



**Fall-Nr.:** UV 2019/15  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 30.06.2020  
**Entscheiddatum:** 13.03.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 13.03.2020**

**Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG: Verneinung eines Sehnenrisses. Schlüssige und nachvollziehbare Interpretation der radiologischen Bilder durch den Kreisarzt; die Beurteilung des behandelnden Arztes vermag keine auch nur geringen Zweifel an der kreisärztlichen Einschätzung zu wecken (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. März 2020, UV 2019/15).**

#### **Entscheid vom 13. März 2020**

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann;  
Gerichtsschreiber Markus Lorenzi

Geschäftsnr.

UV 2019/15

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Fürsprecher Marco Büchel, LL.M., K & B Rechtsanwälte,  
Freudenbergstrasse 24, Postfach 213, 9240 Uzwil,

gegen



**Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva)**, Fluhmattstrasse 1, Postfach  
4358, 6002 Luzern,

### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Versicherungsleistungen

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) war aufgrund ihrer Anstellung als Montagemitarbeiterin bei der B.\_\_\_\_ GmbH bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 14. Mai 2018 meldete die Arbeitgeberin der Suva, die Versicherte habe am 18. April 2018 eine Fermacellplatte tragen wollen, wobei es ihr einen "Fitz" in die linke Schulter gegeben habe (Suva-act. 1). Am 24. April 2018 hatte eine Erstbehandlung durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin Innere Medizin FMH, stattgefunden, die einen Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur links diagnostiziert, eine MR-Arthrographie der linken Schulter veranlasst und der Versicherten ab 24. April 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hatte (Suva-act. 7). In der am 3. Mai 2018 durchgeführten MR-Arthrographie der linken Schulter nativ und mit Kontrastmittel hatte Dr. med. D.\_\_\_\_, Radiologie E.\_\_\_\_, als Befunde eine minimale transmurale Supraspinatus-Sehnenruptur ansatznah ventral (nah Rotatoren-Intervall) nebst Pulley-Reizung erhoben (Suva-act. 9). Am 12. Juni 2018 verneinte Suva-Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine Partialruptur oder gar transmurale Ruptur, ging von einer massiven Entzündung im Rahmen einer Enthesiopathie/Tendinopathie aus und verneinte das Vorliegen einer Listenerletzung (Suva-act. 10).

**A.b.** Mit Verfügung 15. Juni 2018 verneinte die Suva das Vorliegen eines Unfalls und einer unfallähnlichen Körperschädigung und lehnte eine Leistungspflicht für das Ereignis vom 18. April 2018 ab (Suva-act. 11).



## St.Galler Gerichte

**A.c.** Mit Schreiben vom 21. Juni 2018 teilte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, der Suva mit, dass er die Versicherte für eine Zweitbeurteilung bei Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Chefarzt, Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), angemeldet habe (Suva-act. 16; vgl. auch Suva-act. 13).

### **B.**

**B.a.** Mit Eingabe vom 26. Juni 2018 erhob die Versicherte Einsprache gegen die Verfügung der Suva vom 15. Juni 2018 (Suva-act. 16).

**B.b.** Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ empfahl am 3. Juli 2018 das Abwarten der Zweitmeinung, wiederholte indessen, dass für ihn aufgrund der bildmorphologischen Darstellung ganz klar die Zeichen einer degenerativ bedingten Ansatzzerkrankung überwiegen würden (Suva-act. 18).

**B.c.** Am 10. Juli 2018 wurde die Versicherte durch Dr. H.\_\_\_\_ untersucht, der im Untersuchungsbericht vom 17. Juli 2018 die Diagnose einer kleinen transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne Pars anterior, traumatisch bedingt vom 19. April 2018, festhielt (Suva-act. 20).

**B.d.** Aufgrund der unterschiedlich beurteilten radiologischen Befunde empfahl Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ am 31. Juli 2018 eine erneute Kontrolluntersuchung mittels einer MR-Arthrographie (Suva-act. 22). Diese wurde am 14. August 2018 durch Dr. med. I.\_\_\_\_, Leitender Arzt der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin, Radiologie J.\_\_\_\_, durchgeführt. Dr. I.\_\_\_\_ hielt in der Beurteilung eine AC-Gelenksarthrose, im Übrigen aber eine normale MR-Arthrographie der linken Schulter - eine intakte Subscapularissehne, keine Ruptur oder Partialruptur der Supraspinatussehne, keine Enthesiopathie - fest (Suva-act. 26).

**B.e.** Am 31. Juli 2018 reichte Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ eine umfassende ärztliche Beurteilung ein, worin er empfahl, die Anerkennung des Schadenfalls aufgrund des Fehlens eines Unfallereignisses und einer Listendiagnose abzulehnen (Suva-act. 28).



## St.Galler Gerichte

**B.f.** Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung vom 31. Juli 2018 wies die Suva die Einsprache der Versicherten vom 26. Juni 2018 mit Entscheid vom 10. Januar 2019 ab (Suva-act. 31).

### **C.**

**C.a.** Gegen diesen Entscheid erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Marco Büchel, Oberuzwil, mit Eingabe vom 6. Februar 2019 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren: 1. Die Verfügung vom 15. Juni 2018 sowie der Einspracheentscheid vom 10. Januar 2019 seien aufzuheben. 2. Die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen (Heilungskosten, Taggeld etc.) aus der Unfallversicherung zu erbringen. 3. Eventualiter sei ein externes orthopädisches Gutachten seitens des Gerichts in Auftrag zu geben. 4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).

**C.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 13. März 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheids (act. G 3).

**C.c.** Mit Replik vom 2. Mai 2019 hielt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin unverändert an seinen Rechtsbegehren fest (act. G 5) und reichte weitere Unterlagen, unter anderem eine Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2019 zu verschiedenen Fragen, ein (act. G 5.1 f.).

**C.d.** Mit Duplik vom 6. Juni 2019 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Beschwerdeabweisung fest (act. G 7).

## **Erwägungen**

### **1.**

Streitig und vorliegend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin als obligatorischer Unfallversicherer der Beschwerdeführerin für die Folgen des Ereignisses vom 18. April 2018 leistungspflichtig ist.

### **2.**

**2.1.** Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung (UVG; SR 832.20) werden Versicherungsleistungen bei



Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt nach 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, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Dabei bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern auf den Faktor selbst. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist somit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich gezogen hat. Ein äusserer Faktor ist aussergewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet. Ob dies zutrifft, beurteilt sich im Einzelfall, wobei grundsätzlich nur die objektiven Umstände in Betracht fallen (André Nabold, in: Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], Bern 2018, N 42 zu Art. 6 [UVG Kommentar]; BSK UVG-Irene Hofer, Basel 2019, N 32 ff. zu Art. 6; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf, S. 31; RKUV 2000 Nr. U 368 S. 99 E. 2b mit Hinweisen; BGE 122 V 233 E. 1, 121 V 38 E. 1a, je mit Hinweisen). Das für den Unfallbegriff wesentliche Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors kann nach Lehre und Rechtsprechung auch in einer unkoordinierten Bewegung bestehen (RKUV 1999 Nr. U 333 S. 199 E. 3c/aa und Nr. U 345 S. 422 E. 2b; UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 32 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 37 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 40; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 176 f.). Weiter bejaht die Rechtsprechung das Vorliegen eines ungewöhnlichen äusseren Faktors dann, wenn beim Heben oder Verschieben einer Last ein ganz ausserordentlicher Kraftaufwand erfolgt und zu einer, gelegentlich als Verhebetrauma bezeichneten, Schädigung führt. Es muss jedoch von Fall zu Fall geprüft werden, ob die Anstrengung im Hinblick auf Konstitution und berufliche oder ausserberufliche Gewöhnung der betreffenden Person ausserordentlich war (UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 33 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 40 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 40 f.; vgl. BGE 116 V 139 E. 3b; RKUV 1994 Nr. U 180 S. 38 E. 2). Bei unkoordinierten Bewegungen ist das Merkmal der Ungewöhnlichkeit erfüllt, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam „programmwidrig“ beeinflusst hat, was beispielsweise dann zutrifft, wenn die versicherte Person stolpert, ausgleitet oder an einen Gegenstand anstösst oder wenn sie, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrbewegung ausführt oder auszuführen versucht (UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 32 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 37 zu Art. 6; Rumo-Jungo/



Holzer, a.a.O., S. 40; Maurer, a.a.O., S. 176 f.; RKUV 2004 Nr. U 502 S. 183 E. 4.1). Dass es tatsächlich zu einem Sturz kommt, wird mithin nicht vorausgesetzt. Immerhin ist festzuhalten, dass der Nachweis eines Unfalls bei Schädigungen, die sich auf das Körperinnere beschränken, insofern strengen Anforderungen unterliegt, als die unmittelbare Ursache der Schädigung unter besonders sinnfälligen Umständen gesetzt werden muss; denn ein Unfallereignis manifestiert sich in der Regel in einer äusserlich wahrnehmbaren Schädigung, während bei deren Fehlen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit rein krankheitsbedingter Ursachen besteht (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S.40; RKUV 1996 Nr. U 253 S. 204 E. 4d).

**2.2.** Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei den folgenden, abschliessend aufgelisteten Körperschädigungen (vgl. dazu UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 42 zu Art. 6), sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind: a. Knochenbrüche, b. Verrenkungen von Gelenken; c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse, e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen; h. Trommelfellverletzungen.

### 3.

Zu prüfen ist zunächst, ob das Ereignis vom 18. April 2018 als Unfall zu qualifizieren ist, und dabei insbesondere, ob im Sinne der Legaldefinition des Unfalls gemäss Art. 4 ATSG vom Vorhandensein eines ungewöhnlichen äusseren Faktors ausgegangen werden kann.

#### 3.1.

**3.1.1.** Damit beurteilt werden kann, ob das Ereignis vom 18. April 2018 einen Unfall im Rechtssinn darstellt, ist zunächst festzulegen, von welchem Geschehensablauf auszugehen ist. Praxisgemäss sind die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens vom Leistungsansprecher glaubhaft zu machen. Kommt er dieser Forderung nicht nach, indem er unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben macht, die das Bestehen eines unfallmässigen Schadens als unglaubwürdig erscheinen lassen, besteht keine Leistungspflicht des Unfallversicherers. Im Streitfall obliegt es dem Richter zu beurteilen, ob die einzelnen Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt sind. Der Untersuchungsmaxime entsprechend hat er von Amtes wegen die notwendigen Beweise zu erheben und kann zu diesem Zwecke auch die Parteien heranziehen. Sofern der Unfallversicherer die tatsächlichen Verhältnisse mittels Fragebogen detailliert erhoben hat, ist er seiner Verpflichtung zur richtigen und vollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts grundsätzlich rechtsgenügend



nachgekommen (Untersuchungsgrundsatz; vgl. BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a). Der Unfallversicherer ist nicht gehalten, die versicherte Person im Nachgang zu umfassenden Erhebungen zur weiteren Substantiierung des gemeldeten Geschehens aufzufordern (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 26. Februar 2004, U 64/2002, E. 2.2.3, und 27. Juni 2002, U 148/01, E. 2b). Wird aufgrund dieser Massnahmen das Vorliegen eines Unfallereignisses nicht wenigstens mit Wahrscheinlichkeit erstellt - die blossе Möglichkeit genügt nicht (vgl. Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f.) -, so hat dieses als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten des Leistungsansprechers auswirkt (BGE 114 V 305 f. E. 5b).

**3.1.2.** Die Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin schilderte in der Schadenmeldung UVG vom 14. Mai 2018, die Beschwerdeführerin habe am 18. April 2018 eine Fermacellplatte tragen wollen. Dabei habe es ihr einen "Fitz" in die linke Schulter gegeben (Suva-act. 1). Im Fragebogen der Beschwerdegegnerin zum Ereignis vom 18. April 2018 hielt die Beschwerdeführerin fest, es habe ihr beim Montieren einer Fermacellplatte einen Zwick gegeben, so dass sie die linke Schulter bzw. den linken Arm nicht mehr habe bewegen können. Die Frage, ob sich etwas Besonderes, z.B. ein Ausgleiten, ein Sturz oder ein Anschlagen, ereignet habe, bejahte die Beschwerdeführerin und beschrieb dieses als "Beim Anheben der Fermacellplatte" (Suva-act. 6). In der Beschwerde wiederholte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin die Sachverhaltsdarstellung in der Schadenmeldung UVG, sprach also vom Tragen einer Fermacellplatte und einem dabei aufgetretenen "Fitz" in die Schulter (act. G 1). Laut Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber der erstbehandelnden Ärztin Dr. C.\_\_\_\_ (Suva-act. 7) wog die Fermacellplatte ca. 20 kg (Suva-act. 7).

**3.2.** Mit den Schilderungen in Erwägung 3.1.2 wird noch kein Ereignis beschrieben, welches als Unfall gemäss Art. 4 ATSG zu qualifizieren wäre. Das Heben bzw. Tragen einer Fermacellplatte stellt eine normale körperliche, den Rahmen des Alltäglichen oder Üblichen nicht überschreitende Bewegung dar. Sowohl von der Arbeitgeberin in der Schadenmeldung UVG als auch von der Beschwerdeführerin im Fragebogen wird ein durchwegs kontrollierter, bewegungsmässig offensichtlich ungestörter Arbeitsablauf beschrieben, der keine unkoordinierte Bewegung zeigt. Gestützt auf die aktenkundigen Sachverhaltsdarstellungen liegt auch kein Unfall in Form einer Überanstrengung vor. Die höchstrichterliche Rechtsprechung orientiert sich hier insbesondere an Gewichten, welche von konkreten Personen unter bestimmten Umständen getragen werden können. Ohne Störung des Bewegungsablaufs durch etwas Programmwidriges wird



bei Überanstrengungen nur selten, d.h. bei sehr hohen Gewichten und allfälligem Hinzutreten weiterer Umstände - wie eine unglückliche Bewegung, eine nicht optimale Körperhaltung vor dem Heben einer schweren Last oder ein Heben in hektischer, unerwarteter Weise -, ein Unfall anerkannt (Urteil des EVG vom 6. Mai 2002, U 477/00, E. 3b, und 27. Juli 2001, U 7/00, E. 4b/dd; RKUV 1994 Nr. U 180 S. 39 E. 3b und c; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 40 zu Art. 6; Suva-Jahresbericht 1988 Nr. 8 S. 15; vgl. auch Maurer, a.a.O., S. 178 Anm. 359). So wurde vom höchsten Gericht eine den Unfallbegriff erfüllende Überanstrengung nur bei Lasten von mehr als 100 kg bejaht (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Oktober 2009, 8C\_319/2009, E. 3.3 mit Hinweis auf Urteil des EVG vom 9. Oktober 2003, U 360/02). In Fällen, in welchen eine den Unfallbegriff erfüllende Überanstrengung verneint wurde, waren die zu hebenden Lasten zwischen 50 und 100 kg schwer (Urteil des EVG, U 360/02, E. 3.4 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 11. Januar 2010, 8C\_1029/2009, E. 2.1). Selbst gegenüber diesen Sachverhalten stellt eine Fermacellplatte mit ca. 20 kg ein geringes Gewicht dar. Weiter ist vor allem zu berücksichtigen, dass eine berufliche Anstrengung, wie sie in einem Betrieb immer wieder vorkommt, nicht als Unfall gilt (Maurer, a.a.O., S. 178; BGE 116 V 139 E. 3b, mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 180 S. 38). Die Beschwerdeführerin war bei der B.\_\_\_\_ GmbH als Montagemitarbeiterin tätig, womit davon auszugehen ist, dass im Rahmen ihrer Anstellung das Tragen einer Fermacellplatte eine gewohnte, berufliche Tätigkeit darstellte und sich ihre Konstitution nicht negativ auf das vorliegend zu beurteilende Ereignis ausgewirkt hätte. Solches wird von der Beschwerdeführerin auch nicht behauptet. Mit dem in den Ereignisschilderungen genannten "Fitz" oder "Zwick" wird offensichtlich der von der Beschwerdeführerin gegenüber der erstbehandelnden Ärztin Dr. C.\_\_\_\_ angegebene plötzliche Schmerz zusammen mit einer Kraftlosigkeit in der linken Schulter beschrieben (vgl. Arztzeugnis UVG vom 19. Mai 2018 [Suva-act. 7]). Der aufgetretene Schmerz als solcher ist indessen kein ungewöhnlicher äusserer (schädigender) Faktor (vgl. Erwägung 2.1; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 31, BGE 129 V 469 E. 4.2.1, 122 V 232 f. E. 1 = Pra 86 415 E. 1, 121 V 38 E. 1a).

**3.3.** Zusammenfassend ergibt sich, dass das Ereignis vom 18. April 2018 den Unfallbegriff gemäss Art. 4 ATSG nicht erfüllt.



### 4.

Zu prüfen bleibt, ob eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG vorliegt (vgl. Erwägung 2.2).

**4.1.** Entscheidend für die Subsumtion eines Gesundheitsschadens unter die Liste von Art. 6 Abs. 2 UVG ist die Diagnose. Diese ist durch einen Mediziner zu stellen. Die Leistungspflicht besteht nur dann, wenn die Listenverletzung der Hauptbefund ist (BGE 122 V 157 E. 1b mit zahlreichen Hinweisen; SZS 2018 S. 343, 357 f.; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 66 zu Art. 6).

**4.2.** Während Dr. D.\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin in der MR-Arthrographie der linken Schulter vom 3. Mai 2018 eine minimale transmurale Supraspinatussehnenruptur erhob (Suva-act. 9), ersieht Dr. F.\_\_\_\_ in den kernspintomographischen Bildern keine solche, auch keine partielle Ruptur, sondern eine ansatznahe massive Entzündung des Supraspinatussehngewebes im Rahmen einer Enthesiopathie/Tendinopathie (= Insertionstendopathie [vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 532]; Suva-act. 10, 28).

**4.3.** Zu Art. 6 Abs. 2 lit. f. UVG ist zu sagen, dass nicht alle Sehnenläsionen (Risse, Zerrungen und Dehnungen) als unfallähnliche Körperschädigungen qualifiziert werden, sondern nur Sehnenrisse. Ein eigentlicher Sehnenriss besteht dann, wenn die Sehne vollständig gerissen ist. Teilrupturen können nur unter erschwerten Nachweisanforderungen unter Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG subsumiert werden (BGE 114 V 306 E. 5c). Weil sich die partiellen Sehnenrisse bzw. Teilrupturen in der Regel klinisch nicht von sekundären entzündlichen Reaktionen (Tendinitis, Peritendinitis, Paratenonitis, Tendovaginitis) unterscheiden lassen, fällt eine Qualifikation als unfallähnliche Körperschädigung nur in Betracht, wenn die Teilruptur als solche medizinisch eindeutig festgestellt ist, sei dies intraoperativ oder durch Kontrastmitteldarstellung. Kann dieser Nachweis nicht erbracht werden, so hat der Leistungsansprecher die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4, 29; Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N. 56). Während mit dem von Dr. D.\_\_\_\_ am 3. Mai 2018 in der MR-Arthrographie erhobenen Untersuchungsbefund unbestrittenermassen eine Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG angenommen werden könnte, wäre eine solche in Bezug auf die Beurteilung der kernspintomographischen Bilder durch Dr. F.\_\_\_\_ zu verneinen. Nachfolgend gilt es zu beurteilen, von welcher der beiden ärztlich gestellten Diagnosen im vorliegenden Fall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszugehen ist.



**4.4.** Festzustellen ist zunächst, dass die MR-Arthrographie durch Dr. D.\_\_\_\_ vom 3. Mai 2018 definitionsgemäss mit Kontrastmittel durchgeführt wurde (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S.152; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 217; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 133), womit grundsätzlich ein beweiskräftiger Untersuchungsbefund vorliegen würde (vgl. Erwägung 4.3). Allerdings ist zu beachten, dass eine radiologische Untersuchung zunächst nur Bilder liefert, welche vom Mediziner anschliessend analysiert, d.h. ausgewertet, werden müssen. Gerade diese Auswertung durch den Mediziner kann durch unterschiedliche Beurteilungen zu letztlich voneinander abweichenden Befunden oder Diagnosen führen.

**4.5.** Dr. F.\_\_\_\_ sichtete in den kernspintomographischen Bildern vom 3. Mai 2018 eine ansatznahe, anterior gelegene Signalerhöhung des Supraspinatussehngewebes, welche er in seinen Beurteilungen vom 12. Juni 2018 (Suva-act. 13) und 31. Juli 2018 (Suva-act. 28) - wie bereits erwähnt - nicht als partielle oder transmurale Ruptur, sondern als röntgenologisches Zeichen einer ausgeprägten ansatznahen Tendinopathie der Supraspinatussehne interpretierte. Dr. D.\_\_\_\_ sah laut Untersuchungsbericht vom 3. Mai 2018 in einer leichten sichelförmigen Flüssigkeitsbetonung der bursa subdeltoidea subakromial ventral, signaläquivalent zum intraartikulär applizierten Kontrastmittel, einen Hinweis für eine transmurale Ruptur der Rotatorenmanschette und stellte fest, dass in diesem Zusammenhang eine kleine Kontinuitätsunterbrechung der Fasern der Supraspinatussehne ansatznah ventral (nahe Rotatoren-Intervall) bei einer millimeter-schmalen full thickness-Ruptur erkennbar sei (Suva-act. 9). Dr. F.\_\_\_\_ stimmte laut seiner ärztlichen Beurteilung vom 31. Juli 2018 (Suva-act. 28) offenbar mit Dr. D.\_\_\_\_ darin überein, dass grundsätzlich eine Signaläquivalenz der Signalerhöhung im Bereich des subacromialen Schleimbeutelkomplexes einen Durchtritt von Kontrastmittel aus dem intraarticulären Raum durch die Supraspinatussehne und damit einen Hinweis auf eine transmurale Ruptur signalisieren würde, verneint indessen eine solche Signaläquivalenz. Zur Begründung führt er an, dass die Signale im bursalen Gleitgewebe nicht dem Signalverhalten des intraarticulär applizierten Kontrastmittels entsprechen würden. Die Signaldichte sei deutlich niedriger und entspreche einem leicht erhöhten Flüssigkeitsgehalt als Hinweis für eine subacromiale Bursitis. Die sich im anterioren ansatznahen Supraspinatussehnenansatz darstellende Signalerhöhung sei im Grenzflächenbereich der Supraspinatussehne lokalisiert und stelle eher einen Grenzflächenartefakt und keine transmurale Schädigung der Rotatorenmanschette dar. Die ansatznahen Signalerhöhungen der Supraspinatussehne würden Anzeichen für eine stark entzündliche Tendinopathie darstellen. Hinsichtlich der Signaläquivalenz liegen damit zwar unterschiedliche Einschätzungen vor. Während es Dr. D.\_\_\_\_ indessen bei



einer blossen Feststellung einer Signaläquivalenz belies, begründete Dr. F.\_\_\_\_ nachvollziehbar und schlüssig, wieso keine solche vorliege. Zunächst ist festzuhalten, dass auch Dr. D.\_\_\_\_ - wie Dr. F.\_\_\_\_ - nur eine leichte sichelförmige Flüssigkeitsbetonung der Bursa subdeltoidea subakromial ventral festgestellt hat. Stichhaltig erscheint sodann, dass Dr. F.\_\_\_\_ die konkrete Lokalisation der Signalerhöhung im Grenzflächenbereich der Supraspinatussehne als kennzeichnend für eine Tendopathie bzw. Enthesopathie beurteilt. Immerhin hatte sich Dr. D.\_\_\_\_ am 3. Mai 2018 auch eine Pulley-Reizung, also ebenfalls ein entzündliches Geschehen, gezeigt. Schliesslich fällt auf, dass dieser Arzt zumindest in Bezug auf die zusätzlich erhobenen hypertrophen Kapselveränderungen im AC-Gelenk eine Überlastung als Ursache in Erwägung gezogen hat, welche auch eine häufige Ursache von Enthesopathien bzw. Tendopathien darstellt (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 628; Pschyrembel, a.a.O., S. 877 ("Insertionstendopathie"), 1782; Roche Lexikon, a.a.O., S. 532, 1808).

**4.6.** Die Tatsache, dass Dr. F.\_\_\_\_ im Gegensatz zu Dr. D.\_\_\_\_ kein Radiologe ist, vermag den Beweiswert seiner Beurteilung nicht entscheidend zu mindern. Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 13. März 2019 (act. G 3) zutreffend feststellte, ist ein Facharzt der Orthopädischen Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates durchaus befähigt, radiologische Bilder zu interpretieren.

**4.7.** Die Beschwerdegegnerin weist weiter zutreffend darauf hin, dass sich die Richtigkeit der kreisärztlichen Beurteilung letztlich auch mit dem Untersuchungsergebnis der MR-Arthrographie vom 14. August 2018 (Suva-act. 26) bestätigte. Unbestritten ist, dass sich in den dabei erstellten Bildern eine intakte Subscapularissehne und keine Ruptur oder Partialruptur der Supraspinatussehne zeigte, aber auch keine Enthesiopathie, ausgemacht werden konnte. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin sieht darin keine Bestätigung der Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_, wonach nie ein Riss der Supraspinatussehne bestanden habe, sondern ein Befundergebnis, welches in der zwischenzeitlich eingetretenen Heilung der transmuralen Supraspinatussehnenruptur begründet sei. Allgemein ist die Beweiskraft der MR-Arthrographie vom 14. August 2018 derjenigen vom 3. Mai 2018 gleichwertig; eine MR-Arthrographie wird - wie gezeigt - definitionsgemäss mit Kontrastmittel durchgeführt (vgl. Erwägung 4.4). Ausgehend von einer grundsätzlich möglichen Heilung einer Supraspinatussehnenruptur dürfte sodann diese Entwicklung gegenüber einer Heilung einer entzündlichen Reaktion wie einer Tendinopathie bzw. Enthesiopathie bei Schonung der Schulter weniger wahrscheinlich sein (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 730; Pschyrembel, a.a.O., S. 1577 "Rotatorenmanschettenruptur, Therapie";



act. G 5.2, Ziff. 3 und 4). Bezeichnend ist in diesem Zusammenhang, dass am 14. August 2018 gerade auch keine Pulley-Reizung mehr ausgemacht werden konnte (Suva-act. 26; vgl. demgegenüber MR-Arthrographie vom 3. Mai 2018 [Suva-act. 9]). Laut Akten wurden der Beschwerdeführerin anlässlich der Erstbehandlung durch Dr. C.\_\_\_\_ am 24. April 2018 Medikamente verschrieben (Suva-act. 7). Weiter wurde ihr am 9. Mai 2018 durch Dr. G.\_\_\_\_ eine Physiotherapie verordnet (Suva-act. 15). Weitere Therapien sind nicht aktenkundig. Unbestritten ist sodann, dass die Beschwerdeführerin am 11. Juni 2018, d.h. rund zwei Monate nach dem fraglichen Ereignis sowie rund einen Monat nach der MR-Arthrographie vom 3. Mai 2018 - aus deren Bildern Dr. D.\_\_\_\_ noch einen transmuralen Supraspinatussehnenriss ersah - ihre schulterbelastende Arbeit wieder zu 100% aufgenommen hat. Gesamthaft erscheint aufgrund dieser Aktenlage ein Sachverhalt mit einer ausgeheilten transmuralen Supraspinatussehnenruptur nicht überwiegend wahrscheinlich, sondern allenfalls bloss möglich. Weitere Abklärungen sind bei Abheilung nicht zielführend. Wie bereits erwähnt, genügt die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts den Beweisanforderungen nicht. Ist ein Sachverhalt nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen, hat er als unbewiesen zu gelten. Die Folgen daraus hat die Beschwerdeführerin zu tragen (vgl. Erwägung 4.3).

**4.8.** Die Zweitmeinung von Dr. H.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2018 (Suva-act. 20) vermag an der Beurteilung in Erwägung 4.7 nichts zu ändern. Aus dem Hinweis auf die Epidemiologie, wonach eine Supraspinatussehnenläsion bei der Population unter 60-jährigen nur zu 4% eine degenerative Ätiologie habe, ergeben sich in Bezug auf die vorliegend zur Diskussion stehende Frage keine weiteren Aufschlüsse. So geht es im vorliegenden Fall nicht um die Abgrenzung traumatisch oder degenerativ bedingte Supraspinatussehnenruptur. Wie dargelegt, ist davon auszugehen, dass bei der im Zeitpunkt des Ereignisses vom 18. April 2018 \_\_-jährigen Beschwerdeführerin gerade keine Supraspinatussehnenruptur vorgelegen hat. Zu wiederholen ist allerdings an dieser Stelle, dass Tendinopathien bzw. Enthesiopathien insbesondere überlastungsbedingt und gerade nicht altersbedingt auftreten (vgl. Erwägung 4.5), und die Beschwerdeführerin als Montagemitarbeiterin zudem eine bekanntermassen schulterbelastende Arbeit ausübt. Der Aussage von Dr. H.\_\_\_\_, die Supraspinatussehnenläsion der Beschwerdeführerin sei als traumatisch bedingt zu betrachten, kommt damit keine massgebende Bedeutung zu. Im Übrigen ist festzustellen, dass Dr. H.\_\_\_\_ im Zeitpunkt seiner Beurteilung noch keine Kenntnis von der MR-Arthrographie vom 14. August 2018 (Suva-act. 26) hatte. Er sprach zwar von einer MR-technisch bestätigten Supraspinatussehnenläsion, stützte sich dabei jedoch lediglich auf die MR-Arthrographie vom 3. Mai 2018, deren Ergebnis insgesamt nicht



überzeugt (vgl. dazu Erwägung 4.5). Seiner Aussage kann damit von vornherein kein umfassender Beweiswert zukommen. Die Beurteilung durch Dr. H.\_\_\_\_ vermag daher keine auch nur geringen Zweifel an der Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ zu wecken.

**4.9.** Schliesslich vermag auch die Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2019, worin dieser gestützt auf die Feststellung von Dr. D.\_\_\_\_ von einer transmuralen Supraspinatussehnenruptur ausgeht, die Beurteilung von Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen. Dr. G.\_\_\_\_ hat seine Beurteilung offensichtlich ohne persönliche Einsicht in die bildgebenden Unterlagen vorgenommen und vertritt im Übrigen nur die allgemeine Auffassung, dass die Beurteilung eines radiologischen Bildes durch einen Radiologen schlüssiger sei als eine solche durch einen Orthopäden. Abgesehen davon, dass dieser Meinung nicht gefolgt werden kann (vgl. Erwägung 4.6), gilt es die gesamte Sachlage eines konkreten Falles in die Beurteilung miteinzubeziehen, welche vorliegend die Beurteilung des Orthopäden Dr. F.\_\_\_\_ stützt (vgl. Erwägung 4.5, 4.7). Konkrete Gründe, weshalb die kreisärztliche Beurteilung nicht überzeugen sollte, werden von Dr. G.\_\_\_\_ nicht angeführt. Sein Einwand, dass Dr. F.\_\_\_\_ nicht nur auf Grund der radiologischen Befunde argumentiere, sondern vielmehr feststelle, dass es sich nicht um ein Unfallereignis gehandelt habe und somit keine unfallbedingte Läsion vorliegen könne, ist unberechtigt. Die Frage, ob die einzelnen Voraussetzungen des Unfallbegriffs im Sinne von Art. 4 ATSG erfüllt sind, ist eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Für die Frage, ob eine unfallähnliche Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vorliegt, ist hingegen die vom Mediziner gestellte Diagnose entscheidend (vgl. Erwägung 4.1). Wie in Erwägung 4.5 ausgeführt, hat Dr. F.\_\_\_\_ schlüssig und nachvollziehbar die radiologischen Bilder interpretiert und dargelegt, aufgrund welcher Fakten und Überlegungen er bereits anhand der Bilder vom 3. Mai 2018 nicht von einer transmuralen Supraspinatussehne, sondern von einer Tendinopathie bzw. Enthesiopathie ausgeht. Schliesslich findet die Aussage von Dr. G.\_\_\_\_, wonach bekannt sei, dass bei jüngeren Leuten Sehnenrisse durchaus wieder heilen würden, in Fachpublikationen keine Stütze (<https://gelenk-klinik.de/schulter/rotatorenmanschette-schulter-muskel-und-sehnenverletzungen.html>; <https://www.schulter-zentrum.de/supraspinatus-sehne.html>; beide abgerufen am 13. März 2020).

**4.10.** Vor dem Hintergrund des Gesagten entfällt auch eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nach Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG.

## 5.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 10. Januar 2019 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.



Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.