

200 21 34 UV  
FUE/LUB/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 30. Juli 2021**

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Jakob  
Gerichtsschreiber Lüthi

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

gegen

**HDI Global SE**  
Niederlassung Schweiz, Postfach, 8034 Zürich  
vertreten durch C. \_\_\_\_\_ Rechtsanwälte, Rechtsanwalt D. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 26. November 2020 (Schaden-Nr. 01-  
323-15470-19-1)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1952 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war seit Januar 2013 bei der E. \_\_\_\_\_ AG als ... angestellt und dadurch bei der HDI Global SE (HDI bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert. Gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 16. Juli 2019 sei die Versicherte am 8. Juli 2019 auf einer Bergwanderung nach vorne gestürzt, sie habe sich abdrehen können und sei direkt auf die rechte Schulter gestürzt; es liege eine Rotatorenmanschettenruptur vor (Akten der HDI [act. II] K1). Im Fragebogen vom 26. August 2019 gab die Versicherte weiter an, sie sei auf der Wanderung von ... nach ... über eine Baumwurzel gestolpert und bergab nach vorne rechts auf die Schulter gefallen (act. II K5). Die HDI gewährte im Zusammenhang mit diesem Ereignis die gesetzlichen Leistungen in Form von Heilbehandlung. Mit formlosem Schreiben vom 21. November 2019 (act. II K12) teilte sie der Versicherten gestützt auf eine Beurteilung ihres beratenden Arztes (act. II M5) mit, die ab dem 8. November 2019 geklagten Beschwerden stünden nicht mehr in Zusammenhang mit dem erwähnten Ereignis; die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung würden per 8. November 2019 eingestellt. Nachdem sich die Versicherte hiermit nicht einverstanden erklärt hatte (act. II K19 f.), stellte die HDI nach weiterer Beurteilung ihres beratenden Arztes (act. II M8) mit Verfügung vom 24. Januar 2020 (act. II K26) die Versicherungsleistungen per 8. November 2019 ein. Daran hielt sie auf Einsprache der Versicherten hin (act. II K29) und erneuter Beurteilung durch den beratenden Arzt (act. II M13) mit Entscheid vom 26. November 2020 (act. II K33) fest.

### **B.**

Mit Eingabe vom 11. Januar 2021 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Beschwerde. Sie beantragte, der Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 26. November 2020 sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Versicherungsleistungen nach UVG auszurichten;

eventualiter sei der Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 26. November 2020 aufzuheben und die Akten seien zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Eingabe vom 12. Mai 2021 schloss die Beschwerdegegnerin, vertreten durch C.\_\_\_\_\_ Rechtsanwälte, Rechtsanwalt D.\_\_\_\_\_, auf 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 26. November 2020 (act. II K33). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin aufgrund des Ereignisses vom 8. Juli 2019 über den 8. November 2019 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat.

**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** 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).

**2.2** 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).

**2.3** 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 entfiel ("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).

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 Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser 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).

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 leistungs begründende 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 blosser 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 leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

**2.4** Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen

und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### 3.

**3.1** Es ist zu Recht unbestritten, dass das Ereignis vom 8. Juli 2019, bei dem die Beschwerdeführerin auf einer Bergwanderung von ... nach ... stolperte, nach vorne stürzte, sich abdrehen konnte und auf die rechte Schulter fiel (act. II K1, K5, K29), die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiavor) erfüllt (vgl. Beschwerdeantwort S. 9 Rz. 31), und dass die Beschwerdeführerin hernach unter Schulterbeschwerden rechts litt. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht anerkannt und die gesetzlichen Leistungen bis zum 8. November 2019 erbracht. Damit hat die Beschwerdegegnerin das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – insbesondere die leistungsbegründende natürliche Unfallkausalität – anerkannt (vgl. Entscheid des BGer vom 1. Februar 2011, 8C\_895/2010, E. 5.1), womit die Beweislast für das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs bei ihr liegt (vgl. E. 2.3 hiavor).

**3.2** In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.2.1** Im Bericht vom 9. Februar 2017 (act. II M2) diagnostizierte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, eine Supraspinatussehnenruptur rechts mit/bei sonographischer Degeneration der Supraspinatussehne am anterioren Ansatz im Sinne einer transmuralen Teilruptur, intratendinöse Verkalkungen und Zyste am Sehnenansatz. Nach der Infiltration seien die Schulterschmerzen regredient, träten aber immer noch bei gewissen Positionen auf, insbesondere bei Haltepositionen. Die Zyste habe sich sonographisch zurückgebildet. Es imponiere weiterhin die Teilruptur im vorderen Sehnenabschnitt der Supraspinatussehne. Grundsätzlich wäre bei diesem Befund ein rekonstruktives Vorgehen gut möglich, alternativ könne zuerst eine zentrierte Therapie die Beschwerden weiter reduzieren helfen.

**3.2.2** In der von ihrem ..., Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, verfassten Krankengeschichte der Beschwerdeführerin wurde am 14. Juli 2019 eingetragen, sie sei auf einer Bergwanderung am 8. Juli 2019 vermutlich direkt auf die rechte Schulter gestürzt. Sofort seien Schmerzen im Oberarm aufgetreten und es sei unmöglich gewesen den Arm zu abduzieren (subjektiv). Die Abduktion und die Aussenrotation seien unmöglich. Der Arm könne nach passiver Elevation oben gehalten werden. Der "Lift-off-Test" sei normal. Es bestehe weder ein Stauchungsschmerz noch ein Frakturverdacht (objektiv). Es liege eine Rotatorenmanschettenruptur vor (Analyse; Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 2). Diese Angaben wurden im Arztzeugnis UVG vom 14. August 2019 (act. II M1) bestätigt und zusätzlich wurde eine Dolenz am M. Deltoideus erwähnt.

**3.2.3** Das MR Schulter rechts vom 30. August 2019 und die Schultergelenk-Arthrographie zum MR desselben Tages (act. II M3) zeigten eine deformierende Arthrose des rechten AC-Gelenks, eine Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne sowie eine Partialruptur der Subscapularissehne rechts mit Zeichen der dorsalen Instabilität des Humeruskopfes und eine Omarthrose.

**3.2.4** In der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 1. Oktober 2019 (act. II M5) führte der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, der Nachweis einer Rotatorenmanschettenruptur nach einem Trauma beweise keine Unfallkausalität, so sei es wissenschaftlich erwiesen, dass diese sowohl traumatisch als auch degenerativ aufträten (S. 3). Bei der Beschwerdeführerin liege ein direktes Anpralltrauma vor. Geforderte objektivierbare strukturelle traumatische Läsionen an vorgelagerten Strukturen seien nicht dokumentiert worden. Bereits 2017 sei eine Teilruptur am Supraspinatus sonographisch nachgewiesen worden. Es handle sich hier überwiegend um einen schicksalsmässigen Verlauf von degenerativen Veränderungen. Es liege kein geeignetes Ereignis vor für das Zuziehen einer Rotatorenmanschettenruptur (S. 4). Eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur könne einerseits im Rahmen einer Schulterluxation und andererseits durch eine exzentrische Belastung der Rotatorenmanschette entstehen. Dagegen reisse die Rotatorenmanschette weder bei einem Sturz auf den ausge-

streckten Arm noch bei einer Anspannung des Arms oder bei einer Stauchung des Oberarmkopfes, bei der diese an der Unterfläche des Schulterdachs gedrückt werde. Auch gefordert sei der sofortige weitgehende Funktionsverlust der Schulter (S. 4). Es lägen zwar Bewegungseinschränkungen und Beschwerden vor, jedoch könne nicht von einem sofortigen Funktionsverlust gesprochen werden. Es lägen in der Bildgebung bereits eine AC-Gelenksarthrose sowie eine beginnende Omarthrose vor. Auch zeigten sich wesentliche Retraktionen und fettige Degenerationen beidseits zeitnah zum Ereignis. Auch das Alter der Beschwerdeführerin spreche für eine degenerative Schulter. Es könne folglich kein Dauerschaden oder gar eine richtunggebende Verschlechterung geltend gemacht werden, sondern maximal eine vorübergehende Verschlimmerung. Der Status quo sine sei hier spätestens vier Monate nach dem Ereignis festzusetzen (S. 5).

**3.2.5** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht des Kantonsspitals J. \_\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2019 (act. II M6) eine Impingement-Symptomatik und persistierend mangelnde dynamische Kopfbzentrierung bei posterosuperiorer Rotatorenmanschettenruptur rechts, dominant.

**3.2.6** In der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 13. Januar 2020 (act. II M8) führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin weise keine Begleitverletzung auf. Die starken Schmerzen sprächen nicht gegen eine Kontusion und auch nicht zwingend für eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur. Es sei bekannt, dass Kontusionen in den ersten Stunden sehr schmerzhaft sein könnten. Bei ihr liege keine traumatische Rotatorenmanschettenruptur vor, sondern ein degenerativer Vorzustand (S. 3). Folglich sei korrekt, wenn kontusionsbedingte Beschwerden gemäss Lehrmeinung innert sechs Wochen folgenlos abheilen, aufgrund des Sachverhalts, dass ein degenerativer Vorzustand bestanden habe, eine längere Heildauer anerkannt werden müsse. Jedoch spätestens nach drei bis vier Monaten, bei der Beschwerdeführerin nach vier Monaten nach dem Ereignis, müsse der Status quo sine festgesetzt werden. Die Persistenz von Beschwerden sei nicht mit Kontusionen erklärt, sondern mit den degenerativen Veränderungen. Gefordert seien bei einer Kontusion relevante

objektivierbare strukturelle traumatische Läsionen an vorgelagerten Strukturen, was nicht der Fall sei. Bei indirekten Mechanismen sei entweder die Schulterluxation oder bei Fixierung bzw. muskulärer Anspannung der Rotatorenmanschette eine überfallartige sofortige Zugbeanspruchung einzelner Sehnen der Rotatorenmanschette gefordert. Ein solcher Ereignismechanismus liege bei der Beschwerdeführerin ebenfalls nicht vor. Auch habe sie bereits 2017 degenerative Veränderungen aufgewiesen sowie aktuell bereits eine beginnende Omarthrose und eine deutliche AC-Gelenksarthrose. Auch zeige die bildgebende Untersuchung bereits Retraktionen und fettige Degenerationen. Bei Durchführung der Bildgebung zeitnah zum Ereignis sei dies ebenfalls ein Hinweis für einen relevanten Vorzustand (S. 4).

**3.2.7** Dr. med. I. \_\_\_\_\_ hielt in der Stellungnahme vom 16. Januar 2020 (act. II M11) fest, dass die Zeitperiode des auf vier Monate angesetzten Status quo sine willkürlich erscheine. Es sei bekannt, dass die konservative Behandlung von Rotatorenmanschettenläsionen zeitintensiver sei. Partiailläsionen, wie sie bei der Beschwerdeführerin 2017 sonographisch nachgewiesen worden seien, und isolierte, transmurale Supraspinatusrupturen seien oft asymptomatisch. Der schicksalsmässige Verlauf einer solchen Erkrankung bleibe demgemäss auch über mehrere Jahre asymptomatisch. Ein schmerzfreier resp. ein beschwerdearmer Zustand dürfe also erwartet werden. Dies sei nicht eingetreten, somit könne davon ausgegangen werden, dass es beim Trauma zu einer Grössenzunahme der Rotatorenmanschettenruptur gekommen sei. Ein schmerzfreier bzw. ein beschwerdearmer Zustand habe bei der posttraumatischen Rupturgrösse resp. -form trotz intensiv geführter Physiotherapie nicht erreicht werden können. Die Kausalität sei also mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben. Der dokumentierte direkte Anprall der rechten Schulter schliesse eine forcierte, exzentrische Belastung der Rotatorenmanschette nicht aus. Es werde angenommen, dass es bei einem direkten Anpralltrauma oder beim Sturz auf den nach vorne ausgestreckten Arm nicht zu unphysiologischen Belastungen der Rotatorenmanschette komme (S. 1). Bei professionellen Rugby-Spielern sei hingegen nach Videoanalysen des Unfallmechanismus der Sturz auf den nach vorne ausgestreckten Arm als häufigste Ursache einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur beschrieben worden (S. 2).

**3.2.8** In der Stellungnahme vom 15. Februar 2020 (act. II M12) hielt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ als Diagnosen eine Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne, partielle Ruptur der Subscapularissehne rechts am 8. Juli 2019 fest (S. 2). Da nicht die geringste Kopfverletzung vorgelegen habe, dürfe angenommen werden, dass der rechte Arm mit angewinkeltem Ellenbogen reflexartig gehoben worden sei, um den Kopf zu schützen. Der Sturz sei dann wohl auf die rechte Schulter erfolgt. Bei angelegtem Arm wäre eine Kopfverletzung bei einem Sturz nach vorne unten unvermeidlich. Zudem käme es in einem solchen Fall eher zu einer Verletzung im Schultergürtel insbesondere AC-Gelenk. Dieses sei schmerzfrei geblieben. Der vorher voll und schmerzfrei bewegliche Arm habe nicht mehr gehoben und aussenrotiert werden können (S. 1). Die Rotatorenmanschettenruptur sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit und für ihn zu 100 % auf den erwähnten Sturz zurückzuführen. Aus welchem Grund Dr. med. H. \_\_\_\_\_ den sofortigen Funktionsverlust negiere, bleibe schleierhaft. Auch dass keine Begleitverletzungen vorgelegen hätten, sei eine unbewiesene Behauptung. Dass im fast acht Wochen nach dem Unfall durchgeführten MRI keine solchen beschrieben worden seien, spreche nicht dagegen. Immerhin bestehe neu eine dorsale Instabilität. Eher zynisch sei die Behauptung, der Status quo sine sei erreicht. Ein solcher lasse sich bei der vorliegenden Verletzung gar nicht erreichen, da diese nicht heilen könne (S. 2).

**3.2.9** Der beratende Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ legte in der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 31. März 2020 (act. II M13) dar, auch der im Einspracheverfahren eingebrachte indirekte Ereignismechanismus sei nicht geeignet für das Zuziehen einer Rotatorenmanschette (S. 4 f.). Bei einem Sturz auf die Hand oder Ellbogen könne dann eine Rotatorenmanschettenruptur auftreten, wenn eine Schulterluxation verursacht werde, was nicht der Fall gewesen sei (S. 5). Es sei korrekt, dass eine Bewegungseinschränkung anerkannt werde, jedoch bedürfe es für eine frische traumatische Rotatorenmanschettenruptur den sofortigen Funktionsverlust im Sinne einer sogenannten Pseudoparalyse. Beschwerden und Bewegungseinschränkungen reichten nicht aus. In der Erstuntersuchung seien in der klinischen Untersuchung an vorgelagerten Strukturen keine objektivierbaren strukturellen Läsionen der Haut, Unterhaut nachgewiesen worden. Es sei nicht nachvollziehbar, dass eine nur nachgelagerte Struktur

bei direktem Ereignismechanismus primär verletzt werde, während der Kraft- (S. 6) resp. Gewalteinwirkung vorgelagerte Strukturen keine strukturellen traumatischen Läsionen aufwiesen. Es könne maximal eine vorübergehende Verschlimmerung anerkannt werden. Kontusionen heilten gemäss gutachterlicher Lehrmeinung innert Tagen bis Wochen folgenlos ab, folglich sei es korrekt und angemessen hier den Status quo sine vier Monate nach dem Ereignis festzusetzen. Bereits 2017 hätten Schulterschmerzen vorgelegen, mit Nachweis einer Teilruptur an der Supraspinatussehne. Es sei also wahrscheinlicher, dass es sich um einen schicksalsmässigen Verlauf einer Rotatorenmanschettenruptur gehandelt habe, welche durch den Sturz symptomatisch geworden sei. Auch müsse beachtet werden, dass in der MRI-Untersuchung vom 30. August 2019 bereits zweitgradige bis sogar drittgradige fettige Infiltrationen bestanden hätten. Dies zeige, dass es sich um eine längerdauernde vorangehende Pathologie gehandelt habe. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ gehe nun mit dem Auftreten von Beschwerden davon aus, dass die 2017 nachgewiesene Teilruptur durch ein Trauma vergrössert worden sei. Dies sei eine reine Hypothese und lasse sich nicht beweisen. Auch verkenne dieser, dass auch degenerative Rotatorenmanschettenrupturen symptomatisch werden könnten (S. 9).

**3.2.10** Am 5. September 2020 hielt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ gegenüber der Beschwerdegegnerin fest, der Fall seiner ... sei ganz klassisch mit sofortigem Funktionsausfall nach erheblichem Trauma. Eine Fraktur habe klinisch weitgehend ausgeschlossen werden können. Es mache den Anschein, dass Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vorerst einen Standardbrief verfasst habe, ohne seinen Arztbericht wirklich gelesen zu haben. Auch mache dieser sich nicht die Mühe, sich über den Verlauf zu informieren, sondern habe "aus dem hohlen Bauch" entschieden, wann die Verletzung abgeheilt resp. der Status quo sine erreicht sein müsse. Ein solcher könne gar nicht eintreten, denn der Funktionsverlust sei unwiderruflich. Und auch nach dem angeblichen Heilungsdatum sei es zu einer weiteren Funktionsverbesserung gekommen (act. II M14).

**3.2.11** Im beschwerdeweise eingereichten Bericht des Spitals K. \_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2020 über die MR Schulter rechts und die Schultergelenk-Arthrographie zum MR vom 30. August 2019 (act. I 5) rapportierte

Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, es bestehe ein Nebeneinander von frischen und chronischen Läsionen am rechten Schultergelenk mit einer daraus resultierenden dorsalen Instabilität des Humeruskopfes. Es zeige sich eine ältere Ruptur der Infraspinatussehne mit konsekutiver, fortgeschrittener Muskelatrophie bei Arthrose des rechten AC-Gelenks, eine frische Pulleyläsion, eine myseale Verletzung des M. subscapularis und ein frischer Einriss der Supraspinatussehne. Auch die geringere Ausprägung der Muskelatrophie deute auf eine aktuelle und nicht auf eine chronische Verletzung (wie bei der Infraspinatussehne) hin. Aktuell bestehe eine SLAP-II-Läsion und eine Ruptur des Ligamentum glenohumerales medius.

**3.2.12** In der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens verfassten versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 4. Mai 2021 (act. II M15) führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ aus, Dr. med. L. \_\_\_\_\_ bestätige, dass bereits relevante Degenerationen vorgelegen hätten. Der Nachweis von frischen Veränderungen beweise eine traumatische Ursache nicht, denn bei einem Prozess von Degenerationen lägen frische und ältere Läsionen vor. Es seien in der Bildgebung keine spezifisch traumatischen Befunde wie Hämatome, Bone Bruise oder Frakturen vorhanden. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ habe eine Impingementsymptomatik und persistierend mangelnde dynamische Kopfbzentrierung bei posterosuperiorer Rotatorenmanschettenruptur an der rechten dominanten Schulter beurteilt. Das Engpasssyndrom sei ein degeneratives Leiden (S. 4). Auch mit dem plötzlichen Funktionsverlust bei vorgängiger Beschwerdefreiheit eine traumatische Ursache beweisen zu wollen, gelinge nicht. So führten Kontusionen und Distorsionen zu akuten erheblichen Beschwerden, wenn sie auf vorgeschädigte Strukturen träfen (S. 5). Die Bildgebung habe ausschliesslich degenerative Veränderungen bestätigt, welche jedoch ereignisbedingt aktiviert worden seien, sodass eine vorübergehende Unfallkausalität akzeptiert werden müsse (Heildauer von drei bis vier Monaten; S. 6).

**3.3** 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). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

### **3.4**

**3.4.1** Vorab ist in tatsächlicher Hinsicht festzustellen, dass hinsichtlich des Geschehensablaufs vom 8. Juli 2019 mit der Beschwerdegegnerin auf die mehrfach und deckungsgleich sowie zeitnahe zum Ereignis geschilderte Aussage abzustellen ist, wonach die Beschwerdeführerin direkt auf die rechte Schulter gefallen sei (act. II K1, K5, M1 und act. I 2). Diese sogenannte spontane "Aussagen der ersten Stunde" ist in der Regel unbefangener und zuverlässiger als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 143 V 168 E. 5.2.2 S. 174, 121 V 45 E. 2a S. 47), weshalb sie höher zu gewichten ist als spätere Vorbringen. Zudem stehen die erst viel später geltend gemachten Abläufe – Sturz zunächst auf den angewinkelten Ellenbogen (act. II M12) sowie Abfangen des Sturzes zunächst mit (bis zur Beschwerdeerhebung nicht erwähnten) Teleskop- bzw. Bergwanderstöcken (Beschwerde S. 9 und act. I 3) – mit der ursprünglichen Aussage in nicht auflösbarem Widerspruch und überzeugen nicht. Daran vermag die mit Beschwerde eingereichte Bestätigung von ... über den Stockgebrauch auf gemeinsamen Wanderungen bzw. "Outdoor-Aktivitäten" (act. I 3) nichts zu ändern, ergeben sich daraus doch keine konkreten Hinweise über den Ereignisablauf vom 8. Juli 2019. Auch schliesst die Verwendung von Stöcken einen direkten Aufprall auf die Schulter nicht aus bzw. lässt nicht einzig den Schluss zu, der Sturz sei auf den (nach vorne) ausgestreckten Arm erfolgt. Das gleiche gilt hinsichtlich

des mittels beschwerdeweise eingereichten Kartenausschnitts geltend gemachten steilen Gelände. Bereits aus diesem Grund ist auf die von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ ins Feld geführte Studie an Rugbyspielern (act. II M11; Beschwerde S. 10 oben) nicht weiter einzugehen. Diese analysierte gemäss dem behandelnden Arzt als Unfallmechanismus einen Sturz auf den nach vorne ausgestreckten Arm, welcher vorliegend, wie dargelegt, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429) erstellt ist.

Indes misst das Bundesgericht zur Beurteilung der Unfallkausalität dem Kriterium des Unfallmechanismus – aufgrund medizinischer Kontroversen – keine übergeordnete Bedeutung mehr bei. Vielmehr geht es nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung darum, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprechen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen. Dabei gilt es etwa die bildgebenden Befunde, die Vorgeschichte, den Unfallhergang, den Primärbefund und den Verlauf zu berücksichtigen (Entscheid des BGer vom 15. April 2021, 8C\_672/2020, E. 4.1.3).

**3.4.2** Die zur Frage nach der natürlichen Kausalität der geklagten rechtsseitigen Schulterbeschwerden verfassten Aktenbeurteilungen des Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2019 (act. II M5), 13. Januar (act. II M8) und 31. März 2020 (act. II M13) sowie vom 4. Mai 2021 (act. II M15) erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an eine medizinische Aktenstellungnahme und erbringen vollen Beweis. Dass der Facharzt auf eine klinische Exploration der Beschwerdeführerin verzichtete, ist nicht zu beanstanden, konnte er sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen. Zudem kann insbesondere die Kausalität im Rahmen eines Aktenberichts erörtert werden (vgl. Entscheid des BGer vom 9. November 2011, 8C\_383/2011, E. 4.2). Dr. med. H. \_\_\_\_\_ hat sich einlässlich mit den Unterlagen, die Aufschluss über den Geschehensablauf geben, sowie den klinisch und bildgebend festgestellten Befunden auseinandergesetzt und unter Bezugnahme auf die medizinische Literatur schlüssig dargelegt, dass das geschilderte Ereignis – ein direkter Sturz auf die rechte Schulter – mangels Schulterluxation bzw.

einem Mechanismus, bei dem die vorgespannte Sehne einem plötzlichen und starken Zug ausgesetzt sei, nicht geeignet ist, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen (act. II M5 S. 4). Dies selbst dann nicht, wenn von einem Sturz zunächst auf den Ellenbogen auszugehen wäre (act. II M13 S. 4 oben). Anzuführen bleibt, dass sich diese überzeugenden Schlussfolgerungen auf den konkret zu beurteilenden Einzelfall beziehen und nicht die kontroverse Frage betrifft, ob ein direktes Schultertrauma generell geeignet ist, zu einer akuten bzw. traumatischen Rotatorenmanschettenruptur zu führen (vgl. dazu Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie [Swiss Orthopaedics] an das Bundesgericht vom 1. Oktober 2020 [abrufbar unter <[www.swissorthopaedics.ch](http://www.swissorthopaedics.ch)>, Rubrik: Für die Fachwelt/Kommissionen und Expertengruppen/Empfehlungen und Publikationen]; Urteile des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 9. April 2021, UV/2020/899, E. 3.5, vom 21. April 2021, UV/2021/33, E. 3.3.4, sowie vom 12. April 2021, UV/2020/878, E. 3.4).

Weiter hat der beratende Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar dargelegt, dass bei der Beschwerdeführerin ein relevanter Vorzustand an der rechten Schulter bereits im Februar 2017 im Sinne einer sonographisch nachgewiesenen Supraspinatussehnenriss rechts und in der Bildgebung bereits eine AC-Gelenksarthrose sowie eine beginnende Omarthrose vorlagen sowie dass die Beurteilung der Radiologin Dr. med. L. \_\_\_\_\_ das Vorhandensein von degenerativen Veränderungen – bereits fortgeschrittene Muskelatrophie, insbesondere am Infraspinatus und fettige Atrophie des Musculus supraspinatus – bestätigte (act. II M5 S. 3 ff., M8 S. 4, M15 S. 2 f.). Entgegen Dr. med. L. \_\_\_\_\_ sei von einer frischen Läsion nicht automatisch auf eine traumatische Läsion zu schliessen. Der MRI-Befund bestätige denn auch, dass jegliche Hinweise für eine spezifisch traumatische Läsion fehlten, wurden weder ein Hämatom, noch eine Fraktur, noch eine Mitbeteiligung des Knochens in Form eines Bone Bruise als Hinweis auf eine relevante Krafteinwirkung auf die Rotatorenmanschette, noch eine Blutung festgestellt (act. II M15 S. 3 f.). Ferner sei nicht nachvollziehbar, dass eine in der Tiefe gelegene geschützte Struktur primär verletzt werde, wenn vorgelagerte Strukturen keine Schäden aufwiesen (act. II M8 S. 3 f., M15 S. 4). Diese Ausführungen überzeugen. Einleuchtend und

schlüssig ist auch seine Beurteilung, wonach erhebliche Beschwerden und eine (allfällige; vgl. act. II M13 S. 6) Funktionseinbusse (Beschwerde S. 10) keine spezifisch traumatischen Symptome seien, weil Kontusionen und Distorsionen zu akuten erheblichen Beschwerden führten, wenn sie – wie hier – auf vorgeschädigte Strukturen träfen (act. II M8 S. 3, M15 S. 6). Ausserdem war anlässlich der noch am Ereignisort durch Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vorgenommenen Erstbehandlung der "Lift-Off-Test" normal bzw. unauffällig und die Beschwerdeführerin konnte den Arm nach passiver Elevation oben halten (act. I 2, act. II M1), womit (echtzeitlich) auch nicht von einem sofortigen vollständigen Funktionsverlust des rechten Schultergelenks ausgegangen werden kann (Beschwerde S. 10). Soweit sich Dr. med. G. \_\_\_\_\_ auf eine vor dem 8. Juli 2019 bestehende Schmerzfreiheit der Beschwerdeführerin beruft ("vorher voll und schmerzfrei bewegliche Arm"; act. II M12 S. 1), 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).

Was den Einwand anbelangt, Begleitverletzungen seien von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ nicht berücksichtigt worden (Beschwerde S. 10 Mitte), ist mit der Beschwerdegegnerin zunächst festzuhalten, dass die vom 10. Dezember 2020 datierende Neubeurteilung der Dr. med. L. \_\_\_\_\_ der MR Schulter rechts und der Schultergelenk Arthrographie zum MR je vom 30. August 2019 (act. I 5) erst nach Erlass des Einspracheentscheides vom 26. November 2020 (act. II K33) eingeholt wurde und folglich von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ im Rahmen der bis dahin verfassten versicherungsmedizinischen Stellungnahmen nicht berücksichtigt werden konnte (Beschwerdeantwort S. 22 Ziff. 66). Trotzdem ergeben sich daraus keine konkreten Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der bisherigen Stellungnahmen des beratenden Arztes sprechen. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ erläuterte in der im Beschwerdeverfahren eingeholten Stellungnahme vom 4. Mai 2021 (act. II M15) nachvollziehbar, dass es sich bei der Degeneration um einen dynamischen Prozess handelt, sodass nebst älteren degenerativen Schäden auch frische Degenerationen vorlägen. Frisch in bildgebender Untersuchung dürfe nicht automatisch als traumatisch anerkannt werden (act. II M15 S. 3). Wie zuvor erwähnt, offenbarte die MRI-Untersuchung

keine spezifisch traumatischen Läsionen. Selbst der frische Einriss an der Supraspinatussehne zeigte bereits eine geringe Ausprägung der Muskelatrophie (act. II M15 S. 3). Auch handelt es sich bei der frischen SLAP-II-Läsion sowie der Ruptur des Ligamentum glenohumerale medius nicht um spezifisch traumatische Befunde. Hierfür müssten Zeichen einer Schulterluxation bestehen, welche sowohl anamnestisch, klinisch sowie bildgebend nicht vorlagen (act. II M15 S. 4 oben). Damit kann die Beschwerdeführerin auch nichts mit dem Verweis auf die Webseite der zur Hirslanden-Gruppe gehörenden "Klinik im Park", wonach eine SLAP-Läsion typischerweise durch einen Sturz mit Auffangbewegung (z.B. von einer Leiter) geschehe, zu ihren Gunsten ableiten (Beschwerde S. 10 unten). Hinzu kommt, dass vorliegend gerade keine mit einer Auffangbewegung infolge Sturz von einer Leiter vergleichbare Kraftereinwirkung auf das rechte Schultergelenk (exzentrische Belastung der Rotatorenmanschette) ausgewiesen ist (vgl. E. 3.4.1 hiavor).

**3.5** Nach dem Gesagten kann auf die Berichte des Dr. med. H.\_\_\_\_\_ abgestellt werden. Die Beschwerdeführerin bringt nichts vor, was daran auch nur geringe Zweifel zu begründen vermöchte. Folglich ist unter Berücksichtigung des erheblichen pathologischen Vorzustands, des Alters der Beschwerdeführerin, der vorwiegend degenerativen Ursache der Rotatorenmanschettenruptur, des Unfallhergangs sowie der bildgebenden Befunde, anhand derer Hinweise für eine spezifisch traumatische Läsion ausgeschlossen wurden, davon auszugehen, dass es durch den Unfall (lediglich) zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes gekommen ist und der Status quo sine spätestens vier Monate danach eingetreten ist, d.h. am 8. November 2019. Die danach fortbestehenden Beschwerden sind dem Umstand geschuldet, dass bei der Beschwerdeführerin bereits erhebliche Degenerationen vorlagen (act. II M15 S. 6 ff.).

Der Sachverhalt ist somit entgegen der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 11) hinreichend abgeklärt und weitere Beweismassnahmen sind entbehrlich.

**3.6** Zusammenfassend ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. November 2020 (act. II K33) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 <sup>f</sup>bis ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**4.2** Bei diesem Verfahrensausgang hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als mit der Durchführung der obligatorischen Unfallversicherung beauftragte Versicherung ebenfalls keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung.

#### **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
  - Rechtsanwalt D. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdegegnerin
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**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.