



Fall-Nr.:	UV 2019/31
Stelle:	Versicherungsgericht
Rubrik:	UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum:	26.04.2021
Entscheiddatum:	10.09.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 10.09.2020

Art. 6 Abs. 2 UVG; Art. 9 Abs. 2 UVV: Unfallbegriff nicht erfüllt. Da die SLAP-Läsion Typ 1 vorliegend keinen durch die Unfallversicherung versicherten Schaden darstellt (weder geht sie auf ein Unfallereignis im Rechtssinne zurück noch stellt sie gemäss Bundesgericht eine unfallähnliche Körperschädigung dar), können auch potentielle Folgeschäden dieser Läsion nicht als versichert gelten. Mit anderen Worten sind die Sehnenläsionen i.S.v. Art. 9 Abs. 2 UVV eben gerade eindeutig auf Krankheit zurückzuführen, wenn sie durch die SLAP-Läsion und die dadurch bewirkte Instabilität entstanden sind. Für die Entstehung der Sehnenläsionen stehen zwar auch noch andere Erklärungsansätze im Raum, welche jedoch die Läsionen ebenfalls auf einen degenerativen Prozess zurückführen. Folglich sind die Sehnenläsionen als eindeutig krankhaft zu werten, sei dies im Rahmen eines durch die SLAP-Läsion einsetzenden Veränderungsprozesses oder im Rahmen eines anderen degenerativen Prozesses, sodass eine Leistungspflicht aufgrund einer unfallähnlichen Körperschädigung entfällt. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. September 2020, UV 2019/31).

Entscheid vom 10. September 2020

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

UV 2019/31



St.Galler Gerichte

Parteien

A.___,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Werner Ritter, Ritter Advokatur,
Bahnhofstrasse 24, Postfach 142, 9443 Widnau,

gegen

AXA Versicherungen AG, General-Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.___ (nachfolgend: Versicherter) war bei der Firma B.___ als Mitarbeiter Sicherheitsdienst angestellt und dadurch bei der AXA Winterthur Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) unfallversichert, als er am 2. Juni 2016 an einem Ordnungsdiensttraining teilnahm. Mit Bagatellunfallmeldung UVG vom 29. September 2016 liess er der AXA melden, dass er sich aufgrund persistierender Schmerzen nach einer Schulterverletzung im Training nun in ärztliche Behandlung begeben habe (act. G 5.1-A1). In einer Arthro-MRT-Untersuchung der Schulter links vom 10. Oktober 2016 zeigte sich gemäss dem untersuchenden Radiologen ein auf mindestens 5 mm mässig bis mittelgradig eingeengter Subakromialraum, ein leichter Reizzustand der Bursa subdeltoidea und subakromiale, eine mässige Ansatzentendinose der Supraspinatussehne sowie eine leichte Ansatzentendinose der Subscapularissehne. Die übrigen Arthro-MRT-Befunde des linken Schultergelenkes bezeichnete der Radiologe



als normal (act. G 5.2-M1). In einem Bericht vom 14. Oktober 2016 hielt der erstbehandelnde Arzt (vgl. act. G 5.1-A2) med. pract. C.____ fest, dass der Versicherte einen Unfall bei einer Übung zur Fixation geltend gemacht habe. Dabei sei ein Kollege unsanft gewesen, wobei es beim Versicherten im ventralen Schulter- und Brustbereich zu Schmerzen gekommen sei. Seitdem bestünden persistierende Schmerzen. Der Versicherte könne beispielsweise bestimmte Hantelübungen und Liegestützen nicht mehr machen und auch im Schlaf schmerze es ihn manchmal. Als Diagnose nannte med. pract. C.____ eine Distorsion der linken Schulter mit einer konsekutiven Bursitis subacromialis und subdeltoidea. Weiter hielt er fest, dass der Versicherte nach einer Serie Physiotherapie wahrscheinlich zu Hause alleine weiter trainieren werde. Sofern keine weiteren Beschwerden zu einer erneuten Konsultation führten, gehe er von einem Behandlungsabschluss nach Beendigung der Physiotherapie aus (act. G 5.2-M2). Am 16. Oktober 2016 machte der Versicherte in einem Fragebogen der AXA nähere Angaben zum Hergang des Ereignisses vom 2. Juni 2016, wobei er unter anderem erwähnte, dass es sich nach der Fixation durch den Trainingskollegen für ihn wie eine leichte Überdehnung im Schulter-, Bizeps- und Brustbereich angefühlt habe. Ausser einem Ziehen sei nach einem ersten Schmerz fast kein weiterer zu spüren gewesen, weshalb er das Training ganz normal fortgesetzt habe. Die Schulter habe dabei leicht geschmerzt und es habe ihn bei grösserer Bewegung etwas gezwickt. Ausserdem sei sein Bizeps leicht angeschwollen gewesen, wobei er sich nach und nach kraftlos und nach innen wie lose angefühlt habe (act. G 5.1-A2). Die AXA kam in der Folge für die Kosten der Heilbehandlung in der Form der Physiotherapie auf (vgl. act. G 5.1-A3 und A4). In einem Telefonat vom 28. Februar 2017 teilte der Versicherte der AXA mit, dass er demnächst die dritte Serie Physiotherapie beginnen werde, da die Schulter noch immer nicht in Ordnung sei (act. G 5.1-A3). Am 2. März 2017 gab eine Mitarbeiterin der Praxis H.____ die Auskunft, dass der Versicherte zuletzt am 15. Dezember 2016 bei ihnen in Behandlung gewesen sei und damals nochmals eine Serie Physiotherapie verschrieben worden sei (act. G 5.1-A4).

A.b. Am 25. Mai 2018 begab sich der Versicherte aufgrund belastungsabhängiger, teilweise inzwischen auch in Ruhe auftretender Beschwerden zu Dr. med. D.____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, in Behandlung. Als Befunde erhob dieser seitengleiche Schulterkonturen bei einer sichtbaren



Umfangminderung des Bizeps, ein seitengleiches Bewegungsausmass mit leichter rechtsseitiger Blockade bei der endgradigen Flexion ohne Schmerzangabe, eine seitengleich kräftige Rotatorenmanschette, einen linkseitig positiven Bizepstest sowie ein indolentes AC-Gelenk. Die MRT-Bilder vom 10. Oktober 2016 interpretierte er dahingehend, dass diese bereits ein sublabrales Foramen, differentialdiagnostisch eine Bizepsanker-Läsion (SLAP-Läsion) gezeigt hätten. Aufgrund der klinischen Untersuchung äusserte er den Verdacht auf eine SLAP-Läsion und empfahl zur Verifizierung die Durchführung einer erneuten MRT-Untersuchung (act. G 5.2-M12). Im MRT-Untersuchungsbericht vom 31. Mai 2018 nannte der untersuchende Radiologe in seiner Beurteilung eine partielle Ruptur der gelenkseitigen vorderen Fasern der Supraspinatussehne (DD: posttraumatisch?) mit Ausbildung einer Lücke, den Nachweis einer Läsion des superioren Labrums sowie Hinweise auf eine intraartikuläre Tendinose der langen Bizepssehne (act. G 5.2-M11). In einer Sprechstunde vom 14. Juni 2018 stellte Dr. D.____ die Diagnose einer posttraumatischen SLAP-Läsion mit Impingement und sekundärer Läsion der Supraspinatussehne links. Weiter hielt er fest, dass der Versicherte seit dem Trauma niemals beschwerdefrei gewesen sei und bei hoher körperlicher Belastung im Beruf regelmässig intensiv trainiert habe, um die Beschwerden zu mindern. Leider sei der Verlauf frustriert gewesen. Bildgebend zeigten sich progrediente Veränderungen nach einer anzunehmenden, traumatischen SLAP-Läsion, nun zusätzlich eine Läsion der Supraspinatussehne, wobei sämtliche Schädigungen einer operativen Intervention bedürften. Da im Beruf ein erhöhtes Rupturrisiko bestehe, sei der Eingriff möglichst rasch durchzuführen. Ab dem 14. Juni 2018 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 5.2-M9 und M12). Am 19. Juni 2018 liess der Versicherte durch seine Arbeitgeberin auf das Ereignis vom 2. Juni 2016 zurückgehende Risse in der Schulter und am Oberarm links und eine ab dem 14. Juni 2018 bestehende Arbeitsunfähigkeit melden (act. G 5.1-A6). Gleichentags stellte die Klinik I.____ ein Kostengutsprache gesuch für eine Schulterarthroskopie, Bizepsstenodese, Rotatorenmanschettenrekonstruktion sowie Acromioplastik links (act. G 5.2-M3). In einem Arztzeugnis UVG vom 26. Juni 2018 hielt med. pract. C.____ fest, dass der Versicherte sich am 16. Juni 2018 bei ihm vorgestellt habe. Med. pract. C.____ hatte im Wesentlichen dieselben Befunde und Diagnosen wie Dr. D.____ genannt. Weiter bestätigte er, dass ausschliesslich Unfallfolgen vorlägen, der Versicherte seit dem 14. Juni 2018 zu 100 % arbeitsunfähig sei und auf den 26. Juni 2018 eine



Operation geplant sei (act. G 5.2-M5). Am 26. Juni 2018 führte Dr. D.____ bei der Diagnose eines schweren, posttraumatischen Impingements mit veralteter SLAP-Läsion und subtotaler Bizepsruptur sowie Ruptur der Supraspinatussehne linke Schulter eine Schulterarthroskopie mit intraartikulärem Débridement, eine subakromiale Bursektomie mit Acromioplastik und eine mini-open Rekonstruktion des Supraspinatus mit Bizepsstenodese links durch (act. G 5.2-M8). In einem Bericht zu Händen der AXA vom 28. Juni 2018 hielt Dr. D.____ fest, dass es durch die lange andauernde Instabilität mit grosser Wahrscheinlichkeit sekundär zu der in der letzten MRT dargestellten Läsion der Supraspinatussehne gekommen sei. Die SLAP-Läsion sei aufgrund der ebenfalls progredienten Schädigung der Bizepssehne nicht mehr rekonstruierbar gewesen (act. G 5.2-M6). In einer Aktenbeurteilung vom 2. August 2018 kam Dr. med. E.____, Spezialarzt für Allgemein- und Unfallchirurgie, beratender Arzt der AXA, zum Schluss, dass der als stark eingengegte Subakromialraum und die als Tendinose beschriebenen Befunde der langen Bizepssehne und am Supraspinatusansatz mit weit überwiegender bis an mit Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht als Unfallfolgen, sondern als chronische Irritationsfolge und als erhebliches unfallfremdes subakromiales Impingement zu interpretieren seien. Da von einem distorsionellen Ereignis ohne bildgebend und operativ ereigniskausalem morphologisch fassbarem Korrelat auszugehen sei, sei das Erreichen des Status quo ante nach vier bis sechs Wochen anzunehmen (act. G 5.2-M14). In einem Schreiben vom 16. Juli 2018 teilte die AXA dem Versicherten mit, der interne medizinische Dienst sei zum Schluss gelangt, dass die geltend gemachten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Zusammenhang zum Ereignis vom 2. Juni 2016 stünden (act. G 5.1-A7). Anlässlich eines Telefonats vom 19. Juli 2018 informierte der Versicherte die AXA darüber, dass man im Jahr 2016 nur die Schulter, nicht aber den Bizeps untersucht habe. Erst Dr. D.____ habe festgestellt, dass es sich um einen Bizepsabriss handle (act. G 5.1-A8). Mit Verfügung vom 12. September 2018 stellte die AXA mit Verweis auf die Beurteilung ihres medizinischen Dienstes die Versicherungsleistungen per 14. Juli 2016 ein und verzichtete auf die Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen (act. G 5.1-A13).

A.c. Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. W. Ritter, am 15. Oktober 2018 Einsprache (act. G 5.1-A16). Dieser legte er eine



E-Mail von Prof. Dr. med. F.____, Orthopädie FMH, vom 11. Oktober 2018 bei Prof. F.____ hatte dahingehend Stellung genommen, dass das Unfallereignis zweifelsfrei geeignet gewesen sei, den von der AXA angenommenen Vorschaden richtungsgebend zu verschlechtern, wobei Dr. D.____ und er auch den Vorschaden als unfallverursacht ansähen (act. G 5.1-A16, Beilage 1). Mit einer Eingabe vom 12. November 2018 liess der Versicherte der AXA eine ärztliche Beurteilung von Dr. D.____ vom 22. Oktober 2018 zur Frage der Unfallkausalität zukommen (act. G 5.1-A20; act. G 5.2-M18).

A.d. Am 19. Februar 2019 legte die AXA den Versicherungsfall ihrem beratenden Arzt Dr. med. G.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie, vor (act. G 5.2-M21/1). In seiner Aktenbeurteilung vom 25. Februar 2019 kam Dr. G.____ zum Schluss, dass keine der geltend gemachten Schädigungen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 2. Juni 2016 zurückzuführen sei und keine Listendiagnose vorliege (act. G 5.2-M21).

A.e. Mit Einspracheentscheid vom 12. März 2019 wies die Beschwerdegegnerin die Einsprache des Versicherten ab. Zur Begründung führte sie an, dass das Ereignis vom 2. Juni 2016 den Unfallbegriff gar nicht erfülle und auch keine unfallähnliche Körperschädigung vorliege. Selbst wenn aber der Unfallbegriff bejaht würde, seien die vorliegenden Beschwerden spätestens ab dem 15. Juli 2016 nicht mehr mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 2. Juni 2016 zurückzuführen (act. G 5.1-A26).

B.

B.a. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der noch immer durch Rechtsanwalt Ritter vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 12. April 2019 Beschwerde. Mit dieser beantragte er, der Einspracheentscheid der AXA (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 12. März 2019 betreffend das Ereignis vom 2. Juni 2016 sei aufzuheben, sein Anspruch auf Versicherungsleistungen aus dem Unfall vom 2. Juni 2016 sei gutzuheissen und es seien ihm die geschuldeten Versicherungsleistungen zu erbringen; es seien ihm insbesondere seine Lohneinbusse gegenüber den Unfalltaggeldern von Fr. ____ brutto bzw. Fr. ____ netto und die selbstgetragenen Unfallkosten von Fr. 1'443.10 zu vergüten, wobei die Forderung nach Massgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu verzinsen sei; alles unter Kosten- und



Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. Weiter sei davon Vormerk zu nehmen, dass er sich die Geltendmachung weiteren, künftigen Schadens aus dem Unfallereignis vom 2. Juni 2016 ausdrücklich vorbehalte. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte der Beschwerdeführer die Zustellung der vollständigen Akten des vorinstanzlichen Verfahrens sowie die Einholung einer externen, unabhängigen Expertise zur Kausalität, zur genauen Diagnose und zu den medizinischen Folgen des Unfalls vom 2. Juni 2016 bei einem vom Gericht zu bestimmenden Gutachter (act. G 1).

B.b. Die Beschwerdegegnerin beantragte in ihrer Beschwerdeantwort vom 27. Juni 2019 die Abweisung der Beschwerde vom 12. April 2019 (act. G 5).

B.c. In seiner Replik vom 8. November 2019 hielt der Beschwerdeführer an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren vollumfänglich fest (act. G 15).

B.d. In einem Schreiben vom 12. Dezember 2019 erneuerte die Beschwerdegegnerin ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde und verzichtete auf die Erstattung einer ausführlichen Duplik (act. G 17).

Erwägungen

1.

1.1. Vorliegend strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin eine über den 14. Juli 2016 hinausgehende Leistungspflicht für das ihr gemeldete Ereignis vom 2. Juni 2016 zu Recht verneint hat.

1.2. Da der Beschwerdeführer in seinen beiden Schadenmeldungen (act. G 5.1-A1 und A6) seine Schulterbeschwerden auf das Ereignis vom 2. Juni 2016 zurückführt, kommen vorliegend die bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) zur Anwendung (vgl. Abs. 1 der Übergangsbestimmungen vom 25. September 2015 zur Änderung des UVG; vgl. ferner BGE 146 V 54 E. 2.3).

2.

Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Verfügung vom 12. September 2018 ihre Leistungen zunächst wegen eines aus ihrer Sicht dahingefallenen Kausalzusammenhangs per 14. Juli 2016 eingestellt (act. G 5.1-A13). Im angefochtenen Einspracheentscheid hat sie ihre Leistungseinstellung zusätzlich auch



damit begründet, dass es sich beim Ereignis vom 2. Juni 2016 gar nicht um ein Unfallereignis im Rechtssinne gehandelt habe und keine unfallähnlichen Körperschädigungen festgestellt worden seien (act. G 5.1-A26).

3.

3.1. Zunächst zu prüfen ist somit, ob es sich beim Ereignis vom 2. Juni 2016 um einen Unfall im Rechtssinne gehandelt hat.

3.2. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er – nach einem objektiven Massstab – den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet (BGE 134 V 76 E. 4.1 und 129 V 404 E. 2.1; je mit Hinweisen). Das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit ist entwickelt worden, um die "tausendfältigen kleinen und kleinsten Insulte des täglichen Lebens, die als solche gänzlich unkontrollierbar sind und deshalb nur beim Hinzutreten von etwas Besonderem Berücksichtigung finden sollen", aus dem Unfallbegriff auszuschneiden. Das Merkmal des Ungewöhnlichen macht den alltäglichen Vorgang zum einmaligen Vorfall (BGE 134 V 77 E. 4.1.1 mit Hinweisen). Gemäss der Rechtsprechung kann das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors auch in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei Körperbewegungen ist das Merkmal der Ungewöhnlichkeit bzw. des äusseren Faktors erfüllt, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam "programmwidrig" beeinflusst hat (BGE 130 V 118 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts vom 10. April 2014, 8C_783/2013, E. 4.2; je mit Hinweisen). Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn die versicherte Person stolpert, ausgleitet oder an einem Gegenstand anstösst, oder wenn sie, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrbewegung ausführt oder auszuführen versucht (Urteil des Bundesgerichts vom 10. April 2014, 8C_783/2013, E. 4.2 mit Hinweis). Bei einer solchen unkoordinierten Bewegung ist der ungewöhnliche äussere Faktor zu bejahen; denn der äussere Faktor - Veränderung zwischen Körper und Aussenwelt - ist wegen der erwähnten Programmwidrigkeit zugleich ein ungewöhnlicher Faktor (BGE 130 V 118 E. 2.1).

3.3. Bei Sportverletzungen ohne besonderes Vorkommnis fehlt es gemäss der Rechtsprechung am Merkmal der Ungewöhnlichkeit (BGE 130 V 117 E. 2.2; Urteil des Bundesgerichts vom 9. Juli 2010, 8C_189/2010, E. 5.1). Ein Unfall im Rechtssinne ist



bei sportlichen Tätigkeiten grundsätzlich nur dann anzunehmen, wenn die sportliche Übung anders verläuft als geplant. Verwirklicht sich hingegen das in einer sportlichen Übung inhärente Risiko einer Verletzung, liegt kein derartiges Unfallereignis vor. Auch wenn eine Übung zwar nicht ideal verläuft, die Art der Ausführung sich aber noch in der Spannweite des Üblichen des betreffenden Sportes bewegt, ist ein Unfallereignis zu verneinen (Urteile des Bundesgerichts vom 7. Oktober 2003, U 322/02, E. 4.4, und vom 9. Juli 2010, 8C_189/2010, E. 5.1).

3.4. In der Unfallmeldung UVG vom 29. September 2016 ist ausgeführt worden, dass sich der Beschwerdeführer während dem Ordnungsdiensttraining bei einer Fixation an der Schulter verletzt habe. Da die Schmerzen nicht aufgehört hätten, habe er sich in ärztliche Behandlung begeben (act. G 5.1-A 1). Diese Beschreibung sagt nichts über die Ungewöhnlichkeit des Ereignisses vom 2. Juni 2016 aus. In einem Fragebogen hat der

Beschwerdeführer am 16. Oktober 2016 jedoch angegeben, dass er im Rahmen des Selbstverteidigungstrainings diverse Haltegriffe und Fixationen am Boden trainiert habe, teilweise mit einem Schlagstock. Dabei sei einer der Trainingskollegen beim Ansetzen eines Hebels und der weiteren Fixation unbeabsichtigt zu hektisch und zu hart vorgegangen. Ein ungewöhnlicher Vorfall habe sich aber nicht ereignet. Es bestehe nun einmal ein gewisses Risiko, dass man sich beim Ausüben von Selbstverteidigung etwas zerre, verstauche oder prelle (act. G 5.1-A2; vgl. dazu passend auch act. G 5.2-M2). Aus dieser Schilderung geht hervor, dass sich beim Training, bei dem sich der Beschwerdeführer nach seinen Angaben verletzt hat, nichts Ungewöhnliches ereignet hat. Das Risiko, dass einer der Trainingskollegen Fixationen versehentlich etwas zu hektisch ausführt, ist nach den plausiblen Angaben des Beschwerdeführers als ein dem Selbstverteidigungstraining inhärentes Risiko aufzufassen. Folglich fehlt es am Unfallbegriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit, sodass die Beschwerdegegnerin ein Unfallereignis nachträglich zu Recht verneint hat.

4.

4.1. Weiter zu prüfen ist nun, ob die Beschwerdegegnerin aufgrund einer unfallähnlichen Körperschädigung gleichwohl eine Leistungspflicht für das Ereignis vom 2. Juni 2016 getroffen hat. Aufgrund der in Art. 6 Abs. 2 UVG enthaltenen Delegation hat der Bundesrat in Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) eine Liste von unfallähnlichen Körperschädigungen erstellt, die auch ohne ungewöhnliche Einwirkung den Unfällen gleichzustellen sind (vgl. BGE 114 V 300 E. 3). Mit Ausnahme der Ungewöhnlichkeit müssen gemäss der Rechtsprechung zu Art. 9 Abs. 2 UVV jedoch sämtliche



Unfallbegriffsmerkmale erfüllt sein, namentlich muss auch ein äusserer Faktor gegeben sein. Ein solcher kann grundsätzlich angenommen werden, wenn sich das unfallähnliche Geschehen in einer allgemein gesteigerten Gefahrenlage abspielt, ihm mithin ein erhöhtes Gefährdungspotential innewohnt (BGE 129 V 467 ff. E. 2.2, 4.1 und 4.2.2). Von einer solchen gesteigerten Gefahrenlage kann bei einem Selbstverteidigungstraining ausgegangen werden. Aufgrund der heftig oder ruckartig ausgeführten Fixation im Rahmen des Trainings kann ein äusserer Faktor vorliegend bejaht werden. Auch ist die Schädigung laut Angaben des Beschwerdeführers plötzlich eingetreten und sie ist unbeabsichtigt erfolgt. Die Unfallbegriffsmerkmale sind mit Ausnahme des Merkmals der Ungewöhnlichkeit somit erfüllt. Zu prüfen bleibt nun, ob eine Listenerletzung vorliegt.

4.2. Der untersuchende Radiologe hat in seiner Beurteilung der MRT-Befunde vom 10. Oktober 2016 einen eingeengten Subakromialraum, einen leichten Reizzustand der Bursa subdeltoidea und subakromiale, eine mässige Ansatzentendinose der Supraspinatussehne sowie eine leichte Ansatzentendinose der Subscapularissehne genannt (act. G 5.2-M1). Basierend auf diesen Befunden sowie der Ereignisschilderung des Beschwerdeführers (vgl. act. G 5.2-M2: "Anamnese") diagnostizierte med. pract. C. ___ in seinem Bericht vom 14. Oktober 2016 eine Distorsion der linken Schulter mit einer konsekutiven Bursitis subacromialis und subdeltoidea (act. G 5.2-M2). Dabei handelt es sich um keine Listendiagnosen. Erst in der MRT-Untersuchung vom 31. Mai 2018 hat sich gemäss dem untersuchenden Radiologen unter anderem eine partielle Ruptur der gelenkseitigen vorderen Fasern der Supraspinatussehne gezeigt, was grundsätzlich einer Listendiagnose i.S.v. Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV entspricht (vgl. act. G 5.2-M11). Als Diagnose im Operationsbericht hat Dr. D. ___ schliesslich ein schweres, posttraumatisches Impingement mit veralteter SLAP-Läsion und subtotaler Bizepsruptur sowie Supraspinatussehnenruptur links genannt (act. G 5.2-M8; vgl. ferner act. G 5.2-M5 und M 7). Bei einer Impingementproblematik handelt es sich offensichtlich um keine Listendiagnose i.S.v. Art. 9 Abs. 2 UVV. Die SLAP-Läsion hat Dr. D. ___ zwar auf das Ereignis vom 2. Juni 2016 zurückgeführt. Er hat ausgeführt, dass die MRT-Bilder vom Oktober 2016 bereits ein sublabrales Foramen, differentialdiagnostisch eine SLAP-Läsion gezeigt hätten (act. G 5.2-M13; vgl. dazu auch die Stellungnahme von Prof. F. ___ in act. G 5.1-A16, Beilage 1). Gemäss MRT-Untersuchung der Schulter links vom 31. Mai 2018 hat es sich allerdings um eine SLAP-Läsion vom Typ 1 gehandelt (vgl. act. G 5.2- M11). Eine solche zählt gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht zu den unfallähnlichen Körperschädigungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Januar 2014, 8C_835/2013, E. 4.2 und 4.3; <https://www.koordination.ch/de/online-handbuch/uvv/uks/uks-ab-01012017/#c57577>,



besucht am 21. August 2020). Denn Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV umfasst rechtsprechungsgemäss lediglich Sehnenrisse, nicht jedoch andere Sehnenläsionen oder Schädigungen des umliegenden Sehnenapparates (Urteil des Bundesgerichts vom 19. August 2015, 8C_245/2015, E. 2; BGE 114 V 301 E. 5c). Selbst wenn also die SLAP-Läsion, wie von Dr. D.____ angenommen, in irgendeinem Zusammenhang zum Ereignis vom 2. Juni 2016 stehen würde, stellt sie keine Listendiagnose i.S.v. Art. 9 Abs. 2 UVV dar und kann somit nicht als unfallähnliche Körperschädigung betrachtet werden. Im Übrigen gibt es auch Indizien für eine degenerative Entstehung der SLAP-Läsion. Im MRT-Untersuchungsbericht vom 31. Mai 2018 ist von einer Degeneration des Labrums gesprochen worden (act. G 5.2-M11), worauf auch Dr. G.____ hingewiesen hat (act. G 5.2-M21). Ausserdem hat Dr. G.____ ausgeführt, dass SLAP-Läsionen bereits in der Alterskategorie des Beschwerdeführers auf degenerativer Basis entstünden, speziell unter dem Aspekt einer 15-jährigen Kampf- und Kraftsportexposition (act. G 5.2-M21 S. 7). Nach dem Gesagten kommen also als unfallähnliche Körperschädigungen nur noch die Sehnenrisse an der Supraspinatussehne und Bizepssehne in Betracht. Zu prüfen ist nun, ob diese Sehnenrisse eindeutig auf eine Erkrankung zurückzuführen sind (vgl. Art. 9 Abs. 2 UVV).

4.3. Dr. D.____ hat die Läsionen an der Supraspinatussehne sowie die subtotale Ruptur der Bizepssehne als Folgen der SLAP-Läsion beschrieben. In seinem Bericht vom 22. Oktober 2018 hat er ausgeführt, dass sich ihm in seiner Untersuchung eine Symptomatik von Seiten der Bizepssehne gezeigt habe, die zur SLAP-Läsion gepasst habe. Bei einer Instabilität des Bizepsankers komme es nach längerer Zeitdauer auch zu einer Schädigung der Sehne selbst mit typischer Instabilität (act. G 5.2-M18). Im Arzzeugnis UVG vom 28. Juni 2018 hat Dr. D.____ festgehalten, dass es durch die lange andauernde Instabilität mit grosser Wahrscheinlichkeit sekundär zur in der letzten MRT dargestellten Supraspinatussehnenläsion gekommen sei (act. G 5.2-M6). Dazu passend hatte er bereits am 14. Juni 2018 ausgeführt, dass sich progrediente Veränderungen nach anzunehmender, traumatischer SLAP-Läsion zeigten (act. G 5.2-M13). Aufgrund der stattgehabten Unfallverletzung seien erhebliche, sekundäre Gelenkschäden eingetreten (act. G 5.2-M4). Angesichts der Ausführungen von Dr. D.____ kann nicht behauptet werden, das Ereignis vom 2. Juni 2016 habe die Sehnenläsionen direkt herbeigeführt. In der MRT-Untersuchung der linken Schulter vom 10. Oktober 2016 sind denn auch keine Sehnenläsionen nachgewiesen worden (vgl. act. G 5.2-M1). Dr. D.____ geht vielmehr von sekundären Folgeschäden aus, die auf eine seines Erachtens traumatische SLAP-Läsion zurückzuführen sind. Da die SLAP-Läsion jedoch keinen durch die Unfallversicherung versicherten Schaden darstellt (weder geht sie auf ein Unfallereignis im Rechtssinne zurück noch stellt sie eine



unfallähnliche Körperschädigung dar; vgl. E. 3.4 und 4.3), können auch potentielle Folgeschäden dieser Läsion nicht als versichert gelten. Mit anderen Worten sind die Sehnenläsionen i.S.v. Art. 9 Abs. 2 UVV eben gerade eindeutig auf Krankheit zurückzuführen, wenn sie, wie von Dr. D.____ angenommen, durch die SLAP-Läsion und die dadurch bewirkte Instabilität entstanden sind. Dr. G.____ hat für die Entstehung der Sehnenrisse zwar noch andere Erklärungsansätze als Dr. D.____, führt die Läsionen jedoch ebenfalls auf eine degenerative Problematik zurück. So hat Dr. G.____ beispielsweise auf einen mechanischen Effekt der ausgeprägten AC-Arthrose hingewiesen, der gemäss dem MRT-Untersuchungsbericht die Supraspinatussehne eindrehte (vgl. act. G 5.2-M21 S. 6 f.). Weiter hat er ausgeführt, dass es sich bei den degenerativen Schädigungen der Schulter primär um intrinsische trophische Störungen handle, die sich durchaus primär zu asymptomatischen Sehnendefekten entwickeln würden und dann bei einer noch im physiologischen Bereich einwirkenden Belastung manifest werden könnten. Die seitens der behandelnden Ärzte geltend gemachte frühere Beschwerdefreiheit sei somit kein Argument, um eine traumatische Genese der degenerativen Veränderungen plausibel zu machen, zumal der Beschwerdeführer über 15 Jahre Kraft- und Kampfsport ausgeübt habe. Im morphologischen Schadensbild von Oktober 2016 seien überdies bereits degenerative Veränderungen nachgewiesen worden (act. G 5.2-M21 S. 7 f.). Nach dem Gesagten sind die Sehnenläsionen als eindeutig krankheitsbedingt zu werten, sei dies im Rahmen eines durch die SLAP-Läsion einsetzenden Veränderungsprozesses oder im Rahmen eines anderen degenerativen Prozesses, sodass eine Leistungspflicht aufgrund einer unfallähnlichen Körperschädigung entfällt.

5.

5.1. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin für das Ereignis vom 2. Juni 2016 keine Leistungspflicht getroffen hat. Folglich ist die von ihr per 14. Juli 2016 vorgenommene Leistungseinstellung nicht zu beanstanden, da sie auf die Rückforderung der über den 14. Juli 2016 hinaus erbrachten Versicherungsleistungen ausdrücklich verzichtet hat (vgl. dazu BGE 130 V 381 ff. E. 2). Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

5.2. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Eine Parteientschädigung fällt bei diesem Verfahrensausgang ausser Betracht.

Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.