausgleiten ist nicht vorgefallen.

Am Abend musste ich Ibuprofen 1000 einnehmen.

Am nächsten Tag habe ich trotz Beschwerden in der rechten Schulter die Arbeit aufgenommen um den Seilbagger wieder aufzubauen.

Des Weiteren führte der Versicherte aus, dass er seit zehn Jahren an Malaria Tropica leide, keine Medikamente diesbezüglich einnehme und zwischendurch einen Malaria-Anfall erleide. Im März 2016 sei eine Bandscheibe hinausgefallen, was konservativ behandelt worden sei. Er habe wöchentlich Schmerzinfusionen gegen die Rückenbeschwerden. Vor ca. zehn Jahren sei er sechs Meter in eine Baugrube gestürzt. Mit dem rechten Arm habe er an einem Träger eingehängt. Auf den Röntgenbildern konnte weder eine Verletzung in der linken noch in der rechten Schulter nachgewiesen werden (vgl. dazu die betreffenden Akten zum damaligen Unfall, wonach der Versicherte gemäss Schadenmeldung am 30. Oktober 2012 auf der Baustelle in eine Baugrube rutschte und sich gerade noch an einem Stahlträger abfangen konnte, wobei sein rechtes Knie an einen Peiner Träger prallte und er sich durch das Abfangen die rechte Schulter verletzte; vom damals erstbehandelnden Arzt, Dr.med. O. _____ (Allgemeinmedizin) wurde eine Knieprellung rechts, eine Bursitis präpatellaris und eine Schulterdistorsion rechts diagnostiziert).

Zum Heilverlauf führte der Versicherte aus, dass er zuerst Injektionen erhalten habe, bis auf den MRI-Bildern erkannt worden sei, dass die Sehnen gerissen seien. Er habe einen Operationstermin erhalten, welcher aufgrund eines Malaria-

Schubes verschoben werden musste. Die Operation habe 4.5 Stunden statt 90 Minuten gedauert und er habe länger als geplant im Spital bleiben müssen. 14 Tage nach der Operation sei er beim Treppensteigen gestürzt. Den Sturz habe er mit beiden Händen aufgefangen und sich die Arterie verletzt. Er habe sofort das Spital aufgesucht, wo erneut ein MRT und ein CT gemacht worden sei: Zum Glück habe er die Sehnen nicht verletzt. Aktuell sei die Bewegung noch eingeschränkt, die Nachtruhe gestört, und er verspüre Schmerzen in der rechten Schulter. Er sei seit dem 20. Januar 2017 voll arbeitsunfähig (vgl. zum Ganzen Vi-act. 14 und 24).

3.7 Mit Arztbericht vom 29. April 2017 diagnostizierte Prof. Dr.med. L._____ bei Zustand nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion und arthroskopischer Tenodese der LWS (recte wohl: LBS, lange Bizepssehne)/Schulter (OP 9.3.2017), einen Verdacht auf Frozen Shoulder (Vi-act. 29). Dazu führte er aus, dass Mitte April im Rahmen der Wiedervorstellung in der Sprechstunde der Gilchrist-Ver-band abgenommen und eine physiotherapeutische Behandlung eingeleitet worden sei. Es sei unter physiotherapeutischer Behandlung zu zunehmenden Schmerzen mit zunehmender Bewegungseinschränkung gekommen. Die Abduktion sei auf ca. 70° eingeschränkt, Anteversion sei bis ca. 90° aktiv möglich. Die Innenrotation sei auf ca. 10-15° aktiv eingeschränkt, der Schürzengriff nicht durchführbar, der Nackengriff nur bedingt möglich und der Druckschmerz im Bereich der gesamten Schulter auslösbar. DMS sei intakt. Gleichzeitig verneinte Prof. Dr.med. L._____ jedoch eine Verlängerung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit und hielt eine voraussichtliche Arbeitsfähigkeit ab 15. Mai 2017 fest. Zudem lässt sich dem Bericht entnehmen, dass eine Sonographie der rechten Schulter ohne Nachweis eines Schultergelenkergusses durchgeführt worden sei.

3.8 Mit Beurteilung vom 30. Mai 2017 bestätigte Dr.med. F._____ das Vorliegen einer Diagnose gemäss Art. 6 UVG. Zudem führte er aus, dass dieser Befund mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Abnützung oder Erkrankung und nicht auf einen Suva versicherten Vorschaden zurückzuführen sei (Vi-act. 32).

3.9 Am 12. Juni 2017 erfolgte eine weitere ärztliche Beurteilung durch Dr.med. F._____ (Vi-act. 35). Er hielt fest, dass eine Teilruptur der Sehne des M. supraspinatus und laut Operationsbericht auch des M. subscapularis vorliege, was einer Diagnose gemäss Art. 6 UVG entspreche. Die Teilruptur der Sehne des M. supraspinatus und auch des M. subscapularis seien im Kernspintomogramm vom 27. Januar 2017 als Tendinopathie beschrieben. Dies entspreche der Terminolo-

gie einer degenerativen Veränderung und sei im vorliegenden MRI auch als solche ersichtlich. Der Verlauf des Risses in der Sehne entspreche den typischen Veränderungen einer altersbedingten Abnutzung der Rotatorenmanschettensehnen. Unterstützend für eine degenerative Sehnenerkrankung komme die degenerative Veränderung des Schultergelenkes, welche eine deutliche Verbreiterung in Richtung der Sehnen gezeigt habe und hier zu einem Einklemmungsphänomen (externes Impingement) führe. Als weiterer Punkt sei das Alter des Versicherten aufzuführen. In diesem Alter sei bei einer schulterbelastenden Tätigkeit, wie bei diesem Versicherten, bei einem hohen Anteil der Patienten eine degenerative Rotatorenmanschettenerkrankung rein abnutzungsbedingt gegeben. Die geltend gemachten Beschwerden seien auch nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen Suva-versicherten Vorschaden zurückzuführen. Beim aufgeführten Vorschaden sei es zu einem Sturz in eine Baugrube gekommen, wobei der Versicherte mit einem Arm hängen geblieben sei bzw. sich festgehalten habe. Details hierzu seien nicht beschrieben. In der Aussendienstbefragung gebe der Versicherte jedoch selbst an, dass die Abklärungen damals keine Verletzung des Schultergelenkes hervorgebracht hätten. Bildgebende Diagnostik sei im Dossier nicht vorhanden. Somit sei eine Kausalität zu diesem Schadensereignis nur mit dem Beweisgrad einer Möglichkeit zu beurteilen.

3.10 Mit Unfallschein vom 1. Juli 2017 wurde der Versicherte nach wie vor zu 100% arbeitsunfähig beurteilt (Vi-act. 45).

3.11 Mit Einsprache vom 7. Juli 2017 führte die Arbeitgeberin gegenüber der Vorinstanz zum Unfallhergang am 17. Januar 2017 was folgt aus (Vi-act. 40):

Richtigstellung des Unfalls vom 17.01.2017

Am Di. 17.01.17 ist [der Versicherte] sehr wohl vom Bagger abgerutscht und ca. 1,50 Meter runtergefallen, das war kurz nach Mittag so gegen 14.00 Uhr, ich habe mit dem Arbeitnehmer [...] telefoniert und da hat er mir gesagt dass er vom Bagger abgerutscht sei und er müsse sich was trockenes anziehen.

Das Baggerseileinziehen war viel später, ich denke da hat [der Versicherte] nicht mehr dran gedacht.

Ich als Arbeitgeber wurde zum Unfallgeschehen nicht befragt.

3.12 Der vom Versicherten für eine Stellungnahme angefragte Arzt Dr.med. G._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, FMH, Sportmedizin SGSM) führte in seinem Bericht vom 29. August 2017 aus, dass eine eigentliche Tendinopathie nicht direkt eine degenerative Veränderung bezeichne, sondern eine grundsätzliche Schädigung der Sehne. Ob dies degenerativ sei oder nicht, könne er aus den Berichten nicht eindeutig ersehen. Tatsache sei, dass zwei Monate nach dem Ereignis anlässlich

der Operation eine Rissbildung im vorderen Supraspinatus festgestellt worden sei, ebenso eine Pulleyschädigung mit der bekannten Bizepsproblematik. Dies sei seines Erachtens klar ein Hinweis auf eine traumatische Genese. Es treffe auch nicht zu, dass der Verlauf des Risses einer typischen degenerativen bzw. altersbedingten Abnutzung der Rotatorenmanschettensehnen entspreche. Diese immer wieder erwähnten Einklemmungsphänomene im Sinne des externen Impingements spielten nach neusten Erkenntnissen unter diesen Umständen nur eine minimale Rolle. Es treffe auch nicht zu, nach neusten Erkenntnissen bzw. wissenschaftlichen Arbeiten (es sei eine Arbeit der FMH-Experten der Schultergruppe der Schweiz durchgeführt worden und werde demnächst veröffentlicht), dass bei diesem Alter eben ein hoher Anteil degenerativer Rotatorenmanschettenschädigungen rein abnutzungsbedingt vorliegen würden. In dieser Studie werde erwähnt, dass im Alter von 60 Jahren bzw. zwischen 60 und 65 Jahren die spontane Rupturbildung rein degenerativ bedingt, d.h. ohne Trauma lediglich ca. vier Prozent sei. Er denke, dass darum hier die überwiegend traumatische Genese klar gegeben sei. Entsprechend der neuen Rechtsprechung handle es sich seines Erachtens klar um eine Listendiagnose, welche nicht überwiegend, das heisst nicht über 50% auf degenerative Veränderungen zurückzuführen sei, sondern eben mehrheitlich auf die traumatische Genese (Vi-act. 47).

3.13 Am 5. Februar 2019 erfolgte eine suva-interne orthopädisch-chirurgische Beurteilung durch PD Dr.med. H._____. Darin führte er u.a. aus, dass es sich bei einem vom Versicherten am 17. Januar 2017 erlebten Geschehen gemäss Administration nicht um einen Unfall nach gesetzlicher Definition handle. Art. 6 Abs. 2 UVG bestimme gleichwohl die Leistungspflicht des Unfallversicherers für Listendiagnosen, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen seien. Versicherungsmedizinisch würden sich somit zwei Fragen stellen, nämlich ob eine Listendiagnose bildgebend objektiviert und diese vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Zur Diskussion würden im vorliegenden Fall die Diagnosen einer im Bericht über die Operation vom 9. März 2017 als "Supraspinatusruptur" bezeichnete Läsion der Rotatorenmanschette, einer Pulley-Läsion und einer Entzündung (Tendinitis) der langen Bicepssehne stehen. Dazu folgten im Bericht eingehende Ausführungen, worauf vorliegend verwiesen werden kann (vgl. Vi-act. 52). In der Schlussfolgerung führte PD Dr.med. H._____ was folgt aus (Vi-act. 52 S. 9f.):

Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG bezeichnet Sehnenrisse als Listendiagnose. In Zusammenfassung der vorangehenden Ausführungen ist bei dem Versicherten, der als 60-Jähriger hierfür altersbedingt ein erhöhtes Risiko aufweist, jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem degenerativen Geschehen auszugehen. Die ärztlich dokumentierte Läsion der Supraspinatussehne qualifiziert nach sprachlicher Definition nicht für einen Riss. Als Sehnenriss, also als plötzlicher Unterbruch

der Kontinuität aufgrund relevanter Gewalteinwirkung, ist der mit den vorliegenden ärztlichen Dokumenten beschriebene Zustand nicht überzeugend zu bezeichnen.

Im Gegenteil - ist, wie in vorliegendem Fall, eine vorwiegend auf altersbedingte Abnützung zurückzuführende Degeneration einer Sehne eben nicht als ein Riss zu bezeichnen, da sie nicht das Ergebnis einer akuten Gewalteinwirkung darstellt. Eine Zerreissung, eine Ruptur ist eine plötzlich eingetretene Zusammenhangstrennung von Sehne als Folge eines Traumas und kann daher nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sein - denn wäre sie das, so wäre sie kein Riss. Um als Listendiagnose nach Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG eine Leistungspflicht des Unfallversicherers zu begründen, muss also eine Gewalteinwirkung vorliegen, die geeignet ist, eine Sehnenzerreissung, also eine akut eingetretene Zusammenhangstrennung zu bewirken. Dies ist vorliegend überwiegend wahrscheinlich nicht der Fall. Eine Listendiagnose liegt somit nicht vor.

Die für die Sehne des langen Bicepskopfes nachvollziehbar beschriebene entzündliche Affektion (Tendinitis) entspricht keiner Listendiagnose.

Die für das Biceps-Pulley ärztlich erhobenen Befunde sprechen mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit für ein degenerativ bedingtes Geschehen.

Beantwortung der Fragen

Eine Listendiagnose nach Art. 6 Abs. 2 UVG liegt in vorliegendem Fall lediglich für lit. g (Bandläsionen) bei Läsion des Biceps-Pulley vor, welche aber mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist.

3.14 Mit Stellungnahme vom 26. Februar 2019 führte Dr.med. G. _____ was folgt aus (Bf-act. 7):

Ich habe die Beurteilung von der SUVA von Herrn PD Dr. med. H. _____ gelesen. Leider ist dies die Art und Weise wie die SUVA in den letzten zwei bis drei Jahren immer wieder das ganze als degenerativ wertet. Es werden dazu ältere Studien zum Teil aus Deutschland entnommen bzw. zitiert.

Ich denke, dass die Chance hier eine Änderung der SUVA zu erreichen sehr gering ist, da mittlerweile flächendeckend die ganze SUVA Schweiz bzw. insbesondere Deutschschweiz hier gleich reagiert.

Meines Erachtens ist nach wie vor hier die Wahrscheinlichkeit gross dass die Pulleyschädigung, wie sie beschrieben wurde sowie auch die Ansatzschädigung am Tuberculum supraglenoidale im Bereich der langen Bizepssehne eine Folge dieser ruckartigen "Zerrung" ist wie sie der Patient beschrieben hat. Auch die Supraspinatussehnenruptur ist meines Erachtens nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf degenerative Veränderungen zurückzuführen, sondern eben auf diese Bewegung, wie sie dann eben eine Rissbildung hervorgerufen hat.

Dies kann allerdings nicht bewiesen werden.

Leider haben wir keine weiteren Möglichkeiten hier das ganze zu belegen, weitere Abklärungen bringen meines Erachtens hier ebenfalls nichts. Es ist hier im Ermessensspielraum der SUVA hier die Verletzung insbesondere im Pulleybereich sowie Bizepsansatzbereich als überwiegend degenerativ zu werten.

Es tut mir leid Ihnen keinen besseren Bescheid geben zu können.

4.1 Im Einspracheverfahren wurde vom Beschwerdeführer Ziff. 1 bzw. seiner Rechtsvertreterin die Beurteilung der Vorinstanz in der Verfügung vom 20. Juni

2017, dass im vorliegenden Fall kein Unfallereignis vorliegt, nicht beanstandet (vgl. Begründung der Einsprache vom 18.7.2017 durch die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers Ziff. 1 am 6.9.2017, Vi-act. 47 S. 2, wonach der Einsprecher die Beurteilung der Vorinstanz in Bezug auf das Fehlen eines Unfallereignisses im Sinne von Art. 4 ATSG nachvollziehen könne, indessen das Verneinen einer Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG nicht haltbar sei). Von der Beschwerdeführerin Ziff. 2 erfolgte hingegen mit Einsprache vom 7. Juli 2017 eine neue Schilderung des Geschehensablaufes mit der Überschrift "Richtigstellung des Unfalls vom 17.01.2017" (Vi-act. 40).

Gemäss der vorliegenden Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 13. März 2019 werden nun sowohl der Beschwerdeführer Ziff. 1 als auch die Beschwerdeführerin Ziff. 2 von derselben Rechtsanwältin vertreten. Allerdings wird bei der Schilderung des Geschehensablaufs im Sachverhalt (S. 3) an der nachvollziehbaren Version des Beschwerdeführers Ziff. 1, welche sich durchgehend in den Akten findet (vgl. vorstehende Erw. 3.1ff.) und auf welche auch im angefochtenen Einspracheentscheid abgestellt wird (vgl. S. 3f. Erw. 2.2ff.), insoweit sie somit unbestritten ist, festgehalten. Die Version der Beschwerdeführerin Ziff. 2, welche erst mit Einsprache an die Vorinstanz am 7. Juli 2017 geltend gemacht wurde und wenig glaubhaft erscheint (vgl. die nachvollziehbaren Ausführungen der Vorinstanz im angefochtenen Einspracheentscheid, S. 4 Erw. 3.2; sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung zur Aussage der ersten Stunde, wonach den Angaben der versicherten Person, die sie kurz nach dem Unfallereignis gemacht hat, meist grösseres Gewicht zukommt als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers; BGE 121 V 45 Erw. 2a; Urteil BGer 8C_622/2017 vom 16.4.2018 Erw. 2.1), wird hingegen nicht mehr erwähnt. Indes wird abweichend von den Vorbringen in der Einsprachebegründung vom 6. September 2017 geltend gemacht, dass der ungewöhnliche Faktor im Sinne von Art. 4 ATSG erfüllt sei (Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 13.3.2019 S. 4).

4.2 Streitig und nachfolgend zu prüfen ist demnach, ob der vom Beschwerdeführer Ziff. 1 geschilderte und unstrittige Geschehensablauf (vgl. Ingress lit. A sowie vorstehende Erw. 3.6) ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG darstellt.

4.2.1 Die Vorinstanz hielt im angefochtenen Einspracheentscheid fest, dass der Beschwerdeführer Ziff. 1 am 13. April 2017 ausdrücklich angegeben habe, etwas Aussergewöhnliches wie ein Sturz oder ein Ausgleiten sei nicht vorgefallen. Es sei keine Ungewöhnlichkeit auszumachen, weshalb ein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG zu verneinen sei.

4.2.2 Die Beschwerdeführer bringen vor, auch wenn sich vorliegend kein Sturz oder Ähnliches ereignet habe, so müsse das Ziehen des ca. eine Tonne schweren Seils bzw. der Seilabschnitte mit einem Gewicht von ca. 200kg als ungewöhnlich im Sinne von Art. 4 ATSG bezeichnet werden. Nach der Rechtsprechung sei der äussere Faktor ungewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereichs Alltäglichen oder Üblichen überschreite. Das Ungewöhnliche könne in einer Programmwidrigkeit bestehen oder sich aus einem das Übliche überschreitenden Ausmass (z.B. besonders hohes Gewicht) ergeben. Im Zusammenhang mit dem Heben von schweren Gewichten sei bspw. der ungewöhnliche äussere Faktor bejaht worden, als ein Bauhandlanger ein unüblich schweres Gewicht von 150kg heben müssen.

Vorliegend habe der Beschwerdeführer Ziff. 1 aufgrund der unvorhergesehenen Verspätung des bewilligten Autokranes das ca. eine Tonne schwere Schliessseil des Baggers alleine herausziehen müssen. Dass der Beschwerdeführer Ziff. 1 unter den gegebenen ausserordentlichen Umständen (Verspätung des Autokranes, Bewilligung nur für den 17.1.2017, keine Weisungsbefugnis gegenüber den Hilfsarbeitern der Drittfirma) versucht habe, die Arbeit alleine zu bewältigen, sei nachvollziehbar. Das Ziehen eines Schliessseiles mit einem Gewicht von gesamthaft einer Tonne bzw. das Ziehen der Seilabschnitte mit einem Gewicht von je ca. 200kg sprengt jedoch klarerweise den Rahmen der auf dem Bau üblicherweise zu hebenden Gewichte. Damit sei das Kriterium der Ungewöhnlichkeit und der Unfallbegriff im Sinne von Art. 4 ATSG erfüllt. Aufgrund der unmittelbar während der intensiven Belastung aufgetretenen Kraftlosigkeit im rechten Arm sowie den eingetretenen Schmerzen in der rechten Schulter erscheine das Unfallereignis mindestens im Sinne einer Teilursache als geeignet, die diagnostizierte Schulterverletzung herbeizuführen. Die Beschwerdegegnerin sei somit für die Folgen des Unfalls vom 17. Januar 2017 leistungspflichtig (vgl. Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 13.3.2019 S. 4f.).

4.3 Im konkreten Fall wird zu Recht nicht geltend gemacht, dass die Ungewöhnlichkeit aufgrund einer unkoordinierten Bewegung wie Ausgleiten oder Stolpern gegeben sei. Hierzu hat der Beschwerdeführer Ziff. 1 in der ersten telefonischen Besprechung mit der Vorinstanz vom 13. April 2017 selbst ausgeführt, dass etwas Aussergewöhnliches wie ein Sturz oder ein Ausgleiten nicht vorgefallen ist. Allerdings machen die Beschwerdeführer eine Überanstrengung geltend. Hierzu ist wie bereits ausgeführt (vgl. vorstehende Erw. 2.1.2) das Gewicht der Last, die Konstitution des Beschwerdeführers Ziff. 1 und seine berufliche und ausserberufliche Gewöhnung zu berücksichtigen. Des Weiteren können u.a.

auch die Körperhaltung sowie zeitliche Faktoren bei der Beurteilung eine Rolle spielen.

Gemäss Schadenmeldung vom 24. Februar 2017 hat sich der Beschwerdeführer Ziff. 1 beim Einziehen eines Schliessseiles eines Baggers, welches ca. 1.5 Tonnen wiegt, die Schulter verletzt. Mit der vorliegenden Verwaltungsgerichtsbeschwerde wurde ausgeführt, dass das Seil eine Tonne und die einzelnen zu ziehenden Seilabschnitte je ca. 200kg wiegen. Zudem lässt sich der erstmaligen Schilderung des Geschehensablaufs durch den Beschwerdeführer Ziff. 1 entnehmen, dass die Zerlegung des Seilbaggers (885) mit Hilfsarbeitern geplant war, und dass das schwere Seil normalerweise von sechs Personen gezogen wird. Selbst wenn sich im Übrigen aus den Akten nicht entnehmen lässt, was die Tätigkeit als Oberbohrmeister gewöhnlich für Arbeiten umfasst, so ergibt sich aus den Schilderungen des Beschwerdeführers Ziff. 1 immerhin, dass der Ab- und Aufbau eines Seilbaggers 885 zu seinen Aufgaben gehört. Dazu benötigt er einen Autokran, für welchen er jeweils eine Bewilligung für einen Tag einholen muss und welchen er zumindest am vorliegenden Ereignistag um 8.00 Uhr morgens eingeplant hatte, sowie Hilfsarbeiter (sechs, gemäss Angaben des Beschwerdeführers Ziff. 1).

Gemäss Schilderung in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde gelang es dem Beschwerdeführer Ziff. 1, den Bagger alleine abzubauen, indem er das Seil Stück für Stück mit einer Gewichtsbelastung von jeweils 200kg herauszog. Vorliegend ist nicht schlüssig, worin die Tätigkeit genau bestand und welche Lasten auf den Beschwerdeführer wirkten und wie. Es ist unklar, ob das ein bis eineinhalb Tonnen schwere Seil üblicherweise mit sechs Personen auf einmal 'herausgezogen' wird und somit das gesamte Gewicht auf den beteiligten Personen lastet, oder ob auch diese mit leichteren Teilabschnitten arbeiten. Immerhin ist aber aus den Akten zu schliessen, dass der Beschwerdeführer Ziff. 1 seine Arbeit nicht abbrechen musste. Vielmehr hielt er gegenüber der Vorinstanz fest, dass er am nächsten Tag trotz Beschwerden in der rechten Schulter die Arbeit aufgenommen hat, um den Seilbagger wieder aufzubauen.

Die genauen Umstände, welche für die vorliegende Beurteilung berücksichtigt werden müssen, sind unklar. Fest steht jedoch, dass der Beschwerdeführer Ziff. 1 einer erheblichen Belastung mit Zuglast ausgesetzt war, welche plötzliche Kraftlosigkeit sowie Schmerzen zur Folge hatte. Um beurteilen zu können, ob das geschilderte Ereignis als Unfall gemäss Art. 4 ATSG sowie im Sinne der Rechtsprechung zu qualifizieren ist, wären weitergehende Abklärungen erforderlich. Die Frage kann jedoch aus nachfolgenden Gründen offen bleiben.

5.1 Die Versicherung erbringt ihre Leistungen unabhängig vom Vorliegen eines Unfalls auch bei in Art. 6 Abs. 2 UVG erwähnten Verletzungen, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (vgl. vorstehende Erw. 2.1.3). Der Zweck des Instituts der unfallähnlichen Körperschädigung besteht insbesondere darin, die oft schwierige Abgrenzung zwischen Unfall und Krankheit zugunsten der Versicherten zu vermeiden (vgl. BGE 123 V 43 Erw. 2b). Mit dem neuen Art. 6 UVG entfällt auch die Voraussetzung der Ungewöhnlichkeit (vgl. vorstehende Erw. 2.2). Zu prüfen ist somit, ob es sich bei den aktenkundigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers Ziff. 1 um Verletzungen gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG handelt.

5.2 Der Radiologe hielt in seinem Bericht vom 27. Januar 2017 u.a. eine Tendinopathie/intratendinöse Partialruptur der Supraspinatussehne und Infraspinatussehne rechts sowie eine Tendinopathie der langen Bizepssehne fest. Im Bericht zur Operation vom 9. März 2017 führten die behandelnden Ärzte eine Tendinitis und Pulley Läsion der langen Bizepssehne rechts und eine Supraspinatusruptur (Rotatorenmanschette) anterior, muskulotendinös rechts auf. Am 30. Mai 2017 bejahte Dr.med. F._____ die Frage, ob der Befund einer Diagnose gemäss Art. 6 UVG entspreche (Vi-act. 32). In der ärztlichen Beurteilung vom 12. Juni 2017 ergänzte er, dass eine Teilruptur der Sehne des M. supraspinatus und laut Operationsbericht auch des M. subscapularis vorliege (Vi-act. 35). Diese Feststellung deckt sich jedoch nicht mit dem Operationsbericht von Dr.med. N._____ vom 9. März 2017, welcher den Subscapularis als intakt und reizfrei bezeichnet (Vi-act. 49). Demgegenüber hält PD Dr.med. H._____ fest, dass die ärztlich dokumentierte Läsion der Supraspinatussehne nach sprachlicher Definition nicht für einen Riss qualifiziere. Als Sehnenriss, also als plötzlicher Unterbruch der Kontinuität aufgrund relevanter Gewalteinwirkung, sei der beschriebene Zustand nicht überzeugend zu bezeichnen. Diesbezüglich sowie bei der für die Sehne des langen Bicepskopfes nachvollziehbar beschriebenen entzündlichen Affektion (Tendinitis) liege keine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vor. Die Läsion des Biceps-Pulley entspreche jedoch einer solchen Diagnose.

5.3 Die insbesondere nach der Operation konkretisierten Diagnosen sind vorliegend unbestritten. Unbestritten ist auch, dass die Pulley-Läsion der langen Bizepssehne eine Diagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG darstellt.

Nicht einhellig beurteilt wurde jedoch die Partialruptur der Supraspinatussehne. PD Dr.med. H._____ führte in seiner Beurteilung vom 5. Februar 2019 aus, dass im mediko-legalen Kontext der Begriff "Ruptur" sorgfältig zu verwenden sei. Dieser als "Riss" zu übersetzende Terminus sei der Beschreibung einer akuten, als Folge einer plötzlichen Gewalteinwirkung eintretenden Zusammenhangstren-

nung von Gewebe vorbehalten. Bei Rotatorenschäden sei die "Ruptur" meistens kein Riss, sondern ein Sehndefekt aufgrund einer Texturstörung bei der Tendinose, also eines degenerativ bedingten Zustandes. Ein Prozess, wie er über einen längeren Zeitraum, zum Beispiel im Rahmen eines degenerativen Prozesses voranschreitet, könne mit dem Begriff des Risses nicht erfasst werden. Gerade eine sogenannte intratendinöse Partialruptur entspreche nicht einem Riss, sondern biete wie in dem Kernspintomogramm vom 27. Januar 2017 den typischen Befund einer Degeneration.

Die vorstehenden Ausführungen von PD Dr.med. H. _____ sind insoweit nicht nachvollziehbar, als er sinngemäss vorbringt, dass eine Ruptur nur ein Riss im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG darstellt, wenn er auf einer Gewalteinwirkung beruht, bzw. dass vorliegend ein degenerativer Prozess zur Partialruptur der Supraspinatussehne geführt hat, weshalb kein Riss im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG vorliegt. Dem kann vorliegend nicht gefolgt werden. Würde die Diagnose bzw. Definition eines Sehnenrisses gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG bereits davon abhängen, ob die Ruptur traumatisch oder degenerativ bedingt ist, würde diese Bestimmung insoweit obsolet, als nicht der Versicherer bei Vorliegen der Diagnose eines Risses (bspw. eines Meniskusrisses, Muskelrisses oder Sehnenrisses) eine Abnützung oder eine Erkrankung als Ursache für die Körperschädigung nachweisen müsste, sondern vielmehr bereits bei der Diagnosestellung beurteilt werden müsste, ob die Ursache eine Abnützung oder Erkrankung darstellt. Diese Schlussfolgerung ergibt sich weder aus dem Wortlaut noch aus Sinn und Zweck der Bestimmung (vgl. BGE 123 V 43 Erw. 2b, wonach der Zweck des Instituts der unfallähnlichen Körperschädigung nicht darin besteht, krankhafte oder degenerative Körperschäden von der obligatorischen Unfallversicherung auszuschliessen, sondern darin, die oft schwierige Abgrenzung zwischen Unfall und Krankheit zugunsten der Versicherten zu vermeiden; vgl. VGE I 2018 86 vom 7.2.2019 Erw. 6.3.2).

Nachdem gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung Teilrupturen den Totalrupturen gleichgestellt werden und die vorliegende Diagnose einer Teilruptur intraoperativ bestätigt wurde (BGE 114 V 298 Erw. 5a; vgl. auch Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] U 209/01 vom 2.9.2003 Erw. 2.3), ist vorliegend mit der Partialruptur der Supraspinatussehne eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG gegeben (vgl. auch BGE 123 V 43 Erw. 2; Urteil des EVG U 379/05 vom 23.3.2006 Erw. 2.2; VGE I 2018 86 vom 7.2.2019 Erw. 6.3.2).

5.4 Das Vorliegen einer Listenverletzung zieht jedoch noch nicht zwingend eine Leistungspflicht des Versicherungsträgers nach sich. Art. 6 Abs. 2 UVG stellt ei-

ne Rechtsvermutung auf und eröffnet dem Unfallversicherer die Möglichkeit des Befreiungsbeweises. Mithin besteht für die Vorinstanz keine Leistungspflicht, wenn die Pulley-Läsion der langen Bizepssehne und die Partialruptur der Supraspinatussehne zwar eine Listenverletzung darstellen, der Suva aber der Nachweis gelingt, dass diese vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (vgl. Gehring, a.a.O., UVG Art. 6 N 6 ff; Hüsler, a.a.O., S. 32 ff.; VGE I 2018 86 vom 7.2.2019 Erw. 6.3.3).

6. Im konkreten Fall hat die Vorinstanz in ihrem Entscheid vorwiegend auf die ärztliche Beurteilung von PD Dr.med. H._____ abgestellt. Darin wird u.a. festgehalten, dass es in der Literatur unbestritten ist, dass die meisten Läsionen der Rotatorenmanschette auf der Grundlage degenerativer Veränderungen entstehen, und dass ab dem 50. Lebensjahr das Vorkommen atraumatischer Rotatorenmanschettenläsionen zunimmt. Dem hält Dr.med. G._____ entgegen, dass neueste Erkenntnisse bzw. wissenschaftliche Arbeiten diesen Aussagen widersprechen. Es sei eine Arbeit der FMH-Experten der Schultergruppe der Schweiz erstellt worden, welche demnächst veröffentlicht werde. In dieser Studie werde erwähnt, dass im Alter von 60 Jahren bzw. zwischen 60 und 65 Jahren die spontane Rupturbildung rein degenerativ bedingt bei ca. vier Prozent liege (vgl. vorstehende Erw. 3.12).

Inzwischen wurde der von Dr.med. G._____ erwähnte (und von ihm mitbearbeitete) Artikel der Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie von Swiss Orthopaedics (Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette - Revidierte Unterscheidungskriterien, von PD Dr.med. Lädermann, Prof. Dr.med. Jost, Prof. Dr.med. Weishaupt, lic.iur. Elsig, Prof. Dr.med. Zumstein; Swiss Medical Forum 2019; 19 (15/16): 260-267) veröffentlicht. Demgemäss ist die Unterscheidung zwischen einer vorwiegend durch Abnützung bedingten und einer durch ein traumatisches Ereignis bedingten Erkrankung nicht einfach und erfordert vertiefte medizinische Kenntnisse. Mit dem Artikel sollen mit dem heutigen Wissensstand die Kriterien für wahrscheinlich unfallbedingte transmurale Läsionen der Rotatorenmanschette überarbeitet werden. Gleichzeitig werden die bisherigen Kriterien kritisch hinterfragt. Im Artikel wird u.a. festgehalten, dass leichte, symptomatische oder asymptomatische Degenerationen der Rotatorenmanschette ab einem Alter von etwa 40 Jahren häufig vorkommen und daher nicht mehr berücksichtigt werden sollten, um eine degenerative von einer traumatischen Läsion zu unterscheiden (S. 262). Auch die bisherigen Alterskriterien seien überholt. Die vorstehenden Ausführungen von Dr.med. G._____ werden im Artikel somit bestätigt. Der Beschwerdeführer Ziff. 1 war zum Zeitpunkt des vorliegenden Ereignisses im Januar 2017 61 Jahre alt und somit in ei-

nem Alter, bis zu welchem nur bei weniger als 10% der Studienteilnehmer transmurale (degenerative) Rotatorenmanschettenläsionen nachgewiesen werden konnten (S. 262). Zudem sind gemäss dieser Studie transmurale Rotatorenmanschettenläsionen bei jungen Patienten (unter 60-jährig) häufig traumatisch bedingt (S. 267). Das Alter des Beschwerdeführers Ziff. 1 ist vorliegend somit unbeachtlich bzw. spricht nicht für überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingte Diagnosen.

Auch die klinischen Kriterien bzw. die Schilderung des Ereignisherganges sprechen vorliegend entgegen den Ausführungen von Dr.med. H. _____ nicht ohne weiteres für eine degenerative Ursache. Immerhin ist die Schilderung des Ereignisses unbestritten. Der Beschwerdeführer Ziff. 1 war einer massiven (Zug-) Belastung ausgesetzt, welche plötzlich zu Schmerzen und Kraftlosigkeit führte, so dass in der Schadenmeldung die Formulierung "verreissen der Schulter" verwendet wurde. Im zit. Artikel wird u.a. auch ausgeführt, dass ein starker Zug beim Festhalten, wie vorliegend das relevante Ereignis beschrieben wird, oder eine heftige passive Traktion auch zu den erwähnten Verletzungen führen kann (S. 263).

Ebenso wenig können die Beschwerden bestritten werden angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer Ziff. 1 innert weniger Tage nach dem Ereignis einen Arzt aufsuchte und daraufhin auch die Pulley-Läsion der langen Bizepssehne und die Partialruptur der Supraspinatussehne diagnostiziert werden konnten. Gemäss der Meinung der Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie besteht nach einem Trauma, welches zur Rotatorenmanschettenläsion führt, initial ein sehr heftiger Schmerz, der nach drei Tagen für den Betroffenen tolerabel wird, weshalb Patienten oftmals initial keinen Arzt konsultieren. Dass der Beschwerdeführer Ziff. 1 erst einige Tage nach dem Ereignis einen Arzt aufsuchte, spricht somit nicht für eine degenerative Ursache seiner Beschwerden.

Gegen eine krankhafte Genese spricht ebenso, dass sich auch im konventionellen Röntgenbild keine nennenswerten degenerativen Zeichen fanden (vgl. Erw. 3.2). Gemäss den Ausführungen von Dr.med. F. _____ werde die Teilruptur der Supraspinatus- und der Subscapularissehne in der Kernspintomographie vom 27. Januar 2017 als Tendinopathie beschrieben (vgl. oben Erw. 3.9), was sich nicht deckt mit dem intraoperativen Befund bzw. der OP-Diagnose, die klar eine "anteriore, musklotendinöse Supraspinatusruptur" nennt. Aufgrund der Klarheit des intraoperativen Befundes vermag der nicht eindeutig abgrenzende MRI-Bericht (vgl. oben Erw. 3.1) eine vorwiegend degenerative Genese nicht nachzuweisen. Eine AC-Gelenksarthrose steht ebenfalls nicht in kausalem Zusammenhang mit einer Rotatorenmanschettenläsion (vgl. zit. Artikel S. 263).

Die Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie erachtet sodann eine erhebliche fettige Infiltration als Anzeichen für eine vorbestehende, nun dekompensierte Läsion oder eine akute Vergrösserung einer bereits vorbestehenden Läsion, wobei sich eine solche auch nach traumatischer Massenruptur innerhalb weniger Monate entwickeln kann (S. 264). Gemäss MRI-Befund vom 27. Januar 2017 (vgl. Erw. 3.1) sind die Muskeln der Rotatorenmanschette beim Beschwerdeführer Ziff. 1 hingegen weder atrophiert noch fettig degeneriert oder ödematös signalverändert, trotz Unfall im Jahr 2012, in welchem bereits die rechte Schulter involviert war (vgl. Erw. 3.6). Dieser Befund spricht somit für eine bis anhin intakte bzw. vollständig erhaltene oder erholte Muskulatur und nicht für eine degenerative Ursache der Pulley-Läsion der langen Bizepssehne und der Partialruptur der Supraspinatussehne. Dieser Umstand wurde jedoch von den aktenkundigen ärztlichen Beurteilungen bisher nicht berücksichtigt.

Schliesslich gibt gemäss Meinung der Schweizer Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie die Art der Schädigung, welcher PD Dr.med. H. _____ Gewicht beimisst, in der Regel nur wenig Aufschluss über die Unfallkausalität (S. 266).

7. Bei dieser Sachlage vermag die Suva den Nachweis nicht zu erbringen, dass im vorliegenden Fall für die Richtigkeit einer degenerativ oder krankhaft begründeten Listendiagnose mehr Indikatoren vorliegen als für die traumatische Pathogenese. Damit aber gilt die Rechtsvermutung, dass mit der Pulley-Läsion der langen Bizepssehne und der Partialruptur der Supraspinatussehne eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegt und die Suva leistungspflichtig ist.

Die Beschwerde erweist sich deshalb als begründet und ist gutzuheissen, soweit die Vorinstanz ihre Leistungspflicht verneint hat. Soweit der Beschwerdeführer Taggelder vom 20. Januar 2017 bis 30. Juni 2017 sowie Übernahme der Heilbehandlungskosten verlangt, so wird über die konkreten Leistungen die Vorinstanz zu befinden haben.

8.1 Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG).

8.2 Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird den Beschwerdeführern zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zugesprochen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde werden der Einspracheentscheid vom 8. Februar 2019 sowie die Verfügung vom 20. Juni 2017 aufgehoben. Die Vorinstanz hat die Art und Höhe ihrer Leistung festzulegen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat den Beschwerdeführern eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu leisten.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
5. Zustellung an:
 - die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführer (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 16. August 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 26. August 2019