

200 19 108 UV  
KOJ/LUB/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 7. August 2019**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Furrer  
Gerichtsschreiber Lüthi

**SWICA Krankenversicherung AG**  
Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur  
Beschwerdeführerin

gegen

**Helsana Unfall AG**  
Recht & Compliance, Postfach, 8081 Zürich  
Beschwerdegegnerin

A. \_\_\_\_\_  
Beigeladener

betreffend Einspracheentscheid vom 11. Januar 2019 (2010.10258.18.4)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1969 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beigeladener) war über seine Arbeitgeberin bei der Helsana Unfall AG (Helsana bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als er sich gemäss Schadenmeldung UVG am 24. April 2018 bei einem Autounfall Prellungen am ganzen Körper zuzog (Akten der Helsana [act. IIA] 1). Am 3. Juli 2018 unterzog er sich einer Schulterarthroskopie mit Refixation der Subscapularis-sehne und Tenotomie mit Tenodese der langen Bicepssehne, Acromioplastik und AC-Gelenksresektion rechts (Akten der Helsana [act. II] M11). Mit formlosem Schreiben vom 24. Juli 2018 (act. IIA K9) teilte die Helsana dem Versicherten mit, den ärztlichen Berichten und MRI-Befunden vor und nach dem Unfall sei zu entnehmen, dass sich die Befunde nicht geändert hätten und auch keine durch den Unfall verursachten strukturellen Läsionen vorlägen. Gemäss Beurteilung ihres ärztlichen Beraters habe der Unfall lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines bereits vorbestehenden Gesundheitsschadens geführt und der Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines Vorzustands auch ohne Unfall eingestellt hätte, sei spätestens sechs Wochen nach dem Ereignis erreicht worden. Die aktuell noch bestehenden Beschwerden seien auf unfallfremde Faktoren zurückzuführen. Aus diesem Grund übernehme die Helsana die Behandlung bis und mit 30. Juni 2018. Nach diesem Zeitpunkt bestehe kein Anspruch mehr auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung. Hiermit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden (act. IIA K14, K18 f.), worauf die Helsana mit Verfügung vom 19. September 2018 (act. II K20) die vorübergehenden Leistungen per 30. Juni 2018 einstellte und einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen verneinte. Daran hielt sie auf Einsprachen sowohl der Swica Krankenversicherungen AG (Swica bzw. Beschwerdeführerin) als auch des Versicherten hin (act. IIA K23 f.) mit Entscheid vom 11. Januar 2019 (act. IIA K 29) fest.

## **B.**

Mit Eingabe vom 7. Februar 2019 erhob die Swica Beschwerde und beantragt, der Einspracheentscheid vom 11. Januar 2019 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, für die Folgen des Unfalls vom 24. April 2018 aufzukommen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 11. März 2019 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 1. April 2019 reichte die Beschwerdeführerin einen medizinischen Bericht des operierenden Arztes zu den Akten.

Der mit prozessleitender Verfügung vom 12. März 2019 beigeladene Versicherte nahm mit Eingabe vom 9. April 2019 Stellung.

Mit Eingabe vom 26. April 2019 reichte die Beschwerdegegnerin eine Stellungnahme ihrer beratenden Ärztin ein.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide.

Die Beschwerdeführerin ist als Trägerin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des Versicherten vor dem Hintergrund der intersystemischen Koordination i.S.v. Art. 64 f. ATSG (vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 64 N. 22) durch den angefochtenen Entscheid

berührt, ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 49 Abs. 4 ATSG bzw. Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 11. Januar 2019 (act. IIA K29). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für die Folgen des Ereignisses vom 24. April 2018 zu Recht per 30. Juni 2018 eingestellt hat.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

Unfall ist 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 (Art. 4 ATSG).

**2.2** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Wird durch den 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 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 (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1; Entscheid des BGer vom

21. September 2018, 8C\_781/2017, E. 5.1). Ebenso wie der leistungsbegründende 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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

**2.3** Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g), Trommelfellverletzungen (lit. h).

Das Bestehen einer vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung hängt nicht vom Vorliegen eines äusseren Ereignisses ab. Die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 UVG genannte Körperschädigung vorliegt, führt zur Vermutung, dass es sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Dieser kann sich aus der Leistungspflicht befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen ist (Botschaft vom 30. Mai 2008 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, BBI 2008 5411 [Ziff. 2.1.2] und 5425 [zu Art. 6 Abs. 2]; Zusatzbotschaft vom 19. September 2014 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, BBI 2014 7922 [Ziff. 2.2] und 7934 [zu Art. 6 Abs. 2]).

### **3.**

**3.1** Dass das Ereignis vom 24. April 2018 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiavor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten.

**3.2** In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.2.1** Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 19. Dezember 2017 (act. II M8) eine Epicondylopathie humeri radialis beidseits und den Verdacht auf anterosuperioren Konflikt mit Affektion der langen Bicepssehne (LBS) und Oberrandläsion Subscapularis sowie anteroinferiore unidirektionale Schulterinstabilität nach Trauma 2008.

Nachdem am 22. Dezember 2017 eine MR-Arthrographie der Schulter rechts einen Humeruskopfhochstand, eine ansatznahe Tendinose der Supraspinatussehne und kleinere degenerativ bedingte zystische Veränderungen dorsolateral am Humeruskopf offenbart hatte (act. II M2), nannte Dr. med. B. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 20. März 2018 (act. II M4) als Diagnosen eine regrediente Epicondylopathia humeri radialis beidseits und eine regrediente Schmerzsymptomatik nach Sulcus bicipitalis Infiltration bei Verdacht auf anterosuperioren Konflikt mit Affektion LBS und Oberrandläsion Subscapularis sowie anteroinferiore unidirektionale Schulterinstabilität nach Trauma 2008. Es zeige sich nun ein schöner Verlauf mit deutlich regredienten Beschwerden. Nach wie vor bestünden gewisse Schmerzen im Bereich des Sulcus bicipitalis, jedoch seit mehreren Wochen nun stabil.

**3.2.2** Im Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ über die Behandlung vom 24. April 2018 wurden als Diagnosen eine Schulterprellung rechts und ein Status nach Nierentransplantation in die rechte Fossa iliaca am 17. Dezember 2016 aufgeführt. Als Nebendiagnosen wurden ein Status nach Epididymitis am 14. September 2017, chronische posttraumatische Rückenschmerzen nach Autounfall 2008 und ein Status nach Thrombozytopenie am 20. Dezember 2016 erwähnt (act. II M1 S. 1). Die transplantierte Niere sei nicht ektatisch gewesen. Konventionell-radiologisch hätten sich keine Hinweise für Traumafolgen der Schulter ergeben und in der klinischen Un-

tersuchung fänden sich keine Hinweise für eine Rotatorenmanschettenruptur (S. 2).

**3.2.3** Nach einer weiteren MR-Arthrographie der rechten Schulter vom 4. Mai 2018, die vergleichend zur Voruntersuchung eine stabile Situation einer rim-vent Läsion der Supraspinatussehne, eine intakte Darstellung der Subscapularissehne und die bekannte Akromioklavikulargelenkarthrose mit Einbauchung des muskulotendinösen Übergangs der Supraspinatussehne zeigte (act. II M5), diagnostizierte Dr. med. B. \_\_\_\_\_ am 14. Mai 2018 eine Subscapularis-Oberrandruptur mit ventraler Biceps-Pulleyläsion rechts und eine regrediente Epicondylopathia humeri radialis beidseits. Es zeige sich aktuell eine Subscapularis-Partialruptur passend zu den klinischen Befunden. Er empfehle die Rekonstruktion der Subscapularissehne, welche arthroskopisch möglich sei. Gleichzeitig müsste eine Tenodese der langen Bicepssehne durchgeführt werden, um den Auslöser der Partialruptur zu minimieren. Die schnappende Bicepssehne sei verantwortlich für die nun doch recht ausgedehnte Subscapularissehnenruptur (act. II M6).

**3.2.4** Die beratende Ärztin der Helsana, Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte am 26. Juni 2018 aus, die Befunde vor und nach dem Unfallereignis seien gleichbleibend. In den radiologischen Befunden werde die Subscapularissehne als unauffällig beschrieben. In der orthopädischen Untersuchung würden eine Oberrandläsion und eine Bicepsinstabilität beschrieben. Die Ellenbogenschmerzen seien ebenfalls vorbestehend. Der Versicherte habe sich am 24. April 2018 eine Kontusion der rechten Schulter zugezogen. Eine neue zum besagten Unfall kausale strukturelle Läsion liege nicht vor. Die geplante Operation vom 3. Juli 2018 sei nur möglicherweise auf das Ereignis vom 24. April 2018 zurückzuführen (act. II M7 S. 1). Es sei davon auszugehen, dass die unfallkausalen Beschwerden sechs Wochen nach dem Unfallereignis abgeklungen gewesen seien (act. II M7 S. 2).

**3.2.5** Im Operationsbericht vom 3. Juli 2018 (act. II M11) über die gleichentags durchgeführte Schulterarthroskopie mit Refixation der Subscapularissehne und Tenotomie mit Tenodese der langen Bicepssehne, Acromioplastik und AC-Gelenksresektion rechts diagnostizierte Dr. med.

B.\_\_\_\_\_ eine instabile lange Bicepssehne mit subtotaler Avulsion der Subscapularissehne und symptomatische AC-Gelenksarthrose rechts.

Am 15. August 2018 berichtete Dr. B.\_\_\_\_\_, sowohl im klinischen Befund als auch im MRI-Befund liege eine deutliche Diskrepanz der Grösse der Läsion vor und die Ausweitung der Subscapularisruptur entspreche nicht einem normalen Krankheitsverlauf. Insbesondere die intraoperativen Befunde mit subtotaler Ruptur der Subscapularissehne mit klaren Avulsionszeichen seien ein klarer Indikator der traumatischen Genese der Schädigung (act. II M12 S. 2).

**3.2.6** Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hielt am 11. September 2018 fest, die Schulter sei vor und nach dem Unfallereignis umfangreich, auch MR-tomographisch, dokumentiert. In der Untersuchung blieben die Befunde ebenfalls konstant. Intraoperativ habe sich nun eine Ablösung der Subscapularissehne vom Tuberculum minus gezeigt. Dies habe sich in der MR-Untersuchung so nicht dargestellt. Aber trotzdem sei dies kein Beweis, dass diese Läsion am 24. April 2018 verursacht worden sei. Die Subscapularisläsion sei lediglich möglicherweise auf das Unfallereignis vom 24. April 2018 zurückzuführen (act. II M13 S. 2).

**3.2.7** Der Vertrauensarzt der Swica, Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in der Stellungnahme vom 1. Oktober 2018 (act. II M17) aus, er verweise auf die Beurteilung von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 15. August 2018. Wenn dies so sei und der MRI-Befund die Situation nicht richtig dargelegt habe, dann habe der Unfall eine Bedeutung resp. könne als Teilursache nicht weggedacht werden. Die subtotale Ruptur der Subscapularissehne mit klaren Avulsionszeichen sei unfallbedingt.

**3.2.8** Dr. med. D.\_\_\_\_\_ erwähnte am 4. Dezember 2018 (act. II M16), die Subscapularisläsion sei unbestritten. Diese und die Affektion der Bicepssehne sei lediglich möglicherweise durch das Unfallereignis vom 24. April 2018 verursacht worden, weil die Affektion der langen Bicepssehne und die Oberrandläsion des Subscapularis seit Dezember 2017 bekannt gewesen seien, bereits im Januar oder Februar 2018 eine Infiltration der betroffenen Bicepssehne (erfolgreich) durchgeführt worden sei, bei der

Untersuchung vom 30. April 2018 (sechs Tage nach dem Unfallereignis) das Unfallereignis im Bericht nicht erwähnt worden und die Schulter bei der Untersuchung frei beweglich gewesen sei, diese Untersuchung in Diskrepanz zu den in der Einsprache des Versicherten erwähnten Einschränkungen stehe und der behandelnde Arzt am 14. Mai 2018 (20 Tage nach dem Unfallereignis) die schnappende Bicepssehne (welche schon vor dem Unfallereignis mit einer Infiltration behandelt worden sei) als Auslöser für die Partialruptur gesehen habe (S. 3).

**3.2.9** Im Bericht vom 21. März 2019 (Akten der Swica [act. I] 3) nannte Dr. med. B. \_\_\_\_\_ als Hauptdiagnosen eine ausgeprägte Scapuladyskinesie Typ I und II nach Kibler bei Status nach arthroskopischer Rotatorenmanschettenrekonstruktion (Subscapularissehne), Tenodese der langen Bicepssehne und AC-Gelenksresektion rechts. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100 %. Bezüglich der rechten Schulter zeige sich ein relativ guter Verlauf (S. 1). Sowohl klinisch als auch MR-tomographisch bestünden im Verlauf zwischen dem 22. Dezember 2017 und dem 4. Mai 2018 deutliche Diskrepanzen. Im initialen MRI vom 22. Dezember 2017 habe eine intakte Insertion der Subscapularissehne bestanden mit leichten Tendinopathiezeichen im mittleren Sehnenanteil, jedoch ohne Läsion der Sehneninsertion. In der erneuten MRI-Untersuchung vom 4. Mai 2018 habe sich jedoch eine Avulsion der cranialen Hälfte der Subscapularissehne mit Retraktion des proximalen Sehnenanteils gezeigt. Dies entspreche auch den intraoperativen Befunden, welche bildgebend dokumentiert seien. Dies seien eindeutige Hinweise einer frischen traumatischen Genese als Ursache für die Subscapularissehnenruptur (S. 2).

**3.2.10** Am 23. April 2019 hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ fest, der Bericht des Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 21. März 2019 ändere nichts an ihrer Beurteilung vom 4. Dezember 2018. Da keine neuen Erkenntnisse vorlägen, habe sie auch nichts mehr hinzuzufügen (Akten der Helsana [act. IIB] 1).

**3.3** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als 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 auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

**3.4** Umstritten ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ab dem 30. Juni 2018 für die geklagten rechtsseitigen Schulterbeschwerden, welche am 3. Juli 2018 operativ behandelt wurden (act. II M11). Soweit die Beschwerdeführerin postuliert, der Beschwerdegegnerin obliege der Beweis, dass per 30. Juni 2018 keinerlei Unfallfolgen mehr vorliegen (Beschwerde S. 6 Ziff. 3), kann ihr nicht ohne Weiteres gefolgt werden. Aus den amtlichen Akten ergeben sich keine Hinweise, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht hinsichtlich der besagten Schulterbeschwerden jemals anerkannt hat (vgl. E. 2.2 hiavor; SZS 2017 S. 658 ff.). Sie verneinte denn auch in der formlosen Mitteilung vom 24. Juli 2018 wie auch in der Verfügung vom 19. September 2018 (act. II K20) bzw. im Einspracheentscheid vom 11. Januar 2019 (act. II K29) durch den Unfall verursachte strukturelle Läsionen an der rechten Schulter. Letztlich kann jedoch

offen bleiben, ob die Beschwerdegegnerin die leistungsbegründende natürliche Unfallkausalität in Bezug auf diesen Gesundheitsschaden anerkannte und demnach die Beweislast (im Falle einer Beweislosigkeit) für das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs bei ihr läge (vgl. E. 2.2 hiervor). Denn selbst wenn zu Gunsten der Beschwerdegegnerin davon ausgegangen würde, dass sie die leistungsbegründende Unfallkausalität für die fraglichen Schulterbeschwerden nicht anerkannt hätte, ist diese gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt.

**3.5** Der operierende Dr. med. B.\_\_\_\_\_ legt in den Berichten vom 15. August 2018 (act. II M12) und 21. März 2019 (act. I 3) schlüssig und nachvollziehbar dar, dass sich nach dem Unfall vom 24. April 2018 bildgebend eine vergrösserte Läsion gezeigt bzw. eine Avulsion der cranialen Hälfte der Subscapularissehne vorgelegen habe, was auch den bilddokumentierten intraoperativen Befunden entspreche.

Diese Beurteilung findet Rückhalt in den medizinischen Akten. Die MR-Arthrographie der rechten Schulter vom 22. Dezember 2017 zeigte eine unauffällige Darstellung der Infrapinatus-, Subscapularis- und Teres minor-Sehne und eine regelrechte Lage der langen Bicepssehne im Sulcus intertubercularis bei einem unauffälligen intraartikulären Verlauf (act. II M2). Bei der nach dem Unfall am 4. Mai 2018 durchgeführten (Arthro-)MRI-Untersuchung stellte der Radiologe zwar ebenfalls eine intakte Darstellung der Subscapularissehne fest, dies jedoch bei einem Injektionsartefakt (act. II M5; vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 157 [Artefakt: Auffälligkeit in einem Untersuchungsbefund ohne physiol. bzw. pathol. Korrelat]). Dr. med. B.\_\_\_\_\_ führte sodann anlässlich der Konsultation vom 14. Mai 2018 zum radiologischen Befund vom 4. Mai 2018 namentlich aus, dass eine Subscapularisoberrand-Ruptur transmural betreffend die Hälfte des Sehrendurchmessers vorliege, und stellte gestützt auf die klinisch erhobenen Befunde eine Subscapularis-Partialruptur fest (act II M6). Diese Befunde bestätigten sich denn auch intraoperativ am 3. Juli 2018. So führte der orthopädische Chirurg im entsprechenden Operationsbericht aus, die Subscapularissehne zeige eine Läsion der cranialen 30 % komplett sowie der inneren  $\frac{2}{3}$  der Sehneninsertion für etwa  $\frac{3}{4}$  des

Sehnedurchmessers und nannte als Diagnose eine instabile lange Bicepssehne mit subtotaler Avulsion der Subscapularissehne rechts (act. II M11). Zur Ursache der Schädigung führte er aus, die Grösse der Läsion und die Ausweitung der Subscapularisruptur entsprächen nicht einem normalen Krankheitsverlauf, insbesondere der intraoperative Befund mit subtotaler Ruptur der Subscapularissehne mit klaren Avulsionszeichen sei ein klarer Indikator der traumatischen Genese (act. II M12 S. 12). Nachdem der Vertrauensarzt der Swica Kenntnis des intraoperativen Befundes erhalten hatte, schloss er sich dieser Beurteilung an (act. II M17).

Es überzeugt deshalb, wenn Dr. med. B. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 21. März 2019 (act. I 3) ausführt, im initialen MRI vom 22. Dezember 2017 habe eine intakte Insertion der Subscapularissehne bestanden mit leichten Tendinopathiezeichen im mittleren Sehnenanteil, jedoch ohne Läsion der Sehneninsertion. In der erneuten MRI-Untersuchung vom 4. Mai 2018 habe sich jedoch eine Avulsion der cranialen Hälfte der Subscapularissehne mit Retraktion des proximalen Sehnenanteils gezeigt, was auch den intraoperativen Befunden entspreche. Dies seien eindeutige Hinweise einer frischen traumatischen Genese als Ursache für die Subscapularissehnenruptur (S. 2). Durch diese Beurteilung ist seine frühere Einschätzung, wonach die schnappende Bicepssehne für die ausgedehnte Sehnenruptur verantwortlich sein könnte (act. II M6), überholt.

**3.6** Die Einschätzung der beratenden Ärztin der Helsana, Dr. med. D. \_\_\_\_\_, überzeugt demgegenüber nicht. So bestätigte sie im Bericht vom 11. September 2018 (act. II M13) ebenfalls, dass sich intraoperativ eine Ablösung der Subscapularissehne gezeigt habe; soweit sie weiter festhält, dies sei kein Beweis, dass die Läsion am 24. April 2018 verursacht worden sei, genügt dies nicht, um Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ zu wecken. Eine plausible Begründung lässt sich nämlich ihrer Einschätzung nicht entnehmen. Der blosser Hinweis, dass sich die Ablösung der Subscapularissehne in der MR-Untersuchung so nicht dargestellt habe, genügt nicht. Auch deren Stellungnahmen vom 4. Dezember 2018 (act. II 16) und 23. April 2019 (act. IIB 1) vermögen keine Zweifel zu wecken. Die beratende Ärztin setzte sich darin mit den intraoperativ erhobenen Befunden, insbesondere der Grösse der Läsion und den klaren Avulsi-

onszeichen (act. II M11), nicht ansatzweise auseinander, und es fehlt auch eine Auseinandersetzung mit der Kausalitätsbeurteilung von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ in den Berichten vom 15. August 2018 (act. II M12) und 21. März 2019 (act. I 3). Weshalb nun doch die schnappende Bicepssehne als Auslöser für die Partialruptur des Subscapularis zu sehen sei, begründet sie ebenfalls nicht näher.

**3.7** Unter diesen Umständen hat als erstellt zu gelten, dass der Gesundheitsschaden an der rechten Schulter, welcher mit der Operation vom 3. Juli 2018 (act. II M11) behandelt wurde, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 24. April 2018 verursacht wurde. Damit erweist sich die von der Beschwerdegegnerin per 30. Juni 2018 angeordnete Leistungseinstellung als verfrüht.

Hinzu kommt, dass es sich bei der am 3. Juli 2018 operativ behandelten (subtotalen) Ruptur der Subscapularissehne (act. II M11) um eine Listendiagnose nach Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG (Sehnenrisse) handelt. Unter Sehnenrissen sind auch Teilrupturen zu subsumieren, sofern diese eindeutig festgestellt wurden (BGE 114 V 298 E. 5c S. 306). Das Bestehen der von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ diagnostizierten (subtotalen) Ruptur der Subscapularissehne ist aufgrund der Akten erstellt und zwischen den Parteien denn auch zu Recht unbestritten (act. II M11, M16 f.). Folglich besteht aufgrund der gesetzlichen Vermutung für diese Körperschädigung – unabhängig vom Vorliegen eines äusseren Ereignisses – eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Denn der Ausschlussstatbestand – d.h. dass die Läsion vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist – ist, wie zuvor dargelegt (vgl. E. 3.5 hiervor), nicht erfüllt (vgl. E. 2.3 hiervor). Ausserdem ist selbst nach der Einschätzung der beratenden Ärztin der Beschwerdegegnerin die Subscapularisläsion nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen. Sie erachtet eine unfallbedingte Verursachung als möglich (act. II act. II M7 S. 1, M16). Es liegt damit eine unfallähnliche Körperschädigung vor, für welche die Beschwerdegegnerin unabhängig des Ereignisses vom 24. April 2018 die gesetzlichen Leistungen nach UVG zu erbringen hat.

**3.8** Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen hinsichtlich des Ereignisses vom 24. April 2018 zu Unrecht per 30. Juni

2018 eingestellt. In Gutheissung der Beschwerde ist demnach der Einspracheentscheid vom 11. Januar 2019 (act. IIA K29) aufzuheben und die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, Versicherungsleistungen auch nach dem 30. Juni 2018 zu erbringen und namentlich für die Operation vom 3. Juli 2018 und ihre Folgen (Heilbehandlung und Taggelder) aufzukommen.

#### **4.**

**4.1** Verfahrenskosten sind in Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben.

**4.2** Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Der Beigeladene hat hier ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, zumal der Aufwand zur Wahrung seiner Interessen den Rahmen dessen nicht überschritten hat, was der Einzelne üblicher- und zumutbarerweise zur Besorgung seiner persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (vgl. BGE 127 V 205 E. 4b S. 207).

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Helsana Unfall AG vom 11. Januar 2019 aufgehoben. Die Helsana Unfall AG wird im Sinne der Erwägungen verpflichtet, auch nach dem 30. Juni 2018 die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen.

2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteienschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - SWICA Krankenversicherung AG
  - Helsana Unfall AG, Recht & Compliance
  - A. \_\_\_\_\_
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.