

# **FR\_GERICHTE 605 2019 41 vom 1. Mai 2020**

FR Kantonsgericht, 2020-05-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2019\\_41](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_41)

FR: FR\_GERICHTE 605 2019 41 du 1 mai 2020

IT: FR\_GERICHTE 605 2019 41 del 1 maggio 2020

## **Regeste**

Urteil des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Unfallversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Beschwerde vom 5. Februar 2019 gegen den Einspracheentscheid der Sympany vom 17. Dezember 2018 ist unter der Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom 18. Dezember bis und mit 2. Januar (Art. 38 Abs. 4 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1], welches hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20] zur Anwendung kommt) fristgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht

Kantonsgericht KG Seite 3 von 10 worden. Der Beschwerdeführer hat ein Interesse, dass das Kantonsgericht, I. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob die Sympany über den 2. Januar 2018 hinaus leistungspflichtig ist. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

### **E. 2**

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des UVG und der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Der hier zu beurteilende Vorfall hat sich am 13. September 2017 ereignet, weshalb die seit 1. Januar 2017 in Kraft stehenden Normen Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 3.1**

Nach Art. 6 UVG werden die Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Gemäss Art. 4 ATSG gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

### **E. 3.2**

Zwischen dem Unfall und der Gesundheitsschädigung muss zuerst ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehen. 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. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht

üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigt (Urteil BGer 8C\_307/2016 vom 17. August 2016 E. 5.3 mit Hinweis auf BGE 138 V 218 E. 6). Dabei kommt die Formel "post hoc, ergo propter hoc", wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht zur Anwendung (BGE 119 V 335 E. 2b/bb).

### **E. 3.3**

Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein, die Beweislast liegt hierfür beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen

Kantonsgericht KG Seite 4 von 10 erbracht werden. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil BGer 8C\_160/2012 vom 13. Juni 2012 E. 2 mit Hinweisen). Medizinische Erfahrungssätze können, zumindest soweit sie der herrschenden Lehrmeinung entsprechen, im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (Urteil BGer 8C\_346/2008 vom 11. November 2008 E. 3.2.1).

### **E. 3.4**

Weiter muss zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Ein Ereignis hat 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). Lehre und Rechtsprechung lassen den sozialen Unfallversicherer für Schäden nur dann einstehen, wenn diese sowohl in einem natürlichen wie auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem schädigenden Ereignis stehen. Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 177 E. 3.3 mit Hinweisen).

### **E. 3.5**

Entsprechend der Regelung von Art. 6 Abs. 2 Bst. f UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei Sehnenrissen. Der Unfallversicherer steht bei Vorliegen einer Listenverletzung grundsätzlich in der Pflicht, Leistungen zu erbringen, solange er nicht den Nachweis für eine vorwiegende Bedingtheit durch Abnutzung oder Erkrankung erbringt. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf

beweiskräftige ärztliche Einschätzungen – mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit – nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, d. h. zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnützung oder Erkrankung sprechen, so ist der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht und weitere Abklärungen erübrigen sich (Urteil BGer 8C\_8C\_267/2019 vom 30. Oktober 2019 E. 6 mit Hinweis auf das zur Publikation vorgesehene Urteil BGer 8C\_22/2019 vom 24. September 2019).

### **E. 3.6**

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob er 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 des Experten begründet sind. In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Auch Gutachten, welche der Unfallversicherer während des Administrativverfahrens von seinen eigenen Ärzten einholt, sind beweistauglich, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert wird. Ebenso sind ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten nicht an sich unzuverlässig, wenn genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorhanden sind (BGE 125 V 351 E. 3 mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsrecht besteht kein Rechtsgrundsatz, wonach die Verwaltung oder der Richter im Zweifelsfall zugunsten des Versicherten zu entscheiden hätte. Vielmehr haben die Versicherten die für die Beurteilung des Sachverhalts notwendigen Beweise im Rahmen des ihnen Zumutbaren zu erbringen, andernfalls sie die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen haben (BGE 126 V 319 E. 5a; ARV 1990 Nr. 12 S. 67).

Kantonsgericht KG Seite 5 von 10

### **E. 4**

Es ist streitig, ob die Sympany über den 2. Januar 2018 hinaus leistungspflichtig ist.

#### **E. 4.1**

Der Beschwerdeführer bringt vor, gemäss seinen Ärzten habe die Schulteroperation vom 18. Januar 2018 wegen des Unfalls und nicht aufgrund eines früheren Leidens vorgenommen werden müssen.

#### **E. 4.2**

Die Sympany stützt sich für ihren Entscheid auf die Berichte ihres beratenden Arztes, Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin. Dieser erklärte am 15. Januar 2018 (UV-Akten Nr. 7), Sehnenrupturen könnten traumatischer sowie degenerativer Natur sein. Deren Nachweis beweise die Unfallkausalität nicht. Schultergelenkbeschwerden seien weit verbreitet und nähmen mit dem Alter zu. Nur 5% aller nicht von einer Schulterluxation begleiteten Rupturen seien traumatischer Natur. Ein kontusionsbedingter Schaden an der langen Bizepssehne und Subskapularissehne müsse verneint werden, da es an relevanten objektivierbaren strukturellen Schäden an den vorgelagerten Strukturen fehle. Hinsichtlich einer indirekten Krafteinwirkung komme eine Schulterluxation oder eine überfallartige kraftvolle fremdtätige Dehnung (Zugbeanspruchung) einzelner Sehnen der

Rotatorenmanschette (RM) bei muskulärer Fixierung in Frage. Zwar habe eine muskuläre Fixierung stattgefunden, jedoch fehle die überfallartige kraftvolle fremdtätige Dehnung. Gemäss dem Ereignisbeschrieb sei eine RM-Ruptur möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Auch der Verlauf, erstmalige Konsultation nach zwei Monaten am 19. November 2017 (vgl. Bericht von Dr. E. \_\_\_\_\_, Chiropraktor SCG, vom 27. November 2017; UV-Akten Nr. 2), sowie der Rupturverlauf spreche gegen die Unfallkausalität. Longitudinale Risse seien vorwiegend degenerativbedingt. Bei einer traumatischen Ruptur wäre eine Querruptur zu erwarten. RM-Rupturen nach Alter 40 sowie Läsionen an der langen Bizepssehne seien vorwiegend degenerativbedingt und nur ausnahmsweise traumatisch. Die nachgewiesenen Schäden seien unfallfremd, d. h. überlastungsbedingt. Das Ereignis sei jedoch geeignet gewesen, einen asymptomatischen Vorzustand symptomatisch werden zu lassen, weshalb eine vorübergehende Verschlimmerung – maximal für drei Monate – anerkannt werden müsse. Der geplante Eingriff müsse als unfallfremd angesehen werden. Während des Einspracheverfahrens nahm der beratende Arzt am 22. November 2018 (UV-Akten Nr. 27) unter der Berücksichtigung des Operationsberichts vom 17. Januar 2018 (UV-Akten Nr. 11) von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erneut Stellung und bestätigte seine Sichtweise. Die Subskapularissehnenruptur und die Instabilität der langen Bizepssehne seien nicht spezifische traumatische Befunde. Der Beschwerdeführer mache geltend, er habe einen 100 kg schweren Lüftungsventilator halten wollen und dieser sei ihm auf die Schulter gefallen. Ein derartiges Ereignis sei nicht geeignet, eine RM-Läsion zu verursachen. Der Subskapularis liege geschützt unter dem Akromion (Schulterdach) und könne bei einer Schulterkontusion nicht direkt tangiert werden. Ferner würden bei einem direkten Trauma die RM-Sehnen nicht mechanisch beansprucht. Es fehle eine Zugbelastung der Sehne und damit eine exzentrische Belastung, *Conditio sine qua non* für eine Sehnenruptur. Eine kontusionsbedingte Läsion der Subskapularissehne sei nicht möglich. Weiter sei es nicht nachvollziehbar, dass vorgelagerte Strukturen keine objektivierbaren strukturellen Verletzungen aufwiesen, jedoch geschützt gelagerte Strukturen primär verletzt worden seien. Ebenso spreche der Verlauf gegen die Unfallkausalität. Gefordert werde die sofortige Arbeitsniederlegung, zumindest von händischer Arbeit, der alsbaldige Arztbesuch sowie das klinische Zeichen der Pseudoparalyse. Der Beschwerdeführer habe zwar starke Schmerzen, jedoch weder

Kantonsgericht KG Seite 6 von 10 einen sofortigen Funktionsverlust noch Zeichen einer Pseudoparalyse gehabt. Nach dem Ereignis vom 13. September 2017 habe sich der Beschwerdeführer erst am 19. November 2017 erstmals in Behandlung begeben und eine Arbeitsunfähigkeit habe erst ab dem 1. November 2017 bestanden. Weiter habe bei der Erstuntersuchung kein relevantes Bewegungsausmassdefizit vorgelegen, was ebenfalls gegen eine frische traumatische Subskapularissehnenruptur spreche. Der Operationsbericht bestätige zwar die Subskapularisruptur sowie die Bizepssehneninstabilität. Jedoch könne sechs bis acht Wochen nach dem Ereignis wegen eingetretenen Reparaturmechanismen nicht mehr zwischen Degeneration und Trauma differenziert werden. Zudem begännen degenerative Veränderungen am Schultergelenk an Weichteilen. Interoperativ würden keine Begleitverletzungen vorliegen oder seien nachgewiesen worden, die auf eine traumatische Schädigung hinweisen könnten. Auch beim Arthro-MRI hätten keine Hinweise auf eine traumatische Ursache bestanden. Damit beweise der Operationsbericht die Kausalität nicht. Ein Sehnenriss entspreche zwar einem Listenschaden. Jedoch liege hier nicht eine frische Verletzung, sondern ein vorwiegend auf Abnutzung zurückzuführender Schaden

vor. Kontusionen und Distorsionen würden innert weniger Wochen folgenlos abheilen. Werde ein geschädigtes Gelenk getroffen, könne sich die Heildauer verlängern. Vorliegend sei die Schmerzpersistenz dem degenerativen Schaden geschuldet. Falls früher operiert worden wäre, hätte der Status quo sine früher festgesetzt werden müssen, denn die Operation diene dazu, einen degenerativen Schaden zu beheben. Eine reine Beurteilung nach dem Prinzip post hoc ergo propter hoc genüge nicht.

#### **E. 4.3**

Nach dem Erlass des Einspracheentscheidendes und während des Beschwerdeverfahrens fanden weitere Berichte Eingang ins Dossier. Am 15. Januar 2019 (UV-Akten Nr. 29) war der Chiropraktor der Ansicht, der Einspracheentscheid basiere nicht auf den Tatsachen. Der Beschwerdeführer habe versucht einen 100 kg schweren Ventilator am Fallen zu hindern. Dabei habe er zuerst eine heftige Abwehrbewegung mit dem rechten Arm gemacht und erst dann sei der Ventilator auf die Schulter gefallen. Die Kontusion sei deshalb Zweitdiagnose. Der beratende Arzt habe die Verhebebewegung erwähnt, jedoch nicht berücksichtigt. Durch diese abrupte Abwehrbewegung, die biomechanisch belasteten Strukturen entsprächen genau dem Subscapularis und dem Bizeps, habe die ausserordentliche unvorhergesehene Krafteinwirkung zum Sehnenriss geführt. Aus dem MRI ergäben sich keine Hinweise auf vorwiegend degenerative Prozesse. Der Abriss sei klar am Knochenansatz erfolgt. Da er (Chiropraktor) in den Ferien gewesen sei, habe der Beschwerdeführer erst nach einem Monat zu ihm kommen können und habe deshalb einfach versucht, im Familienbetrieb weiter zu arbeiten. Der beratende Arzt erwiderte am 24. Januar 2019 (UV-Akten Nr. 30), bei indirekter Krafteinwirkung müsse das Schultergelenk unter Einsatz der RM vor der Krafteinwirkung muskulär fixiert und eine plötzliche passive Bewegung hinzukommen, die überfallartig zu einer Zugbelastung der RM-Sehnen führe. In Frage komme ein massives plötzliches Rückwärtsreissen oder Heranführen des Arms, wenn dieser zuvor fixiert war, z. B. bei einem stehenden Fahrgast, der sich mit nach oben gestrecktem Arm in einem fahrenden Fahrzeug festhalte und es zu einer wuchtigen Frontal- oder Heckkollision komme, oder der Sturz aus der Höhe nach vorne und Festhalten mit der Hand oder Treppensturz mit Festhalten des Geländers, sodass der Arm nach hinten gerissen werde, oder ein kraftvolles Verdrehen des Arms, wenn dieser in eine laufende Maschine gezogen werde. Mit der geltend gemachten Verhebebewegung respektive heftigen Abwehrbewegung liege somit auch kein geeigneter indirekter Unfallmechanismus vor, um eine RM-Ruptur zu erklären. Eine abrupte Abwehrbewegung sei hierfür nicht geeignet. Es sei nicht erstaunlich, dass am Gelenk selbst, den

Kantonsgericht KG Seite 7 von 10 knöchernen und knorpeligen Strukturen keine relevanten degenerativen Veränderungen vorlägen. An der Schulter beginne die Degeneration im Gegensatz zu Knie- und Hüftgelenken im Weichteilmantel. Beim Beschwerdeführer würden nicht nur an Weichteilen degenerative Veränderungen vorliegen, sondern bereits am AC-Gelenk. Am 18. Februar 2019 (UV-Akten Nr. 32) erklärte der Chiropraktor, der Lüftungsventilator habe sich über Kopf befunden. Bei Überkopfarbeiten sei der Arm oben (genau wie beim stehenden Fahrgast, der sich an der Stange festhalte) und statt dass ein Bus ruckartig halte, sei der Ventilator abrupt zurückgehalten worden. Es liege damit genau der Unfallmechanismus des plötzlichen Rückreisens des nach oben fixierten Arms vor. Zudem würde er gerne den Unterschied zwischen einem akut dolenten, ausgeprägten Funktionsdefizit, wie er es beschrieben habe, und einem erheblichen Funktionsdefizit mit starken Schmerzen und lähmungsähnlichen Zustand, was der beratende Arzt verlange,

erfahren. Eine Lähmung des gesamten Armes finde bei einer RM-Ruptur nicht statt. Ferner reisse eine Sehne in erster Linie dort, wo durch Fehl- und Überbelastung eine verminderte Durchblutung stattfindet. Die Verankerung der Sehne im Knochen sei bekanntlich gut durchblutet. Vorliegend sei der Abriss am Knochen bestätigt worden. Mit seinen Gegenbemerkungen reichte der Beschwerdeführer einen weiteren, undatierten Bericht des Chiropraktors ein. Dieser stütze sich auf einen aktuellen fachmedizinischen Artikel hinsichtlich der revidierten Unterscheidungskriterien zwischen degenerativen oder traumatischen Läsionen der Rotatorenmanschette aus dem Swiss Medical Forums. Nach neuen Erkenntnissen seien bei jungen Patienten (unter 60 Jahre) transmurale RM-Rupturen häufig traumatisch bedingt. Die folgenden Verletzungsmechanismen sollten in Betracht gezogen werden: passiv erzwungene forcierte Aussen- oder Innenrotation bei anliegendem oder abgespreiztem Arm. Nach einem Trauma, welches zu einer RM-Läsion führe, bestehe initial ein sehr heftiger Schmerz, der nach drei Tagen für den Betroffenen tolerabel werde, weshalb die Patienten oftmals initial keinen Arzt konsultieren würden. Weiter ständen die Entstehung eines knöchernen Anbaus an der Unterfläche des Akromions, die Präsenz eines Os acromiale und einer AC-Gelenksarthrose ebenfalls nicht in kausalem Zusammenhang mit einer RM-Läsion. Mit ihren Schlussbemerkungen reichte die Sympany eine letzte Stellungnahme ihres beratenden Arztes ein. Dass bei jungen Patienten mit Alter gegen 60 transmurale RM-Läsionen häufig traumatisch bedingt seien, sei wissenschaftlich international nicht anerkannt. Ferner habe die Expertengruppe die anerkannten Verletzungsmechanismen ohne Studien erweitert, weshalb fast alle Ereignisse geeignet seien, zu einer RM-Läsion zu führen. Hier werde ein Schlag und Verhebebewegung der rechten Schulter geltend gemacht [Erstbericht Chiropraktor]. Das Kriterium einer vorgespannten Sehne sei erfüllt, jedoch fehle die überfallartige kraftvolle fremdtätige Dehnung. Es liege kein geeigneter Mechanismus vor, um die RM isoliert zu verletzen. Ferner führe ein sofortiger Funktionsverlust zu einer zeitnahen Konsultation, was hier eben gerade nicht der Fall gewesen sei. Er könne als versicherungsmedizinischer Gutachter nicht auf die Expertengruppe abstellen, deren Meinung nicht der aktuellen gutachterlichen Lehrmeinung und Literatur entspreche. Mit E-Mail vom 18. September 2019 kritisiert der Chiropraktor erneut die Ansicht des beratenden Arztes, ohne neue Argumente vorzubringen.

#### **E. 4.4**

Der beratende Arzt der Sympany ist zwar Allgemeinmediziner und nicht Facharzt der Orthopädie, dennoch kann seinen Ausführungen gefolgt werden. Er fasst die medizinischen Akten jeweils korrekt zusammen und begründet seine Sichtweise ausführlich und nachvollziehbar unter Berücksichtigung der medizinischen Lehre.

Kantonsgericht KG Seite 8 von 10 Zudem decken sich seine Ausführungen mit den Unterlagen. Die Erstbehandlung fand erst gut zwei Monaten nach dem Unfall vom 13. September 2017, am 19. November 2017, statt und erst ab dem 1. November 2017 bestand eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die Ehefrau des Arbeitgebers bestätigte am 29. Dezember 2017 (UV-Akten Nr. 5), dass der Beschwerdeführer bis am 1. November 2017 immer gearbeitet habe, nach diesem Datum sei es nicht mehr gegangen. Es wurde nicht geltend gemacht, der Beschwerdeführer sei bis zu diesem Zeitpunkt in der Arbeit eingeschränkt gewesen oder habe nur leichten Arbeiten nachgehen können. Es ergeben sich daher Zweifel, ob die Verletzungen, die zur Operation führten, direkt nach dem Ereignis vom 13. September 2017 vorlagen. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass die

direkten Folgen gering waren. So war es dem Beschwerdeführer möglich, seiner manuellen Tätigkeit als Werkstattchef und Mitarbeiter im Gemüsebau während Wochen weiter nachzugehen, was bei einer Ruptur der Subscapularissehne wohl nicht der Fall gewesen wäre. In der Unfallmeldung vom 3. November 2017 (UV-Akten Nr. 1), die ebenfalls relativ spät eingereicht worden war, wurde hinsichtlich der Schädigung nur notiert, das Schulterband sei immer nach unten gerutscht, was Schmerzen verursache, wenn die Arme in Schulterhöhe seien, jedoch wurden weder eine Pseudoparalyse (Lähmung) noch Funktionsverluste geltend gemacht. Dies erfolgt erst im Erstbericht des Chiropraktors, der eine schmerzhaft eingeschränkte Flexion, Abduktion und Rotation der rechten Schulter sowie ein Oedem und Druckdolenz über Schulter und Bizeps erwähnte und eine Druckdolenz, Teilruptur Musculus Bizeps sowie eine Bursitis nach Prellung und Zerrung diagnostizierte. Hinsichtlich des Ereignisablaufs war gemäss der Unfallmeldung der Ventilator aus der vorgesehenen Halterung gerutscht und dem Beschwerdeführer auf die rechte Schulter gefallen. Er habe sich in einer Holzpaloxe, die von einem Gabelstapler gehoben wurde, befunden. Auch im Erstbericht des Chiropraktors wurde einzig ein Schlag und eine Verhebebewegung der rechten Schulter erwähnt, weshalb von einem direkten Trauma auszugehen ist, was gemäss den überzeugenden Darstellungen des beratenden Arztes gegen eine Ruptur der Subscapularissehne spricht. Erst der behandelnde Orthopäde erklärte am 11. Dezember 2017 (UV-Akten Nr. 3), der Beschwerdeführer habe ein rund 100 kg schwerer Ventilator mit dem rechten Arm abgeblockt, als ihm dieser auf die Schulter gefallen sei. Bezüglich des Geschehensablaufs fällt weiter auf, dass der Chiropraktor diesen regelmässig anders wiedergibt. Erwähnte er zunächst einzig einen Schlag und eine Verhebebewegung der rechten Schulter, machte er später eine heftige Abwehrbewegung mit dem rechten Arm, um den Ventilator vom Fallen zu stoppen und erst anschliessenden Fall des Ventilators auf die Schulter geltend. Nachdem der beratende Arzt im Detail erklärt hatte, die zur Operation führende Verletzung könne auch bei einer Abwehrbewegung durch das Ereignis nicht erklärt werden, machte der Chiropraktor geltend, es habe sich um eine Überkopfarbeit gehandelt mit nach oben gehaltenen Arm mit abrupten Versuch, den fallenden Ventilator zurückzuhalten. Dies muss wohl damit verstanden werden, dass behandelnde Ärzte gemäss der Rechtsprechung in der Tendenz zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Zudem überzeugt seine Darstellung nicht, da es bei einem aus seiner Halterung rutschenden Ventilator sicherlich nicht zu einer plötzlichen passiven Bewegung kommt, die überfallartig auftritt, wie bei dem vom beratenden Arzt angeführten Beispiel eines in einem Bus stehenden Passagiers, der sich an einer Stange festhält, wenn der Bus eine heftige Kollision erfährt. Zudem ist in Erinnerung zu rufen, dass sich der Beschwerdeführer im Moment des Unfalls in einer Holzpaloxe befand, die von einem Gabelstapler hochgehoben wurde. Der behandelnde Orthopäde stellte am 11. Dezember 2017 (UV-Akten Nr. 3) die Diagnosen einer kranialseitigen Ruptur der Subscapularissehne, einer subluxierten langen Bicepssehne und einer

Kantonsgericht KG Seite 9 von 10 Partialruptur der ventralen Supraspinatussehne, eine HAGL-Läsion (Humeral Avulsion of the Glenohumeral Ligament; Ruptur (Riss) des unteren glenohumeralen Bandes auf der Oberarmseite), einer leichtgradigen AC-Arthrose sowie ein asymptomatisches Os acromiale rechts (dominant). Die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden seien auf die kranialseitige Subscapularissehnen-Ruptur mit subluxierter und instabiler langer Bicepssehne zurückzuführen. Zudem zeige sich ein Os acromiale mit diskreter Einengung des Subacromialraumes. Beigelegt war der Bericht zu einem Arthro-MRI der rechten Schulter vom 28. November 2017. Gemäss diesem lag eine

Subscapularissehne mit Partialruptur der kranialen Fasern und Subluxation der tendinopathisch veränderten langen Bizepssehne bei Pulley-Läsion, eine Supraspinatussehne mit bursaseitiger Partialruptur der ventralen Fasern, eine HAGL-Läsion der inferioren Gelenkscapsel sowie eine diskrete Bursitis subacromialis vor. In seinem vorerwähnten Operationsbericht wurden die Diagnosen einer Ruptur der kranialen Subscapularissehne, einer Instabilität der langen Bicepssehne, einer Unterflächenpartialruptur der ventralen Supraspinatussehne und eines asymptomatischen Os acromiale rechts (dominant) genannt. Der kraniale Anteil der Subscapularissehne sei vom Knochen abgelöst. Die festgestellten Verletzungen wollen nicht in Abrede gestellt werden, jedoch sind diese nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 13. September 2017 zurückzuführen. Der behandelnde Orthopäde äusserte sich nicht zur Frage der Kausalität. Dennoch ergibt sich aus seinen Berichten sowie dem Arthro-MRI, dass beim Beschwerdeführer sehr wohl degenerative Veränderungen vorlagen. So war die lange Bicepssehne tendinopathisch verändert. Eine Tendinopathie wird in der Regel durch eine Überanspruchung oder durch Mikrotraumen verursacht (vgl. Pschyrembel, Orthopädie und Unfallchirurgie, 2013). Ferner lag eine leichtgradige AC-Arthrose sowie ein asymptomatisches Os acromiale vor, wobei es sich dabei um eine seltene Fehlbildung des Akromions durch Anlage eines zusätzlichen, meist lateralen Ossifikationskerns mit persistierender Spaltbildung über das 25. Lebensjahr hinaus handelt welches Ursache für ein subakromiales Impingement-Syndrom oder eine RM-Ruptur sein kann (vgl. Pschyrembel). Damit hat die Sympany zu Recht auf die Meinung ihres beratenden Arztes abgestützt, wonach der Status quo sine nach maximal drei Monaten erreicht war und die vorliegende Listenverletzung überwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Am Vorstehenden ändert der Artikel im Swiss Medical Forum nichts. In diesem wurde auch eine RM-Läsion nach einem Direkttrauma der Schulter ohne explizit ausgestreckten Arm als möglich angesehen, was weder begründet, noch wissenschaftlich belegt wurde (vgl. Urteil BGer 8C\_466/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 5.2.2). Damit erklärt sich, weshalb nach diesem Bericht der RM-Rupturen häufig traumatisch bedingt sind. Ferner kann es zwar wohl sein, dass bei einer RM-Ruptur nach drei Tagen der Schmerz für den Patienten tolerabel wird, was bei Tätigkeiten, bei welchen die Schulter nicht weiter belastet wird nachvollziehbar erscheint, nicht jedoch beim manuell arbeitenden Beschwerdeführer. Im Übrigen kann bezüglich des Artikels auf die Ausführungen der Sympany in ihren Schlussbemerkungen verwiesen werden. Schliesslich ist es von Interessen, dass die Visana, nachdem sie den Fall ihrem vertrauensärztlichen Dienst vorgelegt hat, ihre vorsorgliche Einsprache zurückgezogen hat (UV-Akten Nr. 16).

## **E. 5**

Zusammenfassend ging die Sympany zu Recht davon aus, dass der Unfall vom 13. September 2017 nur zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt hat und die vorgenommene Operati-

Kantonsgericht KG Seite 10 von 10 on nicht aufgrund von Unfallschäden vorgenommen wurde. Der Fall wurde daher zu Recht am 2. Januar 2018 abgeschlossen. Gemäss dem hier zur Anwendung kommenden Prinzip der Kostenlosigkeit des Verfahrens werden keine Gerichtskosten erhoben. Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde von A. \_\_\_\_\_ wird abgewiesen. II. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. III. Zustellung. Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig.  
Freiburg, 1. Mai 2020/bsc Der Präsident: Der Gerichtsschreiber-Berichterstatter:

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