

200 20 810 UV  
KNB/TOZ/WSI

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 12. Oktober 2021**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichterin Mauerhofer  
Gerichtsschreiberin Tomic

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**Visana Versicherungen AG**  
Leistungszentrum UVG, Weltpoststrasse 19, Postfach 253, 3000 Bern 15  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 30. September 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1967 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre Arbeitgeberin bei der Visana Versicherungen AG (Visana resp. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als sie gemäss Unfallmeldung vom 11. Juni 2019 (Antwortbeilagen der Visana [AB] 1) am 21. April 2019 beim Aussteigen aus der Badewanne stürzte und sich dabei eine Verdrehung bzw. Verstauchung des linken Fussgelenkes und Prellungen der rechten Schulter sowie der Knie beidseits zuzog. Die Visana anerkannte ihre Leistungspflicht für die Folgen dieses Ereignisses und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (AB 2). Nach Beizug verschiedener Arztberichte und Beurteilungen durch ihren beratenden Arzt, PD Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Intensivmedizin, vom 25. Juni und 16. Juli 2020 (AB 36, 52 f.), stellte die Visana mit Verfügung vom 23. Juli 2020 (AB 63 bis 65) die vorübergehenden Leistungen mangels Kausalzusammenhangs der fortbestehenden Schulterbeschwerden rechts zum Unfallereignis per 16. Januar 2020 ein, wobei sie auf die Rückforderung der darüber hinaus erbrachten Leistungen verzichtete. Daran hielt sie auf Einsprache hin (AB 66) und nach Einholung eines Aktenberichts ihres beratenden Arztes, Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 12. September 2020 (AB 77 bis 80) mit Entscheid vom 30. September 2020 (AB 81 bis 89) fest.

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 28. Oktober 2020 Beschwerde. Sie beantragt, in Aufhebung des Einspracheentscheides sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen zu erbringen.

In der Beschwerdeantwort beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 30. September 2020 (AB 81 bis 89). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 21. April 2019 über den 16. Januar 2020 hinaus.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## 2.

**2.1** In formeller Hinsicht ist vorab eine (allfällige) Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die fehlende Kenntnisnahme der Beschwerdeführerin vom Aktenbericht des Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 12. September 2020 (AB 77 bis 80) vor Erlass des Einspracheentscheides zu prüfen. Die Frage einer allfälligen Verletzung des Gehörsanspruchs prüft das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich nicht nur aufgrund von Parteibegehren und im Rahmen gestellter Rechtsbegehren, sondern auch von Amtes wegen (BGE 120 V 357 E. 2a S. 362; SVR 1999 UV Nr. 25 S. 75 E. 1a).

**2.2** Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst unter anderem das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, Einsicht in die Akten zu nehmen und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72).

**2.3** Die - der Beschwerdeführerin erst zusammen mit dem Einspracheentscheid vom 30. September 2020 (AB 81 bis 89) zur Kenntnis gebrachte - versicherungsinterne Aktenbeurteilung des Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 12. September 2020 (AB 77 bis 80) bildete eine wesentliche Grundlage des Einspracheentscheides. Die Beschwerdegegnerin hat daraus zitiert und sich auf dessen Argumentation abgestützt. Die Nichtzustellung der Aktenbeurteilung vor Erlass des Einspracheentscheides stellt jedoch keine schwere, keiner Heilung zugängliche Verletzung des rechtlichen Gehörs dar (vgl. (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2019 IV Nr. 65 S. 210 E. 4.3). Die Aktenbeurteilung bestätigte nämlich im Wesentlichen die der Verfügung vom 23. Juli 2020 (AB 63 bis 65) zugrunde gelegten Beurteilungen des beratenden Arztes PD Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 25. Juni und 16. Juli 2020 (AB 36, 52 f.). Hinzu kommt, dass mit der Nichtzustellung der vertrauensärztlichen Beurteilung im vorliegenden Fall nicht auf ein systematisch wiederholtes bzw. regelmässiges Vorgehen der Beschwerdegegnerin zu schliessen ist.

### 3.

**3.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist 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 (Art. 4 ATSG).

**3.2** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**3.2.1** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage,

worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**3.2.2** Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt 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 (BGE 146 V 51 E. 5.1. S. 55). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

**3.3** Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (Entscheid des BGer vom 26. März 2019, 8C\_824/2018, E. 3.2). Insbesondere ist der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Entscheid des BGer vom 28. Februar 2019, 8C\_167/2018, E. 4.2).

#### 4.

**4.1** Dass das Ereignis vom 21. April 2019 (AB 1) die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 3.1 hiervor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten. Die Beschwerdegegnerin hat im Zusammenhang mit dem besagten Ereignis zunächst vorübergehende Leistungen erbracht und damit das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen - insbesondere die leistungsbegründende natürliche Unfallkausalität - anerkannt (vgl. Entscheid des BGer vom 1. Februar 2011, 8C\_895/2010, E. 5.1). Demnach liegt die Beweislast für das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs bei ihr (vgl. E. 3.2.2 hiervor).

**4.2** In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten (in Bezug auf die rechte Schulter) im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**4.2.1** Eine von der Klinik E.\_\_\_\_\_ am 29. Juni 2012 durchgeführte Arthro-Magnetresonanztomographie (MRT) des rechten Schultergelenks (AB 74 f.) ergab unter anderem eine AC-Gelenksarthrose, Akromion Typ I nach Bigliani, wenig Flüssigkeit in der Bursa subacromialis und subdeltoidea, diskrete, unterflächenseitig gelegene, hyperintense Signalstörungen am Ansatz der Infraspinatussehne, eine ausgeprägte Bizepstendinose, eine leichtgradige Synovitis mit einem verdickten Ligamentum coracohumerale sowie eine gute Rotatorenmanschettenmuskulatur. Es liege keine Läsion der Rotatorenmanschette vor.

Gestützt darauf diagnostizierten die Behandler des Spitals F.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 5. Juli 2012 (AB 118) eine Bizepstendinopathie der rechten Schulter. Aktuell bestehe die Indikation zu einer intraartikulären Schulterinfiltration, welche gleichentags durchgeführt worden sei. Es sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden.

**4.2.2** Die Erstbehandlung hinsichtlich des Ereignisses vom 21. April 2019 erfolgte am 20. Juni 2019 durch Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (AB 49, 116). Dieser führte im Eintrag der Krankengeschichte aus, dass die Retroversion der Schulter dolent sei und die

Supraspinatuszeichen bei normaler Kraft vorhanden seien. Klinisch bestehe der Verdacht auf ein Impingement (AB 49, 116).

Im Eintrag vom 3. September 2019 (AB 49, 116) hielt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ eine weiterhin dolente Schulter bei Zustand nach physiotherapeutischer Behandlung fest. Eine MRT-Untersuchung werde wegen Platzangst nicht durchgeführt. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie während der Ferien beschwerdefrei gewesen sei. Die Physiotherapie werde verlängert. In der Verordnung zur Physiotherapie vom gleichen Tag (AB 4) vermerkte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ einen Status nach Schulterdistorsion rechts als Diagnose infolge eines Unfalles.

In einem weiteren Eintrag vom 12. Dezember 2019 berichtete Dr. med. G. \_\_\_\_\_ über eine weiterbestehende Dolenz im Bereich der rechten Schulter. Er überwies die Beschwerdeführerin an Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (AB 49, 116).

**4.2.3** Dr. med. H. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 27. Dezember 2019 (AB 5 f.) einen Verdacht auf eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion rechts mit einer begleitenden Bizepssehnentendinopathie (AB 5). Er empfahl die Durchführung einer Arthro-MRT der rechten Schulter (AB 6).

**4.2.4** Im Bericht vom 16. Januar 2020 (AB 7 f.) über eine gleichentags durchgeführte Arthro-MRT der rechten Schulter führte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, aus, es bestünden keine Hinweise auf eine post-traumatische Läsion der Rotatorenmanschette. Die Rotatorenmanschettenmuskulatur schein altersentsprechend bzw. nicht signifikant atrophiert (AB 7 f.). Es liege eine lange Bizepssehne im Verlauf vor, welche morphologisch nicht zu beanstanden sei. Weiter bestehe eine signifikante Impingement-Konstellation mit einem lateral abfallenden Akromion und einer Bursitis subacromialis und subdeltoidea (AB 8).

Noch am gleichen Tag ergänzte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ seine Beurteilung dahingehend, dass eine kleine intramurale Rotatorenmanschettenläsion bzw. eine Partialläsion der Supraspinatussehne vorliege (AB 9 f.).

**4.2.5** Im Bericht vom 5. Februar 2020 (AB 12) hielt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ als Diagnose eine traumatische Supraspinatussehnenparti-  
alläsion rechts mit einer begleitenden Bursitis subacromialis sowie einer  
klinischen Bizepssehnentendinopathie fest. Die Schulterbeschwerden seien  
weiterhin unverändert. Bezüglich des MRT-Befundes vom 16. Januar 2020  
führte der Facharzt aus, dass sich in den frontalen Schnitten eine deutliche  
Supraspinatussehnenparti-  
alläsion mit einer kleinen intramuralen Kompo-  
nente, einer Ausdünnung der Sehne und einer begleitenden Bursitis suba-  
cromialis bei einer leichten Impingement-Konstellation zeige. Die Subscap-  
ularissehne schein intakt zu sein, die lange Bizepssehne sei im Sulcus  
zentriert. Es bestünden vollkommen intakte Muskeleinheiten. Mögliche  
konservative und operative Therapieoptionen seien mit der  
Beschwerdeführerin ausführlich besprochen worden.

In einem weiteren Bericht vom 13. Februar 2020 (AB 14) führte Dr. med.  
H.\_\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin habe sich für einen operativen  
Eingriff entschieden. Sie wolle diesen jedoch frühestens im Juni 2020  
durchführen lassen. Die Zeit bis dahin könne für einen konservativen The-  
rapieversuch (Physiotherapie) genutzt werden. Der Operationstermin wer-  
de provisorisch auf den 22. Juni 2020 festgesetzt für den Fall, dass die  
konservative Therapie nicht zum Erfolg führe. Heute werde eine  
subakromiale Infiltration vorgenommen.

Am 3. Juni 2020 berichtete Dr. med. H.\_\_\_\_\_ über einen  
vorübergehenden leichten Besserungseffekt durch die im Februar 2020  
erfolgte

Infiltration. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin jedoch nicht  
beschwerdefrei. Sie habe Schmerzen bei Abduktions- und  
Elevationsbewegungen, insbesondere über der Horizontalen, und  
zusätzliche Schmerzen entlang der langen Bizepssehne. Es werde ein  
Aufklärungsgespräch zur vorgesehenen Operation durchgeführt (AB 21).

**4.2.6** Der Diagnoseliste des Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 5. Juni 2020 (AB  
27) ist eine traumatische Supraspinatussehnenparti-  
alläsion rechts mit einer  
begleitenden Bursitis subacromialis sowie einer klinischen Bizepstendino-  
pathie vom Februar 2020 zu entnehmen.

**4.2.7** Am 22. Juni 2020 führte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ eine Schulterarthroskopie rechts mit einer Bizepsstenotomie, einer Synovektomie im vorderen Intervallbereich, einer Bursektomie, einer Acromioplastik sowie einer Supraspinatussehnenoberflächennaht durch. Dabei stellte er eine hochgradige traumatische bursaseitige Supraspinatussehnenpartialruptur rechts mit einer ausgeprägten tendinotischen Veränderung, einer Bursitis subacromialis bei einem Impingement sowie einer Bizepssehnentendinitis fest (AB 34).

**4.2.8** Am 25. Juni 2020 hielt der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin PD Dr. med. C.\_\_\_\_\_ fest, in den MRT-Aufnahmen vom 16. Januar 2020 komme keine Pathologie zur Darstellung, welche überwiegend wahrscheinlich, auch nicht zumindest teilursächlich auf das Ereignis vom 21. April 2019 zurückgeführt werden könnte. Zu erkennen seien eine Unterflächläsion an der Supraspinatussehne im Sinne einer PASTA-Läsion sowie eine degenerative Veränderung im AC-Gelenk im Sinne einer AC-Gelenksarthrose (AB 36).

Mit Bericht vom 16. Juli 2020 (AB 52 f.) bekräftigte PD Dr. med. C.\_\_\_\_\_, dass in den MRT-Aufnahmen vom 16. Januar 2020 in Übereinstimmung mit dem Radiologen Dr. med. I.\_\_\_\_\_ keine relevante Pathologie im Bereich der Rotatorenmanschette erkannt werden könne, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das geltend gemachte Ereignis vom 21. April 2019 zurückgeführt werden könnte. Eine kleine Signalveränderung im Bereich der Supraspinatussehne ansatznahe könne als Ausfaserung im Sinne einer sogenannten PASTA-Läsion interpretiert werden. Diese sei zusammen mit der AC-Gelenksarthrose und der Einengung des Subacromialraumes überwiegend wahrscheinlich Ausdruck einer degenerativen Veränderung. Selbst Dr. med. H.\_\_\_\_\_ habe im Operationsbericht vom 22. Juni 2020 intraoperativ im Bereich der Supraspinatussehne ausgeprägte tendinotische Veränderungen sowie eine Bizepssehnentendinitis, d.h. degenerative Veränderungen festgestellt (AB 52 Ziff. 1). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seien degenerative Veränderungen an der Rotatorenmanschette wie auch im AC-Gelenk in Form einer Arthrose für das Beschwerdebild ursächlich gewesen (AB 52 f. Ziff. 2). Damit sei

der Status quo sine spätestens im Zeitpunkt der Bildgebung vom 16. Januar 2020 erreicht gewesen (AB 53 Ziff. 2).

**4.2.9** Stellung nehmend dazu führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ am 13. August 2020 aus, dass die im Januar 2020 angefertigten MRT-Bilder eine bursaseitige Partiailläsion der Supraspinatussehne zeigten. Aufgrund dieses Befundes und der entsprechenden Therapieresistenz auf die konservativen Massnahmen sei schliesslich eine operative Versorgung durchgeführt worden. Der Sturz aus der Badewanne mit der von der Beschwerdeführerin beschriebenen Reflexbewegung des rechten Armes könne durchaus eine Verletzung der Supra- und Infraspinatussehne im Sinne einer Rotatorenmanschetten-Partialruptur herbeiführen. Auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin einen einschiessenden Schmerz angegeben habe, spreche absolut für eine entsprechende Unfallfolge. Zudem habe die Beschwerdeführerin in der ersten Sprechstundenkonsultation im Dezember 2019 glaubhaft versichert, dass sie vor dem Unfallereignis keine Schulterbeschwerden gehabt hätte (AB 68). Dass der zuständige Radiologe bei der Beurteilung des MRT-Befundes vom Januar 2020 ("kleine intramurale Rotatorenmanschettenläsion bzw. Partiailläsion der Supraspinatussehne") das Wort "traumatisch" nicht verwendet habe, schliesse grundsätzlich nicht aus, dass es sich nicht doch um eine entsprechende Unfallfolge handle. Sodann seien gewisse degenerative Veränderungen bei dieser Patientin mit Jahrgang 1967 normal. Zusammenfassend kam Dr. med. H. \_\_\_\_\_ zum Schluss, dass sowohl der Unfallmechanismus als auch die MRT-Aufnahmen sowie der entsprechende intraoperative Befund eindeutig für eine Unfallgenese sprächen.

**4.2.10** Hierzu nahm der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. D. \_\_\_\_\_, im Aktenbericht vom 12. September 2020 (AB 77 bis 80) Stellung und führte aus, dass sich die Beschwerdeführerin erstmals nach zwei Monaten in ärztliche Behandlung begeben habe, was rein aufgrund der Anamnese eine höhergradige Verletzung der rechten Schulter wenig wahrscheinlich mache, da allein die damit typischerweise verbundenen Schmerzen die betroffene Person rasch zur Inanspruchnahme medizinischer Hilfe motiviert hätten. Nach der klinischen und radiologischen Erstbehandlung durch Dr. med. G. \_\_\_\_\_ sei mit der Diagnose eines Status

nach Kontusion der rechten Schulter eine Physiotherapie verordnet worden. Dies lasse weitestgehend ausschliessen, dass zum damaligen Zeitpunkt klinisch fassbare höhergradige Pathologien bestanden hätten. Der äusserst erfahrene Hausarzt und Sportmediziner Dr. med. G. \_\_\_\_\_ hätte bereits bei einem Verdacht auf ein schweres Distorsionstrauma der rechten Schulter - wie es ein halbes Jahr später von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ erstmals festgehalten worden sei - in der Verordnung zur Physiotherapie mit Sicherheit nicht eine Kontusion vermerkt und auch nicht auf die Durchführung weiterer Abklärungen verzichtet. Diese seien erst erfolgt, nachdem die Beschwerdeführerin nach einem wechselhaften Verlauf und offenbar zwischenzeitlich auch ganz verschwundenen Symptomen im Dezember 2019 nach wie vor bzw. erneute Schulterbeschwerden rechts beklagt habe. Die grosse Latenz von acht Monaten sei insofern von Relevanz, weil es nach diesem Zeitraum für einen medizinischen Experten nahezu ausgeschlossen sei, anhand objektiver Faktoren auf die Ursache der vorliegenden Schulterpathologie zu schliessen. Namentlich sei es praktisch unmöglich, im Hinblick auf Alterationen an der Supraspinatussehne festzulegen, ob diese allenfalls auf ein bestimmtes, lange zurückliegendes Ereignis zurückgeführt werden könnten. Die von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ bereits anlässlich seiner Erstkonsultation geäusserte Hypothese, wonach eine traumatische Supraspinatussehnenläsion vorliege, basiere somit von Beginn an ausschliesslich auf den diesbezüglichen anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin (geäussert acht Monate nach dem erlittenen Ereignis) und einer damit verbundenen zeitlichen Korrelation, nicht aber auf objektiven medizinischen Befunden. Diesbezüglich verwies Dr. med. D. \_\_\_\_\_ auf die MRT-Aufnahmen vom 16. Januar 2020, welche unspezifische Veränderungen Rahmen des physiologischen Alterungsprozesses dokumentierten (AB 79). Es zeige sich im Vergleich mit den MRT-Aufnahmen vom 29. Juni 2012 (AB 74 f.) ein nur wenig veränderter Befund mit einer lediglich leichten Progredienz der Tendinopathie in der Supraspinatussehne und einer weiterhin leicht tendinotischen langen Bizepssehne, allerdings ohne Hinweis auf eine neue relevante strukturelle Schädigung, welche potentiell traumatischen Ursprungs sein könnte (AB 78). Dass sich keine potentiell traumatischen Veränderungen finden liessen, entspreche auch der primären radiologischen Einschätzung des Radiologen Dr. med. I. \_\_\_\_\_ (AB 79 f.). Ebenso sei dessen ergänzte Beurteilung mit den

bestehenden intramuralen Veränderungen der Supraspinatussehne zweifellos korrekt. Der Radiologe habe (weiterhin) keinen Hinweis auf einen traumatischen Auslöser finden können. Hingegen habe Dr. med. H. \_\_\_\_\_ auf dem Standpunkt beharrt, dass es sich um eine traumatisch bedingte Läsion handle, wofür kein schlüssiges Argument ersichtlich sei. Ein solches habe er - entgegen seinen anderslautenden Angaben im Bericht vom 13. August 2020 - auch intraoperativ nicht finden können; die von ihm beschriebenen Befunde würden exakt dem Ergebnis einer degenerativen Entwicklung entsprechen. Zusammenfassend kam Dr. med. D. \_\_\_\_\_ zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in Anbetracht der zeitnächsten medizinischen Dokumente beim Sturz vom 21. April 2019 überwiegend wahrscheinlich eine direkte Kontusion der rechten Schulter erlitten habe, deren Folgen nach wenigen Wochen bis Monaten ohne objektivierbare Residuen abgeheilt gewesen seien. Die später erneut auftretenden Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf rein degenerative Veränderungen zurückzuführen, wie sie sich bereits im Jahr 2012 in vergleichbarer Art gezeigt und wahrscheinlich auch zu ähnlichen Symptomen geführt hätten. Ein morphologischer Status quo sine sei spätestens im Zeitpunkt der Arthro-MRT vom 16. Januar 2020 erreicht gewesen. Sämtliche in der Folge durchgeführten Abklärungen und Behandlungen seien überwiegend wahrscheinlich auf den unfallfremden degenerativen Vorzustand (seit mindestens 2012 bekannte und im Verlauf progrediente chronische degenerative Veränderungen der Supraspinatussehne, der langen Bizepssehne und des AC-Gelenks mit einem konsekutiven symptomatischen subakromialen Impingement der Schulter rechts) zurückzuführen (AB 80).

**4.3** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**4.3.1** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 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, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**4.3.2** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4).

**4.4** Die Beschwerdegegnerin hat sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 30. September 2020 (AB 81 bis 89) massgeblich auf die Aktenbeurteilungen ihrer beratenden Ärzte PD Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 25. Juni und 16. Juli 2020 (AB 36, 52 f.) sowie Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 12. September 2020 (AB 77 bis 80) gestützt. Diese erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 4.3.1 hiervor) und erbringen vollen Beweis. Dass die beratenden Ärzte keine klinische Exploration der Beschwerdeführerin durchgeführt haben, ist nicht zu beanstanden, konnten sie sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen (vgl. E. 3.2.1

bis 3.2.7 und 3.2.9 hiervor) doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3). Zudem kann insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen eines Aktenberichts erörtert werden (vgl. Entscheid des BGer vom 9. November 2011, 8C\_383/2011, E. 4.2).

Sowohl PD Dr. med. C.\_\_\_\_\_ als auch Dr. med. D.\_\_\_\_\_ haben sich in ihren Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere auch auf die bildgebende Untersuchung vom 16. Januar 2020 (AB 7 f., 10) sowie die intraoperativen Erkenntnisse des Eingriffs vom 22. Juni 2020 (AB 34) gestützt. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hat sich dabei in seinem Aktenbericht vom 12. September 2020 (AB 77 bis 80) zudem einlässlich mit den MRT-Befunden vom 29. Juni 2012 (AB 74 f.) sowie den Beurteilungen der Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ (AB 5 f., 12, 14, 21, 27, 34 f., 49, 68 f., 116) befasst. Die daraus gezogenen Folgerungen und die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind eingehend und überzeugend begründet. Dementsprechend kann auf die Aktenberichte der beratenden Ärzte abgestellt werden.

**4.4.1** Die beratenden Ärzte - wie nachfolgend aufzuzeigen ist - haben unter Bezugnahme auf die bildgebend erhobenen Befunde vom 29. Juni 2012 und 16. Januar 2020 (AB 7 f., 10, 74 f.) nachvollziehbar und überzeugend begründet, weshalb die über den 16. Januar 2020 hinaus geklagten Beschwerden an der rechten Schulter überwiegend wahrscheinlich nicht auf das Ereignis vom 21. April 2019 zurückzuführen sind. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hat einleuchtend dargelegt, dass sich die Beschwerdeführerin gestützt auf die zeitnächsten medizinischen Dokumente (zwei Monate nach dem Ereignis vom 21. April 2019; AB 49, 116) eine direkte Kontusion der rechten Schulter zugezogen hat, deren Folgen nach wenigen Wochen bis Monaten ohne objektivierbare Residuen abgeheilt waren (AB 80). Diese Beurteilung findet in der Verordnung zur Physiotherapie vom 3. September 2019 (AB 4) ihren Rückhalt, worin der behandelnde Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ als Diagnose einen Status nach Schulterdistorsion rechts vermerkte. Zu erwähnen ist dabei, dass die Erstbehandlung erst zwei Monate nach dem Ereignis vom 21. April 2019 erfolgt ist und Dr. med.

G.\_\_\_\_\_ dabei keine für eine traumatisch verursachte Rotatorenmanschettenläsion typischen klinischen Befunde, sondern bei normaler Kraft vorhandene Supraspinatuszeichen festgehalten bzw. den Verdacht auf ein Impingement geäussert hat (AB 49, 116). Sodann lässt sich die Beurteilung der beratenden Ärzte ohne Weiteres in die vom Radiologen Dr. med. I.\_\_\_\_\_ beurteilte Bildgebung vom 16. Januar 2020 (AB 7 f.) einfügen, wonach keine Hinweise auf eine posttraumatische Läsion der Rotatorenmanschette bestünden. Daran vermag dessen gleichentags ergänzte - und von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ als zutreffend erachtete (AB 80) - Beurteilung (AB 10) nichts zu ändern, hielt doch der Radiologe auch hier keine traumatisch bedingte intramurale Rotatorenmanschettenläsion fest. Diesbezüglich hat Dr. med. D.\_\_\_\_\_ weiter schlüssig aufgezeigt, dass sich im Vergleich mit den MRT-Aufnahmen vom 29. Juni 2012 (AB 74 f.) ein nur wenig veränderter Befund mit einer lediglich leichten Progredienz der Tendinopathie in der Supraspinatussehne und einer weiterhin leicht tendinotischen langen Bizepssehne zeige, allerdings ohne Hinweis auf eine neue relevante strukturelle Schädigung, die potentiell traumatischen Ursprungs sein könnte (AB 78). Die beratenden Ärzte gelangten nachvollziehbar und überzeugend zum Schluss, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die seit mindestens 2012 bekannten und im Verlauf progredienten chronischen degenerativen Veränderungen der Supraspinatussehne, der langen Bizepssehne und des AC-Gelenks mit einem konsekutiven symptomatischen subakromialen Impingement der Schulter rechts für das Beschwerdebild ursächlich gewesen seien (AB 52 f. Ziff. 2, AB 80) und der morphologische Status quo sine spätestens im Zeitpunkt der Bildgebung vom 16. Januar 2020 erreicht gewesen sei (AB 53 Ziff. 2, AB 80).

**4.4.2** Daran vermögen die Berichte des Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 27. Dezember 2019, 5. Februar 2020, 3. Juni 2020, 22. Juni 2020 und 13. August 2020 (AB 5 f., 12, 21, 34 f., 68 f.) nichts zu ändern. Soweit dieser seine Ansicht, die Partialläsion der Supraspinatussehne sei traumatisch bedingt, hauptsächlich mit der (erst acht Monate nach dem Unfall erstellten) Bildgebung der rechten Schulter vom 16. Januar 2020 (AB 7 f., 10) begründet, kann ihm nicht gefolgt werden. Wie bereits dargelegt, finden sich gemäss der schlüssigen Beurteilung der beratenden Ärzte (AB 52 Ziff. 1, AB 79 f.) in den besagten MRT-Aufnahmen keine Anhaltspunkte

für eine traumatisch bedingte Läsion, vielmehr besteht gestützt auf die MRT-Untersuchungen vom 29. Juni 2012 und 16. Januar 2020 (AB 7 f., 10, 74 f.) und die intraoperativen Erkenntnisse des Eingriffs vom 22. Juni 2020 (AB 34) ein degenerativer Vorzustand (eine ausgeprägte tendinotische Veränderung, eine Bizepssehnentendinitis, ein AC-Gelenk mit einem konsekutiven symptomatischen subakromialen Impingement). Dr. med. H.\_\_\_\_\_ begründete insbesondere nicht, weshalb er trotz den dokumentierten, zum Teil ausgeprägten degenerativen Veränderungen der rechten Schulter auf eine traumatische Ursache der Partialläsion der Supraspinatussehne schloss. Die rein anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin genügen - wie Dr. med. D.\_\_\_\_\_ nachvollziehbar dargelegt hat (AB 79) - nicht, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine traumatisch bedingte Supraspinatussehnenläsion zu schliessen. Soweit sich Dr. med. H.\_\_\_\_\_ diesbezüglich auf eine vor dem 21. April 2019 bestehende Schmerzfreiheit der Beschwerdeführerin beruft (AB 68), handelt es sich um eine beweisrechtlich unzulässige Argumentation nach der Formel "post hoc ergo propter hoc", welche zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen vermag (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2). Schliesslich vermag der Umstand allein, dass der behandelnde Facharzt eine abweichende Meinung äussert, nicht immer Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben (vgl. Beschwerde, S. 5 Art. 5); anders würde es sich verhalten, wenn der behandelnde Arzt konkrete, objektiv fassbare Aspekte benennen würde, welche den beratenden Ärzten entgangen wären oder mit denen sie sich nicht befasst hätten, was vorliegend allerdings nicht der Fall ist.

**4.5** Nach dem Gesagten bestehen keine auch nur geringen Zweifel an den Aktenbeurteilungen der beratenden Ärzte PD Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 25. Juni und 16. Juli 2020 (AB 36, 52 f.) sowie Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 12. September 2020 (AB 77 bis 80), weshalb gestützt darauf mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen ist, dass der Unfall vom 21. April 2019 zu keinen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellbaren, traumatisch bedingten strukturellen Verletzungen in der rechten Schulter in Form der festgestellten kleinen intramuralen Rotatorenmanschettenläsion bzw. Partialläsion der Supraspinatussehne (AB 10) geführt hat, sondern lediglich zu einer direkten Kontusion der rechten Schulter, deren Folgen

nach wenigen Wochen bis Monaten ohne objektivierbare Residuen abgeheilt gewesen waren (AB 80 Ziff. 1). Der Status quo sine war spätestens im Zeitpunkt der Bildgebung vom 16. Januar 2020 erreicht gewesen (AB 53 Ziff. 2, AB 80 Ziff. 1), womit ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 21. April 2019 und den über den 16. Januar 2020 hinaus geklagten Schulterbeschwerden rechts mangels der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verneinen ist.

**4.6** Abschliessend bleibt festzuhalten, dass sich am Ergebnis auch unter Berücksichtigung der Leistungspflicht für unfallähnliche Körperschädigungen (Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG: Sehnenriss) nichts ändern würde (vgl. Beschwerde, S. 3 Art. 2). Denn auch bei diesen ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Gesundheitsschaden und dem geltend gemachten Ereignis Leistungsvoraussetzung (vgl. dazu BGE 146 V 51 E. 9.2 S. 71). Ein solcher ist vorliegend aber nicht ausgewiesen, sind doch die nach dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch geklagten Beschwerden Folge eines krankhaften, degenerativen Vorzustandes, wie er sich auch ohne das vorliegend zu beurteilende Ereignis ergeben hätte (vgl. E. 4.5 hiervor).

## **5.**

Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 30. September 2020 (AB 81 bis 89) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

## **6.**

**6.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 82a ATSG) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**6.2** Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - Visana Versicherungen AG, Leistungszentrum UVG
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.