

200 24 296 UV
KOJ/FRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. September 2024

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Solida Versicherungen AG
Saumackerstrasse 35, Postfach, 8048 Zürich
vertreten durch Rechtsanwalt C. _____ und Rechtsanwältin D. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 5. März 2024



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war beim Verband E. _____ als ... angestellt und dadurch bei der Solida Versicherungen AG (Solida bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Gemäss "Schadenmeldung UVG" vom 17. Februar 2023 stürzte die Versicherte am 9. August 2022 mit dem ... und zog sich dabei eine Prellung der rechten Schulter zu (Akten der Solida [act. II] 1). Die Solida holte verschiedene Arztberichte und eine Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 18. April 2023 (act. II 14) ein. Mit formlosem Schreiben vom 25. April 2023 (act. II 16) führte sie aus, sämtliche Versicherungsleistungen würden per 31. März 2023 eingestellt. Der geplante operative Eingriff vom Juni 2023 saniere den degenerativen Schaden und könne daher nicht von der Unfallversicherung übernommen werden. Nachdem sich die Versicherte damit nicht einverstanden gezeigt hatte (act. II 17), hielt die Solida nach Einholung eines weiteren Berichts des beratenden Arztes Dr. med. F. _____ vom 23. Mai 2023 (act. II 21) mit Verfügung vom 7. Juni 2023 (act. II 24) an ihrer Beurteilung fest und stellte die Versicherungsleistungen per 31. März 2023 ein. Hiergegen erhob die Versicherte am 6. Juli 2023 Einsprache (act. II 30), woraufhin die Solida bei Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein Aktengutachten einholte (Expertise vom 11. Januar 2024 [act. II 52]). Mit Entscheid vom 5. März 2024 (act. II 55) wies die Solida die Einsprache ab.

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 19. April 2024 Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

- Der Einspracheentscheid vom 5. März 2024 sei aufzuheben und die Sache sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie der Beschwerdeführerin das rechtliche Gehör zum Gutachten vom 11. Januar 2024 gewähre.

- Eventuell: Der Einspracheentscheid vom 5. März 2024 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, für den Unfall vom 9. August 2022 über den 31. März 2023 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, insbesondere die Kosten der Rotatorenmanschettenrekonstruktion vom 5. Juni 2023 zu übernehmen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. Mai 2024 schloss die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt C._____ und Rechtsanwältin D._____, auf Abweisung der Beschwerde.

Mir Replik vom 7. Juni 2024 bzw. Duplik vom 24. Juni 2024 bestätigten die Parteien ihre Rechtsbegehren.

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 5. März 2024 (act. II 55). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 9. August 2022 und diesbezüglich insbesondere, ob auch über den 31. März 2023 hinaus eine Leistungspflicht besteht.

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.

Die Beschwerdeführerin rügt in formeller Hinsicht eine Verletzung des rechtlichen Gehörs: Statt ein unabhängiges Gutachten einzuholen, habe es die Beschwerdegegnerin vorgezogen, das Dossier einem weiteren Vertrauensarzt vorzulegen und diesen mit einem umfassenden Gutachten zu beauftragen. Davon habe die Beschwerdeführerin vorerst nichts erfahren. Erst zusammen mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. März 2024 (act. II 55) habe sie von diesem neuen 55-seitigen Gutachten vom 11. Januar 2024 (act. II 52) erfahren. Damit sei ihr Anspruch auf rechtliches Gehör auf schwerwiegende Weise verletzt worden (Beschwerde S. 3 Ziff. 8). Nur die beantragte Rückweisung an die Vorinstanz ermögliche es der Beschwerdeführerin, ihre Parteirechte effektiv wahrzunehmen, indem das neue Gutachten ohne Fristdruck geprüft werden könne und die gewonnenen Erkenntnisse in das Verfahren eingebracht werden könnten (Beschwerde S. 4 Ziff. 12).

2.1 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Dieses dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betrof-

fenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72; SVR 2021 AHV Nr. 17 S. 53 E. 2.1).

Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 140 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.3.1). Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 140 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.3.1).

2.2 Vorab ist festzustellen, dass es sich beim Aktengutachten von Dr. med. G._____ vom 11. Januar 2024 (act. II 52) nicht um ein von einem externen Spezialarzt eingeholtes Gutachten handelt. Damit musste die Beschwerdegegnerin die für die Einholung eines externen Gutachtens vorgesehenen Bestimmungen (Art. 44 ATSG) nicht berücksichtigen, worauf sie denn auch zutreffend verweist (Beschwerdeantwort Ziff. 32). Es ist aber Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, wenn der Bericht neue entscheidungswesentliche Gesichtspunkte oder erhebliche neue Begründungselemente enthält (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 10. März 2003, U 116/02, E. 1.1). Zwar

hat Dr. med. G. _____ im Wesentlichen die seinerzeitigen Ausführungen und Schlüsse von Dr. med. F. _____ (vgl. act. II 14, 21) bestätigt, dies indes mit einer deutlich grösseren Begründungsdichte und dementsprechend zusätzlichen Argumenten. So zog er weitere bildgebende Dokumente sowie intraoperative Fotografien bei und konsultierte medizinische Literatur (vgl. Replik S. 2 f. Rz. 6; act. II 52 S. 13 ff.; vgl. E. 4.1.3 ff. hiernach). Damit enthält sein Bericht – entgegen der in der Beschwerdeantwort vertretenen Ansicht (S. 10 Rz. 34) – durchaus neue Tatsachen im vorerwähnten Sinne. Die unterlassene Gelegenheit zur Stellungnahme stellt demnach eine Verletzung des rechtlichen Gehörs der Beschwerdeführerin dar. Diese ist indes als geheilt zu betrachten (vgl. E. 2.1 hiervor), da eine Rückweisung der Sache einem formalistischen Leerlauf gleichkäme. Die Ausführungen in der Beschwerde Rz. 12 ändern nichts, da die Beschwerdeführerin sich im vorliegenden Verfahren – zumal bei durchgeführtem doppeltem Schriftenwechsel – ausführlich zur Sache äussern und beim Gericht, welches volle Kognition hat, sämtliche Rügen vortragen konnte.

3.

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

3.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 148 V 356 E. 3 S. 358, 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

3.2.1 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 148 V 356 E. 3 S. 358, 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

3.2.2 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).

Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 149 V 218 E. 5.2 S. 220, 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2).

3.3 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).

4.

4.1 Unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin am 9. August 2022 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.1 hiervor). Umstritten ist hingegen, ob die Beschwerdeführerin – basierend auf dem besagten Unfall – über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Einstellung per 31. März 2023 hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist zu prüfen, ob die nach dem 31. März 2023 geklagten gesundheitlichen Beschwerden in einem anspruchsbegründenden Kausalzusammenhang zum Unfall vom 9. August 2022 stehen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

4.1.1 Im Sprechstundenbericht für Schulter- und Ellbogenchirurgie des Spials H. _____ vom 16. März 2023 (act. II 5) diagnostizierten Prof. Dr. med. I. _____ und Prof. Dr. med. J. _____, beide Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, einen Verdacht auf eine traumatische Supraspinatuspartialruptur rechts mit/bei einem Status nach Schulterdistorsion rechts im Rahmen eines ...-Sturzes am 9. August 2022 mit Try Score Mechanismus rechts. Die Beschwerdeführerin leide seit einem ...-Sturz an einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung der rechten Schulter. Der klinische Befund und der von der Beschwerdeführerin geschilderte Startmechanismus könnten auf eine Partialruptur der anterosuperioren Rotatorenmanschette hinweisen. Es werde ein Arthro-MRI veranlasst.

4.1.2 Dr. med. K. _____, Facharzt für Radiologie, beurteilte das MRI des Schultergelenks rechts vom 21. März 2023 (act. II 6) folgendermassen: Reizzustand des leicht degenerativ alterierten AC-Gelenkes. Impingement-situation mit/bei lateralem Downsloping des Akromions. Leichte Bursitis subakromial subdeltoidal. Reversed-Pastaläsion der anterioren Supraspinatussehnenhälfte. Grad III Ruptur der Subscapularissehne. Medial subluxierte, am Tuberculum minus tendinotisch alterierte, lange Bizepssehne. SLAP 2, mutmasslich Biceps-Pulley-Ruptur.

4.1.3 Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. F. _____, hielt in der Stellungnahme vom 18. April 2023 (act. II 14) fest, der Nachweis einer Rotatorenmanschettenruptur nach einem Trauma sei kein Beweis für deren traumatische Entstehung. Mechanismus bei der Beschwerdeführerin sei nicht eine Distorsion, sondern primär eine Kontusion mit Direkttrauma. Für eine traumatisch bedingte Rotatorenmanschettenruptur durch Direkttrauma bedürfte es Verletzungen an vorgelagerten Strukturen (act. II 14 S. 2). Ebenfalls gegen eine traumatische Ruptur spreche der Verlauf. Für eine frische traumatische Rotatorenmanschettenruptur bedürfte es nicht nur eines sofortigen Auftretens von Beschwerden und Bewegungseinschränkungen, sondern eines plötzlichen Funktionsverlusts der Schulter, sodass von einer sogenannten Pseudoparalyse gesprochen werde. Zudem werde zwar häufig damit argumentiert, dass die Kombination Subskapularissehnenverletzung und Pulley-Läsion für ein Trauma spreche. Dies sei jedoch nicht haltbar (act. II 14 S. 3). Auf die MRI-Untersuchung könne nur wenig abgestellt werden, da keine zeitnahe Untersuchung stattgefunden habe. Die Beschwerden seien überwiegend wahrscheinlich zumindest als teilkausal zum Ereignis vom 9. August 2022 zu klassifizieren (act. II 14 S. 4). Da die nachgewiesenen Schäden als degenerativ zu klassifizieren seien sowie keine objektivierbaren frischen strukturellen traumatischen Schäden vorlägen, könne kein Dauerschaden oder eine richtunggebende Verschlimmerung bewiesen werden. Damit könne maximal eine vorübergehende Verschlimmerung akzeptiert werden. Spätestens Ende März 2023 mit Nachweis von degenerativen Veränderungen sei der Status quo sine festzusetzen. Die geplante Operation von Anfang Juni 2023 adressiere degenerative Veränderungen (act. II 14 S. 5).

4.1.4 Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte in der Stellungnahme vom 8. Mai 2023 (act. II 18 S. 3 f.) einen Verdacht auf eine traumatische Supraspinatuspartialruptur rechts mit/bei einem Status nach Schulterdistorsion im Rahmen eines ...-Sturzes rechts am 9. August 2022 mit Try Score Mechanismus rechts sowie eine anterosuperiore Rotatorenmanschetten-Pathologie mit Bizepsinstabilitäten. Die Beschwerdeführerin habe am 9. August 2022 einen ...-Sturz mit einer Verletzung der rechten Schulter erlitten mit unmittelbar posttraumatisch deutlichem Hämatom im Bereich

des Oberarms. Die anterosuperiore Rotatorenmanschettenpathologie mit Luxation der Bicepssehne, Ruptur des Pulleysystems und Ruptur der Subscapularissehne sowie des anterioren Supraspinatus seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Die Bildgebung zeige eine degenerative Veränderung im Bereich des Subacromialraumes des Bicepsankers und, vom Gutachter nicht erwähnt, des AC-Gelenkes. Diese seien aber klinisch nicht relevant und würden bei dieser Operation nicht adressiert. Die Rotatorenmanschette und die Bicepssehne zeigten keine Degeneration. Die Behauptung von Dr. med. F. _____, dass eine Rotatorenmanschettenläsion unmittelbar mit einer Pseudoparalyse einhergehen solle, sei nicht korrekt. Eine gute Möglichkeit zur Entkräftung des Hauptargumentes der Degeneration wäre die Durchführung eines MRI der linken Schulter. Ganz sicher werde man dort nicht eine Ruptur der Subscapularissehne und eine Luxation der Bicepssehne vorfinden. Schliesslich würden wir symmetrisch altern bzw. degenerieren (act. II 18 S. 3 f.).

4.1.5 Der beratende Arzt, Dr. med. F. _____, hielt in der Stellungnahme vom 23. Mai 2023 (act. II 21) fest, bei Personen über 40 Jahre entstünden die allermeisten Rotatorenmanschettenrupturen als Folge degenerativer Veränderungen. Die Beschwerdeführerin argumentiere auch damit, dass es sich um zwei angerissene Sehnen handle. Es gebe keine Begründung dafür, dass Sehnen, deren Muskeln unterschiedliche Gelenksfunktionen hätten, durch gleiche Bewegungen verletzt würden (act. II 21 S. 3). Zudem legte der beratende Arzt dar, bei allen muskulären Beanspruchungen des Schultergelenkes sei die Rotatorenmanschette ganz nachrangig beansprucht/belastet. Es gebe deshalb keine sinnvolle Begründung dafür, dass eine funktionell nachrangig belastete Struktur durch eine dynamische Belastung vorrangig verletzt werde. Es sei nicht nachvollziehbar, dass funktionell nur untergeordnete Strukturen primär und isoliert verletzt würden, wenn vorgelagerte funktionell übergeordnete Strukturen keine Schäden aufwiesen. Sowohl in der klinischen Untersuchung als auch bildgebend seien an den übergeordneten funktionellen Strukturen keine Schäden vorhanden (act. II 21 S. 5). Dr. med. L. _____ schreibe, dass in der orthopädischen Beurteilung eine Subskapularissehnenläsion traumaassozii-

iert sei. Dafür fehle jedoch jeglicher wissenschaftliche Beweis (act. II 21 S. 5).

4.1.6 Am 5. Juni 2023 wurde die Beschwerdeführerin operiert. Prof. Dr. med. J._____ diagnostizierte im entsprechenden Operationsbericht (act. II 34) eine traumatische anterosuperiore Rotatorenmanschettenläsion mit instabiler Bizepssehne (SSP und SSC) bei Status nach ...-Sturz am 9. August 2022 mit Try Score Mechanismus rechts (adominant). Der Subskapularis zeige eine Ruptur von 1/3 der ganzen Sehne, welche am Tuberkulum cranial artikulärseitig ausgerissen sei. Insgesamt zeige sich die Sehne in normaler Qualität und normaler Dicke. Die Bursa sei verdickt und teilweise gerötet. Der Supraspinatus zeige eine intakte artikulärseitige Sehne aber bursaseitig ohne klare Ruptur.

4.1.7 Med. pract. M._____, seit 1. Mai 2024 Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 18. August 2023 (act. II 40) eine traumatische anterosuperiore Rotatorenmanschettenläsion mit instabiler Bicepssehne (SSP und SSC) bei Status nach ...-Sturz am 9. August 2022 mit Try Score Mechanismus rechts (adominant). Unmittelbar nach dem ...-Sturz habe ein deutliches Hämatom im Bereich des Oberarms bestanden (act. II 40 S. 1). Entgegen der älteren Literatur der Versicherungsmedizin zeige die neuere Literatur, dass ein Sturz auf die Schulter sehr wohl zu einer Rotatorenmanschettenruptur führen könne. Die Aussage, die "äussere Hülle" müsse ebenfalls beschädigt sein, sei veraltet. Mit dem "Aufschlagen der Achselhöhle auf die ..." (forcierte Flexion), wie dies die Beschwerdeführerin angebe, sei ein solcher Mechanismus sehr gut möglich. Dr. med. F._____ berufe sich auf gutachterliche Literatur, in der der alsbaldige Arztbesuch sowie eine Pseudoparalyse als positives Kriterium für eine Unfallkausalität gelte. Im vorliegenden Fall lägen Partialrupturen vor, die nicht zu einem kompletten Funktionsverlust führten. Daher habe die Beschwerdeführerin trotz Beschwerden im ... arbeiten können. Der Operationsbericht beschreibe eine Sehne von "normaler Qualität und normaler Dicke". Somit bleibe die rein degenerative Ätiologie der Sehnenruptur hypothetisch und müsste mit primärer Fachliteratur belegt werden. Aus orthopädischer Sicht sei die vorliegende anterosuperiore Rotatorenmanschettenpathologie mit Luxation

der Bicepssehne, Ruptur des Pulleysystems und Ruptur der Subscapularissehne sowie des anterioren Supraspinatus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen (act. II 40 S. 2).

4.1.8 Der weitere beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. G. _____, diagnostizierte im Aktengutachten vom 11. Januar 2024 (act. II 52) mit Bezug zum Ereignis vom 9. August 2022 eine Schulter-Oberarmkontusion/Distorsion rechts (adominant; ICD-10: S40.0) sowie ohne Bezug zum Ereignis vom 9. August 2022 leichtgradige degenerative Veränderungen Schulter rechts (ICD-10: M75.1) sowie eine Heberden-Arthrose Dig. III Hand rechts (ICD-10: M15.1). In den zur Verfügung stehenden Akten seien zwei biomechanisch unterschiedliche Schadensmechanismen wiedergegeben worden. Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin habe ein direktes Trauma (Kontusion) vorgelegen. Gemäss den Beschreibungen der behandelnden Orthopäden habe es sich um eine indirekte Traumatisierung durch einen axialen Aufprall in vermehrter Flexion gehandelt. Eine Kombination der beiden Geschehensabläufe sei biomechanisch betrachtet nicht möglich. Das von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Hämatom am Oberarm könne durchaus als Zeichen einer lokalen Weichteilschädigung bedingt durch einen direkten Schlag interpretiert werden. Ein Schlag auf den Oberarm sei aber nicht geeignet gewesen, eine intraartikuläre Schädigung am ipsilateralen Schultergelenk zu erzeugen (act. II 52 S. 22). Im MRI vom 21. März 2023 habe eine MR-tomographisch recht deutliche AC-Gelenksarthrose dokumentiert werden können. Daraus sei überwiegend wahrscheinlich eine Friktion im Bereich der Supraspinatus-Oberfläche entstanden. Im Bereich des intraartikulären Verlaufs der langen Bizepssehne zeigten sich ebenfalls degenerative Alterationen (act. II 52 S. 34). In der Gesamtschau passten die anlässlich der Operation fotografisch dokumentierten Alterationen zu einem degenerativen Zustandsbild (act. II 52 S. 37 f.). Die Beschwerden, welche zur Operation vom 5. Juni 2023 geführt hätten, seien überwiegend wahrscheinlich unfallfremd bzw. einem degenerativen Vorzustand geschuldet. Am 9. August 2022 habe ein Vorzustand bedingt durch überwiegend wahrscheinlich degenerative Alterationen der Subscapularissehne, diskrete Supraspinatussehne, des AC-Gelenkes, der langen Bizepssehne und des Bizepsankers bestanden. Der Vorzustand sei vor dem Ereignis nicht therapiert wor-

den. Falls eine Frozen Shoulder Symptomatologie zwischenzeitlich aufgetreten sei, sei diese allerdings überwiegend wahrscheinlich unfallkausal gewesen (act. II 52 S. 47 f.). Der Unfall habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der unfallfremden Faktoren geführt. Der Status quo sine sei spätestens am 21. März 2023 erreicht gewesen (bildgebender Ausschluss einer Persistenz der Frozen Shoulder Symptomatologie, fehlender Nachweis überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingter, morphologischer Schäden und fehlender Nachweis einer richtunggebenden Verschlimmerung). Die degenerativen Veränderungen hätten überwiegend wahrscheinlich schicksalsmässig in absehbarer Zeit zu Beschwerden der rechten Schulter geführt, auch ohne das zitierte Ereignis (act. II 52 S. 49).

4.2 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).

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; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2).

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. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweis-

grundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. März 2024 (act. II 55) massgeblich auf das Aktengutachten ihres beratenden Arztes Dr. med. G. _____ vom 11. Januar 2024 (act. II 52) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen und überzeugt. Der Facharzt hat sich in seiner ärztlichen Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen gestützt auf die Vorakten und bildgebenden Untersuchungen sowie die intraoperativen Fotografien getroffen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet.

4.3.1 Aus dem Aktengutachten vom 11. Januar 2024 geht klar und schlüssig hervor, dass am 9. August 2022 – mit Blick auf die Erkenntnisse aus dem MRI vom 21. März 2023 – ein Vorzustand an der rechten, adominanten Schulter der Beschwerdeführerin bestand (act. II 52 S. 48). Im MRI vom 21. März 2023 waren im Bereich des AC-Gelenkes und am Bizepsanker degenerative Veränderungen erkennbar. Diese Beurteilung deckt sich mit der erfolgten Evaluation von Dr. med. L. _____ vom 8. Mai 2023 (act. II 18 S. 3). Auch der Subscapularissehnen-Schaden ist überwiegend wahrscheinlich degenerativ entstanden. Die am 5. Juni 2023 intraoperativ angefertigten Fotografien zeigten diese degenerativen Veränderungen ebenfalls. So sprachen die dokumentierten Verquellungen und Ausfransungen überwiegend wahrscheinlich für das Vorliegen einer degenerativen morphologischen Alteration an der rechten Schulter. Bei einer traumatisch bedingten Läsion hätten gemäss der nachvollziehbaren und überzeugenden Einschätzung von Dr. med. G. _____ leicht retrahierte und abge-

rundete Sehnenstümpfe erwartet werden können, welche jedoch nicht vorlagen. Weitere degenerative Alterationen lagen im intraartikulären Verlauf der langen Bizepssehne vor. Auch der Bizepsanker war deutlich degeneriert (act. II 52 S. 37 f.). Durch den Subscapularissehnen-Schaden entstand eine Lücke im Rotatoren-Intervall, welche zwangsläufig auch ohne Unfall kontinuierlich zu einer Destabilisierung der Bizepssehne mit schlussendlich medialer Subluxation führen musste. Dadurch entwickelte sich degenerativ bedingt eine Pulley-Läsion mit Ausweitung des Rotatorenintervalls inklusive Schädigung des Ligamentums glenohumerale superius (act. II 52 S. 44). Die sieben Monate zwischen dem MRI und dem Unfall waren zu kurz, als dass die degenerativen Veränderungen in dieser Zeit entstanden sein konnten, worauf Dr. med. G._____ nachvollziehbar verweist (act. II 52 S. 44).

Betreffend die von der Beschwerdeführerin geklagte Frozen Shoulder Symptomatologie ist zu erwähnen, dass anlässlich der Durchführung des MRI vom 21. März 2023 keine Residuen einer derartigen Symptomatologie bestanden (act. II 52 S. 33). Falls eine solche bestand, war sie am 16. März 2023 klinisch und am 21. März 2023 bildgebend reversibel abgeheilt (act. II 52 S. 48). Die rechte Schulter der Beschwerdeführerin befand sich bedingt durch die Vielfalt der degenerativen Alterationen zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 9. August 2022 bereits in einem labilen Zustand. Gemäss der überzeugenden Einschätzung von Dr. med. G._____ musste jederzeit mit einem spontanen Symptomatischerwerden der einen oder anderen degenerativen Alteration der rechten Schulter der Beschwerdeführerin gerechnet werden (act. II 52 S. 45).

Betreffend den Unfallmechanismus wurden in den Akten unterschiedliche Schadensmechanismen wiedergegeben (act. II 52 S. 22). Diesbezüglich hat Dr. med. G._____ schlüssig dargelegt, dass das von der Beschwerdeführerin mehrfach erwähnte Hämatom für eine Kontusion sprach. Der erstmals von Prof. Dr. med. I._____ am 16. März 2023 erwähnte Try Scorer Mechanismus (act. II 5) wäre gestützt auf die Einschätzung von Dr. med. G._____ zwar qualitativ geeignet gewesen, eine Rotatorenmanschetten-Schädigung zu erzeugen. Allerdings fehlten im MRI wie auch auf den intraoperativen Fotografien Zeichen dafür, dass eine durch die

Trauma-Energie ausgeprägte strukturelle Schädigung vorlag (kein Knorpel-schaden, keine Zeichen einer Luxation). Somit war, falls tatsächlich ein Try Scorer Mechanismus vorlag, dieser von der kinetischen Energie her zu wenig ausgeprägt, um einen frischen strukturellen Schaden an der Rotatorenmanschette zu erzeugen (act. II 52 S. 46).

Schliesslich fanden sich weder im MRI noch intraoperativ Zeichen einer richtunggebenden Verschlimmerung durch den Unfall vom 9. August 2022 (act. II 52 S. 44). Der Unfall hat nach dem Dargelegten zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der unfallfremden Faktoren geführt. Der Status quo sine war spätestens am 21. März 2023 mit dem bildgebenden Ausschluss einer Persistenz der Frozen Shoulder Symptomatologie, dem fehlenden Nachweis überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingter, morphologischer Schäden und dem fehlenden Nachweis einer richtunggebenden Verschlimmerung erreicht (act. II 52 S. 49).

4.3.2 Die weiteren in den Akten liegenden Arztberichte vermögen keine auch nur geringen Zweifel am Aktengutachten von Dr. med. G. _____ vom 11. Januar 2024 (act. II 52) zu begründen:

Der erstbehandelnde Prof. Dr. med. I. _____ nannte bloss eine Verdachtsdiagnose und veranlasste in der Folge ein MRI (act. II 5 S. 1). Auch Dr. med. L. _____ stellte eine Verdachtsdiagnose (act. II 9, 18 S. 3 f.) und seine Ausführungen sind überwiegend allgemein gehalten. So hielt er dem beratenden Arzt Dr. med. F. _____ vor, dieser habe den Trauma-mechanismus als inadäquat beschrieben, was nicht korrekt sei, doch zeigte er nicht auf, aus welchen Gründen die Adäquanz zu bejahen sei. Ebenso sind die Überlegungen zum seitengleichen Alterungsprozess für die im konkreten Fall sich stellenden Kausalitätsfragen nicht zielführend und werden von Dr. med. G. _____ schlüssig widerlegt (act. II 52 S. 180 f.). Die Berichte von Prof Dr. med. J. _____ sprechen ebenfalls nicht gegen die Annahmen im Aktengutachten vom 11. Januar 2024 (act. II 52). Dieser Arzt diagnostizierte zwar eine traumatische anterosuperiore Rotatoren-manschettenläsion mit instabiler Bizepssehne (SSP und SSC) bei Status nach ...-Sturz am 9. August 2022 mit Try Score Mechanismus rechts (adominant; act. II 34 S. 1, 35); dies ist aber unerheblich, denn die Beurteilung der Kausalität ist eine Rechtsfrage und der medizinische Begriff des Traumas

deckt sich nicht mit demjenigen des Unfalls (Entscheid des BGer vom 21. Oktober 2011, 8C_689/2011, E. 7.1). Schliesslich verfängt auch die von Med. pract. M. _____ vorgebrachte Kritik nicht. Soweit er auf die neuere – vom Bundesgericht teils als unfundiert qualifizierte (Entscheid des BGer vom 22. Oktober 2019, 8C_446/2019, E. 5.2.2.) – Literatur betreffend Sturz auf die Schulter und Rotatorenmanschettenruptur verweist (act. II 40 S. 2), ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ungeachtet dessen eine Einzelfallbeurteilung unabdingbar (SVR 2021 UV Nr. 34 S. 156 E. 4.1.3). Eine solche hat Dr. med. G. _____ hier vorgenommen, wobei dieser sich nicht darauf beschränkte, den von der Beschwerdeführerin beschriebenen Unfallhergang als für die hier interessierenden Gesundheitsschäden ungeeigneten Unfallmechanismus darzustellen. Die allgemeinen Ausführungen von Med. pract. M. _____ betreffend Pseudoparalyse und verspäteter ärztlicher Konsultation (act. II 40 S. 2) sind auch gemäss Dr. med. G. _____ zutreffend (act. II 51 S. 42 f.). Die Angaben zur altersbedingten Degeneration sind sodann allgemein und nicht einzelfallbezogen. Soweit Med. pract. M. _____ schliesslich auf den Operationsbericht vom 5. Juni 2023 verweist, hält Dr. med. G. _____ zutreffend fest, dass nicht klar ist, auf welche Sehne (von normaler Qualität und Dicke) dabei Bezug genommen wird und dass zudem auch die Bildgebung vom 21. März 2023 nicht berücksichtigt wird (act. II 52 S. 43).

4.3.3 Mithin ist gestützt auf die beweiskräftige Beurteilung des Dr. med. G. _____ vom 11. Januar 2024 (act. II 52) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Status quo sine spätestens am 21. März 2023 erreicht war (act. II 52 S. 45, 49).

4.3.4 Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, ihre Sehnenverletzungen seien auch Listenverletzungen nach Art. 6 Abs. 2 UVG (Beschwerde S. 4 Rz. 17), kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Ist eine 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 (BGE 146 V 51 E. 9.1 S. 70). Ist dies der Fall, ist gleichzeitig auch erstellt, dass die Listenverletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 %, auf Abnüt-

zung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Bei fehlendem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG und einer Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 UVG erübrigt sich eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, jedenfalls solange kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt (BGE 146 V 51 E. 9.2 S. 71). Da der Status quo sine vorliegend spätestens am 21. März 2023 erreicht wurde und ein natürlicher Kausalzusammenhang damit zu verneinen ist, fällt eine Leistungspflicht aus unfallähnlicher Körperschädigung ausser Betracht, wie die Beschwerdegegnerin zutreffend festhält (Beschwerdeantwort S. 19 Ziff. 17).

4.3.5 Der Sachverhalt ist gestützt auf die vorliegenden Akten hinreichend erstellt, weshalb auf weitere Beweiserhebungen verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; 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). Demnach hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 31. März 2023 eingestellt.

5.

Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. März 2024 (act. II 55) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Rechtsanwalt C. _____ und Rechtsanwältin D. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.