



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 27. März 2025 (725 24 234)

Unfallversicherung

Berufskrankheit: Verneinung einer ausschliesslichen oder stark überwiegenden beruflichen Ursache der gesundheitlichen Einschränkungen gestützt auf die verwaltungsinternen Abklärungen; Verneinung einer Listenverletzung

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Gaël Jenoure, Advokat, Spalenberg 20, Postfach, 4001 Basel

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Die 1974 geborene A._____ arbeitete vom 6. Januar 2014 bis 31. Dezember 2023 beim Betrieb B._____ AG in C._____ in einem Vollpensum als Maschinenbetreuerin und war in dieser Eigenschaft bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie gegen Berufskrankheiten versichert. Mit Schadenmeldung vom 26. September 2022

meldete die Arbeitgeberin, dass die Versicherte an einer Entzündung der linken (recte: rechten) Schulter leide, die gemäss Diagnose der behandelnden Ärzte eine Berufskrankheit darstelle. Nach Abklärung des medizinischen Sachverhalts sowie einer Besichtigung inklusive technischer Beurteilung des Arbeitsplatzes lehnte die Suva ihre Leistungspflicht mit Verfügung vom 19. Oktober 2023 ab, da weder eine Berufskrankheit noch ein Unfall bzw. eine unfallähnliche Körperschädigung vorliege. Eine dagegen von der Versicherten, vertreten durch Advokat Gaël Jenoure, erhobene Einsprache wurde mit Entscheid vom 26. Juni 2024 abgewiesen.

B. Hiergegen erhob A.____, weiterhin vertreten durch Advokat Jenoure, am 29. August 2024 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es sei der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. Juni 2024 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten, unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, dass der Rapport über den Besuch am Arbeitsplatz der Beschwerdeführerin unvollständig sei und im Widerspruch zu den weiteren Abklärungen der Suva stehe. So erwähne der Besuchsrapport weder, dass die Beschwerdeführerin während zehn Jahren am fraglichen Arbeitsplatz tätig gewesen sei, noch, dass mehrere beim Betrieb tätige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unter denselben gesundheitlichen Einschränkungen leiden würden. Die Feststellungen der Ergonomin hätten keinen Eingang in den Besuchsrapport gefunden. Im Weiteren habe sich die Beschwerdegegnerin nicht mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt. Vielmehr habe sie sich bei der Beurteilung der Berufskrankheit ausschliesslich auf den Besuchsrapport abgestützt, an dessen Beweiswert jedoch zumindest geringe Zweifel bestünden. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin sei eine Listenverletzung überdies intraoperativ nicht ausgeschlossen, sondern vielmehr bestätigt worden. Die hinzugezogene Kreisärztin habe nicht begründet dargelegt, weshalb die Verletzung auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen sei.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 4. Oktober 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung vom 15. Oktober 2024 wurde der vorliegende Fall dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

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

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1, Art. 57 und 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer über Versicherungsleistungen beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht innert 30 Tagen Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die betroffene versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hatte. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des beschwerdeführenden Dritten im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber (Wohn-)Sitz hat (Art. 58 Abs. 2 ATSG, 1. Satzteil).

Gemäss § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherer. Zur Zeit der Beschwerdeerhebung wohnte die Versicherte in Frankreich. Die letzte Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin hatte ihren Sitz indessen in C._____ im Kanton Basel-Landschaft. Demnach ist das Kantonsgericht sachlich und örtlich für die Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 29. August 2024 ist folglich einzutreten.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten (Art. 3 ATSG), die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Der Bundesrat erstellt die Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen (Art. 9 Abs. 1 UVG). Gemäss Rechtsprechung müssen der schädigende Listenstoff oder die krankmachende Arbeit im gesamten Ursachenspektrum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einen Anteil von mehr als 50 % ausmachen (BGE 133 V 421 E. 4.1). Als Berufskrankheiten gelten auch Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind (Art. 9 Abs. 2 UVG).

2.2 Unbestritten ist, dass eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 9 Abs. 1 UVG von vornherein ausscheidet, weil die Beschwerdeführerin kein Leiden aufweist, das durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden ist, welche in Ziff. 1 der vom Bundesrat erstellten Liste im Anhang 1 zur Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 aufgeführt sind; auch liegt keine der in Ziff. 2 dieser Liste genannten arbeitsbedingten Erkrankungen vor (vgl. Art. 9 Abs. 1 Satz 2 UVG und Art. 14 UVV). Folglich ist zu prüfen, ob eine Berufskrankheit gestützt auf die Generalklausel von Art. 9 Abs. 2 UVG zu bejahen ist.

2.3 Die Voraussetzung des ausschliesslich oder stark überwiegenden Zusammenhangs im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVG ist nach ständiger Rechtsprechung erfüllt, wenn die Krankheit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu mindestens 75 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden ist (BGE 114 V 109 E. 3, 126 V 183 E. 2b).

2.4 Ob eine stark überwiegende Verursachung vorliegt, ist eine Beweisfrage. Dabei ist die Anerkennung von Beschwerden im Rahmen der Generalklausel von Art. 9 Abs. 2 UVG an relativ strenge Beweisanforderungen gebunden. Verlangt wird, dass die versicherte Person für eine gewisse Dauer einem typischen Berufsrisiko ausgesetzt ist. Die einmalige gesundheitliche Schädigung, die gleichzeitig mit der Berufsausübung eintritt, genügt nicht. Für die Beurteilung der Exposition (oder Arbeitsdauer) ist die gesamte Berufstätigkeit zu berücksichtigen (BGE 126 V 183 E. 2b mit Hinweisen). Ist aufgrund medizinischer Erkenntnisse die Berufsbedingtheit eines Leidens nicht qualifiziert nachweisbar (z.B. aufgrund der weiten Verbreitung der Krankheit in der Allgemeinbevölkerung), scheidet die Anerkennung im Einzelfall von vornherein aus (RKUV 1999 Nr. U 326, S. 109, E. 3; ANDRÉ NABOLD, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], Hrsg. von Hans-Ulrich Stauffer/Basile Cardinaux, 5. Auflage, Zürich/Genf 2024, S. 98; vgl. auch: ANDREAS TRAUB, Basler Kommentar zum UVG, Basel 2019,

N 46 zu Art. 9; THOMAS FLÜCKIGER, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, Hrsg. von Marc Hürzeler/Ueli Kieser, Bern 2018, N 41 zu Art. 9). Für den Nachweis der überwiegenden, 75%igen Verursachung genügt es nicht, wenn ein medizinisches Gutachten erklärt, die berufliche Exposition sei «in der Lage [gewesen], eine richtunggebende Veränderung zu begründen.» Der erforderliche Anteil von 75% entspricht einem relativen Risiko von 4, das heisst, er wird erreicht, wenn eine Erkrankung bei einer bestimmten Berufsgruppe mindestens vier Mal häufiger auftritt als in der allgemeinen Bevölkerung (vgl. BGE 126 V 183; TRAUB, a.a.O., N 41 zu Art. 9; FLÜCKIGER, a.a.O., N 43 zu Art. 9).

3. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, weshalb es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 f.). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte

und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach alleine ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 135 V 465 E. 4.7).

5.1 Den von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichten der behandelnden Ärzte ist Folgendes zu entnehmen: Gemäss Arztzeugnis der Allgemeinmedizinerin Dr. med. D.____ vom 16. Juni 2022 leide die Patientin an einer Tenosynovektomie rechts sowie einer Kalzifizierung der rechten Schulter. Eine Arthrographie der rechten Schulter am 20. September 2022 zeigte ebenfalls eine kalzifizierte Tendinopathie der Supraspinatussehne ohne Hinweise auf Rupturen der Sehnen der Rotatorenmanschette (vgl. auch Röntgenbericht vom 7. November 2022, Suva-Akten Nr. 15). Ein am 18. Oktober 2022 durchgeführtes MRI ergab in der Hauptsache eine Partialruptur der Supraspinatussehne mit Enthesopathie. Dr. med. E.____ des Universitätsspitals X.____ führte mit Bericht vom 29. November 2022 aus, dass die Patientin seit einem Jahr chronische Schulterschmerzen beklage, assoziiert mit einer Epicondylitis. Es zeige sich eine oberflächliche und intratendinöse Tendinopathie sowie ein Acromion Typ 1. Empfohlen werde eine arthroskopische Versorgung mit Acromioplastik, Tendinodese sowie einer allfälligen Reparatur der Rotatorenmanschette. Intraoperativ habe sich gemäss undatiertem Bericht zur Operation vom 30. November 2022 eine SLAP-Läsion Typ 2 gezeigt. In Bezug auf die Sehnen sei keine tiefe Teilläsion festzustellen. Es liege eine Chondropathie im zweiten Stadium vor.

5.2 Die Beschwerdegegnerin veranlasste im vorliegenden Fall eine Besichtigung des Arbeitsplatzes der Versicherten, nachdem ihr Kreisarzt Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, mit Kurzbeurteilung vom 2. Februar 2023 festgestellt hatte, dass dem Arbeitsplatzbeschrieb eine gewisse Schulterbelastung entnommen werden könne, die vor Ort durch Ergonomen im Rahmen einer technischen Expertise zu beurteilen sei. Diese Abklärung wurde am 4. Juli 2023 am Arbeitsplatz durch die Ergonomin G.____ in Anwesenheit der Versicherten sowie unter Teilnahme der Kreisärzte Dr. med. H.____, FMH Arbeitsmedizin sowie Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. I.____, FMH Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, durchgeführt.

5.2.1 Die Ergonomin führte in ihrem Bericht vom 4. Juli 2023 aus, dass die Versicherte in ihrer Tätigkeit an circa zehn verschiedenen Arbeitsstationen rotierend während 42 Wochenstunden mit einer täglichen Pause von 15 Minuten am Vormittag und einer Mittagspause von 45 Minuten arbeite. Die Tätigkeiten sowie die Expositionszeit an den jeweiligen Arbeitsstationen würden je nach Auftrag variieren. Die ergonomische Beurteilung der Tätigkeiten gebe ein Risiko für Beschwerden der oberen Extremitäten wieder, Aussagen über ein spezifisches Risiko von Schultererkrankungen seien jedoch nicht möglich. Aufgrund von erschwerenden Faktoren wie der Repetitivität, extremen Handgelenksstellungen und Griffarten, statischer Kraftarbeit sowie einer ungünstigen Arbeitsplatzgestaltung sei das Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen des Hand-Arm-Systems erhöht. Entsprechende Erkrankungen seien zu erwarten. Es sei notwendig, an verschiedenen Arbeitsstationen Massnahmen zu ergreifen.

5.2.2 In ihrem Besuchsrapport vom 4. Juli 2023 stellten die Arbeitsmediziner Dres. H.____ und I.____ fest, dass die Versicherte seit November 2020 Schmerzen an der rechten Schulter bemerkt habe, dies im Zusammenhang mit der Arbeit in einem Zeitraum, in dem sie vermehrt mit dem Stapeln von Kartons auf Paletten beschäftigt gewesen sei. Damals habe sie sich lediglich bei ihrem Hausarzt vorgestellt, der sie kurzzeitig krankgeschrieben und eine Analgetikatherapie empfohlen habe. Die Schulterschmerzen hätten sich indes progredient verschlechtert bis zur Anmeldung der Berufskrankheit. Auf die Epicondylitis angesprochen habe die Versicherte angegeben, nie direkt am Ellbogen Schmerzen empfunden zu haben. Sie berichte jedoch von muskulären Schmerzen im Bereich der Extensorenmuskulatur des Unterarms. Die Versicherte sei seit 1989 im Erwerbsleben. Seit 2012 sei die Versicherte im Betrieb B.____ AG angestellt (zunächst temporär, vgl. Lebenslauf, Suva-Akten Nr. 27). In Bezug auf die ausführliche Erhebung werde auf den Bericht der Ergonomin verwiesen. Von der Versicherten sowie von der Personalverantwortlichen des Unternehmens sei bestätigt worden, dass es weit mehr als zehn verschiedene Arbeitstätigkeiten gebe, die je nach Auftragslage häufiger oder weniger häufig ausgeführt werden müssten. Die Versicherte habe angegeben, dass die erwähnten Arbeiten in der Paketlogistik (Stapeln von Kartons) normalerweise von männlichen Arbeitskräften übernommen würden. Nur in seltenen Ausnahmen, circa einmal im Jahr, käme es vor, dass sie diese Arbeiten erledigen müsse. Als berufliche Risikofaktoren für die Degeneration von Sehnen der Rotatorenmanschette seien allgemein Überkopfarbeiten, Heben und Tragen von schweren Lasten, Vibrationsbelastungen des Hand-Arm-Systems sowie repetitive Arbeiten mit Kraftanwendung zu nennen und insbesondere Kombinationen dieser Belastungen. Epidemiologisch sei bekannt, dass die Prävalenz von Rotatorenmanschettenrupturen in der Allgemeinbevölkerung mit zunehmendem Alter deutlich ansteige. Die allgemeine Prävalenz liege zwischen 20% und 35%. Die Arbeitsplatzabklärung und die ergonomische Beurteilung hätten ergeben, dass die Versicherte eine überwiegend stehende Tätigkeit ausübe, die an allen Stationen mit einer manuellen Belastung der oberen Extremitäten einhergehe. Regelmässige Überschulter- oder Überkopfarbeiten seien nicht erforderlich. Die Tätigkeiten seien mehrheitlich repetitiv, aber nicht ausgeprägt. Das regelmässige Heben und Tragen von grossen Gewichten oder eine erhöhte Kraftanwendung seien ebenfalls nicht erforderlich. Insgesamt könne gestützt auf die Abklärungen und die technische ergonomische Beurteilung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer ausschliesslichen oder stark überwiegenden beruflichen Verursachung der Schulterpathologie ausgegangen werden, so dass die gesetzlichen Voraussetzungen einer Berufskrankheit im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVG nicht erfüllt seien.

5.3 Die Kreisärztin Dr. med. J.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, verneinte in ihrer Beurteilung vom 28. August 2023 das Vorliegen einer Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 UVG. Die Schulterpathologie sei vorwiegend auf Abnutzung bzw. Erkrankung zurückzuführen. Mit Stellungnahme vom 24. Juni 2024 bestätigte sie diese Einschätzung im Rahmen des Einspracheverfahrens. Der Operationsbericht habe eine korrekte Rotatorenmanschette mit leichter Entzündung und ohne oberflächliche Läsion gezeigt. Die nun zur Diskussion gestellte Partialruptur der Supraspinatussehne sei während der Operation nicht festgestellt worden. Eine Tendinitis calcarea liege vor, sei jedoch definitionsgemäss degenerativ bedingt und entspreche ebenfalls keiner Listendiagnose

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung der Frage, ob eine Berufskrankheit vorliege, auf die Beurteilung ihrer Kreisärzte Dres. H.____ und I.____ vom 4. Juli 2023. Sie ging demzufolge davon aus, dass eine ausschliessliche oder stark überwiegende berufliche Verursachung nicht überwiegend wahrscheinlich sei.

6.2 Die vorinstanzliche Würdigung ist trotz der Kritik der Beschwerdeführerin (vgl. dazu nachfolgend E. 6.3) nicht zu beanstanden. Wie in Erwägung 4.1 hiervor ausgeführt, prüft das Gericht frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und seine Schlussfolgerungen begründet sind. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die auch nur geringe Zweifel an der Einschätzung der Dres. H.____ und I.____ zu wecken vermögen. In Kenntnis der medizinischen Vorakten und unter Berücksichtigung des ergonomischen Berichts wurde ein persönlicher Augenschein am Arbeitsort der Versicherten vorgenommen, wo die verschiedenen Arbeitsstationen besichtigt wurden. Die Kreisärzte haben die Versicherte persönlich zu ihren Beschwerden befragt und nachvollziehbar ausgeführt, dass die Arbeit der Versicherten zwar mit einer manuellen Belastung der oberen Extremitäten einhergehe, indessen – auch aufgrund der hohen allgemeinen Prävalenz der geklagten Schulterbeschwerden – nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer beruflichen Verursachung ausgegangen werden könne. Die Einschätzung der Kreisärzte vom 4. Juli 2023 erweist sich als schlüssig und überzeugend, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf abstellte.

6.3 Daran ändern die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwände nichts. Entgegen den Darlegungen in der Beschwerde war den Kreisärzten die über zehnjährige Arbeitstätigkeit im Betrieb durchaus bewusst. So wird im Besuchsrapport auf Seite 3 ausdrücklich festgehalten, seit wann die Versicherte im Betrieb tätig war. Die Einschätzung der Arbeitsmediziner berücksichtigt sodann auch den wesentlichen Inhalt des Berichts der Ergonomin vom selben Tag. Zwar wird für die Erhebung der einzelnen Arbeiten an den Stationen lediglich auf den Bericht von Frau G.____ verwiesen. Dennoch wird aus diesem Verweis deutlich, dass den Arbeitsmediziner die Erkenntnisse der Ergonomin bekannt waren und in den kreisärztlichen Besuchsrapport einfließen. Inhaltlich ist hier insbesondere auf das von der Ergonomin festgestellte fehlende spezifische Risiko für Schulterkrankheiten hinzuweisen. Dass die Kreisärzte die verschiedentlich geäußerte Kritik an den Arbeitsbedingungen nicht aufgenommen haben, stellt keinen Mangel an der arbeitsmedizinischen Einschätzung dar. Die Kreisärzte hatten sich zum ursächlichen Zusammenhang zwischen der Arbeit und der Schulterproblematik zu äussern. Die von der Ergonomin geäußerte Kritik an der Arbeitsplatzgestaltung betraf in der Hauptsache das Risiko für Erkrankungen des Hand-Arm-Systems, namentlich extreme Handgelenksstellungen und Griffarten. Erhöhte Risiken für eine Beeinträchtigung der Schultern, insbesondere Überkopfarbeiten, hoch repetitive Arbeiten, oder häufige Vibrationsbelastungen, werden von der Ergonomin nicht genannt. Diesbezüglich besteht zwischen den Einschätzungen der Ergonomin und derjenigen der Arbeitsmediziner kein Widerspruch. Ebenfalls kein Widerspruch ist im Hinblick auf die Kurzbeurteilung von Dr. F.____ zu sehen, zumal eine gewisse Schulterbelastung auch von den Kreisärzten Dres. H.____ und I.____ anerkannt wird. Sofern die Beschwerdeführerin geltend macht, dass

mehrere beim Betrieb tätige Mitarbeitende unter denselben gesundheitlichen Einschränkungen leiden würden, ist ihr entgegen zu halten, dass sich derartiges nicht aus den Akten ergibt. Auch geht weder aus dem Bericht der Ergonomin noch aus dem Besuchsrapport der Kreisärzte hervor, dass sich anlässlich der Arbeitsplatzbesichtigung andere Mitarbeiter mit ähnlichen Beschwerden gemeldet hätten. Gegebenenfalls wäre es von der Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht zu erwarten gewesen, die Anzahl der Betroffenen zu nennen und die konkreten Mitarbeitende zu bezeichnen. Indessen könnte selbst im Fall, dass einzelne Mitarbeitende an Schulterbeschwerden leiden würden, nicht von einer stark überwiegenden beruflichen Verursachung ausgegangen werden. Denn bei einer Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung von 20% bis 35% müssten im vorliegenden Fall mindestens 80% (Faktor 4, vgl. E. 2.4 hiervor) der Mitarbeitenden an ähnlichen Schulterbeschwerden leiden, damit von einer stark überwiegenden beruflichen Verursachung ausgegangen werden könnte. Dies ist unwahrscheinlich und wird auch von der Beschwerdeführerin nicht behauptet. Die Beschwerdeführerin kritisiert weiter, dass sich die Kreisärzte nicht mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt hätten, die die Schulterproblematik als Berufskrankheit qualifiziert hätten. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass einzig in der Schadenmeldung an die Suva vermerkt ist, dass es sich gemäss Diagnose der behandelnden Ärzte um eine Berufskrankheit handle. Den vorliegenden Berichten der behandelnden Ärzte ist kein solcher Hinweis zu entnehmen, geschweige denn eine begründete Einschätzung, mit der sich die Kreisärzte hätten auseinandersetzen können. Insgesamt vermögen die Einwände der Beschwerdeführerin keine Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung zu begründen.

6.4 Nach dem Ausgeführten ist zusammenfassend festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin das Vorliegen einer Berufskrankheit gestützt auf die beweistaugliche Einschätzung ihrer Kreisärzte vom 4. Juli 2023 zu Recht verneinte.

7.1 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht eine unfallähnliche Körperschädigung bzw. das Vorliegen einer Listendiagnose verneint habe. Entgegen den Ausführungen der Kreisärztin habe der Operationsbericht sehr wohl eine partielle Sehnenruptur festgehalten. Ferner sei nicht geprüft worden, inwieweit die weiteren operativ festgestellten Beschwerden eine Listenverletzung darstellen könnten. Die Kreisärztin habe nicht begründet, weshalb die Verletzungen auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen seien.

7.2 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. Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ist der Unfallversicherer bei erfüllter Listendiagnose leistungspflichtig, so lange er nicht den Nachweis erbringt, dass die Verletzung vorwiegend, d.h. im Ursachenspektrum zu mehr als 50%, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 8.2.2; NABOLD, a.a.O., S. 85). Auf das Kriterium des äusseren Faktors wird explizit verzichtet (Zusatzbotschaft vom 19. September 2014, BBI 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). Besteht kein Hinweis auf ein solches initiales Ereignis, so ist damit auch die vorwiegende Bedingtheit der Listenverletzung durch Abnützung oder Erkrankung erstellt (BGE 146 V 51 E. 9.2; NABOLD, a.a.O., S. 85).

7.3 Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts liegt ein Sehnenriss im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG grundsätzlich erst vor, wenn die Sehne vollständig gerissen ist. Eine Sehmenteilruptur kann bloss dann zu einer Leistungspflicht führen, wenn diese eindeutig nachgewiesen ist und sich klar von der nicht umfassten Sehnenzerrung oder weiteren Schulterpathologien unterscheiden lässt. An den Nachweis eines Teilrisses sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wobei in der Regel eine intraoperative Diagnose verlangt wird (BGE 114 V 298 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts vom 18. Februar 2020, 8C_618/2019, E. 6.2.3 mit Hinweisen). Es erscheint zweifelhaft, ob die Feststellung im Operationsbericht vom 30. November 2022, wonach «keine tiefe Partialläsion» vorgelegen habe, den Anforderungen an den eindeutigen Nachweis eines Teilrisses genügen kann, zumal eine Läsion (Schädigung) nicht zwangsläufig auch eine Ruptur (Riss) bedeutet. Ausserdem ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin kein initiales Ereignis beschreibt, sondern eine progrediente Verschlechterung der Schulterbeschwerden (vgl. Bericht von Dr. E._____ vom 29. November 2022, Besuchsrapport vom 4. Juli 2023), so dass nach dem soeben unter Erwägung 7.2 Ausgeführten selbst bei der Bejahung einer Teilläsion als Listenverletzung eine vorwiegende Bedingtheit durch Abnützung bzw. Erkrankung als erstellt gelten müsste. Dafür sprechen auch die doch gewichtigen degenerativen Veränderungen an der Schulter. Sofern die Beschwerdeführerin sich auf die weiteren operativ festgestellten Befunde beruft, kann ihr ebenfalls nicht gefolgt werden. Eine SLAP-Läsion stellt als Verletzung der Knorpellippe der Schulterpfanne keine Listendiagnose dar (so ausdrücklich: Urteil des Bundesgerichts vom 28. Januar 2014, 8C_835/2013, E. 4); ebensowenig wie die festgestellte Chondrose oder Kalkschulter. Die Beschwerdegegnerin hat damit eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 6 Abs. 2 UVG zu Recht verneint.

8. Zusammenfassend folgt, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 26. Juni 2024 einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Versicherungsleistungen für die beklagten Beschwerden an der rechten Schulter zu Recht abgelehnt hat. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

9. Gemäss § 20 Abs. 2 VPO ist das kantonsgerichtliche Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungssachen vorbehältlich des hier nicht zu beachtenden Abs. 2^{bis} für die Parteien kostenlos. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Dem Prozessausgang entsprechend ist der Beschwerdeführerin 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. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

