

200 21 547 UV
FUE/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Februar 2022

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch **B.** _____
Beschwerdeführerin

gegen

Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG
Direktion Bern, Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 17. Juni 2021



Sachverhalt:

A.

Die 1958 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend Mobiliar oder Beschwerdegegnerin) obligatorisch nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) versichert, als sie gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 5. November 2019 am 9. Oktober 2019 bei der beruflichen Tätigkeit ausrutschte und auf die linke Schulter fiel (Akten der Mobiliar [act. II] UM1, K2). Am 18. März 2020 (act. II M8) unterzog sich die Versicherte einem operativen Eingriff an der linken Schulter. Am 23. März 2020 (act. II K26-27) anerkannte die Mobiliar gestützt auf die Aktenbeurteilung ihres beratenden Arztes Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 18. März 2020 (act. II M9) ihre initiale Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 9. Oktober 2019, verneinte jedoch eine Leistungspflicht über den 8. November 2019 hinaus, da spätestens zu diesem Zeitpunkt der Status quo ante vel sine eingetreten sei. Diesen Entscheid bestätigte die Mobiliar nach Einholen einer weiteren Aktenbeurteilung von Dr. med. C._____ vom 16. April 2020 (act. II M12) mit Verfügung vom 20. April 2020 (act. II K30-31). Die von der Versicherten dagegen erhobene Einsprache (act. II K32-35, K39-43, K58-59) hiess die Mobiliar nach Einholen einer Aktenbeurteilung von Dr. med. C._____ vom 23. September 2020 (act. II M15) sowie eines Aktengutachtens von Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 22. März 2021 (act. II M16) mit Entscheid vom 17. Juni 2021 (act. II K61-67) teilweise gut und stellte die UVG-Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 9. Oktober 2019 neu per 31. Januar 2020 ein.

B.

Mit Eingabe vom 26. Juli 2021 erhob die Versicherte, vertreten durch B._____, dagegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid vom 17 Juni 2021 sei aufzuheben.
2. Es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen für das Ereignis vom 9. Oktober 2019 bis zur vollständigen Genesung am 26. August 2020 zuzusprechen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit der Beschwerde ins Recht gelegt wurde eine Stellungnahme von PD Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik F._____, vom 19. Juli 2021 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3).

Mit Beschwerdeantwort vom 25. November 2021 schliesst die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf eine Stellungnahme von Dr. med. D._____ vom 4. Oktober 2021 (act. II M17) auf Abweisung der Beschwerde. Diese Eingabe samt Beilage wurde der Beschwerdeführerin am 30. November 2021 zugestellt.

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 unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG i.V.m. Art. 38 Abs. 4 lit. b 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 Anfechtungsgegenstand bildet der Einspracheentscheid vom 17. Juni 2021 (act. II K61-67). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung über den 31. Januar 2020 hinaus und dabei insbesondere, ob die geklagten Beschwerden noch kausal zum Ereignis vom 9. Oktober 2019 waren.

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 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

2.2.2 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).

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 147 V 161 E. 3.3 S. 163).

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

2.3 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 unter den Parteien unbestritten und aufgrund der Akten erstellt, dass das Ereignis vom 9. Oktober 2019, bei dem die Beschwerdeführerin nach dem ... des ... ausgerutscht und auf die linke Schulter gestürzt ist (act. II UM1, K2), einen Unfall im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 hiervor) darstellt (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 III. Ziff. 2 und 3) und dass die Beschwerdeführerin in der Folge unter Schulterbeschwerden litt, wobei die Erstkonsultation am 4. November 2019 (act. II M1) erfolgte. Diagnostiziert wurde am 8. November 2019 gestützt auf das gleichentags angefertigte MRI der linken Schulter eine rupturierte antero-superiore Hälfte der Supraspinatussehne, keine Retraktion sowie eine mässige AC-Glenksarthrose (act. II M2). Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht anerkannt (vgl. u.a. act. II K26) und die gesetzlichen UVG-Versicherungsleistungen bis zum 31. Januar 2020 erbracht (act. II K62). Folglich ist zu prüfen, ob die natürliche Kausalität zwischen den über den 31. Januar 2020 hinaus geklagten Beschwerden und dem Ereignis vom 9. Oktober 2019 weggefallen ist, wofür die Beweislast bei der Beschwerdegegnerin liegt (E. 2.2.2 hiervor). Nicht relevant ist hingegen die

von der Beschwerdeführerin aufgeworfene Frage, ob eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG vorliegt (vgl. Beschwerde S. 3 ff.). Falls die Annahme der Beschwerdegegnerin bestätigt werden könnte, dass die Ruptur der Supraspinatussehne links mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 9. Oktober 2019 zurückzuführen ist, auch nicht im Sinne einer Teilursache (Beschwerdeantwort S. 5 Ziff. 6), erübrigt sich – mangels Hinweis auf ein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache – die Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG (BGE 146 V 51 E. 9.2 S. 70 f.).

3.2 Was den natürlichen Kausalzusammenhang betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Dr. med. C. _____ diagnostizierte im Bericht vom 18. März 2020 (act. II M9) eine Kontusion des linken Armes und der linken Schulter (Ziff. 1). Als Vorzustände bestünden eine AC-Arthrose sowie ein enger Subacromialraum (Ziff. 2). Die gesundheitlichen Störungen gingen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 9. Oktober 2019 zurück (Ziff. 3). Der Status quo sine sei per 8. November 2019 erreicht worden (Ziff. 4).

3.2.2 Assistenzärztin G. _____ von der Klinik F. _____ verneinte im Schreiben vom 1. April 2020 (act. II M11) das Vorliegen eines degenerativ bedingten Vorschadens. Die Arthro-MRI-Aufnahmen der linken Schulter vom 8. November 2019 zeigten eine ausgeprägte Muskeltrophik ohne jegliche Verfettung oder Atrophie. Hinweise auf einen vorbestehenden Schaden seien somit nicht nachweisbar. Zudem seien seitens der Versicherten eine vorbestehende Beschwerdesymptomatik bezüglich des linken Schultergelenkes oder ein vorherig aufgetretenes Trauma mehrfach verneint worden.

3.2.3 Dr. med. C. _____ führte in der Aktenbeurteilung vom 16. April 2020 (act. II M12) aus, laut Bagatellunfallmeldung und Arztzeugnis sei die Versicherte auf nassem Untergrund ausgerutscht und auf die linke Schulter gefallen. Die Erstuntersuchung habe ca. einen Monat nach dem Ereignis stattgefunden. Dabei sei eine Schulterkontusion/Distorsion diagnostiziert worden. Im MRI vom 8. November 2019 fänden sich mässig bis

ausgeprägte degenerative Veränderungen des AC-Gelenkes mit verschmälertem Subacromialraum. Es fehlten im MRI Hinweise auf eine direkte bzw. indirekte Krafteinwirkung im Sinne eines Knochenmarködems. Die Klinik F._____ schildere im Bericht vom 8. November 2019, dass die von der Versicherten geäusserten Beschwerden auf die Tendinopathie der Supraspinatussehne und die Läsion zurückzuführen seien. Hinsichtlich der operativen Optionen werde in erster Linie eine Verbesserung der subacromialen Platzverhältnisse angedacht. Gegen eine traumatische Verursachung spreche der nicht geeignete Unfallhergang mit direkter Kontusion der linken Schulter sowie das Verhalten der Versicherten, welche sich erst einen Monat später zur Erstkonsultation zum Hausarzt begeben habe. Im MRI fehlten Zeichen einer traumatischen Verursachung, hingegen seien mässig bis deutliche Veränderungen im Sinne eines subacromialen Impingements mit Tendinopathie der Supraspinatussehne nachweisbar. Die Klinik F._____ widerspreche im Schreiben vom 1. April 2020 hinsichtlich Kausalitätsbeurteilung ihrem Bericht vom 8. November 2019 und ihrer Diagnose eines subacromialen Impingements bei Läsion des Supraspinatus und Tendinopathie. Aus versicherungsmedizinischer Sicht stehe die Supraspinatussehnenläsion nur möglicherweise in kausalem Zusammenhang zum Ereignis vom 9. Oktober 2019.

Am 23. September 2020 (act. II M15) legte Dr. med. C._____ dar, in Ergänzung zu seiner Stellungnahme vom 16. April 2020 zeige der Operationsbericht vom 18. März 2020 Massnahmen, die der Diagnose „Supacromiales Impingement“ entsprächen. Man fokussiere sich auf die Tenotomie der langen Bizepssehne und der offenen Reinsertion der Supraspinatussehne. Der Operationsbericht bestätige letztlich die im MRI vom 18. November 2019 beschriebenen Veränderungen des AC-Gelenkes.

3.2.4 Dr. med. D._____ hielt im Aktengutachten vom 22. März 2021 (act. II M16) fest, im MRI vom 8. November 2019 werde eine Partiailläsion des Supraspinatus beschrieben, was wegen des Kontrastmitteldurchtritts initial als transmural interpretiert worden sei. Intraoperativ sei jedoch das Gegenteilige erkannt worden: Die Supraspinatussehne sei durchgehend aber palpatorisch ausgedünnt gewesen. Um nach den Massnahmen zur

subacromialen Dekompression bei degenerativem Impingement eine anatomische Rekonstruktion der Sehnenplatte zu erreichen, habe der Operateur daher die ausgedünnte Supraspinatussehne durchtrennen müssen. Dies zeige zweifelsfrei auf, dass ein überwiegend wahrscheinlicher Zusammenhang der Supraspinatussehnenveränderung nicht vorliegen könne (S. 5). Wenn der subacromiale Raum gegenüber der Norm verschmälert sei (in casu 5 mm) und dies anerkannt werde, spreche man von einem Impingement. Dies sei bis auf wenige Ausnahmen eine degenerative bzw. verschleissbedingte Situation, trete ab dem 40. Lebensjahr mit zunehmender Häufigkeit auf und führe schicksalhaft über Jahre zu Veränderungen an der Rotatorenmanschette. Hierzu sei festzuhalten, dass diese natürlichen Abnützungsvorgänge über lange Zeit (jahrelang) kaum je symptomatisch seien und häufig nur eine Gelegenheits- oder Zufallsursache eine Symptomatik hervorrufe resp. die (vor)bestehende Veränderung in der Rotatorenmanschette im Rahmen der Abklärungen erkannt und auch erstmalig manifest werden lasse, wobei mit der Realisierung dieser Beschwerden jederzeit zu rechnen gewesen sei, ohne dass das inkriminierte Moment im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung überwiegend wahrscheinlich eine eigenständige Bedeutung habe (S. 6 Ziff. 1). Das zeitnahe MRI vom 8. November 2019 habe keine Hinweise auf eine akute bzw. kürzlich eingetretene Veränderung gezeigt, aber den inkompletten tuberculumnahen Rotatorenmanschettendefekt. Weder eine direkte Kontusion der Schulter noch ein Sturz auf die ausgestreckte Hand oder den Ellenbogen in Flexion, eine axiale Stauchung des Humeruskopfes bei nach dorsal abstützendem Arm und ähnliche Mechanismen könnten generell eine Rotatorenmanschettenruptur auslösen. Es gebe physikalisch aber auch keine denkbare Ereignismechanik, welche eine lediglich gelenknahe Partialläsion bewirken könne (Ziff. 2). Auch der fehlende Effekt der zielgerichteten konservativen Therapie auf die Schmerzen und die schmerzbedingte bzw. geklagte persistierende Funktionseinschränkung würden eindrücklich auf den degenerativen Charakter der Problematik hinweisen. Gesundheitliche Beschwerden, welche durch ein Ereignis (anamnestisch erstmalig) empfunden würden, seien unmittelbar nach dem auslösenden/inkriminierten Ereignis am intensivsten und würden im Verlauf der immer eintretenden natürlichen Heilung kontinuierlich abnehmen, auch

bei einem Vorzustand, unabhängig ob dieser vorgängig symptomatisch oder asymptomatisch gewesen sei. Wenn die Heilung nicht durch somatisch objektivierbare Komplikationen gestört werde, was im vorliegenden Fall auch nicht eingetreten sei, sei der Status quo nach 6-8 Wochen (+/- 4 Wochen) als erreicht zu bezeichnen (Gegenteiliges könne den Akten nicht entnommen werden). Aufgrund des Dargelegten erhelle, dass weder das Impingement noch die Supraspinatusteilläsion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das inkriminierte Ereignis zurückgeführt werden könnten. Auch sei unnötig, die Ereignismechanik zur Beurteilung der Kausalität vertieft abzuklären. Zusammengefasst handle es sich im vorliegenden Fall um eine vorübergehende Verschlimmerung (im Sinne einer anamnestisch erstmaligen Symptomatik mit nachfolgend natürlichem Status quo) einer alterskorrelierenden Situation im Bereich der linken adominanten Schulter ohne überwiegend wahrscheinliche richtungsgebende Komponente und demzufolge um einen Status quo sine allerspätestens drei Monate nach dem auslösenden Moment, weshalb die ab Februar 2020 erbrachten Leistungen nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus unfallkausalen Gründen erbracht worden seien. Die Argumente bezüglich der fehlenden Hinweise im MRI und die ungeeigneten Auslösungsmechanismen für eine Rotatorenmanschettenläsion würden auch für eine allenfalls geltend gemachte richtungsgebende Verschlimmerung eines Vorzustandes gelten (S. 7 f. Ziff. 3).

3.2.5 PD Dr. med. E. _____ nahm im Auftrag der Beschwerdeführerin am 19. Juli 2021 (act. I 3) Stellung zum Aktengutachten von Dr. med. D. _____. Dr. med. D. _____ sei gestützt auf den ersten Sprechstundenbericht, den Operationsbericht sowie den MR-Befund zum Schluss gekommen, dass die Läsion der Supraspinatussehne degenerativer Natur und schon vor dem zur Diskussion stehenden Sturz vom 9. Oktober 2019 vorhanden gewesen sei und dass sie durch den Sturz erst symptomatisch geworden sei (S. 1). Der behandelnde Arzt wandte ein, aus dem Bericht des Radiologen gehe nicht hervor, wie dieser die Weite des Subacromialraumes gemessen habe. Der im MRI-Bericht angegebene Wert von 5 mm beziehe sich möglicherweise auf den Abstand vom knorpelbedeckten Humeruskopf zur Unterfläche des coracoacromialen Ligaments, welches an der Unterfläche des Akromions befestigt sei und

auch etwas Platz beanspruche. Die in der Literatur angegebenen Referenzwerte würden sich jedoch auf die im Röntgenbild sichtbaren knöchernen Strukturen ohne Knorpelbelag und ohne coracoacromiales Ligament beziehen. Messe man auf den MRI-Bildern den Abstand zwischen den knöchernen Begrenzungen des Humeruskopfes und des Akromions, erhalte man sowohl auf den coronaren als auch auf den parasagittalen Schnitten einen Mindestwert von 7 mm, was absolut normal sei. Typisch für ein degeneratives Impingement sei ein nach unten gebogenes Akromion. Das Akromion der Versicherten sei jedoch gerade und entspreche einem Typ I in der Klassifikation nach Bigliani. Supraspinatussehnenläsionen würden mit einem Typ II (gebogenen) und vor allem Typ III (hakenförmigen) Akromion in Verbindung gebracht, nicht jedoch einem Typ I. Im Falle eines durch enge subakromiale Verhältnisse bedingten Sehnenrisses sei die Oberfläche der Sehne immer aufgeraut. Weder auf den MRI-Bildern noch im Operationsbericht habe jedoch eine Aufrauung der Sehne beobachtet werden können. Die Behauptung von Dr. med. D. _____ halte einer genauen Prüfung nicht stand und müsse als falsch beurteilt werden (S. 1 f. Ziff. 1). Zu den Ausführungen von Dr. med. D. _____, die Läsion sei wegen des Kontrastmitteldurchtritts initial als transmural interpretiert worden, während der Operation von aussen jedoch nicht sichtbar gewesen und der Oparateur habe auch eine subacromiale Dekompression zur Behandlung eines degenerativen Impingements realisiert, nahm PD Dr. med. E. _____ wie folgt Stellung: Der Übertritt von Kontrastmittel vom Gelenk nach subdeltoidal resp. subacromial könne bei einem transmuralen Defekt der Rotatorenmanschette aber auch bei der Injektion des Kontrastmittels vor dem Gelenk entstehen. Letzteres passiere dann, wann das Kontrastmittel unbeabsichtigt zu früh oder zu spät injiziert werde. Die MRI-Bilder zeigten keine transmurale Ruptur, wie das der Oberarzt fälschlicherweise notiert habe. Zumindest sei auf den Bildern keine Lücke in der Rotatorenmanschette sichtbar, durch die das Kontrastmittel hätte austreten können. Der Sehnenriss betreffe die Unterfläche. Die Oberfläche der Supraspinatussehne sei auf allen Aufnahmen in Kontinuität und glatt. Entsprechend sei die Aussage im Operationsbericht, der Sehnendefekt sei von aussen nicht sichtbar, korrekt. Die subacromiale Dekompression werde von vielen Schulterspezialisten bei der Reinsertion der Supraspinatussehne

routinemässig durchgeführt. Sie bezwecke eine Verbesserung der Platzverhältnisse zur Vereinfachung der Arbeitsschritte während der Sehnenreinsertion und zur Vermeidung eines mechanischen Konfliktes zwischen den zur Befestigung verwendeten Fäden bzw. der Fadenknoten auf der Sehne und dem Akromion. Die subacromiale Dekompression sage nichts aus über die Kausalität der Sehnenläsion und könne deshalb nicht als Argument für eine vorbestehende Sehnenschädigung aufgeführt werden (S. 2 Ziff. 2). Bei der von Dr. med. D. _____ aufgestellten Behauptung, dass weder eine direkte Kontusion noch ein Sturz auf die ausgestreckte Hand oder den Ellbogen in Flexion eine axiale Stauchung des Humeruskopfes bei nach dorsal abstützendem Arm und ähnlichen Mechanismen eine Rotatorenmanschettenruptur auslösen könne, handle es sich um eine Expertenmeinung, die seit zwanzig Jahren hartnäckig verbreitet werde und tausende von Patienten um Versicherungsleistungen geprellt habe. Die Autoren dieser Behauptung hätten keine wissenschaftliche Studie durchgeführt, welche eine derartige Schlussfolgerung erlaubt hätte. Es gebe diverse Arbeiten und Fallberichte, die das Gegenteil aufgezeigt hätten. Nämlich zeigten diese Publikationen, dass ein einfacher Sturz die am häufigsten genannte Ursache für eine unfallbedingte Rotatorenmanschettenruptur sei. Als Mechanismus werde eine exzentrische Belastung beim Auffangversuch postuliert. Dabei würden Kräfte auftreten, welche die lokale Reissfestigkeit der Sehne überschreiten könnten. Alle möglichen Sehnenrisse seien beschrieben worden, von der Partialruptur einer Sehne bis hin zur Massenruptur. Die jüngsten Patienten mit Partialrupturen seien Adoleszente ohne degenerative Erkrankungen. Beim Ereignis vom 9. Oktober 2019 habe es sich um einen einfachen Sturz auf die linke Schulter gehandelt. Dieser werde von Dr. med. D. _____ in seiner Würdigung anerkannt. Entsprechend sei die Wahrscheinlichkeit gross, dass der Sehnenriss der Supraspinatussehne bei diesem Ereignis entstanden sei (S. 3 Ziff. 3). Die bis anhin beschwerdefreie Versicherte sei am 9. Oktober 2019 auf die Schulter gestürzt und habe sofort Schmerzen verspürt, welche sie dazu veranlasst hätten, zeitnah ihre Hausärztin aufzusuchen. Diese habe eine Arthro-MRI-Untersuchung zur Abklärung der Beschwerden verordnet und in der Zuweisung den Sturz notiert. Der Radiologe habe eine Partialruptur der ventralen Supraspinatussehne und ein Akromion Typ I nach Bigliani diagnostiziert. Der Oberarzt habe die

Partialruptur anlässlich der Operation bestätigt. Ein Sturz entspreche einem Unfall und sei gemäss der internationalen Literatur die häufigste Ursache für einen traumatischen Sehnenriss. Ein Typ I Akromion werde nicht mit degenerativen Rotatorenmanschettenrupturen in Verbindung gebracht. Eine AC-Arthropathie sei in der Mehrzahl der MRI-Untersuchungen sichtbar und könne unabhängig von einer Pathologie der Rotatorenmanschette bestehen. Sie sei kein Beweis für eine vorbestehende Sehnenläsion. Weil vor dem Ereignis keine Bildgebung gemacht worden sei, könne niemand mit Sicherheit eine Aussage über die Sehnenqualität und -integrität vor dem Sturz machen. Aus den oben genannten Gründen sei aber die Wahrscheinlichkeit, dass die Partialruptur beim Sturz entstanden sei, viel grösser als die Wahrscheinlichkeit, dass sie degenerativer Natur gewesen sei. Entsprechend könne die Unfallkausalität nicht abgestritten werden (S. 3).

3.2.6 Am 4. Oktober 2021 (act. II M17) nahm Dr. med. D. _____ Stellung zum Schreiben von PD Dr. med. E. _____ vom 19. Juli 2021. Er legte dar, wenn präoperativ von einem „Impingement“ geschrieben werde, aber erst nach dem Gutachten das im Dossier mehrfach genannte Impingement in Frage gestellt werde, mute dies doch eigenartig an. Auch ein 7 mm-Abstand gelte als marginal (entspräche mindestens einer Vorstufe) und es gelte zu betonen, dass eine Engpass-Situation schicksalhaft im weiteren Verlauf resp. in einem spät(er)en Stadium unweigerlich mit Defekten der Rotatorenmanschette oder der Vergrösserung einer Partilläsion einhergehe. Alle ihm bekannten wissenschaftlichen Arbeiten im Zusammenhang mit der Kausalität von Rotatorenmanschettenveränderungen würden in einem „Rundumschlag“ von PD Dr. med. E. _____ in Frage gestellt bzw. dieser greife nur Argumente aus dessen eigener Arbeit auf und verneine frühere Evidenzen (S. 2).

3.3 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 wi-

dersprechenden 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).

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 (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. April 2021, 8C_672/2020, E. 2.3). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberechnen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; 8C_672/2020, E. 2.3).

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 Die Beschwerdeführerin stützt sich im Wesentlichen auf die von ihr zur Frage nach der Kausalität der geklagten Schulterbeschwerden bei Dr. med. D._____ eingeholten Aktenbeurteilungen vom 22. März und 4. Oktober 2021 (act. II M16 f.). Diese erfüllen die Voraussetzungen der

Rechtsprechung an einen medizinischen Aktenbericht und erbringen – anders als von der Beschwerdeführerin vorgebracht (vgl. Beschwerde S. 5) – vollen Beweis.

Dass der Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates 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. D._____ 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 weder das geschilderte Ereignis – ein direkter Sturz auf die linke Schulter – noch ein Sturz auf die ausgestreckte Hand oder den Ellenbogen in Flexion, eine axiale Stauchung des Humeruskopfes bei nach dorsal abstützendem Arm oder ähnliche Mechanismen generell geeignet sind, eine Rotatorenmanschettenruptur auszulösen. Auch zeigte er überzeugend auf, dass physikalisch keine denkbare Ereignismechanik existiert, welche eine lediglich gelenknahe Partiaalläsion bewirken kann (act. II M16/6 Ziff. 2).

Das Bundesgericht misst 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). Hierzu legte Dr. med. D._____ dar, dass angesichts der mittels MRI festgestellten Verschmälerung des subacromialen Raums auf 5 mm ein Impingement vorlag – praktisch ausnahmslos eine ab dem 40.

Altersjahr auftretende degenerative Situation –, das über Jahre zu kaum je symptomatischen Veränderungen an der Rotatorenmanschette bis zu Strukturunterbrechungen führt. Weiter erörterte Dr. med. D. _____, dass gemäss dem MRI keine Hinweise für eine akute bzw. kürzlich eingetretene Veränderung (keine lokale/fokale Signalstörung am Sehnenansatz, keine Kontinuitätsverluste der Bänder) vorlagen, sondern die Bilder einen inkompletten, tuberculumnahen Rotatorenmanschettendefekt zeigten (act. II M16/6 Ziff. 1 f.). Ferner – so Dr. med. D. _____ – weist auch der Effekt der zielgerichteten konservativen Therapie bzw. im Gegenteil gar der Crescendocharakter der Schmerzen und die persistierende Funktionseinschränkung eindrücklich auf den degenerativen Charakter der Problematik hin (act. II M16/6 f. Ziff. 3). Zusammenfassend legte Dr. med. D. _____ nachvollziehbar dar, dass weder das Impingement noch die Supraspinatusteilläsion auf das Unfallereignis zurückzuführen sind und es sich um eine vorübergehende Verschlimmerung einer alterskorrelierenden Situation im Bereich der linken adominanten Schulter ohne überwiegend wahrscheinliche richtungsgebende Komponente und demzufolge um einen Status quo sine allerspätstens drei Monate nach dem auslösenden Ereignis vom 9. Oktober 2019 handelt (act. II M16/7).

Die Stellungnahme des mitbehandelnden und während der Operation assistierenden Dr. med. E. _____ vom 19. Juli 2021 (act. I 3; act. II M8/1) vermag keinen auch nur geringen Zweifel an den Aktenbeurteilungen des Dr. med. D. _____ zu wecken. Selbst wenn die kontrovers diskutierte Frage zu Gunsten der Beschwerdeführerin ausgeblendet würde, ob ein direkter Sturz auf die Schulter überhaupt geeignet ist, eine Verletzung der Rotatorenmanschette zu verursachen, und ob entgegen den von Dr. med. E. _____ (als leitender Chirurg) mitunterzeichneten Berichten (act. II M2 ff.) keine massgebliche Impingementsituation bzw. keine erhebliche Einengung des subakromialen Raums (act. I 3 S. 1 Ziff. 1) vorlag, ändert sich am Ergebnis nichts. Denn die zahlreichen weiteren von Dr. med. D. _____ genannten, den konkreten Fall betreffenden Argumente – physikalisch gebe es keine denkbare Ereignismechanik, die eine lediglich gelenknahe Partialläsion (die Supraspinatussehne sei „nur“ palpatorisch ausgedünnt gewesen) bewirken könne, es hätten im MRI keine Hinweise für eine akute bzw. kürzlich aufgetretene Veränderung

(keine lokale/fokale Signalstörung am Sehnenansatz, keine Kontinuitätsverluste der Bänder) vorgelegen (act. II M16/6 Ziff. 2), der Crescendocharakter der Schmerzen und die persistierende Funktionseinschränkung wiesen eindrücklich auf den degenerativen Charakter der Problematik hin (act. II M16/6 f. Ziff. 3) –, die in ihrer Gesamtheit gegen eine richtungsgebende Komponente (Supraspinatussehnenläsion) bzw. lediglich für eine vorübergehende Verschlimmerung einer alterskorrelierenden Situation sprechen, wurden von Dr. med. E. _____ nicht diskutiert bzw. angezweifelt. Dasselbe gilt für das weitere, mit der Beurteilung von Dr. med. D. _____ im Einklang stehende Argument des beratenden Arztes Dr. med. C. _____ (vgl. Aktenbeurteilung vom 16. April 2020; act. II M12), wonach das Verhalten der Beschwerdeführerin, erst einen Monat nach dem Ereignis einen Arzt zu konsultieren, gegen eine traumatische Verursachung der Rotatorenmanschettenverletzung spreche sowie, dass die im MRI beschriebenen Veränderungen des AC-Gelenks (mässige AC-Gelenksarthrose; act. II M2) durch den Operationsbericht bestätigt worden sei (act. II M15; vgl. dazu auch FELIX BONNAIRE, Begutachtung der Rotatorenmanschettenläsionen, Trauma Berufskrankh 2008, 10[Suppl 1], S. 24 Tab. 1).

3.5 Zusammenfassend liegen keine Anhaltspunkte vor, die auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der Folgerungen von Dr. med. D. _____ begründen. Weiterer Abklärungen bedarf es nicht (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4). Mithin hat die Beschwerdegegnerin die Unfallkausalität der nach dem 31. Januar 2020 bestehenden Schulterbeschwerden zu Recht verneint.

3.6 Aufgrund des Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. Juni 2021 (act. II K61-67) 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 ^{fbis} 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 (BGE 126 V 143 E. 4b S. 150).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG
 - 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.