

Leistungen der Unfallversicherung bei Rotatorenmanschettenruptur

Indizien für eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion sind fehlende Schulterbeschwerden bis zum Sturz beim Langlaufen, medizinische Behandlung in enger zeitlicher Korrelation zum Sturz, ärztliche Befunde, welche gegen grössere degenerative Veränderungen sprechen sowie Beschwerdefreiheit nach knapp vier Monaten nach dem Sturz. Der Unfallversicherung gelang es nicht, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, dass die Sehnenrisse vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 lit. f. UVG).

Erwägungen:

I.

1. A., Jahrgang 1964, ist durch ihre Arbeitgeberin obligatorisch bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG gegen Unfälle versichert. Nach einem Sturz beim Langlaufen am 25. Dezember 2017 litt sie unter Schmerzen und Bewegungseinschränkung in der rechten Schulter.
2. Am 28. Dezember 2017 begab sie sich in ärztliche Behandlung zu Dr. med. B., Facharzt für Orthopädie und Traumatologie. Gleichentags meldete die Arbeitgeberin von A. der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG den Bagatellunfall.
3. Am 4. Januar 2018 meldete Dr. med. B. A. zu einem Arthro-MRI der rechten Schulter an, welches am 10. Januar 2018 in der Radiologie Nordost, Diagnosezentrum St.Gallen, erstellt wurde.
4. Am 23. Januar 2018 führte Dr. med. B. bei A. eine Rotatorenmanschettenrekonstruktion (Supraspinatus [SSP]- und Subscapularis [SSC]-Sehne) durch.
5. Die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG teilte A. mit Schreiben vom 9. Februar 2018 mit, im Arthro-MRI habe eine traumatische Veränderung ausgeschlossen werden können. Jedoch werde eine fortgeschrittene degenerative Veränderung nachgewiesen, welche nicht unfallkausal sei. Der Status quo sine sei am 10. Januar 2018 erreicht worden. Die Beschwerden stünden danach nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 25. Dezember 2017. Ein Anspruch auf Versicherungsleistungen ab dem 11. Januar 2018 müsse aufgrund dieser Ausführungen abgelehnt werden.
6. Mit Schreiben vom 13. Februar 2018 teilte A. der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG mit, dass sie mit deren Schreiben vom 9. Februar nicht einverstanden sei, da ihre Beschwerden und die Verletzungen klar mit dem Unfall zusammenhängen würden.
7. Die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG lehnte mit Verfügung vom 22. Februar 2018 einen Anspruch auf Versicherungsleistungen ab dem 11. Januar 2018 ab.
8. Gegen diese Verfügung erhob die SWICA, die Krankenversicherung der Beschwerdeführerin, am 7. März 2018 Einsprache, mit dem Antrag, dass die Kosten weiterhin durch die Unfallversicherung zu übernehmen seien.

9. A. erhob am 13. März 2018 Einsprache gegen die Verfügung der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG und beantragte, dass diese die Kosten für die Folgen ihres Unfalles am 25. Dezember 2017 weiterhin übernehme.
10. Die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG wies die Einsprachen von A. und der SWICA Krankenversicherung AG mit Entscheid vom 4. Juni 2018 ab.

Als Begründung führte sie im Wesentlichen an, dass A. am 25. Dezember 2017 beim Langlaufen in Gonten auf die ausgestreckten Arme gestürzt sei. Unbestritten sei, dass die Kontusion der Schulter vorübergehende prellungsbedingte Beschwerden nach sich gezogen haben möge. Sie habe einen Leistungsanspruch ab den 11. Januar 2018 abgelehnt, da die Beschwerden seither nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 25. Dezember 2017 stünden. Sie habe ihren Entscheid auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. C. gestützt, welcher zum Entschluss gekommen sei, dass anhand des Arthro-MRI eine traumatische Veränderung ausgeschlossen werden könne. Vielmehr seien fortgeschrittene degenerative Veränderungen nachgewiesen, welche nicht unfallkausal seien. Für die Annahme einer unfallbedingten Sehnenruptur bedürfe es nach herrschender Lehre, vorbehältlich Luxationen oder Schnittverletzungen, stets einer Anspannung der entsprechenden Muskulatur mit Anspannung der betreffenden Sehne sowie einer abrupten und heftigen, exzentrischen Belastung in die Gegenrichtung, zu deren Bewegung die fragliche Sehne diene. Der beschriebene Bewegungsmechanismus wäre daher kaum als Ursache geeignet gewesen, selbst wenn es dabei zu einer Distorsion des Armes in eine Richtung komme, je gleichzeitig Totalrupturen verschiedener Sehnen hervorzurufen. Schon daraus erhelle, dass zwangsläufig erhebliche Vorzustände vorgelegen hätten. Darüber hinaus bestünden klare Hinweise für unfallfremde Faktoren. Das MRI habe u.a. ergeben, dass ein morphologisch nach unten abgewinkeltes Acromion vom Typ II nach Bigliani vorgelegen habe, was selbsterklärend mit einem entsprechenden subacromialen Engpass einhergehe. Ein solcher ziehe in intrinsisch-vaskulärer Hinsicht regelmässig eine Minderdurchblutung der darunter verlaufenden SSP-Sehne nach sich, während es in extrinsischer Hinsicht zu einem chronischen Abscheuern derselben im ansatznahen Bereich, dem sog. Impingement, komme. Dadurch komme es, gerade bei sportlicher Belastung, zusehends zu degenerativen Veränderungen bzw. Verschleisserscheinungen. Anhand eines solchen Zustands liessen sich die Rupturen problemlos auf unfallfremde Weise erklären. Was die fraglichen Sehnen anbelange, habe sich im MRI vom 10. Januar 2018 zusammenfassend kein Anhaltspunkt für frische Läsionen gefunden. Vielmehr zeigten sich ausschliesslich noch degenerative Veränderungen.

11. Gegen den Einspracheentscheid der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG reichte die Rechtsvertreterin von A. (folgend: Beschwerdeführerin) am 4. Juli 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Verwaltungsgericht, ein und stellte das Rechtsbegehren, der Einspracheentscheid vom 4. Juni 2018 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen.

(...)

III.

1.

- 1.1. Die Unfallversicherung erbringt ihre Leistungen auch bei Körperschädigungen wie Sehnenrissen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 lit. f. UVG).

- 1.2. Die Tatsache, dass eine in der Auflistung von 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 Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen ist (vgl. Botschaft zur Änderung des UVG vom 30. Mai 2008, S. 5425; Zusatzbotschaft UVG vom 19. September 2014, S. 7922; Nabold, in: Hürzeler/Kieser [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, 2018, Art. 6 N 40). Dabei ist «vorwiegend» analog zu Art. 9 Abs. 1 UVG zu verstehen, womit die Abnutzung oder Erkrankung mehr als 50% aller mitwirkenden Ursachen auszumachen hat. Eine Leistungspflicht der Unfallversicherung für eine Listenverletzung setzt damit voraus, dass diese vorwiegend auf einem Trauma im medizinischen Sinn beruht (vgl. Nabold, in: Hürzeler/Kieser [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, 2018, Art. 6 N 44 f.).
 - 1.3. Vorliegend ist unbestritten, dass es sich bei der von der Beschwerdeführerin erlittenen Rotatorenmanschettenruptur um eine Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG handelt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_381/2014 vom 11. Juni 2015). Hingegen wird die Auffassung der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (folgend: Beschwerdegegnerin), eine traumatische Veränderung könne ausgeschlossen werden, jedoch seien fortgeschrittene degenerative Veränderungen nachgewiesen, welche nicht unfallkausal seien, von der Beschwerdeführerin bestritten.
 - 1.4. Die Beschwerdegegnerin führt im Wesentlichen an, die erhobenen Befunde würden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für rein degenerative Veränderungen und ein längeres chronisches Geschehen sprechen: die Anomalie des Acromions (Acromion vom Typ II nach Bigliani), Signalalterationen der SSP-Sehne und der langen Bizepssehne und ein morphologisch bedingter subacromialer Engpass. Mangels einer Fraktur des Acromions sei der Subacromialraum in keiner Weise weiter verengt worden. Eine solche vorbestehende Verengung des Subacromialraums ziehe in intrinsischer Hinsicht erfahrungsgemäss oft eine Minderdurchblutung mit Ausdünnung der darunter verlaufenden SSP-Sehne nach sich, während diese in extrinsischer Hinsicht ein chronisches Abscheuern (Aufschürfen) erfahre. Man spreche in diesem Kontext vom Impingement-Syndrom. Aus diesem Grund hätte Dr. B. am 23. Januar 2018 nicht bloss eine Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion, sondern eine Acromioplastik durchgeführt, welche zur Erweiterung des Subacromialraums und subacromialen Dekompression diene. Es sei kein Sehnenstumpf der SSP und Infraspinatus-Sehne mehr nachweisbar gewesen. Die SSP-Sehne sei bis zum Acromioclavikulargelenk retrahiert gewesen, was sich nicht innert weniger Tage, sondern erst über längere Dauer einstelle. Auch eine Ruptur der SSC-Sehne oder der zum Anwinkeln des Unterarmes dienenden langen Bizepssehne liesse sich dadurch nicht erklären. Bestünden bereits Rupturen angrenzender Sehnen der Rotatorenmanschette, liege aber auf der Hand, dass diese mangels eines stabilisierenden Gegenpols aus dem Sulcus treten (subluxieren) könne, was alsdann aber aufgrund des Vorzustands zu erklären sei. Auch ein Humeruskopfhochstand stelle sich nicht innert weniger Wochen nach einem Trauma, sondern erst über einen längeren Zeitraum ein.
2.
 - 2.1. Zur Beurteilung der sich stellenden Rechtsfragen ist das Gericht auf ärztliche Unterlagen angewiesen. Dabei hat es alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, 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 entscheidend, 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 des Experten begründet sind (vgl. BGE 122 V 157 E. 1b, 1c). Bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen: Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_208/2018 vom 17. Oktober 2018, E. 2.2.).

- 2.2. Im Folgenden ist aufgrund der im Recht liegenden Unterlagen zu prüfen, ob die Rotatorenmanschettenläsion mit Beteiligung der SSP- und SSC-Sehnen vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist.

3.

- 3.1. Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Einschätzung auf die Berichte ihrer beratenden Ärzte.

Dr. med. D. einerseits erachtet aufgrund des MRI eine traumatische Veränderung als ausgeschlossen. Weder begründet er seine Schlussfolgerung, noch geht er auf die Diagnosen ein.

Dr. med. C. erachtet den Humeruskopfhochstand beweisend dafür, dass schon ein längeres pathologisches Geschehen vorgelegen haben müsse. Er erläutert jedoch nicht, weshalb der sekundäre Humeruskopfhochstand nur degenerativ verursacht sein kann bzw. ein traumatisch bedingter Sehnenriss nicht ebenfalls dazu führen kann. Seine Annahme, dass kein Sehnenstumpf der SSP und Infraspinatus- bzw. ISP-Sehne mehr nachweisbar gewesen sei, kann aufgrund der im MRI erkannten – immerhin - ausgefransten proximalen Sehnenstumpfes der SSP und ISP nicht nachvollzogen werden. Ein von Dr. med. C. erwähnter Hinweis auf eine Ausdünnung der Supraspinatus- bzw. SSP-Sehne kann den medizinischen Akten ebenfalls nicht entnommen werden, zumal dem Arthro-MR-Bericht einzig eine Ausdünnung der ansatznahen Subscapularis- bzw. SSC-Sehne zu entnehmen ist. Auch ist nicht nachvollziehbar, weshalb sich lediglich ein degenerativ bedingter, nicht aber ein durch ein Trauma erfolgter Sehnenriss zusammenzieht.

- 3.2. Wohl bestehen bei der Beschwerdeführerin Faktoren, die in der medizinischen Literatur als Indizien gegen eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion sprechen (vgl. Thomann/Schröter/Grosser [Hrsg.], Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, Praxis der klinischen Begutachtung, S. 187; Bär/Stutz/Gächter/Gerber/Zanetti, Defekte der Rotatorenmanschette und unfallähnliche Körperschädigung, in: Schweizerische Ärztezeitung 2000, Nr. 49, S. 2788 f.) bzw. auf Abnutzung hinweisen, z.B. das Akromion Typ II nach Bigliani, der Humeruskopfhochstand und die durchgeführte Acromioplastik.

- 3.3. Es sprechen jedoch folgende Faktoren, welche in der medizinischen Literatur als Indizien für eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion sprechen, dass die Rotatorenmanschettenläsion der Beschwerdeführerin vorwiegend durch den Sturz der Beschwerdeführerin vom 25. Dezember 2017 verursacht worden ist

4.

- 4.1. Das Unfallereignis schilderte die Beschwerdeführerin dahingehend, als dass es ihr auf ihrer zweiten Langlauf-Runde auf der eisglatten und harten Loipe in Gonten bei der Abfahrt die Skier auseinandergezogen habe und sie nach vorne gestürzt sei, wobei sie in beiden Händen Langlaufstöcke gehalten habe. Sie habe sich mit den Armen auffangen wollen. Beim Aufprall auf die harte Piste hätte sie einen Ruck in ihrer Schulter gespürt. Beim Aufstehen habe sie die Stöcke nicht mehr benutzen können, da ihre rechte Schulter stark schmerzte.

Dass die Beschwerdeführerin, wie dies ihr behandelnder Arzt Dr. med. B. in seinem Bericht vom 28. Dezember 2017 angegeben hat, auf die ausgestreckten Arme gefallen sein sollte, wird von der Beschwerdeführerin bestritten. Ob dieser angegebene Unfallhergang bei einem Sturz beim Langlaufen wegen der an den Händen fixierten Stöcke überhaupt wahrscheinlich ist, wird bezweifelt, zumal dabei ungeplante Reflexbewegungen auftreten und durch die Stöcke zusätzliche äussere Einwirkungen auf den Körper geschehen können. Das konkrete Unfallereignis lässt sich jedenfalls nicht mehr rekonstruieren. Entsprechend darf nicht von einem konkreten Unfallhergang auf die Verletzungsart geschlossen werden, wie dies Dr. med. C. in seiner Stellungnahme vom 16. Mai 2018, wonach der Unfallmechanismus mit Sturz auf den ausgestreckten Arm nicht geeignet sei, eine Ruptur der SSP- und SSC-Sehne oder langen Bicepssehne herbeizuführen, vorgenommen hat.

- 4.2. Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie hätte bis zum Unfallereignis vom 25. Dezember 2017 keine Schulterbeschwerden gehabt und habe regelmässig Sport zur Vorbeugung betrieben. Am Vortag des Unfalls sei sie mit ihrem Ehemann zum Beispiel auf einer Skitour gewesen. Sie hätte ihre Schulter immer gut bewegen können. Diese Angabe bestätigte Dr. med. E., mit Schreiben vom 26. Februar 2018, in welchem sie ausführte, dass die Beschwerdeführerin wegen Schulterschmerzen nie in ärztlicher Behandlung gewesen sei. Seit Start der Gemeinschaftspraxis am 1. November 2016 seien keine Schulterschmerzen dokumentiert. Auch in den Akten des früheren und inzwischen pensionierten Hausarztes Dr. med. F. seien im Zeitraum von 1996 bis Oktober 2016 keine Schulterschmerzen dokumentiert. Diese Angaben sind plausibel, zumal die Beschwerdeführerin am 25. Dezember 2017 eine zweite Langlaufrunde von 4 km anhängte, was bei vorbestehend gerissenen Sehnen im Schultergelenk kaum möglich gewesen wäre. Zu dieser Auffassung gelangte letztlich auch die Beschwerdegegnerin selbst, äusserte sie doch ihr Erstaunen, dass man bei Vorbestehen diverser Rupturen noch Langlaufen gehen würde. Der Beschwerdegegnerin gelang es jedenfalls nicht, Beweise zu vorbestehenden Schulterbeschwerden vorzulegen.
- 4.3. Die Beschwerdeführerin begab sich am dritten Tag nach dem Sturz in ärztliche Behandlung. Dr. med. B. stellte eine deutliche Kraftminderung beim Belly press-Test und schmerzhafter Palm up-Test sowie Impingement-Tests fest. Die Beschwerdeführerin gab an, sie sei trotz den Beschwerden zwischen Weihnachten und Neujahr zur Arbeit gegangen, sie hätte während der Arbeit ihre Hand jedoch nicht aktiv von der Maus zur Tastatur bewegen können, sondern hätte hierzu die linke Hand zur Hilfe nehmen müssen. Auch habe sie beim Weihnachtsfest mit der Familie mit der rechten Hand kaum ein Glas halten können. Nach Angaben von Dr. med. B. in seinem Bericht vom 4. Januar 2018 hätten sich die Beschwerden verbessert, die Kraft sei jedoch deutlich vermindert geblieben, weshalb es zur Anmeldung eines Arthro-MRI und nach knapp einem Monat zur Operation kam. Die medizinische Behandlung stand somit in einer engen zeitlichen Korrelation zum Sturz.

- 4.4. Dem MRI-Bericht vom 10. Januar 2018 können folgende Befunde entnommen werden, welche gegen grössere degenerative Veränderungen sprechen: Altersentsprechend reguläre Darstellung des AC-Gelenkes, reguläre Darstellung des ventralen sowie dorsalen Labrums, ordentlicher Knorpelüberzug des Humeruskopfes, normale Trochik der Rotatorenmuskulatur, ordentliche Trochik der Rotatorenmuskulatur und intaktes AC-Gelenk.

Auch Dr. med. G. bezieht sich in seinem Bericht vom 7. März 2018 an die SWICA auf den schriftlichen MRI-Befund, in welchem von einer Desinsertionsverletzung der Supraspinatus- und der Infraspinatussehne, einer höhergradigen Partialruptur der Subscapularissehne sowie von einer posttraumatischen Rotatorenintervallläsion mit Verlagerung der langen Bicepssehne nach medial die Rede sei, welches allesamt traumatische Veränderungen seien. Auch die fehlenden Atrophiezeichen der Rotatorenmuskulatur sprächen gegen eine vorbestehende Läsion der Rotatorenmanschette. Es seien im Weiteren keine arthrotischen Veränderungen am Schultergelenk beschrieben worden.

- 4.5. Dr. med. B. hielt im Operationsbericht vom 24. Januar 2018 die Operationsdiagnose Distorsion Schulter rechts nach Sturz am 25. Dezember 2017, transmurale SSP-Sehnenruptur mit Retraktion sowie Partialruptur der SSC-Sehne mit medialer Subluxation der langen Bizepssehne fest. Er führte eine Schulterarthroskopie rechts, eine offene Acromioplastik, eine Rotatorenmanschettenrekonstruktion (SSP, SSC) sowie eine Bicipstenodese durch. Bei der Arthroskopie stellte er fest, dass glenohumeral gute Knorpelverhältnisse vorliegen würden. Bei der eigentlichen Operation vollzog er eine Fixation der SSC-Sehne mit zwei Ankern und das Anschlingen der Supraspinatussehne nach der modifizierten Mason-Allen-Technik mit insgesamt 2 Nähten. In seinem Bericht vom 8. März 2018 an Dr. med. H. gab er an, dass bildgebend und intraoperativ durchwegs frische Verletzungen vorliegen würden. Dieser intraoperative Befund des operierenden Arztes wurde von Dr. med. G. in seinem Bericht vom 7. März 2018 an die SWICA dahingehend beurteilt, dass die problemlose Reinsertion der Sehnen ein Indiz für eine frische Verletzung sei - hätte eine degenerative Läsion bestanden, wären die Sehnen retrahiert bzw. kontrakt und die Rotatorenmuskulatur atrophisch gewesen. Folglich konnten die Sehnen gut adaptiert bzw. problemlos reinsertiert werden, was für eine gute Muskel- und Sehnenqualität und demnach gegen eine Degeneration spricht (vgl. die von der Beschwerdegegnerin beigelegte Literatur: Versicherungsmedizin 67 (2015) Heft 2, S. 94 f.; Thomann/Schröter/Grosser [Hrsg.], Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, Praxis der klinischen Begutachtung, S. 185).

Diese Beurteilungen von Dr. med. B. und Dr. med. G., beides Fachärzte der Orthopädischen Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, lassen Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. C. aufkommen. Insbesondere die Unterlagen des operierenden Arztes Dr. med. B. erscheinen dem Gericht aussagekräftiger als diejenigen der Vertrauensärzte der Beschwerdegegnerin, welche sich nur auf die Akten abgestützt haben.

- 4.6. Schliesslich drängt sich vorliegend die Annahme eines rein degenerativen Prozesses bei einer Häufigkeit von 25% der 50-Jährigen mit Schulterbeschwerden - im Zeitpunkt des Unfalls war die Beschwerdeführerin 53-jährig - nicht auf (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Auflage, 2017, S. 1576). Hinweise auf Abnützung wie Atrophien der Muskulatur, Verwachsungen, Verfettung, Gelenksdefekte, Kalkeinlagerungen oder degenerative Veränderungen an den Sehnen (z.B. abgerundete Sehnenränder) fehlen in den medizinischen Unterlagen. Auch kann den Akten nicht entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin vor dem Ereignis vom 25. Dezember 2017 intensive schultergelenkabnützende Aktivitäten ausübte. Vielmehr ist die Beschwerdeführerin

gemäss ärztlichem Bericht von Dr. med. B. vom 19. April 2018, somit nach knapp vier Monaten seit dem Sturz, beschwerdefrei.

- 5.
- 5.1. Zusammenfassend sprechen die Indizien mehrheitlich für ein unfallkausales Geschehen. Sollte die Rotatorenmanschettenruptur trotz zeitlichen Zusammentreffens mit dem Sturz dennoch degenerativ bedingt sein, müsste dies als ausserordentlicher Zufall betrachtet werden, welcher im Vergleich zur traumatischen Verursachung weit unwahrscheinlicher erscheint. An der Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten und als massgeblich erachteten versicherungsinternen ärztlichen Beurteilungen bestehen Zweifel, weshalb auf diese nicht abgestellt werden kann.
- 5.2. Auf weitere Beweiserhebungen, insbesondere auf die Erstellung eines versicherungsexternen fachärztlichen Gutachtens, kann verzichtet werden, zumal die Beschwerdeführerin bereits operiert und die Verletzungen verheilt sind. Die Gutachterperson könnte sich somit nur auf die im Recht liegenden Akten abstützen, womit neue Erkenntnisse nicht zu erwarten wären. Auch der von der Beschwerdeführerin erlebte Sturz kann nicht mehr rekonstruiert werden.
- 5.3. Der Beschwerdegegnerin gelang es somit nicht, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, dass die Sehnenrisse vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind.

Die Beschwerde ist folglich gutzuheissen. Der Einspracheentscheid vom 4. Juni 2018 ist aufzuheben und die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, der Beschwerdeführerin auch über den 10. Januar 2018 hinaus die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 25. Dezember 2017 zu erbringen.

Kantonsgericht Appenzell I.Rh., Verwaltungsgericht,
Entscheid V 15-2018 vom 4. Dezember 2018