

# UR\_GERICHTE 2024\_OG V 24 17 vom 20. Dezember 2024

UR Obergericht, 2024-12-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ur\\_gerichte\\_2024\\_OG\\_V\\_24\\_17](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ur_gerichte_2024_OG_V_24_17)

FR: UR\_GERICHTE 2024\_OG V 24 17 du 20 décembre 2024

IT: UR\_GERICHTE 2024\_OG V 24 17 del 20 dicembre 2024

## Regeste

Leistungen nach UVG.

## Erwägungen

### E. 1.1

Gegen Einspracheentscheide der Beschwerdegegnerin kann Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Dieses entscheidet als einzige kantonale Instanz (Art. 57 ATSG). Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Das Obergericht des Kantons Uri (Verwaltungsrechtliche Abteilung) ist bei hiesigem Wohnsitz des Beschwerdeführers sowohl funktionell als auch örtlich sowie sachlich (Art. 5 Verordnung über die Rechtspflege in der Unfallversicherung [RB 20.2221; nachfolgend Rechtspflegeverordnung]) für die Behandlung der Beschwerde zuständig.

### E. 1.2

Zur Beschwerde berechtigt ist, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (Art. 59 ATSG). Der Beschwerdeführer ist als versicherte Person mit seinen Anträgen bei der Beschwerdegegnerin unterlegen und hat daher grundsätzlich ein schutzwürdiges Interesse an der Aufhebung oder Änderung des entsprechenden Entscheids. Der angefochtene Entscheid verneint die Kausalität der geklagten medizinischen Beschwerden des Beschwerdeführers; der Eintritt des Endzustandes sowie die Rentenfrage und der Anspruch auf Integritätsentschädigung waren dagegen nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheids. Der Eintritt des Endzustandes erscheint somit offen, nachdem die Beschwerdegegnerin diese Frage nicht näher geprüft hat. Soweit ihre Kausalitätsbeurteilung zutrifft, musste sie

Seite 4 von 17

sich mit dieser Frage auch nicht näher befassen. Auf den in die Zukunft weisenden, sich nicht auf den Gegenstand des angefochtenen Entscheids beziehenden Antrag, die Beschwerdegegnerin habe „nach Eintritt des Endzustandes“ die Rentenfrage und den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen, ist nicht einzutreten (vgl. BGE 136 II 457 E. 4.2). Die Formvorschriften wurden ansonsten eingehalten (Art. 61 lit. b ATSG). Die 30-tägige Beschwerdefrist wurde eingehalten (Art. 60 Abs. 1 i.V.m. Art. 39 Abs. 1 ATSG). Auf die Beschwerde ist mit dem erwähnten Vorbehalt teilweise einzutreten.

## E. 2

lit. a - h UVG genannte Körperschädigung vorliegt, zur Vermutung, es handle sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss, wobei dem Versicherer die Möglichkeit des Gegenbeweises offensteht. Der Unfallversicherer steht mit anderen Worten bei Vorliegen einer Listenverletzung grundsätzlich in der Pflicht, Leistungen zu erbringen, so- lange er nicht den Nachweis für eine vorwiegende Bedingtheit durch Abnützung oder Erkrankung er- bringt (vgl. BGE 146 V 51 E. 8.6). Bei fehlendem bzw. dahingefallenem natürlichem Kausalzusammen- hang zwischen einem Unfallereignis und einer Listenverletzung erübrigt sich jedoch eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, jedenfalls solange kein anderes initiales Ereignis als Verlet- zungsursache in Frage kommt. Denn mit dem Nachweis, dass das Unfallereignis keine auch nur geringe Teilursache der Listenverletzung ist, ist gleichzeitig auch erstellt, dass diese Listenverletzung vorwie- gend, d.h. zu mehr als 50 Prozent, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 9.2).

### **E. 2.1**

Gemäss Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) werden bei Be- rufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten Versicherungsleistungen gewährt. Der Versi- cherte hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG). Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG).

### **E. 2.2**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereig- nis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhanges sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise be- ziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Um- schreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhanges nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist. Es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 147 V 161 E. 3.2, 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 E. 1).

### **E. 2.3**

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Be- schwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversi- cherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 117 V 376 f. E. 3a). Dabei ist die Formel «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Störung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig (BGE 119 V 340 ff. E. 2b/bb mit Hinweisen, U 290/06 vom 11.06.2007 E. 4.2.3). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 E. 1, 117 V 377 E. 3a). Das Gericht hat jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b). Gilt es zwischen zwei oder mehreren

Möglichkeiten zu entscheiden, ist diejenige überwiegend

Seite 5 von 17

wahrscheinlich, welche sich am ehesten zugetragen hat (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 43 Rz. 59).

#### **E. 2.4**

mit Hinweisen).

#### **E. 2.5**

Monate nach dem Ereignis gab der Beschwerdeführer an, der Bizepsmuskelbauch sei seit Oktober 2021 im Seitenvergleich etwas tiefer gelegen. Die Schmerzen im Oberarm würden vor allem bei oder nach Belastung auftreten, im Muskelbauch seien die Schmerzen krampfartig. Von einem spezifischen Ereignis wurde damals jedoch nichts berichtet. Anlass zur Behandlung der Bizepssehne ergab sich damals ebenfalls nicht. Der Beschwerdeführer war dabei nach der ersten Operation vom November 2020 ab dem 6. April 2021 zu 50 Prozent arbeitsfähig (vgl. E.4.4 hievor) und hat seit dem Ereignis vom 19. Oktober 2021 «immer gearbeitet». Die am 24. Januar 2022 berichteten krampfartigen Beschwerden im Bizepsmuskelbauch weisen zudem eher darauf hin, dass die Fixation damals noch nicht abgelöst war, hat doch Dr. C.\_\_\_\_ darauf hingewiesen, dass man solch krampfartige Beschwerden eher nach einer operativen Fixierung der Sehne (Tenodese) sehe, weshalb er sich die später weiterhin geklagten Beschwerden (nachdem die Fixation gelöst war) nicht erklären konnte (vgl. E. 4.6 hievor). Nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit lässt sich somit einzig sagen, dass der Beschwerdeführer irgendwann nach der ersten Operation vom 26. November 2020 eine Ablösung der subpectoral refixierten Bizepssehne erlitten hat. Aufgrund der vom Beschwerdeführer ausgeübten handwerklichen Tätigkeit im Zeitraum nach dem 6. April 2021 und über den 19. Oktober 2021 (Datum des geltend gemachten Ereignisses) hinaus erscheint überwiegend wahrscheinlich, dass dies ein kontinuierlicher und nicht auf ein spezifisches Ereignis rückführbarer Prozess war. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen werden, kann aber letztlich offenbleiben, ob und inwiefern die Ablösung der Bizepssehne überhaupt als ereigniskausal zu werten wäre.

#### **E. 2.6**

Ob der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalls oder unter demjenigen des Rückfalls zu prüfen ist, ergibt sich aus der Beantwortung der Frage, ob der Grundfall zunächst abgeschlossen werden konnte (vgl. BGer 8C\_433/2007 vom 26.08.2008 E. 2.3). Der Abschluss des Grundfalls kann praxisgemäss auch formlos und stillschweigend erfolgen. Das ist nach der Rechtsprechung der Fall, wenn zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Leistungen mehr zur Diskussion standen und zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten (vgl. BGer 8C\_947/2009 vom 18.03.2010 E. 2.2, 8C\_433/2007 vom 26.08.2008 E. 2.3). Lag ein vergleichsweise harmloser Unfall mit günstigem Heilungsverlauf vor, welcher nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete, wird tendenziell eher von einem stillschweigend erfolgten Abschluss auszugehen sein als nach einem kompliziert verlaufenen Heilungsprozess. So hat das Bundesgericht in einem Fall, in welchem die versicherte Person nach einem Unfall nur während rund eines Monats Leistungen beanspruchte und sich erst mehr als zwei Jahre

später wieder beim Unfallversicherer meldete, einen Rückfall angenommen (BGer 8C\_433/2007 vom 26.08.2008 E. 2.3).

### **E. 3.1**

Gemäss dem Untersuchungsgrundsatz haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte von sich aus und ohne Bindung an die Parteibegehren für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und 61 lit. c ATSG; BGE 122 V 158 E. 1a). Davon zu unterscheiden ist die Frage der Beweislast; das heisst die Frage, wer die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat, wenn sich nach dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kein rechtserheblicher Sachverhalt feststellen lässt. Die Annahme der Beweislosigkeit ist allerdings erst zulässig, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen der Abklärungspflicht aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGer 9C\_702/2023 vom 15.02.2024 E. 4.4, 8C\_533/2023 vom 17.01.2024 E. 2.4, 9C\_254/2017 vom 21.08.2017 E. 4.4).

### **E. 3.2**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vergleiche Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Versicherungsträger und

Seite 7 von 17

Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 143 V 124 E. 2.2.2, 125 V 351 E. 3a, BGer 8C\_42/2008 vom 19.01.2009 E.

### **E. 3.3**

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, 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 (BGE 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c). An die Beweiswürdigung versicherungsinterner Beurteilungen sind indessen strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die Berichte anderer Ärzte mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch nachvollziehbare Berichte eines anderen Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 122 V 157 E. 1.d, 125 V 352 E. 3.a, BGer 8C\_373/2023 vom 09.01.2024 E. 3). Dennoch darf und soll in Bezug auf Berichte von Hausärzten und behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 470 E. 4.5, 125 V 353 E. 3b/cc). Auch kann nicht aus dem Vorliegen einer allfälligen entgegenstehenden (haus-)ärztlichen Einschätzung unbesehen ihres Inhalts auf geringe Zweifel an den Beurteilungen der versicherungsinternen Fachpersonen geschlossen werden (vgl. BGer 8C\_68/2019 vom 22.07.2019 E. 4.2.1).

Seite 8 von 17

#### **E. 4**

Die Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt (gemäss Aktendossier der Beschwerdeführerin eingereicht mit der Beschwerdeantwort [nachfolgend: BG-act.]).

##### **E. 4.1**

In der Bagatellunfall-Meldung vom 26. Januar 2022 (BG-act. 1) wurde angegeben, dass der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Tätigkeit bei einem Fensterbauunternehmen am 19. Oktober 2021 beim Heben eines schweren Rahmens die Bizepssehne am linken Oberarm gerissen habe.

##### **E. 4.2**

Im Bericht zur Sprechstunde vom 24. Januar 2022 gab Dr. med. B.\_\_\_\_ an, bei klinisch intakter Schulter, aber tiefhängendem Bizepsmuskelbauch seien die vom Beschwerdeführer verspürten Schmerzen – zumindest die berichteten krampfartigen Beschwerden im Bereich des tiefhängenden Bizepsmuskelbauchs – auf die Ruptur der langen Bizepssehne zurückzuführen. Die Schmerzen im Bizepsmuskelbauch könnten nach einer Ruptur der langen Bizepssehne gelegentlich vorkommen und würden mit der Zeit verschwinden. Eine spezifische Therapie sei bei ansonsten schmerzfreier Schulter nicht indiziert. Weitere medizinische Interventionen sind bis zum März 2023 (vgl. E. 4.5 nachfolgend) nicht dokumentiert.

##### **E. 4.3**

Der Beschwerdeführer war bereits vor der Sprechstunde vom 24. Januar 2022 bei Dr. med. B.\_\_\_\_ in Behandlung. Am 6. Oktober 2020 ging Dr. med. B.\_\_\_\_ von einem Verdacht auf beginnende Kapsulitis in der linken Schulter bei möglicher SLAP-Läsion links und AC-Gelenksarthropathie links aus (BG-act. 22), nachdem der Beschwerdeführer seit ungefähr Frühjahr 2018 über Schmerzen in der linken Schulter geklagt hatte (vgl. Sprechstundenbericht med. pract. D.\_\_\_\_ vom 27.03.2018, BG-act. 24). Am 26. November

2020 erfolgte schliesslich durch Dr. med. B.\_\_\_\_ bei diagnostizierter SLAP-Läsion Typ II sowie symptomatischer AC-Arthropathie in der Schulter links eine arthroskopische Bizepsstenodese (subpectoral) sowie eine AC-Resektion links. Im Operationsbericht wurde ausgeführt (BG-act. 26), es habe sich inspektorisch ein deutlich degenerierter Bizepsanker, SLAP-Läsion Typ II ergeben. Es habe sich eine allseits korrekt inserierende Rotatorenmanschette gezeigt, Knorpel altersentsprechend. Das Labrum habe sich zirkumferenziell intakt gezeigt. Die lange Bizepssehne sei mittels ARF abgetrennt worden mit anschliessendem Débridement des anterosuperioren Labrums. Es sei das AC-Gelenk dargestellt und eine Resektion der lateralen Clavicula 7-8 mm durchgeführt worden. Anschliessend sei der Stumpf der langen Bizepssehne mittels Setzens eines JuggerKnots subpectoral fixiert worden. Im Verlaufsbericht vom 5. Januar 2021 6 Wochen postoperativ (BG-act. 25) ergaben sich reizlose Arthroskopieportale und ein symmetrischer Bizepsmuskelbauch sowie eine noch leichte Druckdolenz über dem AC-Gelenk. Der Beschwerdeführer zeige sich deutlich schmerzgelindert.

#### **E. 4.4**

Im Verlaufsbericht vom 23. Februar 2021 3 Monate postoperativ (BG-act. 21) ergaben sich ein etwas tiefhängender Bizepsmuskelbauch und nur noch eine diskrete Druckdolenz über dem AC-Gelenk. Es würden Beschwerden im Bereich des ventralen Oberarmes mit Ausstrahlung gegen den

Seite 9 von 17

Ellbogen persistieren. Die Beschwerden seien nicht auf das AC-Gelenk lokalisiert. Klinisch habe sich eine gewisse Restkapselreizung glenohumeral gezeigt, weshalb eine Steroidinfiltration durchgeführt worden sei mit anschliessend deutlichem Beschwerderückgang. Im Verlaufsbericht vom 6. April 2021

#### **E. 4.5**

Mit Bagatellunfall-Meldung vom 21. März 2023 (BG-act. 2) sowie Schadenmeldung vom 1. Mai 2023 (BG-act. 6) liess der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin durch die kantonale Arbeitslosenkasse Uri, Altdorf, mitteilen, dass er sich an der linken Schulter verletzt habe. Als Schadensdatum wurde der 15. März 2023 angegeben (entspricht dem Datum der ersten Physiotherapieverordnung von Dipl. Arzt E.\_\_\_\_ vom 15.03.2023, s. E. 4.6 hernach). In der Unfallbeschreibung wurde auf das Ereignis vom 20. (recte: 19.) Oktober 2021 Bezug genommen. Der Beschwerdeführer habe sich am besagten Datum eine Verletzung an der Schulter zugezogen, habe aber immer gearbeitet. Zum Unfallhergang wurde ausgeführt, dass der Beschwerdeführer bei der Arbeit mit einem Kollegen ein Fenster habe aushängen müssen, um das Fenster auf einen Bock zu tragen. Dabei habe der Kollege das Fenster nicht mehr richtig halten können und so habe der Beschwerdeführer versucht, das Fenster aufzufangen. Dabei habe er sich die Schulter gezerrt.

#### **E. 4.6**

Nachdem der Beschwerdeführer am 15. März 2023 von Dipl. Arzt E.\_\_\_\_ eine Physiotherapieverordnung erhalten hatte (BG-act. 4), wurde er in der Folge an Dr. med. C.\_\_\_\_ überwiesen. Im Ambulanten Konsultationsbericht vom 17. April 2023 (BG-act. 19) diagnostizierte Dr. med. C.\_\_\_\_ unklare persistierende Schmerzen an Schulter und Oberarm links bei Status nach Schulterarthroskopie links im November 2020 mit AC-Gelenksresektion und Tenodese der langen Bizepssehne (subpectoral) sowie

sekundärer Re-Ruptur der Bizepssehne nach Verhebetauma im Oktober 2021. Der Beschwerdeführer sei in physiotherapeutischer Behandlung. Nach wie vor habe er Schmerzen im Bereich des Schultergelenkes bei über Kopf-Bewegungen, dann aber auch im Oberarm bei bestimmten Belastungen unterhalb der Horizontale. Schlafen sei auf der Schulter zeitweise nicht möglich. In der klinischen Untersuchung ergab sich u.a. ein deutliches Popeye-Zeichen. Dr. med. C.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer persistierende Schmerzen in der Schulter und dem Oberarm links bestünden bei Status nach der genannten Operation und nachweislich erfolgter Re-Ruptur der Bizepssehne. Die Ursache der Beschwerden erscheine nicht ganz klar, in der Regel würden gerade Schmerzen im Bereich des Bizeps

Seite 10 von 17

nachlassen, sobald es zu einer Ruptur komme. Das typische «Cramping» sehe man eher nach einer Tenodese (= operative Fixierung der Sehne, Anm. des Gerichts), welche ja nun nachweislich versagt habe. Klinisch seien heute der Lifthoff- und Bearhug-Test positiv gewesen, was für eine zusätzliche oder neue Affektion der Subscapularissehne sprechen könne. Zur weiteren Diagnostik und Klärung der Schmerzursache sei eine MRT-Bildgebung durchzuführen.

#### **E. 4.7**

Im Radiologiebericht vom 1. Mai 2023 (BG-act. 8) zur gleichentags durchgeführten Bildgebung (Arthrographie/MRI Schulter links) führte Dr. med. F.\_\_\_\_ aus, es habe sich eine geringe Insertions-tendinopathie der Supraspinatussehne ergeben, keine eindeutige Ruptur, keine Sehnenretraktion. Die Infraspinatussehne habe sich unauffällig präsentiert. Im Vergleich zur Voruntersuchung (MRI vom 21.09.2020) würden sich neue Signalalterationen in der Subscapularissehne mit fraglicher kleiner gelenkseitiger Partiaalläsion zeigen, keine transmurale Ruptur und keine Sehnenretraktion. Reruptur der langen Bizepssehne, diese würde fehlen. Weiter habe sich eine progrediente Degeneration am Labrum von anterosuperior bis anteroinferior mit weitgehender Ablösung des Labrums ergeben. Im Übrigen keine progredienten Knorpelschäden, insgesamt nur leichte Ausdünnung, keine höhergradige Chondropathie. Kein Chondropathie-assoziiertes Ödem. Die Muskelqualität der Rotatorenmanschette sei gut, Goutallier 1, keine Atrophie. In der Beurteilung ergab sich für Dr. med. F.\_\_\_\_ eine erneute Ruptur der langen Bizepssehne, ein progredienter ausgedehnter Labrumschaden/Labrumdegeneration anterosuperior und anterior. Geringe Tendinopathie und kleine gelenkseitige Partiaalläsion der SSC-Sehne, keine Retraktion. Geringe Tendinopathie der SSP-Sehne. Qualität der Rotatorenmanschette gut.

#### **E. 4.8**

Im Ambulanten Konsultationsbericht vom 19. Juni 2023 zur geplanten MRT-Besprechung (BG-act. 33) diagnostizierte Dr. med. C.\_\_\_\_ eine posttraumatische Labrumläsion Schulter links bei DD kleine Subscapularisläsion proximaler Sehnenrand. Beim Beschwerdeführer bestehe eine posttraumatische Labrumläsion an der linken Schulter sowie ein Status nach Tenodese der langen Bizepssehne und erneuter Ruptur. Da doch eine deutliche Korrelation zu den anamnestischen und auch klinischen Beschwerden bestehe, sei aus orthopädischer Sicht die Arthroskopie mit Labrum-Refixation indiziert.

#### **E. 4.9**

Am 27. Juni 2023 führte Dr. med. C.\_\_\_\_ die von ihm empfohlene Operation durch. Gemäss Operationsbericht (BG-act. 36) wurde bei diagnostizierter posttraumatischer Labrumläsion mit chronischer Instabilität der linken Schulter bei Status nach Schulterarthroskopie mit Tenotomie und Tenodese sub-pectoral der Schulter links (recte wohl: Bizepssehne links) eine Schulterarthroskopie links zur Labrum-stabilisation durchgeführt. Intraoperativ ergaben sich unauffällige, altersentsprechende Knorpelverhältnisse an Humeruskopf und Glenoid, jedoch ein grosser Riss am ventralen Labrum mit Dehiszenz desselben vom Glenoid zwischen ca. 4 und 12 Uhr. Die Subscapularissehne war gänzlich intakt. Ebenso ergab sich eine unauffällige Darstellung der Supraspinatus- und Infraspinatussehne. Anschliessend

Seite 11 von 17

erfolgte die Refixation des Labrums mittels Setzen von vier Ankern bis sich eine sehr schön wiederhergestellte Anatomie mit refixiertem, stabilem Labrum ergab. Als postoperatives Procedere wurde u.a. Physiotherapie nach Schema Labrum-Refixation vorgegeben.

#### **E. 4.10**

In der versicherungsmedizinischen Kurzbeurteilung vom 5. Juli 2023 (BG-act. 38) kam med. pract. G.\_\_\_\_, SUVA Versicherungsmedizin, zum Schluss, dass die geltend gemachten Beschwerden an der linken Schulter nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 19. Oktober 2021 zurückzuführen seien. Bereits in der drei Monate postoperativen Regelkontrolle am 23. Februar 2021 beim ersten Operateur Dr. B.\_\_\_\_ (vgl. E. 4.4 hievor) sei diesem ein tiefsitzender Bizepsmuskelbauch nach der von ihm durchgeführten Bizepsstenodese bei SLAP-II-Läsion aufgefallen. Dies bedeute, dass die Fixation der durchtrennten langen Bizepssehne, also die Tenodese, nicht gehalten habe, was lange vor dem besagten Ereignis vom 19. Oktober 2021 sei. Auch anlässlich der Beurteilung durch Dr. C.\_\_\_\_ im April 2023 (vgl. E. 4.6 hievor) beschreibe dieser ein sog. «Popeye-Zeichen», das ebenfalls den tiefsitzenden Bizepsmuskelbauch beschreibe. Dr. C.\_\_\_\_ führe dies – wohl in Unkenntnis der Voruntersuchungen – auf das besagte Verhebetauma vom 19. Oktober 2021 zurück.

#### **E. 4.11**

Am 7. August 2023 nahm Dr. med. C.\_\_\_\_ zur versicherungsmedizinischen Kurzbeurteilung vom 5. Juli 2023 Stellung (BG-act. 50). Er führte aus, aus seiner Sicht sei die Unfallkausalität klar gegeben. Im Operationsbericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ (vgl. E. 4.3 hievor) sei das Labrum damals (am 26.11.2020) als intakt dokumentiert worden. Am 19. Oktober 2021 sei es im Rahmen der Arbeit zu einem «Unfall» (Hervorhebung durch den Autor, Anm. des Gerichts) gekommen. Seither hätten chronisch-rezidivierende Schmerzen bestanden und der Beschwerdeführer sei mehrfach beim Hausarzt vorstellig geworden. Intraoperativ habe sich bei der Operation vom 27. Juni 2023 (vgl. E. 4.9 hievor) eine typische Konfiguration nach traumatischer Labrumläsion gezeigt, eine degenerative Komponente könne hier auch retrospektiv nicht erkannt werden. Nach Ansicht des Autors bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Unfallkausalität. Die Beschwerdegegnerin werde bei anderweitiger Meinung um detaillierte Begründung gebeten.

#### **E. 4.12**

Die Beschwerdegegnerin holte daraufhin bei med. pract. G.\_\_\_\_ eine ausführliche versicherungs- medizinische Beurteilung ein (BG-act. 55). In der Beurteilung vom 24. August 2023 kam med. pract. G.\_\_\_\_ zum Schluss, dass an der Beurteilung vom 5. Juli 2023 festgehalten werden könne. Erst in der schulterorthopädischen Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ im April 2023 werde ein Verhebetauma im Oktober 2021 mit genannter sekundärer Re-Ruptur der Bizepssehne festgestellt. Zuvor habe der vorbehandelnde Operateur Dr. B.\_\_\_\_ in seiner Untersuchung im Januar 2022, also rund 2.5 Monate nach dem besagten Ereignis, dieses nicht erwähnt. Die Beschwerdeursache wurde als Folge der Operation vom November 2020 deklariert und sollte so, gemäss Angaben von Dr. B.\_\_\_\_, allmählich von alleine verschwinden. Da die Beschwerdeursache im Frühjahr 2023 nicht klar gewesen sei, sei eine bilanzierende

Seite 12 von 17

Verlaufs-MRI-Untersuchung durchgeführt worden. Weshalb der befundende Radiologe Dr. F.\_\_\_\_ zur Diagnose einer erneuten Ruptur der langen Bizepssehne komme, die ja an ihrem Ursprung am superioren Gelenklabrum operativ durchtrennt worden sei und weiter distal, auf Höhe des Unterrandes des Musculus pectoralis major, am Oberarm mit einem JuggerKnot (anlässlich der Operation bei Dr. B.\_\_\_\_ im November 2020, Anm. des Gerichts) refixiert worden sei, bleibe unklar. Der Bizepssehnenkanal sei proximal der Fixation/Tenodese aufgrund des Eingriffes naturgemäss dann «leer». Wann das Tiefer-treten des Muskelbauches des Bizepsmuskels aufgetreten sei, bleibe ebenfalls unklar und könne einfach Folge des sich lösenden JuggerKnots sein oder schon durch die Operation selbst bedingt sein – dies habe keinen eigentlichen behandlungsbedürftigen Krankheitswert. Bei der ersten Operation am 26. November 2020 beschreibe der Operateur Dr. B.\_\_\_\_ einen bereits deutlich degenerierten Bizepsanker (am oberen Labrum gelegen) im Sinne einer SLAP-Läsion Typ II. Er beschreibe das Labrum zirkumferenziell intakt. Er debridiere nach Abtrennen der langen Bizepssehne jedoch das anterosuperiore Labrum, also den Bereich des Labrums, der aufgrund der SLAP-Läsion Typ II erheblich degeneriert gewesen sei, sodass verständlich sei, dass bei der Inspektion anlässlich der später von Dr. C.\_\_\_\_ durchgeführten zweiten Operation in diesem Bereich ein nicht mehr intaktes Labrum zu befunden gewesen sei. Dr. C.\_\_\_\_ beschreibe einen grossen Riss im Bereich des ventralen Labrums mit einer Dehiszenz von Glenoid zwischen 4 und 12 Uhr und führe dies auf das Verhebetauma zurück. Da aber die lange Bizepssehne in diesem Bereich längst operativ anlässlich des ersten Eingriffes abgetrennt worden sei, habe das Verhebetauma genau an dieser Stelle keine mechanische Zugbelastung ausüben können. Weshalb es sich um ein Verhebetauma gehandelt habe, bleibe im Übrigen unklar, da das gewollte Anheben eines schweren Gegenstandes bei Auslösen von Schmerzen in der Regel auch zum Loslassen desselben führe.

## **E. 5**

Monate postoperativ (BG-act. 27) ergab sich eine nun positive Entwicklung mit deutlichem Beschwerderückgang und auch verbesserter glenohumeraler Beweglichkeit. In der Beurteilung ergab sich ein etwas protrahierter, aber positiver Verlauf mit deutlichem Beschwerderückgang und verbesserter glenohumeraler Beweglichkeit, auch die Arbeit könne zu 50% ausgeführt werden. Es zeige sich nach wie vor eine persistierende Kapselreizung im Sinne einer auslaufenden postoperativen Schultersteife. Es wurde die Weiterführung der Physiotherapie verordnet und im Moment kein weiterer Kontrolltermin vereinbart.

## E. 5.1

Zunächst ist aufgrund der Aktenlage zurecht unbestritten, dass die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch vorliegend unter dem Aspekt des Rückfalls und nicht des Grundfalls geprüft hat. Zwischen der nach dem geltend gemachten Ereignis vom 19. Oktober 2021 erstmaligen ärztlichen Konsultation vom 24. Januar 2022 und der ärztlichen Wiedervorstellung im Frühjahr 2023 sind keine (weiteren) ärztlichen oder sonstigen Konsultationen sowie keine Arbeitsunfähigkeit dokumentiert. Auch war der Beschwerdeführer nach dem Ereignis vom 19. Oktober 2021 nicht aktenkundig arbeitsunfähig. Im Gegenteil war die Meldung zum Grundfall eine Bagatellunfall-Meldung (somit ohne unfallversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit) und wurde auf der Bagatellunfall-Meldung vom 21. März 2023 sowie der Schadensmeldung vom 1. Mai 2023 angegeben, dass der Beschwerdeführer nach dem Ereignis vom 19. Oktober 2021 «immer gearbeitet» habe (vgl. E. 4.5 hievor). Erst ab dem 25. Mai 2023 bis zum 30. Juli 2023 – somit im Vor- und Nachgang zur Operation vom 27. Juni 2023 und nach dem

Seite 13 von 17

mit Meldungen vom 21. März und 1. Mai 2023 erneut gemeldeten Schaden – attestierte Dr. med. C.\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 Prozent (vgl. BG-act. 34). Dementsprechend konnte zum Zeitpunkt nach der ereignisnächsten ärztlichen Konsultation vom 24. Januar 2022, welche ergab, dass keine weitere Therapie indiziert war und keine Arbeitsunfähigkeit bestand, davon ausgegangen werden, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten, womit der Grundfall als stillschweigend abgeschlossen gelten durfte.

## E. 5.2

Nach Meldung des Rückfalls im Frühjahr 2023, wonach der Beschwerdeführer die linke Schulter verletzt habe und auf das Ereignis vom 19. Oktober 2021 Bezug genommen wurde, nahm die Beschwerdegegnerin den Fall wieder auf und klärte die Sach- und Rechtslage unter dem Aspekt des Rückfalls ab. Dokumentiert und eindeutig ist, dass der Schaden an der linken Schulter, welcher Anlass gab für die erste Operation bei Dr. med. B.\_\_\_\_, degenerativ bedingt und unfallfremd war. Med. pract. G.\_\_\_\_ weist in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 24. August 2023 zutreffend darauf hin, dass der Operateur Dr. B.\_\_\_\_ einen bereits deutlich degenerierten Bizepsanker (am oberen Labrum gelegen) im Sinne einer SLAP-Läsion Typ II beschrieben habe. Wie med. pract. G.\_\_\_\_ schlüssig und anhand der Aktenlage nachvollziehbar aufzeigt, wurde das Labrum zwar als zirkumferenziell intakt beschrieben. Jedoch wurde der Bereich des Labrums, der aufgrund der SLAP-Läsion-Typ II erheblich degeneriert war, nach Abtrennen der langen Bizepssehne debridiert (= abgetragen). Die Beurteilung von med. pract. G.\_\_\_\_, es sei verständlich, dass bei der Inspektion anlässlich der später von Dr. med. C.\_\_\_\_ durchgeführten zweiten Operation in diesem Bereich ein nicht mehr intaktes Labrum zu befunden gewesen sei, erscheint insofern ohne Weiteres nachvollziehbar. Der Grund für die erste Operation war ja gerade, dass die lange Bizepssehne bzw. deren Anker (am oberen Labrum gelegen) degeneriert und die Sehne dementsprechend operativ abzutrennen und das degenerativ veränderte Labrum an dieser Stelle abzutragen war. Die lange Bizepssehne wurde anschliessend distal zu ihrem ursprünglichen (natürlichen) Befestigungspunkt (am oberen Labrum) subpectoral refixiert. Auf das Labrum selber bzw. dessen Zustandsentwicklung konnte die Bizepssehne – da weiter distal refixiert – fortan somit keinen relevanten (insbesondere schädigenden) Einfluss mehr haben. Schlüssig ist

entsprechend die Beurteilung von med. pract. G.\_\_\_\_ das geltend gemachte Verhebetauma vom 19. Oktober 2021 habe am Labrum keine mechanische Zugbelastung ausüben können, da die lange Bizepssehne in diesem Bereich anlässlich der ersten Operation längst abgetrennt worden sei. Die Bizepssehne bzw. deren Re-Ruptur (dazu sogleich E. 5.3) konnten somit überwiegend wahrscheinlich und ohne Zweifel an der entsprechenden versicherungsmedizinischen Beurteilung von med. pract. G.\_\_\_\_ nach der ersten Operation bei Dr. med. B.\_\_\_\_ zu keinen Schädigungen am Labrum (mehr) führen.

### **E. 5.3**

Wahrscheinlich erscheint, dass der Beschwerdeführer eine Re-Ruptur der Bizepssehne im Sinne eines Ablösens der anlässlich der ersten Operation durchgeführten Refixation der Sehne erlitten hat.

Seite 14 von 17

Nicht klar ist hingegen, zu welchem Zeitpunkt diese Ablösung stattgefunden hat. Med. pract. G.\_\_\_\_ weist in seiner Beurteilung vom 5. Juli 2023 darauf hin, dass bereits Dr. B.\_\_\_\_ am 23. Februar 2021 drei Monate nach der ersten Operation einen tiefhängenden Bizepsmuskelbauch festgestellt hat. Zwar lässt sich nach Ansicht des Gerichts nicht sagen, dass die Refixation der Sehne bereits zu diesem Zeitpunkt (vollständig) abgelöst war. Der Bizepsmuskelbauch hing am 23. Februar 2021 gemäss Befundung von Dr. B.\_\_\_\_ «etwas» tief; ein eigentliches «Popeye-Zeichen» wurde nicht festgestellt. Andererseits und in Übereinstimmung mit med. pract. G.\_\_\_\_ gemäss seiner Beurteilung vom 24. August 2023 lässt sich aber auch nicht überwiegend wahrscheinlich sagen, die Ablösung habe sich anlässlich des Ereignisses vom 19. Oktober 2021 ergeben. Bei der ersten ärztlichen Konsultation am 24. Januar 2022 rund

### **E. 5.4**

Anlass zur Rückfallmeldung gaben die Beschwerden des Beschwerdeführers in der linken Schulter, welche schliesslich im Frühjahr 2023 zur Konsultation von Dr. med. C.\_\_\_\_ führten. Dieser diagnostizierte am 19. Juni 2023 eine Labrumläsion (vgl. E. 4.8 hievor). Anlässlich der Operation vom 27. Juni 2023 führte Dr. med. C.\_\_\_\_ bei diagnostizierter chronischer Instabilität der linken Schulter schliesslich eine Labrumstabilisation durch. Von einer Refixierung oder überhaupt einer Behandlung der auch von Dr. C.\_\_\_\_ als rupturiert erkannten Bizepssehne ist nirgends die Rede. Offenbar ging auch Dr. C.\_\_\_\_, wie zuvor schon Dr. B.\_\_\_\_, davon aus, dass die rupturierte Bizepssehne keiner Behandlung bedarf. Gemäss

Seite 15 von 17

med. pract. G.\_\_\_\_ kommt dem Geschehen an der Bizepssehne denn auch kein eigentlicher behandlungsbedürftiger Krankheitswert zu (vgl. E. 4.12 hievor). In der Beschwerde wird demnach an sich korrekt ausgeführt, dass sich die vorliegende Streitfrage nicht um das Geschehen an der Bizepssehne, sondern darum dreht, ob das Ereignis vom 19. Oktober 2021 zumindest Mitursache der von Dr. C.\_\_\_\_ erkannten und operierten und Gegenstand der Rückfallmeldung bildenden Labrumläsion ist. Entgegen der Beschwerde ist dies – ohne dass auch nur geringe Zweifel an der entsprechenden Beurteilung von med. pract. G.\_\_\_\_ geweckt worden wären – nicht der Fall, wie sich nachfolgend ergibt.

### **E. 5.5**

Der ursprüngliche Schaden an der linken Schulter, welcher zur ersten Operation bei Dr. med. B.\_\_\_\_ führte, war eindeutig degenerativ bedingt und unfallfremd (vgl. E. 5.2 hievor). Der Schaden betraf den deutlich degenerierten Bizepsanker (am oberen Labrum gelegen) im Sinne einer SLAP-Läsion Typ II. Die degenerierten Anteile des Labrums wurden operativ abgetragen. In der radiologischen Beurteilung vom 1. Mai 2023 sprach Dr. med. F.\_\_\_\_ schliesslich von einer progredienten Degeneration am Labrum von anterosuperior bis anteroinferior mit weitgehender Ablösung des Labrums (vgl. E. 4.7 hievor). Die Feststellung von Dr. med. C.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 7. August 2023, eine degenerative Komponente könne auch retrospektiv nicht erkannt werden, überzeugt deshalb nicht und vermag keine relevanten Zweifel an der Beurteilung von med. pract. G.\_\_\_\_ zu wecken. Vielmehr ist ohne Zweifel dessen Beurteilung zu folgen, dass das geltend gemachte Verhebetauma vom 19. Oktober 2021 auf die Schulter keinen, insbesondere keinen schädigenden Einfluss gehabt haben konnte. Die Bizepssehne, die sich in der Darstellung des Beschwerdeführers anlässlich des Verhebetaumas abgelöst haben soll, war an der anatomisch natürlichen Stelle in der Schulter (am oberen Labrum) schon seit der operativen (unfallfremden) Abtrennung im November 2020 gar nicht mehr befestigt (vgl. E. 5.2 hievor). Selbst wenn also die Ablösung der Bizepssehne auf ein Verhebetauma im Oktober 2021 zurückzuführen wäre, würde dies nichts daran ändern, dass diese Umstände keinen Zusammenhang mit den rückfallweise geklagten Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers hatten, die Dr. C.\_\_\_\_ zum Anlass nahm, die Operation vom 27. Juni 2023 durchzuführen. Entsprechend bestehen für das Gericht keine auch nur geringen Zweifel an der Schlussfolgerung von med. pract. G.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 24. August 2023, die rückfallweise geltend gemachten Beschwerden an der linken Schulter seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 19. Oktober 2021, sondern auf den voroperierten Vorzustand zurückzuführen.

### **E. 5.6**

Zusammenfassend verbleiben unter Würdigung der gesamten Aktenlage und der Argumente in der Beschwerde keine auch nur geringen Zweifel an der nachvollziehbar und schlüssig begründeten Beurteilung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin vom 24. August 2023 (vgl. E. 4.12 hievor), weshalb es nicht zu beanstanden ist, wenn die Beschwerdegegnerin darauf abgestellt hat. Dass med. pract. G.\_\_\_\_ als Facharzt der Beschwerdegegnerin nicht über die nötige fachliche Qualifikation zur

Seite 16 von 17

Beurteilung des vorliegenden medizinischen Dossiers verfügen würde, trifft nicht zu (vgl. BGer 8C\_480/2021 vom 06.12.2021 E. 4.2.1, 8C\_59/2020 vom 14.04.2020 E. 5.2; vgl. auch BGer 8C\_718/2021 vom 17.03.2022 E. 5.3). Demnach waren die rückfallweise geltend gemachten Beschwerden an der linken Schulter nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 19. Oktober 2021, sondern auf den voroperierten Vorzustand zurückzuführen.

### **E. 6**

Abschliessend ergibt sich nach dem Ausgeführten, dass in der beweiswertigen Beurteilung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin vom 24. August 2023 (vgl. E. 4.12 hievor) die Ereigniskausalität der rückfallweise geltend gemachten Beschwerden in der linken Schulter schlüssig und nachvollziehbar verneint wird. Auf die Einholung eines Gutachtens kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 136 I 236 E. 5.3, 134 I 148

E. 5.3, 124 V 94 E. 4b). Da somit der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den rückfallweise geltend gemachten Beschwerden in der linken Schulter und dem Ereignis vom 19. Oktober 2021 nach Durchführung der erforderlichen Abklärungen nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht erstellt ist, kann die Beschwerdegegnerin nicht zur Ausrichtung der gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen verpflichtet werden. Der entsprechend lautende Einspracheentscheid vom 23. Mai 2024 ist nicht zu beanstanden. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist abzuweisen.

#### **E. 7.1**

Da im UVG keine Kostenpflicht vorgesehen ist, ist das Verfahren für die Parteien kostenlos (vgl. Art. 61 lit. fbis ATSG).

#### **E. 7.2**

Eine Parteientschädigung ist nicht zuzusprechen. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 Rz. 218).

Seite 17 von 17

Das Obergericht erkennt: 1. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen. 4. Eröffnung:

- Beschwerdeführer

- Beschwerdegegnerin

- Bundesamt für Gesundheit Altdorf, 20. Dezember 2024 OBERGERICHT DES KANTONS URI Verwaltungsrechtliche Abteilung Die Präsidentin Der Gerichtsschreiber

Rechtsmittelbelehrung Gegen diesen Entscheid kann Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Beschwerde ist innert 30 Tagen nach der Eröffnung der vollständigen Ausfertigung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in der in Art. 42 Bundesgesetz über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz [BGG, SR 173.110]) vorgeschriebenen Weise schriftlich einzureichen. Die Beschwerdelegitimation und die zulässigen Beschwerdegründe richten sich nach den massgeblichen Bestimmungen des BGG. Versand:

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