Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 13. Februar 2025 (725 24 72)

Unfallversicherung

Kausalität in Form eines Rückfalles oder einer Spätfolge anhand versicherungsinterner Beurteilung verneint; Leistungspflicht bei Listenverletzung aufgrund fehlendem anderem initialen Ereignis verneint.

Besetzung	Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiber i.V. Philipp Völlmin
Parteien	**A.____**, Beschwerdeführer gegen **Elips Life AG**, Gewerbeweg 15, LI-9490 Vaduz, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Reto Bachmann, Rechtsanwalt, LISCHER ZEMP & PARTNER, St. Leodegarstrasse 2, 6006 Luzern
Betreff	Leistungen

A. Der 1970 geborene A.____ ist seit dem 1. August 2002 bei der B.____ AG als Chef de Service angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Elips Life AG obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 1. September 2019 erlitt der Versicherte einen Fahrradsturz mit seinem Mountainbike in Italien.

Einen Tag später meldete seine Arbeitgeberin den Vorfall telefonisch der Unfallversicherung, wobei auf eine Verletzung der Rippen und des Schlüsselbeins hingewiesen wurde. Nach der Rückführung in die Schweiz liess sich A.____ im Spital C.____ hospitalisieren und einer Operation unterziehen. Dem am 10. September 2019 ergangenen Austrittsbericht sind die Diagnosen einer dislozierten Claviculaschaftfraktur rechts und einer Rippenserienfraktur mit Hämatopneumothorax rechts zu entnehmen. Auch in der schriftlichen Schadenmeldung vom 12. September 2019 wird eine Schlüsselbein- und Rippenverletzung geltend gemacht. Die Elips Life AG anerkannte ihre Leistungspflicht für dieses Unfallereignis respektive für die in den Unfallmeldungen bezeichneten Verletzungen.

B. In der Folge berichteten die behandelnden Ärzte des Spitals C.____ von einem zufriedenstellenden und zeitgerechten Verlauf der Verletzung. Am 2. Juni 2020 untersuchte die Versicherungsmedizinerin Dr. med. D.____, FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, den Versicherten und erklärte den medizinischen Endzustand mit Datum der Untersuchung für erreicht, wobei auch keine Integritätsentschädigung geschuldet sei. Gestützt auf diese Beurteilung verfügte die Elips Life AG am 25. Juni 2020 die Einstellung der Übernahme der Heilungskosten per 2. Juni 2020 und verneinte den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

C. Rund zwei Jahre später meldete sich A.____ erneut in der Sprechstunde im Spital C.____ aufgrund persistierender Schmerzen im Bereich der rechten Schulter. Die bildgebenden Abklärungen vom 4. August 2022 zeigten einen Hinweis auf eine Supraspinatusläsion. Die darauffolgend durchgeführte MR-Arthrografie ergab eine transmurale Subscapularissehnenruptur mit assoziiertem Kapseldefekt und Pulleyläsion. Nachdem sich die Schulterschmerzen zwischenzeitlich wieder verbessert hatten und sich der Versicherte aus beruflichen Gründen vorläufig nur konservativ hatte behandeln lassen, berichtete er im Dezember 2022 von einer erneuten Schmerzepisode. Im April 2023 liess sich A.____ einer weiteren Operation unterziehen. Im selben Zeitraum meldete er die Schulterverletzung bei der Elips Life AG als einen Rückfall zum Unfallereignis vom 1. September 2019 an. Auf entsprechende Anfrage der Unfallversicherung führte Dr. D.____ in ihrem Bericht vom 12. April 2023 aus, dass die Rotatorenmanschettenläsion nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal sei. Die Operation gehe daher zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung. Auch nach Eingang neuer medizinischer Akten hielt die Versicherungsmedizinerin am 12. Juli 2023 an ihrer Beurteilung fest, dass die diagnostizierten Schulterverletzungen des Versicherten nicht in einem zeitlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom September 2019 stünden.

D. Gestützt auf die Einschätzung von Dr. D.____ verfügte die Elips Life AG am 4. September 2023 die Leistungsablehnung für die Ruptur der Subscapularissehne Lafosse II-III. Gegen diese Ablehnungsverfügung liess A.____ am 2. Oktober 2023 Einsprache erheben. Mit Einspracheentscheid vom 12. Februar 2024 wurde die Einsprache abgewiesen.

E. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____ am 15. März 2024 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, der Entscheid vom 12. Februar 2024 sei aufzuheben und die Beschwerdegegne-

rin zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventualiter seien die erforderlichen Abklärungen vorzunehmen und dann zu entscheiden.

F. Mit Vernehmlassung vom 26. März 2024 schloss die Elips Life AG auf Abweisung der Beschwerde und auf Bestätigung ihres Einspracheentscheids.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in X.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerden zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 15. März 2024 ist demnach einzutreten.

2. Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Versicherungsleistungen für die beklagten Beschwerden an der rechten Schulter zu Recht abgelehnt hat. In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu prüfen, ob zwischen den Schulterbeschwerden und dem Unfall vom 1. September 2019 ein rechtsgenüglicher Kausalzusammenhang besteht.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Das Taggeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG).

3.2 Laut Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit,

so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können.

4. Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben der Versicherungsträger und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 144 V 427 E. 3.2). Massnahmen zur Klärung des rechtserheblichen Sachverhalts müssen vorgenommen oder veranlasst werden, wenn dazu auf Grund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht. Rechtserheblich sind dabei alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juni 2021, 9C_146/2021, E. 3.4 mit Hinweis). Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat die rechtsanwendende Behörde ihren Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Verwaltung und Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit diversen Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen).

5.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht 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, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammen-

hang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu E. 4 hiervor) zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

5.2 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also 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 schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu E. 4 hiervor) nachgewiesen sein. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen).

5.3 Bei der Beurteilung der Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung für Rückfälle und Spätfolgen (Art. 11 UVV) gilt es zu beachten, dass diese begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliessen. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ferner ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen/Spätfolgen behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (Urteil des Bundesgerichts vom 1. Dezember 2016, 8C_592/2016, E. 2.2 mit Hinweisen). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2014, 8C_193/2014, E. 2 mit Hinweisen).

6. Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Ansprüche ist die rechtsanwendende Behörde auf verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen angewiesen (BGE 134 V 231 E. 5.1, 132 V 93 E. 4). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) frei, d.h. oh-

ne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten der Prozess nicht erledigt werden, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wird (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu. An die Beweiswürdigung sind strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 135 V 465 E. 4.4).

7. Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen im Wesentlichen folgende Unterlagen vor:

7.1 Dem Austrittsbericht der behandelnden Ärzte des Spitals C.____ vom 10. September 2019 ist entnehmbar, dass der Versicherte während seines Italienurlaubs einen Fahrradsturz erlitt. Nach initialer Hospitalisation in Italien für vier Tage sei die Repatriierung mittels Sanität zur weiteren Behandlung erfolgt. Der Patient habe sich eine dislozierte Clavicula-Schaftfraktur sowie eine Rippenserienfraktur mit Hämatopneumothorax auf der rechten Seite zugezogen. Bei dieser Diagnose sei eine operative Versorgung erfolgt. Der Patient sei postoperativ rasch beschwerdearm gewesen. So habe er in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können, wobei ihm zum Zeitpunkt des Austritts eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden sei.

7.2 Gemäss der darauffolgenden Beurteilung von Prof. Dr. med. E.____, FMH Chirurgie und Thoraxchirurgie, vom 12. November 2019 habe sich ein klinisch wie radiologisch zufriedenstellender Verlauf beim Patienten gezeigt. In der durchgeführten radiologischen Bildgebung hätten sich keine Hinweise auf eine sekundäre Dislokation der bestehenden Rippenserienfraktur ergeben. Der Fall könne abgeschlossen werden. Auch in der Beurteilung vom 17. Februar 2020 berichtete der Oberarzt Dr. med. F.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, von einem zeitgerechten Verlauf nach oben genannter Verletzung. Die Arbeitsfähigkeit des Patienten würde ab 1. März 2020 wieder 100 % betragen.

7.3 Am 2. Juni 2020 untersuchte die Versicherungsmedizinerin Dr. D.____ den Beschwerdeführer im Auftrag der Beschwerdegegnerin. Im Rahmen dieser Untersuchung habe sich objektiv ein symmetrisches Schulterrelief und eine unauffällige Wirbelsäulenform gezeigt. An der rechten Schulter sei die Narbe nach Osteosynthese der Claviculafraktur reizlos, über der Platte bestünde eine diskrete Druckdolenz. Die Schulterfunktion sei intakt mit freier Schulterbeweglichkeit, negativem Cross-Body-Test, negativen Impingement-Tests und seitengleicher voller Kraftentwicklung in den resistiven Prüfungen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien die angegebenen Beschwerden als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal zu werten, wobei der medizinische Endzustand mit Datum der Untersuchung erreicht sei. Eine Integritätsentschädigung sei nicht geschuldet. In der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %.

7.4 Am 4. August 2022 begab sich der Beschwerdeführer erstmals wieder in medizinische Behandlung. Aus dem Sprechstundenbericht des Spitals C.____ vom 22. August 2022 geht hervor, dass der Patient seit zwei bis drei Monaten Schmerzen im Bereich der rechten Schulter verspüre. Er bringe diese eigentlich nicht in Verbindung mit der inzwischen verheilten Claviculafraktur rechts. Diesbezüglich sei er weiterhin an sich beschwerdefrei. Er arbeite im Verkauf, wobei er regelmässig Orangensaft pressen müsse. Dies mache er mit dem rechten Arm noch mit deutlicher Belastung. Ein auslösendes Unfallereignis werde nicht angegeben. Die bildgebenden Abklärungen hätten sodann auch eine vollständig konsolidierte Fraktur und keine neue Fraktur sowie eine erhaltene Artikulation im AC-Gelenk gezeigt. Weitere Aufnahmen würden einen Humeruskopfhochstand als möglichen Hinweis auf eine Supraspinatusläsion zeigen. Weiter seien keine höhergradigen ossären degenerativen Veränderungen festgehalten worden.

7.5 Gestützt auf eine MR-Arthrografie der rechten Schulter vom 9. September 2022 erhob Dr. med. G.____, stellvertretender Oberarzt der Radiologie am Spital C.____, eine transmurale Subscapularissehnenruptur von ca. 50 % des kranialen Sehnen Footprint am Tuberculum minus mit assoziiertem Kapseldefekt und Pulleyläsion. Aufgrund der ausgeprägten assoziierten Ganglien handle es sich am ehesten um einen chronischen Defekt.

7.6 Nach Überweisung an die Schultersprechstunde im Spital H.____ hielt Prof. Dr. med. I.____, Stellvertreter Teamleitung Schulter/Ellbogenorthopädie, in seiner Anamnese vom 25. Oktober 2022 fest, dass der Patient von einer deutlichen Besserung der Schulterschmerzen berichte. Er habe jetzt im Sommer schmerzfrei Tennis spielen können. Er sei auch vollständig arbeitsfähig in seinem Beruf. Es könne daher durchaus nachvollzogen werden, dass er aktuell keine operative Versorgung der Subscapularisläsion wünsche. In Abweichung zum Bericht des Spitals C.____ vom 22. August 2022 hielt Dr. I.____ fest, dass die Beschwerden (an der Schulter) im weiteren Verlauf ca. acht bis neun Monate nach dem Unfall (vom 1. September 2019) aufgetreten seien. Im Bericht vom 3. Februar 2023 schilderte er, dass der Patient über eine weitgehende Beschwerdepersistenz berichte. Im Dezember sei es zu einer Schmerzepisode gekommen. Tennis sei aufgrund der Schulterschmerzen nicht möglich gewesen. Weiterhin klage der Patient über ein teilweise störendes Osteosynthesematerial, das lokal im Bereich der rechten Clavicula bei Status nach Osteosynthese im September 2019 auch auftrage. Es sei folgendes Vorgehen vereinbart worden: Der Patient werde in den nächsten Wo-

chen versuchen, seinen Sport wiederaufzunehmen und Tennis zu spielen. Im Falle von wiedereinsetzenden oder sich verstärkenden Schmerzen im Bereich der rechten Schulter, werde er die geplante Operation durchführen lassen. Der Beschwerdeführer liess sich dann auch am 3. April 2023 einer Schulteroperation unterziehen.

7.7 Auf entsprechende Anfrage der Beschwerdegegnerin kam die Versicherungsmedizinerin Dr. D.____ in ihrer Stellungnahme vom 12. April 2023 zum Schluss, dass die Rotatorenmanschettenläsion nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal sei. Es bestünde kein zeitlicher Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom September 2019. Es handle sich um eine Krankheit, womit die Operation zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung gehe.

7.8 Gemäss der orthopädischen Einschätzung von Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 1. Juni 2023 würden die diagnostizierten Verletzungen gut zu den vom Patienten beschriebenen, in den präoperativen Berichten festgehaltenen Beschwerden passen. Eine höhergradige Partialruptur der Supraspinatussehne sowie die beschriebene Oberrandläsion der Subscapularissehne, hierzu begleitend noch die SLAP-Läsion im Bereich des Bizepsankers, seien aus degenerativen Gründen bei einem vergleichsweise jungen Patienten mit aktuell 53 Jahren unwahrscheinlich. Es sei daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer unfallbedingten Ursache auszugehen.

7.9 In Kenntnis der neuen medizinischen Akten ergänzte Dr. D.____ ihre Stellungnahme am 12. Juli 2023 wie folgt: Es ergäben sich insofern neue Gesichtspunkte, als bei der OP auch das Osteosynthesematerial an der Clavicula entfernt worden sei, was zu Lasten UVG gehe. Bezüglich der Rotatorenmanschettenläsion und SLAP-Läsion halte sie an ihrer Beurteilung fest, dass hier der zeitliche Kausalzusammenhang zum Ereignis (vom September 2019) nicht erstellt sei. Es fehle an entsprechenden Initial- und Brückensymptomen. In diesem Zusammenhang verwies die Versicherungsmedizinerin auf die Echtzeitdokumentation des Spitals C.___ und ihre Untersuchung vom 2. Juni 2020.

8.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 12. Februar 2024 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf die Ergebnisse, zu denen die Versicherungsärztin Dr. D.____ in ihren Beurteilungen vom 12. April 2023 und 12. Juli 2023 gekommen war. Sie ging demzufolge davon aus, dass die geklagten Schulterbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 1. September 2019 stünden. Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, dass begründete Zweifel an der Beurteilung der versicherungsinternen Ärztin bestünden und daher nicht darauf abgestützt werden könne.

8.2 Betreffend die streitige Kausalitätsfrage ist hervorzuheben, dass die Beschwerdegegnerin den medizinischen Endzustand im Nachgang an den Unfall von 2019 für erreicht erklärte und mit unangefochtener Verfügung vom 25. Juni 2020 ihre Versicherungsleistungen einstellte. Vor diesem Hintergrund kann es sich, wenn überhaupt, bei der fraglichen Schulterverletzung nur um einen Rückfall oder eine Spätfolge im Sinne von Art. 11 UVV handeln, welche(r) an das Unfallereignis vom 1. September 2019 anschliesst (vgl. E. 3.2 hiervor). Nachdem die dargelegte

Rechtsprechung zu den Rückfällen respektive Spätfolgen anwendbar ist (vgl. E. 5.3 hiervor), kann der Beschwerdeführer aus dem von ihm aufgeführten Bundesgerichtsentscheid 8C_419/2014, wonach der Unfallversicherer das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung des Unfalls zu einem später auftretenden Gesundheitsschaden nachzuweisen hätte, nichts zu seinen Gunsten ableiten. In solchen Konstellationen obliegt es vielmehr dem Beschwerdeführer als Leistungsansprecher, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall/Spätfolge postulierten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Hierbei gilt es den Umstand zu berücksichtigen, dass die geklagten Schulterschmerzen erstmals im August 2022 aktenkundig Erwähnung finden (vgl. E. 7.4 hiervor). Es besteht also eine zeitliche Differenz von nahezu drei Jahren zum Unfallereignis, an welches der Beschwerdeführer anzuschliessen behauptet. Durch den relativ grossen zeitlichen Abstand zwischen dem Unfall und der erstmaligen Erwähnung der Schulterbeeinträchtigung sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis der Unfallkausalität erhöhte Anforderungen zu stellen.

8.3 In ihrer Beurteilung vom 12. Juli 2023 verneinte Dr. D.____ den zeitlichen Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Schulterbeschwerden und dem Unfallereignis vom 1. September 2019 massgeblich deshalb, weil es an entsprechenden Initialsymptomen fehle. Tatsächlich sind der Echtzeitdokumentation des Spitals C.____ keine Hinweise auf eine Schulterverletzung zu entnehmen. Aus den unmittelbar nach dem Unfallereignis ergangenen Akten geht zwar hervor, dass sich der Beschwerdeführer am 1. September 2019 bei einem Sturz mit dem Mountainbike am rechten Schlüsselbein und an den Rippen verletzte. Hingegen ergeben sich zu diesem unfallnahen Zeitpunkt keine Hinweise auf eine Verletzung der rechten Schulter. Eine solche lässt sich auch weder aus den Unfallmeldungen vom 2. September respektive 12. September 2019 entnehmen, noch finden sich im Austrittsbericht des Spitals C.____ vom 10. September 2019 allfällige Hinweise auf die geklagten Schulterbeschwerden. Auch in den weiteren initialen Arztberichten bleibt eine Ruptur der Subscapularissehne unerwähnt. Der Beschwerdeführer wendet zwar ein, dass im Jahr 2019 lediglich ein MRI des Thorax gemacht worden sei, ein Schulter-MRI hingegen ausgeblieben sei. Die Schädigung der Schulter sei zu diesem Zeitpunkt schlicht übersehen worden, weshalb sie auch in der Echtzeitdokumentation nicht erwähnt werde. Dieser Einwand verfängt jedoch insofern nicht, als der Beschwerdeführer zu diesem unfallnahen Zeitpunkt überhaupt nicht von Schulterschmerzen berichtet hatte. Hätte der Beschwerdeführer schon 2019 über solche Schmerzen geklagt, ist davon auszugehen, dass eine entsprechende Bildgebung erfolgt wäre. Die Schulterbeweglichkeit war jedoch gemäss den Akten bis zum Jahr 2022 schlichtweg kein Thema. Selbst zum Zeitpunkt der Untersuchung bei Dr. D.____ vom 2. Juni 2020 gab der Beschwerdeführer nach wie vor keine Schmerzen im Bereich der rechten Schulter an. Bezeichnenderweise focht er dann auch die Einstellung der Übernahme der Heilungskosten nicht an, welche die Beschwerdegegnerin gestützt auf diese Untersuchung verfügt hatte.

8.4 Dr. D.____ verneinte in ihrer Beurteilung vom 12. Juli 2023 den zeitlichen Kausalzusammenhang der Schulterbeschwerden zum fraglichen Unfallereignis auch aufgrund fehlender Brückensymptome. Dies steht insofern mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung im Einklang, als der Unfallversicherer spätere Gesundheitsstörungen nur dann übernehmen muss, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli

2010, 8C_113/2010, E. 2.3). Im Sprechstundenbericht vom 22. August 2022 gab der Beschwerdeführer an, dass er erst seit zwei bis drei Monaten im Bereich der rechten Schulter Schmerzen verspüre, welche er sodann auch nicht in Verbindung mit der inzwischen verheilten Claviculafraktur bringe. Durch diese klare zeitliche Angabe des Schmerzbeginns an der Schulter ungefähr Mitte 2022 und dem Unfall von 2019 kann eine rechtsprechungsgemäss notwendige Brückensymptomatik nicht mehr hergestellt werden. Wäre es beim Fahrradsturz vom 1. September 2019 tatsächlich zu einer Ruptur der Subscapularissehne gekommen, hätten die Schmerzen schon viel früher und allenfalls heftiger eintreten müssen. Daran ändert auch das Vorbringen des Beschwerdeführers nichts, dass in der Anamnese von Dr. I.____ vom 25. Oktober 2022 festgehalten sei, dass die Schulterbeschwerden bereits acht bis neun Monate nach dem Unfallereignis im September 2019 aufgetreten seien. Wenn der Beschwerdeführer nämlich selbst eine abweichende Angabe betreffend die eintretenden Schmerzen zu einem späteren Zeitpunkt tätigt, kann er im Hinblick auf die im Sozialversicherungsrecht geltende Praxis der "Aussage der ersten Stunde" daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten (BGE 121 V 45 E. 2a mit Hinweisen). So sind die ersten, intuitiven Angaben der versicherten Person regelmässig als glaubhafter einzustufen als im Nachgang dazu gemachte, allenfalls gar widersprechende Aussagen, welche auch von versicherungsrechtlichen Überlegungen geprägt sein können (Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2015, 8C_741/2014, E. 4.2). Im vorliegenden Fall ist aktenkundig festgehalten, dass die Schulterschmerzen erstmalig zwei bis drei Monate vor dem Spätsommer 2022 verspürt worden sind. Zwischen der Beurteilung von Dr. D.____ vom 2. Juni 2020, worin der medizinische Endzustand festgelegt wurde, und der erstmals wieder dokumentierten Untersuchung am 4. August 2022 lag weder eine Arbeitsunfähigkeit vor noch fand eine Behandlung statt. Insoweit kann der Beschwerdeführer den Nachweis eines Kausalzusammenhangs zwischen den Schulterbeschwerden und dem Unfall von 2019 nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbringen und hat die Folgen der Beweislast zu tragen (vgl. E. 5.3 hiervor).

8.5 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass Dr. D.____ in ihren Beurteilungen schlüssig, wenn auch etwas kurz, begründete, weshalb nicht von einem Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Schulterbeschwerden und dem Unfallereignis vom 1. September 2019 auszugehen ist. Mit ihrem Verweis auf die fehlenden Initial- und Brückensymptome ist nachvollziehbar dargelegt, dass die Rotatorenmanschettenläsion und die SLAP-Läsion nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal bedingt sind. Vor diesem Hintergrund erfüllt die Beurteilung von Dr. D.____ die rechtsprechungsgemässen Anforderungen, welche an einen beweiskräftigen Arztbericht zu stellen sind (vgl. E. 6 hiervor). Der Beschwerdeführer vermag dagegen nichts vorzubringen, was an dieser versicherungsinternen Einschätzung auch nur schon geringe Zweifel auslösen und somit deren Beweiskraft in Frage stellen würde. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass sich die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts massgeblich auf die Ergebnisse der Beurteilung von Dr. D.____ abstützte.

8.6 Im Ergebnis kann somit festgehalten werden, dass kein rechtsgenüglicher Kausalzusammenhang zwischen den als Rückfall oder Spätfolge postulierten Schulterbeschwerden und dem Unfallereignis vom 1. September 2019 besteht.

9.1 Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin aufgrund des Vorliegens einer Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG leistungspflichtig ist.

9.2 Das Institut der unfallähnlichen Körperschädigung wurde mit der UVG-Revision vom 25. September 2015 (in Kraft seit 1. Januar 2017) neu auf Gesetzesstufe in Art. 6 Abs. 2 UVG verankert. Die Gesetzessystematik legt nahe, dass Abs. 1 (Unfall) und Abs. 2 (Listenverletzung) unabhängig voneinander sind und grundsätzlich jeder Tatbestand einzeln zu prüfen ist (BGE 146 V 51 E. 8.5). Liegt eine Listenverletzung vor, so hat der Unfallversicherer nach deren Meldung die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer nach Art. 6 Abs. 1 UVG leistungspflichtig. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 9.1).

9.3 Mit Art. 6 Abs. 2 UVG wird die gesetzliche (Kausalitäts-)Vermutung statuiert, dass der Unfallversicherer bei erfüllter Listendiagnose leistungspflichtig ist. Dieser kann sich aber von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er den Nachweis erbringt, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Botschaft vom 30. Mai 2008, BBl 2008 S. 5411, und Zusatzbotschaft vom 19. September 2014, BBl 2014 S. 7922; SZS 2017 S. 33). Auf das Kriterium des äusseren Faktors wird explizit verzichtet (BBl 2014 S. 7922). Dies heisst allerdings nicht, dass die Unfallkriterien überhaupt keine Relevanz mehr hätten. So ist nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rahmen des Entlastungsbeweises auch einem allfälligen schädigenden Geschehen Rechnung zu tragen (BGE 146 V 51 E. 8.2.1).

9.4 Liegen sowohl ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG als auch eine Listenverletzung vor, ist zu differenzieren. Ist die Listenverletzung auf das Unfallereignis zurückzuführen, ist der Unfallversicherer so lange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Steht hingegen – wie im vorliegenden Fall – fest, dass das Unfallereignis keine auch nur geringe Teilursache der Listenverletzung bildet, so erübrigt sich eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, solange kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt (BGE 146 V 51 E. 9.2). Grund dafür ist, dass ein initial erinnerliches und benennbares Ereignis – nicht zuletzt aufgrund der Bedeutung des zeitlichen Anknüpfungspunktes – auch nach der UVG-Revision relevant ist. Fehlt es an einem solchen Ereignis, besteht keine Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG.

9.5 Durch den am 1. September 2019 erfolgten Fahrradsturz des Beschwerdeführers liegt ein anerkanntes Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG vor. Wie vorstehend ausgeführt, ist jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass kein Kausalzusammenhang zwischen dem Fahrradsturz mit Claviculafraktur und den Mitte 2022 diagnostizierten Schulterbeschwerden besteht (vgl. E. 8.3 ff. hiervor). Insofern beruht dieser Gesundheitsschaden auf unfallfremden Ursachen, weshalb für die Beschwerdegegnerin betreffend die Schulterbeschwerden auch keine Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 1 UVG besteht. Bei der fraglichen

Subscapularissehnenruptur handelt es sich zwar um eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG, wodurch für die Beschwerdegegnerin eine subsidiäre Leistungspflicht entstehen könnte. Eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG bestünde jedoch nur, wenn noch ein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt. Aus dem Sprechstundenbericht des Spitals C.____ vom 22. August 2022 geht allerdings hervor, dass der Beschwerdeführer neben dem erlittenen Fahrradsturz kein (weiteres) unfallähnliches Ereignis benennen konnte (vgl. E. 7.4 hiervor). Für ein solches Ereignis ergeben sich schliesslich auch aus den übrigen Akten keinerlei Hinweise, weshalb sich eine weitere Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG erübrigt. Die Beschwerdegegnerin ist folglich auch nicht aufgrund des Vorliegens einer Listenverletzung für die Subscapularissehnenruptur leistungspflichtig.

10. Zusammenfassend folgt aus dem Ausgeführten, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 12. Februar 2024 einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Versicherungsleistungen für die beklagten Beschwerden an der rechten Schulter zu Recht abgelehnt hat. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich somit als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

11. Gemäss § 20 Abs. 2 VPO ist das kantonsgerichtliche Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungssachen vorbehältlich des hier nicht zu beachtenden Abs. 2bis für die Parteien kostenlos. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Dem Prozessausgang entsprechend ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.