

200 24 415 UV  
ISD/BRO/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 18. Dezember 2024**

Verwaltungsrichter Isliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiberin Brunner

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

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 6. Mai 2024



## Sachverhalt:

### A.

Nachdem die 1978 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) am 23. August 2016 in einen Verkehrsunfall verwickelt war und sich dabei unter anderem eine Schulterverletzung rechts zugezogen hatte, anerkannte die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) ihre Leistungspflicht. Dieser Fall wurde nach Wiedererlangen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ab dem 1. März 2017 abgeschlossen (vgl. Akten der AXA Versicherungen AG [AXA bzw. Beschwerdegegnerin; act. II und act. IIA] act. II A79 S. 2).

Als sich die Versicherte gemäss Schadenmeldung UVG vom 23. Juli 2020 (act. II A1) am 10. Juli 2020 beim ... einer ... wiederum eine Verletzung an der rechten Schulter zuzog, war sie in einer ... Klinik als ... angestellt und dadurch nunmehr bei der AXA obligatorisch unfallversichert. Nach Einholen der medizinischen Unterlagen und Vorlage an Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ihres medizinischen Dienstes (act. II M18), stellte die AXA mit Verfügung vom 29. Juni 2021 (act. II A34) die bisher erbrachten Leistungen mangels Kausalzusammenhangs der fortbestehenden Beschwerden zum geltend gemachten Ereignis auf den 31. Oktober 2020 ein. Eine hiergegen erhobene Einsprache (act. II A49) wies die AXA nach Einholen einer weiteren versicherungsmedizinischen Beurteilung durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (act. II M24), mit Entscheid vom 8. April 2022 (act. II A85) ab.

Parallel dazu wurde das Ereignis vom 10. Juli 2020 auch der Suva als Rückfall zum Ereignis vom 23. August 2016 gemeldet. Nachdem diese vorerst Taggelder ausgerichtet hatte, verneinte auch die Suva mit Verfügung vom 10. Dezember 2021 bzw. Einspracheentscheid vom 17. März 2022 ihre Leistungspflicht in Zusammenhang mit dem Ereignis vom 10. Juli 2020, verzichtete jedoch auf die Rückforderung der ausbezahlten Taggelder (vgl. act. II A79).

Die Versicherte erhob sowohl gegen den Einspracheentscheid der Suva vom 17. März 2022 (act. II A79) als auch den Einspracheentscheid der AXA vom 8. April 2022 (act. II A85) Beschwerde. Mit Urteil vom 8. November 2022, UV/2022/265 und UV/2022/323 (act. II A91), wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Suva ab und hiess die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der AXA insoweit gut, als es den angefochtenen Einspracheentscheid aufhob und die Sache an die AXA zurückwies, damit diese im Rahmen eines versicherungsexternen Gutachtens die Frage der Kausalität zwischen dem Ereignis vom 10. Juli 2020 und den am 25. Mai 2021 operierten Beschwerden an der rechten Schulter (vgl. act. II M15) abkläre und anschliessend neu verfüge.

In der Folge holte die AXA bei Dr. medE. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein Gutachten ein (act. II M27) und stellte die Leistungen mangels Kausalzusammenhangs der fortbestehenden Beschwerden zum Ereignis vom 10. Juli 2020 mit Verfügung vom 27. September 2023 (act. II A127) per 17. September 2020 ein, verzichtete aber auf die Rückforderung der bereits erbrachten Taggelder. Eine dagegen erhobene Einsprache (act. II A132) wies die AXA mit Entscheid vom 6. Mai 2024 (act. II A138) ab.

## **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 7. Juni 2024 Beschwerde. Sie stellt die folgenden Anträge:

1. Es sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 6. Mai 2024 betreffend Einstellung der Versicherungsleistungen per 17. September 2020 aufzuheben und es seien der Beschwerdeführerin die Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung für die Zeit ab 17. September 2020 bis zur Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit zu 100 % am 18. April 2022 (insbesondere Taggelder ab 25. Mai 2021 bis 18. April 2022) auszurichten.
2. Es sei der Beschwerdeführerin zu Lasten der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung gemäss nachzureichender Kostennote auszurichten.
3. Unter Kostenfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 5. Juli 2024 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 6. Mai 2024 (act. II A138). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 10. Juli 2020 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen zulässigerweise per 17. September 2020 terminierte bzw. den Anspruch auf weitere Unfallversicherungsleistungen verneinte.

**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 Abs. 1 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).

**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 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).

**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** 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 blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

**2.2.3** Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 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).

**2.3** Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (Entscheid des Bundesgerichts [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** Das Verwaltungsgericht erkannte in VGE UV/2022/265 und UV/2022/323 (act. II A91), dass das Ereignis vom 10. Juli 2020, bei wel-

chem die Beschwerdeführerin als ... des ... in einer ... Klinik zusammen mit einem anderen ... eine ... .. musste, die sich stark wehrte und tätlich wurde (vgl. dazu act. II A1), die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt (act. II A91 S. 12 f. E. 4.1). Sodann stellte es fest, dass die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nicht unter dem Gesichtspunkt des Rückfalls (vgl. Art. 11 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]; zur Abgrenzung vgl. BGE 144 V 245 E. 6.1 S. 253, 118 V 293 E. 2c S. 296), sondern unter dem Aspekt des Grundfalls im Zusammenhang mit dem Unfall vom 10. Juli 2020 zu prüfen ist, wobei hinsichtlich der Frage, ob – bzw. wenn ja, in welchem Zeitpunkt – der Status quo sine vel ante eingetreten ist, die Beschwerdegegnerin die Beweislast trägt (S. 14 E. 4.2.2).

**3.2** In Bezug auf die Aktenlage ist vorab auf VGE UV/2022/265 und UV/2022/323, E. 4.3.1 ff. (act. II A91 S. 14 ff.), zu verweisen. Den – nach dem Rückweisungsentscheid eingeholten – medizinischen Akten ist im Wesentlichen zu entnehmen was folgt:

**3.2.1** Der Radiologe Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, legte im „Nachtrag vom 22.03.2023 zum Arthro-MRT (rechts)- Befund vom 15.09.2023 (recte: 2016)“ (act. II M27 S. 88) dar, bei der nochmaligen Durchsicht des Befundes vom 15. September 2016 handle es sich bei der beschriebenen möglichen SLAP-Läsion wahrscheinlich nicht um einen Labrumriss, sondern um die in der Differentialdiagnose erwähnte Variante mit hypoplastischem anterosuperiorem Labrum und kräftigem mittlerem glenohumeralen Ligament (Buford-Komplex).

**3.2.2** Im Aktengutachten vom 3. April 2023 (act. II M27) stellte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen (S. 80 Ziff. 4):

Mit Bezug zum Ereignis vom 23. August 2016:

- Metacarpale-III-Fraktur Hand links (ICD-10 S62.32)
- Postero-inferiore Schultergelenkluxation mit spontaner Reposition rechts (ICD-10 S43.02)
- Kniekontusion rechts (ICD-10 S80.0)

Mit Bezug zum Ereignis vom 10. Juli 2020:

- V.a. Schultergelenkluxation rechts mit Spontanreposition (ICD-10 S43.00)

Unfallfremd:

- Chronische multidirektionale Schultergelenkinstabilität rechts mit
  - Sekundärer Supraspinatus-Tendinopathie (ICD-10 M75.1)
  - SLAP II-Läsion (ICD-10 M75.6)
  - Buford-Komplex (ICD-10 M75.8)
  - Fortgeschrittene Chondromalazie Humeruskopf dorsal (ICD-10 M94.81)

In der integrativen Gesamtbeurteilung hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, die eindrücklichen Knorpeldefekte am Humeruskopf dorsal, wie sie im Operationsbericht vom 25. Mai 2021 von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (vgl. act. II M15), festgehalten und auch intraoperativ fotografisch gut dokumentiert worden seien, hätten in dieser Lokalisation überwiegend wahrscheinlich nur durch ventrale Luxation oder repetitive ventrale Subluxation auftreten können. Der Knorpeldefekt habe sich zudem auf den MRT-Bildern vom 15. Juli 2020 (vgl. act. II M3) leichtgradig und vom 30. April 2021 (vgl. act. II M13) verstärkt nachweisen lassen. Diese Tatsache spreche für eine unfallfremde Chondropathie/Chondrolyse und habe ohne dokumentierten Unfall mit ventraler Schultergelenkluxation nur im Rahmen einer kongenitalen multidirektionalen Instabilität erklärt werden können. Die traumatischen Luxationsphänomene vom 23. August 2016 und vom 10. Juli 2020 hätten in postero-inferiorer Richtung stattgefunden. Die exakte Analyse der Bilder des Arthro-MRT vom 15. September 2016 (vgl. act. IIA 1) habe bereits Hinweise auf das Vorliegen einer überwiegend wahrscheinlich kongenitalen Instabilität geliefert. Von zentraler Bedeutung sei dabei das Vorliegen des Buford-Komplexes, der ebenfalls durch den Radiologen Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in der Nachbefundung (vgl. act. II M27 S. 88) bestätigt worden sei. Aber auch der grosse, ältere, abgerundete freie Gelenkkörper und die auf den intraoperativen Fotografien überwiegend wahrscheinlich chronische degenerative SLAP-Läsion hätten aus Sicht des referierenden Gutachters zwangsläufig die Frage und Diskussion einer unfallfremden Ursache der operativ behandelten Pathologien mit sich ziehen müssen. Die bei der Beschwerdeführerin überwiegend wahrscheinlich vorhandene präexistente Instabilität habe sowohl die SLAP-Läsion, die Tendinopathie der Supraspinatussehne und letztendlich auch die prognostisch wichtigen Knorpelschäden am Humeruskopf dorsal genügend erklären können. Für den Eingriff vom 5. Dezember 2016 habe überwiegend wahrscheinlich kein

natürlicher kausaler Zusammenhang zum Ereignis vom 23. August 2016 und für den Eingriff vom 25. Mai 2021 überwiegend wahrscheinlich kein natürlicher Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 10. Juli 2020 bestanden. Beide zitierten Eingriffe hätten der Sanierung von Pathologien gedient, welche überwiegend wahrscheinlich in Zusammenhang mit einer unfallfremden multidirektionalen Schultergelenkinstabilität gestanden hätten (S. 79 f. Ziff. 3.4).

Zur Frage eines massgebenden Vorzustandes führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, vor dem Ereignis vom 23. August 2016 habe überwiegend wahrscheinlich eine asymptomatische, multidirektionale Schultergelenkinstabilität rechts bestanden. Diese habe im Rahmen des kongenital vorhandenen Buford-Komplexes erklärt werden können. Der am 15. September 2016 MR-tomografisch nachweisbare abgerundete Gelenkkörper passe genau zu einer chronischen Instabilität wie das Fehlen von traumatisch bedingten Schädigungen am Glenoid nach dem Ereignis vom 23. August 2016. Auch die bereits im Arthro-MRT vom 15. September 2016 (vgl. act. IIA 1) vorhandenen Zeichen einer chronischen Supraspinatussehnen-Tendinopathie seien überwiegend wahrscheinlich im Rahmen einer chronischen Instabilität entstanden. Die geringfügigen Struktur-Alterationen im Bizepsanker seien überwiegend wahrscheinlich nicht in einem kausalen Zusammenhang zum Ereignis vom 23. August 2016 gestanden. Somit müsse auch die SLAP-Läsion als Vorzustand bewertet werden. Am 10. Juli 2020 habe bei der Beschwerdeführerin der gleiche Vorzustand wie vor dem 23. August 2016 zusammen mit einem Zustand nach reverse Hill-Sachs-Läsion bestanden. Diese Schädigung habe aber bereits eine Tendenz zur Heilung gezeigt. Im Arthro-MRT vom 30. April 2021 (vgl. act. II M13) sei die reverse Hill-Sachs-Läsion nicht mehr dokumentiert (act. II M27 S. 82 Ziff. 5/3).

Hinsichtlich des umstrittenen natürlichen Kausalzusammenhangs hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, die seit dem Arthro-MRT vom 15. September 2016 (vgl. act. IIA 1) höchstens langsam progrediente intratendinöse Signalalteration der Supraspinatussehne sei überwiegend wahrscheinlich nicht in einem unfallkausalen Zusammenhang (weder zum Unfall vom 23. August 2016 noch zum Unfall vom 10. Juli 2020) gestanden. Die Pathologie der Supraspinatussehne sei aber gemäss Akten vor dem Eingriff vom 25. Mai

2021 nicht symptomatisch gewesen. Das schmerzhafte Knacken, Schnappen und Einklemmen seien überwiegend wahrscheinlich bedingt durch den Knorpelschaden, welcher aber gemäss Vergleich der Arthro-MRT-Bilder erst nach dem 15. Juli 2021 (recte: 2020 [vgl. act. II M3]) und ohne dokumentierten Unfall entstanden sei. Es sei davon auszugehen, dass es sich hier um einen unfallfremden Knorpelschaden bei multidirektionaler, chronischer Schultergelenkinstabilität gehandelt habe. Sowohl die am 25. Mai 2021 operierten Befunde (Supraspinatussehne-Tendinopathie, Downsloping des Akromions) als auch der nicht operierte Befund am Knorpel (Knorpelglatzen) seien überwiegend wahrscheinlich unfallfremd entstanden. Nur das überwiegend wahrscheinlich stattgefundene Subluxations-/Luxationsmanöver mit sofortiger Spontanreposition aber ohne Nachweis struktureller Schäden sei in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 10. Juli 2020 gestanden (act. II M27 S. 82 f. Ziff. 5/4.1). Ein bis zwei Monate nach dem Ereignis vom 10. Juli 2020, spätestens aber nach dem vorläufigen Behandlungsabschluss bei Dr. med. G. \_\_\_\_\_ am 17. September 2020 (act. II M4), sei der Status quo sine erreicht gewesen. Eine richtunggebende Verschlimmerung habe insbesondere auch im Bereich der Supraspinatussehne nicht stattgefunden (S. 83 Ziff. 5/4.2).

**3.2.3** Dr. med. G. \_\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 14. August 2023 (act. II A126 S. 5 ff.) insbesondere aus, das Arthro-MRT vom 15. September 2016 zeige eine reverse Hill-Sachs-Läsion. Im Humeruskopf finde sich ein Knochenödem, was vom Radiologen auch so beschrieben werde. Ebenso werde eine mögliche SLAP II-Läsion erwähnt. Als Normvariante finde sich ein sublabral hole des anterioren Labrums. Ebenso ein freier Gelenkkörper im posterioren Recessus. Bereits hier zeige sich die problematische Beurteilung des Gutachters. Dieser spreche von einem Buford-Komplex und referiere in der Folge, dass es sich nicht um Folgen des Unfalls, sondern um eine vorbestehende multidirektionale Instabilität handle. Es sei jedoch angemerkt, dass auch die folgenden MRT-Untersuchungen keinen Buford-Komplex gezeigt hätten. Sodann zeigten die intraoperativen Bilder den ausgedehnten Abriss des superioren Labrums mit ausgefransten Anteilen, das Labrum anterior sei klar sichtbar und nicht fehlend, wie dies bei einem Buford-Komplex der Fall wäre. Intraoperativ sei somit bilddokumentiert eine ausgedehnte SLAP II-Läsion fest-

gestellt und mittels Tenotomie der langen Bizepssehne und anschliessender Tenodese behandelt worden. Ein freier Gelenkkörper sei zusätzlich entfernt worden. In den Unterlagen fänden sich keine Hinweise auf eine multidirektionale Instabilität und die Energie des beschriebenen Traumas erscheine ausreichend zu sein, eine hintere Luxation mit zusätzlicher SLAP-Läsion zu verursachen. Der Gutachter erkläre nicht schlüssig, aufgrund welcher Hinweise er von einer multidirektionalen Instabilität ausgehe und die Argumentation mit einem Buford-Komplex scheinbar konstruiert zu sein. Im Arthro-MRT vom 30. April 2021 habe sich ein Defekt der gelenkseitigen anterioren Supraspinatussehne gezeigt. Im Bericht des Radiologen werde wiederum von einem sublabralen Foramen und nicht von einem Buford-Komplex gesprochen. Ausserdem sei die häufige Argumentation in Gutachten, wonach Läsionen der Rotatorenmanschette auch bei unter 50-jährigen Personen sehr häufig seien, nicht richtig, denn neuere Untersuchungen hätten gezeigt, dass diese Angaben der älteren Literatur nicht stimmten. In der Quintessenz der neueren Literatur könne festgehalten werden, dass degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette ab einem Alter von 40 Jahren zwar auftreten würden, Rupturen aber deutlich seltener seien, als dies die frühere Literatur suggeriere. Bei fehlendem Vorliegen von degenerativen Veränderungen und adäquatem Trauma müsse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer traumatischen Ätiologie ausgegangen werden. Bei jungen Patienten sollte zudem die Indikation zur Naht der Rotatorenmanschette (posttraumatische Läsion) grosszügig gestellt werden. Aus diesem Grund sei bei der Beschwerdeführerin bei fehlendem Ansprechen auf die konservative Behandlung die Indikation zur arthroskopischen Beurteilung und Naht der Supraspinatussehne gestellt worden, was auch in der Retrospektive immer noch als korrekt erachtet werde.

### **3.3**

**3.3.1** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen

Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.3.2** Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

**3.3.3** 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). Zudem kann rechtsprechungsgemäss insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen eines Aktenberichts erörtert werden (Entscheid des BGer vom 9. November 2011, 8C\_383/2011, E. 4.2). Insoweit macht die Beschwerdeführerin auch nichts Gegenteiliges geltend.

**3.3.4** Nach der Rechtsprechung gilt es bei der Beurteilung der Unfallkausalität, 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 Wahrschein-

lichkeit 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. Entscheide des BGer vom 16. Dezember 2021, 8C\_167/2021, E. 4.1, und vom 15. April 2021, 8C\_672/2020, E. 4.1.3).

**3.4** Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. Mai 2024 (act. II A138) auf das im Nachgang zum Rückweisungsentscheid (VGE UV/2022/265 und UV/2022/323 [act. II A91]) eingeholte Aktengutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 3. April 2023 (act. II M27). Dieses erfüllt die höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 3.3.1 ff. hiervor). Dass der Gutachter keine klinische Exploration der Beschwerdeführerin durchführte, ist nicht zu beanstanden, konnte er sich aufgrund der medizinischen Akten einschliesslich der bildgebenden Untersuchungen (zur Bedeutung von MRT-Befunden für die Abklärung der Unfallkausalität bei Schulterverletzungen vgl. Entscheidung des BGer vom 19. Februar 2024, 8C\_401/2023, E. 9.2.1) sowie der intraoperativen Befunde doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen. Der Gutachtensauftrag beschränkte sich zudem auf die retrospektive Würdigung des natürlichen Kausalzusammenhangs (act. II A113). Damit sind die Voraussetzungen für rechtsgenügeliche Aktenberichte erfüllt (vgl. E. 3.3.3 hiervor).

Der Gutachter nahm in seiner Beurteilung insbesondere eine eigene differenzierte und vertiefte Prüfung sowohl der MRT und der intraoperativen Bildgebung als auch der klinischen Untersuchungsbefunde vor, wobei er insbesondere die Lokalisation und die Beschaffenheit der Verletzungen eingehend analysierte. Hierfür setzte er sich nicht nur mit den medizinischen Erhebungen auseinander, die im Rahmen des Unfalles vom 10. Juli 2020 (act. II A1) respektive vor der Operation vom 25. Mai 2021 (act. II M15) durchgeführt worden waren, sondern auch mit denen, die im Zusammenhang mit dem Unfall vom 23. August 2016 bzw. mit der Operation vom 5. Dezember 2016 (vgl. act. II A79 S. 3) erhoben worden waren. Dadurch würdigte der Gutachter ebenfalls die pathologischen Veränderungen im gesamten massgebenden zeitlichen Verlauf und erfasste die Zu-

sammenhänge der Schulterverletzung ganzheitlich. Ausserdem erfolgte eine ausführliche kritische Diskussion der – teilweise divergierenden – Beurteilungen der behandelnden Ärzte sowie der Versicherungsmediziner. Dabei zeigte der Gutachter die Mängel respektive Lücken der einzelnen Berichte nachvollziehbar auf, wobei insbesondere darauf hingewiesen wurde, dass durch die bis anhin nicht umfassende Würdigung der medizinischen Akten kein Gesamtbild der Schulterpathologie entstehen konnte und teilweise auch mangelhafte Befunde ungeprüft übernommen wurden. So dann tauschte er sich mit dem Radiologen Dr. med. F. \_\_\_\_\_, der 2016 an der Befundung beteiligt gewesen war, aus. Dieser bestätigte in der Folge, nach nochmaliger Durchsicht des Befundes vom 15. September 2016 habe es sich bei der beschriebenen möglichen SLAP-Läsion wahrscheinlich nicht um einen Labrumriss, sondern um die in der Differentialdiagnose erwähnte Variante mit hypoplastischem anterosuperiorem Labrum und kräftigem mittlerem glenohumeralem Ligament (Buford-Komplex) gehandelt (act. II M27 S. 33 Mitte, S. 40 und S. 88).

Im Rahmen der Beurteilung der Kausalitätsfrage nahm Dr. med. E. \_\_\_\_\_ sodann auch eine Analyse der Unfallhergänge von 2016 bzw. 2020 vor. Diesem Indiz unter mehreren (vgl. Entscheid des BGer 8C\_401/2023, E. 2.3) mass er dabei – entgegen der Ansicht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ (act. II A126 S. 5 f.) – keinen vorrangigen Stellenwert bei. Vielmehr nahm er – wie bereits dargelegt – eine äusserst einlässliche Würdigung aller relevanten Kriterien (vgl. hierzu E. 3.3.4 hiervor) vor, die für oder gegen eine traumatische Genese der nach dem 17. September 2020 geltend gemachten Beschwerden sprechen. Soweit sowohl Dr. med. G. \_\_\_\_\_ (act. II A126 S. 5 f.) als auch die Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 7) rügen, die Beurteilung des Gutachters, der nicht über eine Facharztausbildung in Radiologie verfüge, stehe in Widerspruch zu jener von zwei behandelnden Radiologen, verkennen sie, dass sich der Gutachter neben der eigenen Analyse der bildgebenden Unterlagen zusätzlich mit einem Facharzt für Radiologie besprach, der das Vorliegen eines Buford-Komplexes bestätigte (act. II M27 S. 33 Mitte, S. 40 und S. 88). Hinzuweisen bleibt ausserdem, dass bereits der Versicherungsmediziner der Suva Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in seiner Beurteilung vom 16. Februar

2022 (act. II M25) die Diskussion einer unfallfremden Instabilität aufgriff (S. 5 f.). Sodann setzte sich der Gutachter eingehend mit den seiner eigenen Schlussfolgerung widersprechenden Beurteilungen der Dres. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Nuklearmedizin sowie Radiologie, und J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie (act. II M3, M13), auseinander und legte überzeugend begründet dar, weshalb diesen nicht gefolgt werden kann (act. II M27 S. 54 ff. und S. 61). Insbesondere zeigte der Gutachter auf, dass Dr. med. I.\_\_\_\_\_ den Buford-Komplex fälschlicherweise als Foramen sublabrale beschrieb. Eine solche habe weder er noch Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in den Arthro-MRT vom 15. September 2016 und vom 15. Juli 2020 erkennen können, sei von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ im Operationsbericht vom Dezember 2016 nicht erwähnt worden und habe sich auch auf den intraoperativen Fotografien nicht nachweisen lassen. Vielmehr sei von einer Missinterpretation auszugehen, was in der medizinischen Fachliteratur in Zusammenhang mit einem Buford-Komplex und einem Foramen sublabrale immer wieder beschrieben werde (act. II M27 S. 55; vgl. hierzu auch <<https://flexikon.doccheck.com/de/Buford-Komplex>>). Ausserdem wies der Gutachter darauf hin, dass Dr. med. I.\_\_\_\_\_ bei der Befunderhebung vom 15. Juli 2020 die zum Vergleich notwendige Voruntersuchung vom 15. September 2016 nicht zur Verfügung stand und somit eine kohärente Beurteilung nicht möglich war (act. II M27 S. 54). Mit diesen sorgfältigen gutachterlichen Überlegungen und Schlussfolgerungen setzte sich Dr. med. G.\_\_\_\_\_ nicht ansatzweise auseinander und dieser liess überdies die Nachbeurteilung durch Dr. med. F.\_\_\_\_\_ (act. II M27 S. 88) ausser Acht. Unter diesen Umständen vermag die gestützt auf denselben medizinischen Sachverhalt erfolgte, vom Gutachten abweichende Beurteilung durch Dr. med. G.\_\_\_\_\_ (vgl. act. II A126 S. 5 ff.) keine konkreten Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit des Gutachtens zu wecken respektive bringt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ keine konkreten Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit des Aktengutachtens sprechen (vgl. E. 3.3.2 hier vor). Gleiches gilt für seine Einwendungen unter Verweis auf eine im Swiss Medical Forum publizierte Studie zur statistischen Altersprävalenz von Läsionen der Rotatorenmanschette (act. II A126 S. 6; vgl. auch Beschwerde S. 7 f.). Dabei verkennt er, dass der Gutachter dem Alter der Beschwerdeführerin keine entscheidende Bedeutung beimass, sondern eine umfassende Würdigung sämtlicher für die Kausalitätsbeurteilung relevanten Kriterien

vornahm und seine Schlussfolgerungen ausführlich begründete. Im Übrigen ermöglichen statistische Werte ohnehin keine Aussagen zum konkreten Einzelfall (BGer 8C\_401/2023, E. 6.2 mit Hinweis), mithin begründen sie keine Zweifel am orthopädischen Gutachten. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass sich der Gutachter nicht mit dieser Studie auseinandersetzte, sondern sich auf die detaillierte Abhandlung der für den zu beurteilenden Fall relevanten Faktoren bzw. Überlegungen beschränkte. Sodann ist es rechtsprechungsgemäss nicht am Gericht, bestehende Expertenstreite zu klären, sondern dieses hat im Einzelfall zu entscheiden (vgl. Entscheid des BGer vom 16. August 2023, 8C\_62/2023, E. 5.2.2 f.). Alleine der Umstand, dass Dr. med. G.\_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin seit sieben Jahren kennt und im Nachgang zu den beiden Unfällen in den Jahren 2016 und 2020 operierte, ändert – entgegen der Ansicht in der Beschwerde (S. 7) – nichts daran. Vielmehr ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dr. med. E.\_\_\_\_\_ setzte sich schliesslich einlässlich mit den verschiedenen Beurteilungen von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ wie auch der Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ auseinander und analysierte deren Stärken und Schwächen (act. II M27 S. 50 ff., S. 55 ff., S. 60 f., S. 63, S. 66 f., S. 69, S. 72 f. und S. 75 ff.). Dabei folgte er den Schlussfolgerungen der genannten Versicherungsmediziner, wonach sich die Schulterbeschwerden ab April 2021 nur mit den Unfallfolgen aus dem Jahr 2016 erklären liessen (act. II M18 S. 3, M24 S. 12 Ziff. 2), gerade nicht. Insoweit zielt der Vorwurf, der Gutachter habe unkritisch die Angaben der vorangegangenen versicherungsmedizinischen Beurteilungen übernommen (Beschwerde S. 8 f.), ins Leere.

Insgesamt zeigte der Gutachter schlüssig auf, dass bei der Beschwerdeführerin eine unfallfremde multidirektionale Schulterinstabilität im Rahmen eines Buford-Komplexes besteht und es anlässlich des Unfalles vom 10. Juli 2020 einzig zu einer kurzzeitigen Subluxation oder Luxation des Humeruskopfes mit sofortiger Spontanreposition kam, wobei im wenige

Tage danach durchgeführten MRT (act. II M3) keine strukturellen oder traumatischen Veränderungen nachgewiesen wurden (vgl. act. II M27 S. 82 f.). Ebenfalls überzeugt, dass der Gutachter den Status quo sine per (vorübergehenden) Behandlungsabschluss von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ am 17. September 2020 festlegte (act. II M27 S. 83 Ziff. 5/4.2). Daran ändert nichts, dass sich die Beschwerdeführerin nach dem 17. September 2020 noch in physiotherapeutischer Behandlung befand (act. II M4), denn die Möglichkeit von Physiotherapie zu profitieren genügt praxismässig nicht, um den Status quo sine bzw. den Fallabschluss hinauszuzögern (Entscheid des BGer vom 9. August 2023, 8C\_640/2022, E. 4.3.1 mit Hinweis).

**3.5** Nach dem Dargelegten ist der Beschwerdegegnerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. E. 2.2.2 hiervor) der Beweis gelungen, dass die über den 17. September 2020 hinaus beklagten Beschwerden und insbesondere auch die am 25. Mai 2021 erfolgte Operation der rechten Schulter (act. II M15) nicht mehr in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 10. Juli 2020 stehen, sondern auf einen unfallfremden Vorzustand zurückzuführen sind. Mithin verneinte die Beschwerdegegnerin einen über den 17. September 2020 hinausgehenden Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen (act. II A127 S. 3) zu Recht. Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. Mai 2024 (act. II A138) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** 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.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (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
  - AXA Versicherungen AG
  - 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.