

200 22 567 UV  
MAK/IMD/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 18. Januar 2024**

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Imhasly

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_, substituiert durch  
Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**AXA Versicherungen AG**  
Generaldirektion, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357,  
8401 Winterthur  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 6. September 2022 (UVG ...)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1965 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist bei der D. \_\_\_\_\_ AG angestellt und dadurch bei der AXA Versicherungen AG (AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Gemäss Bagatellunfallmeldung UVG vom 20. Juli 2021 bzw. Schadenmeldung UVG vom 30. November 2021 sei sie am 22. Juni 2021 gestolpert, auf Knie und Ellenbogen gefallen und habe sich dabei am linken Knie und am linken Ellenbogen eine Prellung zugezogen (Akten der AXA, Antwortbeilage [AB] A1, A5). Die AXA erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Taggeld und Heilkosten; vgl. AB A2) und tätigte Abklärungen in medizinischer Hinsicht (AB M1 ff.). Am 14. Februar 2022 unterzog sich die Versicherte bei diagnostizierter subtotalear bursaseitiger Infraspinatussehnenruptur (80 %) und SLAP-Läsion Typ II links einem operativen Eingriff (AB M8). Gestützt auf den versicherungsmedizinischen Bericht ihres beratenden Arztes Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 5. März 2022 (AB M10) verneinte die AXA mit Verfügung vom 16. März 2022 (AB A22) einen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 22. Juni 2021 und den über den 31. August 2021 noch geklagten Beschwerden und stellte die vorübergehenden Leistungen auf jenen Zeitpunkt hin ein; auf die Rückforderung der darüber hinaus ausgerichteten Leistungen verzichtete sie. Die dagegen erhobene Einsprache (AB A38) wies sie nach Einholen einer Stellungnahme des beratenden Arztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 26. Juni 2022 (AB M14) mit Einspracheentscheid vom 6. September 2022 (AB A43) ab.

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_, substituiert durch Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 21. September 2022 Beschwerde mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. September 2022 sei aufzuheben und es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen nach UVG zu gewähren.

Eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 18. November 2021 (richtig: 6. September 2022) aufzuheben und nach Durchführung einer externen medizinischen Beurteilung, unter Wahrung der Mitwirkungsrechte der Parteien, neu über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu befinden.

2. Die Beschwerdegegnerin sei darüberhinausgehend zu verpflichten, die Kosten des radiologischen Kurzgutachtens von PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_ über CHF 1'200.00 zu übernehmen.  
- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin -

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 25. November 2022 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 15. Dezember 2022 bzw. mit Duplik vom 23. Januar 2023 hielten die Parteien an den bisher gestellten Anträgen fest.

### **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

kantonales Gesetz 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 6. September 2022 (AB A43). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 22. Juni 2021 über den 31. August 2021 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** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). 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).

Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g), Trommelfellverletzungen (lit. h).

**2.2** Nach Meldung einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG hat der Unfallversicherer die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall

nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 9.1 S. 70).

**2.3** 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; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 12. Juli 2022, 8C\_596/2021 [zur Publikation vorgesehen], E. 3).

**2.3.1** 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 entfiel ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

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).

**2.3.2** 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 147 V 161 E. 3.3 S. 163).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang (vgl. BGE 142 V 435 E. 1 S. 438) 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). Praxisgemäss muss der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht durch den Nachweis unfallfremder Gründe erbracht werden. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Entscheid des BGer vom 3. März 2022, 8C\_600/2021, E. 3.2).

**2.3.3** Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2).

**2.4** 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).

### 3.

**3.1** Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 22. Juni 2021 (vgl. AB A1, A5) einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.1 hiervor) und danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht (vgl. AB A2 f.). Umstritten ist hingegen, ob die über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung (31. August 2021 [AB A22]) hinaus geklagten Beschwerden in einem anspruchsbegründenden Kausalzusammenhang mit diesem Unfall stehen. Den medizinischen Akten lässt sich hierzu im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.1.1** Am 14. Juli 2021 (AB M2) notierte der erstbehandelnde Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Praktischer Arzt, die Patientin sei am 22. Juni 2021 einem ... hinterhergerannt, dabei sei sie gestürzt und habe sich mit beiden Ellbogen abgestützt. Seither habe sie Schmerzen in der linken Schulter. Es bestünden keine Schwellung und keine Druckdolenzen an der Oberfläche. Die aktive Elevation sei möglich, jedoch sehr schmerzhaft im Bereich des Ansatzes der Supraspinatussehne. Es bestehe der Verdacht auf eine partielle Supraspinatusläsion. Am 4. August 2021 berichtete der Arzt, bezüglich Schulter gehe es viel besser, die Patientin habe noch wenig Schmerzen bei Belastung. Das Liegen auf der linken Schulter schmerze noch. Im Eintrag vom 24. August 2021 hielt er fest, betreffend die Schulter gehe es nicht besser. Es werde ein MRI durchgeführt.

**3.1.2** Ein am 9. September 2021 durchgeführtes MRI der linken Schulter beurteilte med. pract. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, wie folgt: "Ansatztendinopathie an der Supraspinatussehne und möglicherweise Teilruptur an der Infraspinatussehne bei Z.n. Unfall. Diskrete SLAP-Läsion, ventral an der Kapsel, sonst keine vollständige Ruptur der Rotatorenmanschette. AC-Gelenksarthrose. Kein Impingement" (AB M3).

**3.1.3** Im Bericht des Spitals J.\_\_\_\_\_, vom 29. November 2021 (AB M1) wurde ein subacromiales Impingement mit Bursitis subacromialis sowie eine PASTA-Läsion Infraspinatusmuskel bei Status nach Unfall im Juni 2021 diagnostiziert. Die schmerzhafte Bursitis subacromialis störe die Patientin bei spezifischen Bewegungen im Alltag. Sie verspüre dabei einen

stechenden Schmerz. Es sei eine subacromiale Infiltration durchgeführt worden; unmittelbar im Anschluss habe die Patientin über eine deutliche Verbesserung der Beschwerden berichtet.

**3.1.4** In der Aktenbeurteilung UVG vom 4. Januar 2022 (AB M5) führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, die beklagten Beschwerden stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum gemeldeten Ereignis. Die Gesundheit der versicherten Person sei schon vor dem Ereignis beeinträchtigt gewesen (ACG-Arthrose, Tendinopathie der Infraspinatussehne mit Faserrissen). Das Ereignis habe nur zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt, der Status quo sine vel ante sei am 4. August 2021 erreicht gewesen.

**3.1.5** Am 14. Februar 2022 erfolgte im Spital J. \_\_\_\_\_ bei diagnostizierter subtotaler bursaseitiger Infraspinatussehnenruptur (80 %) und SLAP-Läsion Typ II links eine arthroskopische Rotatorenmanschettenrekonstruktion und eine Tenotomie der langen Bizepssehne (AB M8). Der perioperative (AB M8) wie der postoperative Verlauf (AB M12 f.) waren komplikationslos.

**3.1.6** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ führte im versicherungsmedizinischen Bericht vom 5. März 2022 (AB M10) aus, die in den Berichten der behandelnden Ärzte festgehaltene These einer stattgehabten Schulterluxation mit Spontanreposition sei unwahrscheinlich. Die lange Bizepssehne habe sich intraoperativ als stark degenerativ verändert erwiesen, was auch die SLAP-Läsion erkläre. Ein unfallbedingter Anriss sei im Rahmen der bekannten Chronologie nicht wahrscheinlich. Eine subacromiale Bursitis sei ausgeprägt vorhanden gewesen und wahrscheinlich auch für die bursaseitige Teilruptur der Infraspinatussehne mitverantwortlich nebst den degenerativen Veränderungen in der Sehne selbst. Dieser degenerative Vorzustand habe anscheinend nicht zu einem Arztbesuch geführt und sei im Rahmen des Sturzes vom 22. Juni 2021 erstmals symptomatisch geworden. Der Schub sei bis zum 4. August 2021 abgeklungen. Nachher sei eine Reaktivierung auf degenerativer Grundlage (6. Lebensdekade) erfolgt.

**3.1.7** In der Stellungnahme vom 8. April 2022 (AB A38) hielt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des

Bewegungsapparates, fest, aus seiner Sicht sei durch den Sturz nach vorne auf die Ellbogen eine axiale Kraffteinwirkung nach posterosuperior entstanden, die zu einem mechanischen Kontakt zwischen posterosuperiorer Rotatorenmanschette und posterosuperiorem Acromionneck geführt habe. Dies habe zur Verletzung der Infraspinatussehne mit (in der retrospektiven Betrachtung der MRI-Bilder vom 9. September 2021) klar transmuraler Ruptur der Infraspinatussehne mit Kontrastmittelaustritt in die Bursa geführt. Dies sei keine typische degenerative Läsion. Es fänden sich keine typisch degenerativen Rupturzeichen wie zum Beispiel die üblichen posterosuperioren Zysten im Bereich des Humeruskopfes oder auch degenerative Veränderungen wie zum Beispiel Abrundung des Sehnenstumpfes. Die traumatische Genese sei damit überwiegend wahrscheinlich.

**3.1.8** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 26. Juni 2022 (AB M14) aus, in der zeitnahen Dokumentation sei keine Schultermanifestation festgehalten, jedoch sei drei Wochen nach dem Ereignis bezüglich der linken Schulter eine schmerzhafte Elevation dokumentiert, die sechs Wochen nach dem Ereignis nicht mehr erkennbar gewesen sei. Die letztlich als Unfallfolge aufgefassten Veränderungen an der Infraspinatussehne und am Labrum supraglenoidale (SLAP-Läsion) seien klinisch nicht reproduziert worden. Als nicht physiologisch und potenziell symptomatisch müsse das Vorliegen einer Verknöcherungsstörung am Acromion (Os acromiale) angesehen werden. Schmerzauslösende Aktivierungen seien auch ohne Traumatisierung denkbar. Da radiologisch die Diagnose nicht gestellt worden sei und die klinisch fachärztlichen Untersuchungen sich nicht auf diese seltene Veränderung fokussiert hätten, sei die Mitwirkung dieser Veränderung nicht in die diagnostischen und therapeutischen Überlegungen miteinbezogen worden. Eine Schultertraumatisierung am 22. Juni 2021 sei in den vorgelegten Akten weder im Schadensmechanismus noch im Schadensbild gesichert. Mit dem Krankengeschichte-Eintrag von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ am 14. Juli 2021 seien die Folgen einer allfälligen indirekten Belastung der linken Schulter dokumentiert und am 4. August 2021 als abgeklungen zu betrachten. Der 4. August 2021 entspreche somit einem Status quo sine für den Fall, dass eine gewisse Schultertraumatisierung abgelaufen sein könnte. Die nachfolgenden Symptome seien nicht mehr mit Unfallfolgen vereinbar. Sie seien auch nicht charakteristisch Ausdruck der vorliegenden Infra-

spinatussehnen-Schädigung. Das Ereignis vom 22. Juni 2021 sei nicht geeignet gewesen, die Schulterverletzung auszulösen bzw. zu verursachen. Die Veränderungen am Acromion und an der Infrapinatussehne seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorbestehend und nicht Folge des Ereignisses.

## **3.2**

**3.2.1** 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).

**3.2.2** 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). Zudem kann insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen eines Aktengutachtens erörtert werden (Entscheid des BGer vom 9. November 2011, 8C\_383/2011, E. 4.2).

**3.2.3** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte – zu welchen auch beratende Ärzte eines Versicherungsträgers zählen (SVR 2021 UV Nr. 34 S. 154 E. 2.3) – 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; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2).

Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. 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 (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 154 E. 2.3).

**3.2.4** Nach der Rechtsprechung gilt es bei der Beurteilung der Unfallkausalität einer Rotatorenmanschettenläsion, 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 sind etwa die bildgebenden Befunde, die Vorgeschichte, der Unfallhergang, der Primärbefund und der Verlauf zu berücksichtigen. Dabei kommt dem Unfallmechanismus keine übergeordnete Bedeutung zu (vgl. SVR 2021 UV Nr. 34 S. 154 E. 4.1.3; Entscheid des BGer vom 16. Dezember 2021, 8C\_167/2021, E. 4.1). Im Übrigen liegt es nicht an den Gerichten, den Expertenstreit hinsichtlich des Nachweises der Unfallkausalität von Rotatorenmanschettenrupturen zu entscheiden, sondern es ist stets der Einzelfall zu beurteilen (vgl. Entscheid des BGer vom 16. August 2023, 8C\_62/2023, E. 5.2.2).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin stützte den angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. September 2022 (AB A43) auf die Berichte von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 5. März 2022 (AB M10) und von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 26. Juni 2022 (AB M14). Diese erfüllen die Vorausset-

zungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (vgl. E. 3.2.2 hier-  
vor) und erbringen vollen Beweis. Dabei schadet es nicht, dass es sich um  
Aktenberichte handelt, konnten die Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und  
F. \_\_\_\_\_ ihre Stellungnahmen doch auf einen bildgebend (AB M3) so-  
wie intraoperativ (AB M8) und damit lückenlos erhobenen Befund abstellen  
(vgl. E. 3.2.2 hiervor). Weiter berücksichtigte insbesondere Dr. med.  
F. \_\_\_\_\_ sämtliche Aspekte, welche bei der Beurteilung der Unfallkau-  
salität einer Rotatorenmanschettenläsion rechtsprechungsgemäss einzu-  
beziehen sind (vgl. E. 3.2.4 hiervor). Auch setzte sich dieser überzeugend  
mit der anderslautenden Auffassung des Dr. med. K. \_\_\_\_\_ (AB A38)  
sowie der übrigen vorliegend involvierten Ärzte auseinander. Die Schluss-  
folgerung der Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_, wonach das Ereig-  
nis vom 22. Juni 2021 nicht zu einer dauerhaften, strukturellen Schädigung  
in der linken Schulter geführt hat und der Status quo sine per 4. August  
2021 eingetreten ist, leuchtet ein und ist mit Blick auf das dargelegte Argu-  
mentarium ohne weiteres nachvollziehbar.

**3.4** Die Beschwerdeführerin stellt sich unter Bezugnahme auf das von  
ihr in Auftrag gegebene radiologische Kurzgutachten von PD Dr. med.  
G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vom 4. August 2022 (Akten der Be-  
schwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 7) zusammenfassend auf den  
Standpunkt, der Sturz vom 22. Juni 2021 habe die am 14. Februar 2022  
operativ versorgte Infraspinatussehnenruptur verursacht. Es gebe keine  
medizinischen Anhaltspunkte, die eine krankhafte bzw. degenerative Ur-  
sache der Ruptur als überwiegend wahrscheinlich erscheinen liessen (Be-  
schwerde, S. 7 Ziff. 8.4).

Die Beschwerdegegnerin legte das Kurzgutachten ihrem beratenden Arzt  
Dr. med. F. \_\_\_\_\_ zur Beurteilung vor. Dieser nahm dazu am 19. No-  
vember 2022 ausführlich Stellung (AB M19):

**3.4.1** Er hielt bezüglich der einzig auf der MR-Arthrographie des linken  
Schultergelenks vom 9. September 2021 fokussierenden Beurteilung von  
PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_ (vgl. BB 7 S. 1) fest, zweieinhalb Monate nach  
dem Ereignis liessen sich in der Regel in einem MRI die Zeichen einer fri-  
schen Ruptur (Ödem, Fransungen) nicht mehr mit überwiegender Wahr-  
scheinlichkeit nachweisen. Die knochennahe periphere Schädigung (Prädi-

lektionsstelle) spreche klar für eine Vorabnützung. Allerdings sei die Lokalisation an der Infraspinatussehne ohne Beteiligung der Supraspinatussehne eher aussergewöhnlich. Die fehlende Sehnenretraktion spreche für eine kleinere Läsion und somit für eine solche fragwürdiger klinischer Relevanz. Schmerzhaft Behinderungen mit subacromialem Impingementcharakter seien klar Ausdruck einer Behinderung im vorderen coracoacromialen Bogen. Der distale Sehnenstumpf sei sehr diskret und entspreche nicht einem erfüllten Kriterium, dass die Ruptur traumatisch intratendinös erfolgt sei. Zudem lägen Veränderungen in der ganzen Infraspinatussehne vor. Es sei klar der Eindruck einer vorbestehenden Texturstörung der Infraspinatussehne entstanden. PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_ beschreibe die Veränderung an der Infraspinatussehne als ein Ödem, das bis zum myotendinösen Übergang reiche. Der Muskel selbst zeige keine ödematösen Veränderungen. Damit bestätige PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_ zumindest, dass in der ganzen Infraspinatussehne klar erkennbare Texturstörungen vorlägen, die biomechanisch nicht im Sinne einer traumatischen Entstehung aufgefasst werden könnten. Mit den Texturstörungen in der Infraspinatussehne lägen klare Hinweise auf eine Sehnenpathologie vor. Auch die minimalen Veränderungen am Bicepsanker seien auf degenerative Veränderungen zurückzuführen. Die Aussage von PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_, wonach im Spalt des Os acromiale Flüssigkeit und kein Gewebe abgebildet worden sei, sei zwar richtig. Damit sei aber bei weitem noch nicht gesagt, dass diese Veränderung frisch traumatisch bzw. zehn Wochen vor der Bildgebung entstanden sei. Die sehr schöne Begrenzung mit einer gewissen Verdichtung der randständigen Struktur spreche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit viel eher für eine vorbestehende instabile Separation, die aber durchaus auch traumatisiert worden sein könne. Die Folgerung von PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_ sei somit nicht nachvollziehbar.

**3.4.2** Überzeugend wies Dr. med. F. \_\_\_\_\_ des Weiteren auch darauf hin, dass die von PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_ getroffene Annahme, wahrscheinlich sei unfallbedingt durch eine axiale posterosuperiore Krafteinwirkung eine isolierte transmurale Ruptur der Infraspinatussehne mit gleichzeitiger Traumatisierung der Synchondrosis in der direkten Nachbarschaft erfolgt, auf einem nicht begründeten Schadenmechanismus beruhe. Es erscheine glaubwürdig, dass die Versicherte nach vorn auf den Boden ge-

prallt sei und sich dabei linksdominant beide Ellbogen und Knie am Boden aufgeschlagen habe. Dabei seien keine Angaben einer Schultertraumatisierung oder einer primären Schultersymptomatik protokolliert worden (vgl. dazu auch Schadenmeldung UVG vom 30. November 2021 [AB A5 Ziff. 9]). Durch den beidseitigen Aufprall von Körperregionen der oberen und unteren Extremität sei von einer Lastverteilung auszugehen, welche die isolierte Schultertraumatisierung links relativiere. Nicht nachvollziehbar sei die Angabe, dass es sich um ein axiales Stauchungstrauma gehandelt habe, wenn man gleichzeitig von einer posterosuperioren Krafteinwirkung ausgehe. Dieser Mechanismus wäre eher einem indirekten distorsionellen Mechanismus zuzuordnen. Dabei stelle sich die Frage, auf welche Art die als posttraumatisch gewertete Infraspinatussehnen-Schädigung hätte zustande kommen können. Eine Sehnenquetschung durch Druck oder eine Sehnenruptur durch Zerrung bzw. Zug müssten Verletzungsmechanismen entsprechen, die in der gängigen versicherungsmedizinischen Standardliteratur anerkannt seien. Weder die Sehnenquetschung noch die Ruptur unter nicht eindeutig vorgespannter und gleichzeitig auch ruckartiger exzentrisch wirkender Zugbelastung seien beim geschilderten Schadensmechanismus nachvollziehbar. Ausserdem sei zu berücksichtigen, dass auch im (funktionellen) Skapulothorakalgelenk beim vermuteten Schadensmechanismus einer indirekten Schultertraumatisierung viele Kräfte gepuffert und aufgefangen werden könnten. Gegen eine axiale Stauchung spreche auch klar der Umstand, dass beim frontalen Aufprall mit beidseitiger Traumatisierung der linke Arm nicht in der entsprechenden erforderlichen Abduktionsstellung gewesen sein könne, um eine axiale Stauchung zu bewirken. Der geschilderte Schadensmechanismus könne also nicht als charakteristisch für das vorgefundene Schadensbild an der Infraspinatussehne bezeichnet werden.

**3.4.3** Mit dem Bericht vom 19. November 2022 (AB M19) widerlegte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ die Ausführungen des Privatgutachters PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ überzeugend. Dabei ist der Tatsache besonderes Gewicht beizumessen, dass sich seine Darlegungen – anders als diejenigen des Privatgutachters – nicht einzig an den MRI-Bildern orientieren, sondern auf allseitigen Überlegungen beruhen (vgl. bereits E. 3.3 hiervor). Das Kurzgutachten von PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 4. August 2022 (BB 7) ver-

mag dementsprechend keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und der Schlüssigkeit der Berichte von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 5. März 2022 (AB M10) und von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 26. Juni 2022 (AB M14) zu wecken, so dass es der in der Beschwerde eventualiter beantragten Durchführung einer externen medizinischen Beurteilung (Beschwerde, S. 2 Ziff. I./1.) nicht bedarf.

**3.5** Ist die Schädigung nach dem hiervor Gesagten vorwiegend auf den Vorzustand zurückzuführen (vgl. E. 3.3 hiervor), entfällt auch eine Leistungspflicht nach Massgabe von Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG ohne weiteres (vgl. E. 2.1 f. hiervor).

#### **4.**

Nach dem Dargelegten verneinte die Beschwerdegegnerin einen über den 31. August 2021 hinausgehenden Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung zu Recht. Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. September 2022 (AB A43) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

#### **5.**

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

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**5.3** Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG). Die

Kosten eines von der versicherten Person selbst veranlassten Gutachtens sind vom Versicherungsträger dann zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des neu beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Versicherer insoweit eine Verletzung der ihm im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes obliegenden Pflicht zur rechtsgenügenden Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist (SVR 2018 IV Nr. 77 S. 257 E. 8).

Das von der Beschwerdeführerin eingereichte Kurzgutachten von PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 4. August 2022 (BB 7) war im vorliegenden Verfahren für die Beurteilung nicht massgebend und der Beschwerdegegnerin ist denn auch keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes vorzuwerfen, womit die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die diesbezüglichen Kosten (vgl. BB 8) nicht zu ersetzen hat.

**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 C. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - AXA Versicherungen AG, Generaldirektion
  - Bundesamt für Gesundheit

Die Kammerpräsidentin:

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.