



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 13. November 2025 (725 25 23)

Unfallversicherung

Einstellung bzw. Ablehnung der gesetzlichen Leistungen gestützt auf die versicherungsinternen Berichte unzulässig

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Margit Campell

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dominique Flach, Advokatin, Flach Advokatur GmbH, Steinengraben 55, 4051 Basel

gegen

Solida Versicherungen AG, Saumackerstrasse 35, Postfach, 8048 Zürich, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Martin Bürkle, Rechtsanwalt, Thouvenin Rechtsanwälte KLG, Klausstrasse 33, 8024 Zürich

Betreff Leistungen

A.1 Die 1968 geborene A._____ arbeitet seit dem 1. Januar 2000 als kaufmännische Angestellte bei der B._____ AG und ist in dieser Eigenschaft bei der Solida Versicherungen AG (Solida) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Gemäss Bagatellunfallmeldung

UVG der Arbeitgeberin vom 13. Dezember 2022 ist die Versicherte am 10. Dezember 2022 auf Schnee ausgerutscht und auf die rechte Schulter gestürzt. Die erstbehandelnde Ärzteschaft in der Notfallstation des Spitals C.____ diagnostizierte eine mehrfragmentäre subkapitale Humerusfraktur nach Sturz auf die Schulter sowie eine arterielle Hypertonie und ein Asthma bronchiale. In der Folge wurde A.____ am 19. Dezember 2022 in der Klinik D.____ an der rechten Schulter operiert, wobei eine offene Reposition und Retention mittels winkelstabiler Platte durchgeführt wurden. Die Solida anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

A.2.1 Am 16. Februar 2023 teilte A.____ der Solida mit, dass sie am 12. Februar 2023 bei einer Giessbewegung (Ausschütten des 2 kg schweren Thermomix) die Bizepssehne der verletzten Schulter gerissen habe.

A.2.2 Das E.____ diagnostizierte am 2. März 2023 bei A.____ ein zervikoradikuläres Schmerzsyndrom und führte eine Infiltration C6 rechts durch.

A.2.3 Der behandelnde Arzt der Klinik D.____, Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nahm am 20. April 2023 bei der Versicherten eine Schulterarthroskopie (Adhäsioolyse) aufgrund einer traumatischen Läsion der rechten langen Bizepssehne vor.

A.3 Dr. med. G.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt in ihrer E-Mail vom 21. April 2023 und in ihrer ausführlichen versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 27. April 2023 zuhanden der Solida fest, dass weder das zervikoradikuläre Schmerzsyndrom noch die degenerative Tendinopathie der langen Bizepssehne und die mit diesen Beschwerden zusammenhängenden Behandlungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 10. Dezember 2022 stünden. An dieser Einschätzung hielt Dr. G.____ auch in ihren weiteren Stellungnahmen vom 28. Mai 2023 und 12. August 2023 fest.

A.4 Die Solida lehnte in der Folge mit Verfügung vom 26. September 2023 die Übernahme sämtlicher Versicherungsleistungen für die Behandlung des zervikoradikulären Schmerzsyndroms sowie der Arthroskopie und deren Nachbehandlungen des rechten Schultergelenks vom 20. April 2023 ab (Ziffer 1). Weiter anerkannte sie die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit der erlittenen mehrfragmentären proximalen Humerusfraktur bis 18. April 2023 in der angestammten Tätigkeit (Ziffer 2). Zudem übernahm sie die Kosten für die Osteosynthesematerial-Entfernung (OSME) vom 11. September 2023 und richtete für die in diesem Zusammenhang attestierte Arbeitsunfähigkeit (zwei Wochen 100 %, eine Woche 50 %) Taggelder aus (Ziffer 3). Dagegen erhoben A.____ und die H.____ AG (H.____) als Krankenversicherung Einsprachen. Die Solida hiess diese mit Entscheid vom 3. Dezember 2024 teilweise gut und änderte Ziffer 3 der Verfügung vom 26. September 2023 betreffend die Taggeldzahlungen nach der OSME dahingehend ab, als sie den Anspruch der Versicherten auf Taggelder für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 11. September 2023 bis 8. Oktober 2023 und für eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 9. Oktober 2023 bis 26. November 2023 verlängerte. Im Übrigen wies sie die Einsprachen ab.

B. Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Advokatin Dominique Flach, mit Eingabe vom 10. Januar 2025 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 3. Dezember 2024 sei aufzuheben und es sei diese zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, dass sich die Beschwerdegegnerin auf unzureichende medizinische Unterlagen stütze und den versicherungsinternen Beurteilungen, auf welche sie den leistungseinstellenden Entscheid stütze, keine Beweiskraft zukomme. Dabei wies sie auch auf die Berichte des Vertrauensarztes der H.____, Dr. med. I.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 26. Oktober 2023 und 17. Januar 2025 hin, in welchen ausgeführt wurde, dass die Beschwerden seitens der langen Bizepssehne und der Eingriff vom 20. April 2023 überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Unfall vom 10. Dezember 2022 stünden.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 9. April 2025 schloss die Solida, vertreten durch Rechtsanwalt Martin Bürkle, auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht i n E r w ä g u n g :

1. Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2. Zu prüfen ist vorliegend die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 10. Dezember 2022 und dem zervikoradikuläre Schmerzsyndrom sowie den Beschwerden an der langen Bizepssehne verneinte und die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen dafür ablehnte. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 3. Dezember 2024 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld.

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E. 3.1). 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, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität eines Beschwerdebilds genügt damit eine Teilursächlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5 mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts vom 20. Mai 2019, 8C_437/2018, E. 2.1). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweismittelwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifestiert bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann 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 dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 147 V 161 E. 3.3, Urteil des Bundesgerichts vom 10. August 2016, 8C_269/2016, E. 2.4; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328, je mit Hinweisen). 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 (BGE 134 V 109 E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher 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 mit Hinweisen). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweismittelwürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln,

sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen – etwa aufgrund konkreter und differenzierter Einwände behandelnder Fachärzte (Urteil des Bundesgerichts vom 5. November 2024, 8C_635/2023 mit Hinweisen) –, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 in fine mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

4.3 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

5.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Zentrum der medizinischen Beurteilung stehen folgende Unterlagen:

5.2 Dem Operationsbericht von Dr. F.____ vom 20. Dezember 2022 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 10. Dezember 2022 auf die rechte Schulter gestürzt sei und sich dabei eine mehrfragmentäre proximale Humerusfraktur zugezogen habe. Es bestehe eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik. Zur Stabilisierung werde eine Plattenosteosynthese durchgeführt.

5.3 Am 24. Januar 2023 hielt Dr. F.____ in seinem Verlaufsbericht fest, dass die Beschwerdeführerin seitens der Schulter weniger Schmerzen habe. Sie habe mittlerweile jedoch das Gefühl, dass die Schmerzen vom Nacken in die Hand ausstrahlen würden. Auch im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) bestünde eine zunehmende Symptomatik. Zum Ausschluss einer traumatischen, zervikalen Verletzung sei eine Untersuchung der HWS mittels Magnetresonanztomographie (MRT) durchgeführt worden, welche Bandscheibenprotrusionen HWK 5/6 und HWK 6/7 mit einer Wurzelkompression rechts C6 und C7 ergeben habe.

5.4 Dr. med. J.____, FMH Anästhesie, E.____, führte am 2. März 2023 bei der Beschwerdeführerin eine transforaminale/periradikuläre Infiltration C6 rechts unter Fluoroskopie durch.

5.5 Im Verlaufsbericht vom 10. März 2023 diagnostizierte Dr. J.____ ein zervikoradikuläres Schmerzsyndrom mit/bei biforaminaler Stenose C5/6 und C6/7 rechts mehr als links, foraminaler Stenose der Wurzel C7 rechts sowie mässiger Spinalkanalstenose C5/6 und C6/7. In der postinterventionellen Evaluation habe die Versicherte berichtet, dass ihr Zustand nicht perfekt, aber deutlich besser als vor der Intervention sei. Auf eine gepulste Radiofrequenztherapie der Wurzel C6 verzichte die Versicherte vorerst.

5.6 Auf Anordnung von Dr. F.____ wurde am 16. März 2023 in der Klinik D.____ eine MR-Schulter-Arthro rechts durchgeführt. Der Radiologe Dr. med. K.____ stellte dabei – bis auf eine degenerative Tendinopathie der langen Bizepssehne im intraartikulären Abschnitt – eine intakte Rotatorenmanschette mit normaler Muskeltrophik, einen Status nach Philosplatten-Osteosynthese des proximalen Humerus sowie aktuell keine subakromiale Impingementsituation oder signifikante Omarthrose und nur eine geringe AC-Arthrose fest.

5.7 Dr. F.____ führte bei der Beschwerdeführerin am 20. April 2023 bei der Diagnose einer traumatischen Läsion der langen Bizepssehne eine Schulterarthroskopie rechts, eine Adhäsionolyse und eine subpektorale Tenodese durch.

5.8 In ihrer E-Mail vom 21. April 2023 und in ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 27. April 2023 zuhanden der Beschwerdegegnerin erachtete Dr. G.____ die mehrfragmentäre proximale Humerusfraktur rechts überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 10. Dezember 2022 und somit auch die Operation vom 19. Dezember 2022 mit offener Reposition und Retention mittels winkelstabiler Platte. Hingegen seien das zervikoradikuläre Schmerzsyndrom und somit auch die damit im Zusammenhang stehenden Behandlungen im E.____ respektive die transforaminale/periradikuläre Infiltration C6 rechts vom 2. März 2023 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit natürlich kausal zum Unfall vom 10. Dezember 2022. Dies treffe ebenso auf die degenerative Tendinopathie der langen

Bizepssehne und die am 20. April 2023 durchgeführte Arthroskopie des rechten Schultergelenks mit Tenotomie/Tenodese zu. So könnten aufgrund der MRT-Untersuchung (abgesehen von der mehrfragmentären proximalen Humerusfraktur) keine strukturellen Organkorrelate einer unfallbedingten Läsion objektiviert werden, die überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 10. Dezember 2022 stünden. In Bezug auf die Frage, ob das Unfallereignis vom 10. Dezember 2022 zu einer vorübergehenden oder richtungsgebenden Verschlimmerung vorbestehender Beschwerden geführt habe, hielt Dr. G._____ fest, dass vorbestehende Beschwerden nicht aktenkundig seien. Bildgebend könnten im Bereich der HWS indes multisegmentale degenerative/anlagebedingte Veränderungen objektiviert werden und auch die Tendinopathie der langen Bizepssehne rechts sei degenerativer Ätiologie und somit überwiegend wahrscheinlich unfallfremd. Aus dem Ereignis vom 10. Dezember 2022 resultiere ein Dauerschaden, der Vorzustand im Bereich des proximalen rechten Humerus resp. Schultergelenks könne nicht mehr erreicht werden. Die eingeleiteten bzw. vorgesehenen medizinischen Massnahmen seien geeignet, die unfallbedingte Gesundheitsschädigung mit Ausnahme der für Mitte April geplanten Arthroskopie des rechten Schultergelenks mit Tenotomie/Tenodese der langen Bizepssehne adäquat zu behandeln. Die Fortführung der ambulanten Physiotherapie mit konsequenter Umsetzung der erlernten Strategien in Eigenregie sei zu empfehlen. Betreffend die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. G._____ fest, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit bei Status nach osteosynthetischer Versorgung einer mehrfragmentären proximalen Humerusfraktur medizinisch ausgewiesen sei. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit liesse sich im aktuellen Zeitpunkt nicht beurteilen.

5.9 Am 28. Mai 2023 liess Dr. G._____ verlauten, dass sich aus dem Operationsbericht vom 20. April 2023 in medizinischer Hinsicht kein neuer Sachverhalt ergebe. Zwar diagnostiziere Dr. F._____ eine traumatischen Läsion der langen Bizepssehne rechts. Diese Diagnose könne jedoch in keiner der bei der Versicherten durchgeführten Bildgebungen objektiviert werden, insbesondere nicht in der am 16. März 2023 erfolgten Arthro-MRT des rechten Schultergelenks. Hingegen werde fachärztlich-radiologisch unmissverständlich von einer degenerativen Tendinopathie der langen Bizepssehne im intraartikulären Abschnitt gesprochen. So werde die proximale Bizepssehne in typischer Weise verdickt und signalalteriert dargestellt; sie sei aber in ihrer Kontinuität (noch) erhalten. Dies stehe im Einklang mit der intraoperativen Situsbeschreibung durch Dr. F._____ und der intraoperativen Bilddokumentation einer kontinuierterhaltenen langen Bizepssehne. Weder die Sehne noch die vorgelagerten/umgebenden Weichteile würden strukturelle Organkorrelate einer unfallbedingten Läsion aufweisen. Dr. F._____ beschreibe eine im intraartikulären Verlauf stark entzündlich veränderte lange Bizepssehne, die (als Folge hiervon) bereits partiell mit ihrer Umgebung verwachsen sei, sodass sie sich nach der chirurgischen Durchtrennung nicht zurückziehe und die (hierfür ursächlichen) Adhäsionen mit dem umgebenen Gewebe erst operativ gelöst werden müssten. Auch würden traumatische Bizepssehnenläsionen entweder im Bereich der Sehnenverankerung an der Gelenkpfanne (SLAP-Läsion) oder bei Durchtritt der Sehne durch die Gelenkkapsel auftreten (Pulley-Läsion). Sie würden sich nicht wie vorliegend durch "stark entzündliche Veränderungen" im gesamten intraartikulären Verlauf bei zudem erhaltener Kontinuität äussern.

5.10 Dem Interventionsbericht vom 10. Juli 2023 von Dr. J._____ ist zu entnehmen, dass bei der Versicherten am gleichen Tag eine gepulste Radiofrequenz der Wurzel C6 rechts

durchgeführt worden sei. Am 10. August 2023 berichtete die behandelnde Ärztin von einer deutlichen Schmerzreduktion nach der Intervention.

5.11 Nachdem die Beschwerdegegnerin der Versicherungsmedizinerin Dr. G.____ Auszüge aus der Krankenakte der Versicherten mit Dokumentation des Behandlungsverlaufs bis zum 8. August 2023 inkl. Operationsbericht vom 20. April 2023 sowie ein Kostengutsprachege such vom 9. August 2023 von Dr. F.____ betreffend die OSME zugestellt hatte, bestätigte diese am 12. August 2023 ihre Beurteilungen in den Berichten vom 27. April 2023 und 28. Mai 2023. Das Kostengutsprachege such vom 9. August 2023 betreffe die OSME und stehe im natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 10. Dezember 2022. Nach der osteosynthetischen Versorgung betrage die medizinisch-theoretische Richtzeit der Arbeitsunfähigkeit in einer sehr leichten, überwiegend sitzenden Tätigkeit mindestens vier bis maximal zwölf Wochen. Basierend auf die vorliegenden Verlaufsdokumentationen könne bei der Versicherten in ihrer angestammten Tätigkeit als Kauffrau in der Buchhaltung/Personal spätestens ab dem 19. April 2023 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr nachgewiesen werden, die in einem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 10. Dezember 2022 stehe.

5.12 Im Rahmen des Einspracheverfahrens reichte die H.____ eine Stellungnahme des Versicherungsmediziners Dr. I.____ vom 27. Oktober 2023 ein. Er bezeichnete die Beschwerden an der langen Bizepssehne sowie den Eingriff vom 20. April 2023 als überwiegend wahrscheinlich in einem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis. Proximale Humerusfrakturen könnten zu Verwachsungen der langen Bizepssehne führen. Solche seien anlässlich der Tenodese am 20. April 2023 beschrieben worden. Es handle sich daher insgesamt nicht um eine degenerative Ruptur der langen Bizepssehne. Aufgrund der beschriebenen Verwachsungen sei unabhängig davon, ob die Bizepssehne vorbestehend tendinopathisch verändert gewesen sei, ein Zusammenhang mit der proximalen Humerusfraktur überwiegend wahrscheinlich.

5.13 Im Auftrag der Beschwerdegegnerin äusserte sich Dr. med. L.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, zum medizinischen Sachverhalt. Am 12. Februar 2024 hielt er unter anderem fest, dass die vom Radiologen Dr. K.____ am 16. März 2023 beurteilte degenerative Bizepssehnentendinopathie irreführend sei. Es werde eine Fraktur des Tuberculum majus bei mehrfragmentärer Humeruskopffraktur beschrieben, welche durch den Sulcus intertubercularis gehe. Folgerichtig habe man sich für eine anterolaterale Plattenosteosynthese entschieden und die Bizepssehne habe gemäss Operationsbericht vom 20. Dezember 2022 bei Anlegen der Platte noch medialisiert werden können. Im Rahmen der Arthroskopie vom 20. April 2023 seien jedoch ausgeprägte Verwachsungen beschrieben worden und die Bizepssehne habe sich aus diesen nicht herauslösen können. Die Verwachsungen seien somit posttraumatisch bzw. nach der osteosynthetischen Versorgung aufgetreten. Es handle sich somit um eine Sekundärkomplikation des Unfallereignisses respektive dessen operativer Versorgung. Es sei zutreffend, dass die initial vermutete Ruptur nicht komplett zur Darstellung gekommen sei, es sei denn, die beschriebene Auffaserung der Sehne werde als Partialruptur gewertet. Die Verwachsungen, die zum kompletten Einschluss der Bizepssehne geführt hätten, die bei Anlage der Platte noch nicht vorhanden gewesen seien, seien aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge der osteosynthetischen Versorgung. In seiner Beurteilung führte Dr. L.____ sodann aus,

dass weder der Operationsbericht vom 20. April 2023 noch der MR-Befund vom 16. März 2023 eine traumatische Sehnenruptur vermuten liessen. Die Sehne sei aufgefasert und entzündlich verändert gewesen und habe unterschiedliche Kalibersprünge gezeigt. Resonanztomografisch habe sich eine Signalalteration als Hinweise für eine Tendinopathie bzw. Tendinitis gezeigt. Eine Sehnenruptur sei nicht dargestellt worden. Dr. F.____ habe ausgeprägte Verwachsungen beschrieben, welche die Sehne im Sulcus eingeklemmt hätten. Sie habe sich im Gegensatz zur initialen osteosynthetischen Versorgung nicht mehr luxieren lassen, weshalb eine Tenotomie erfolgt sei. Selbst danach sei die Sehne am Platz geblieben, anstatt in den Sulcus zu gleiten. Hierbei handle es sich nicht um eine traumatische Läsion, jedoch um eine Spät- oder Sekundärkomplikation nach osteosynthetischer Versorgung.

Dr. L.____ bestätigte sodann die Feststellungen des Vertrauensarztes der H.____, Dr. I.____, vom 27. Oktober 2023, der die Pathogenese der narbig einwachsenden Bizepssehne nach osteosynthetisch versorgter Humeruskopffraktur umrissen habe. Hingegen seien die Beurteilungen von Dr. G.____ nicht ganz richtig, weil entgegen ihrer Auffassung die sich intra-arthroskopisch präsentierenden narbigen Veränderungen und das entzündliche Gewebe nicht einer degenerativen Bizepssehnenentendinopathie entsprochen hätten. Bei der initialen Osteosynthese hätte die Bizepssehne normal mobilisiert werden können. Dies erkläre auch die aufgetretene Sekundärkomplikationen, denn zur Anlage der anterolateralen Platte werde das Intervall eröffnet und sowohl die Subscapularis- als auch die Bizepssehne mobilisiert. Es sei richtig, dass die Platte zu keinem direkten Schaden der Bizepssehne geführt habe und sich auch keine weiteren Sekundärkomplikationen im Sinne von Dislokationen oder Materiallockerungen gezeigt hätten. Die Verwachsungen seien jedoch direkte Folge sowohl der Frakturausläufer in den Sulcus bicipitalis als auch der osteosynthetischen Versorgung in unmittelbarer Nähe der Sehne.

Zur Frage der Arbeitsunfähigkeit im Nachgang zur OSME vom 11. September 2023 bezeichnete Dr. L.____ eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit von 4 Wochen und eine Teilarbeitsfähigkeit in Abhängigkeit zur Tätigkeit als nachvollziehbar.

Am 29. Februar 2024 hielt Dr. L.____ ergänzend fest, dass die Bizepssehnenverengung möglicherweise eine Unfallfolge (direkte Folge des Unfalls) darstelle. Es habe sich dabei nicht um eine frische Verletzung gehandelt, denn es seien Adhäsionen und narbige Verwachsungen beschrieben worden. Dies kennzeichne einen chronischen Zustand und keinen akuten Prozess.

5.14 Im vorliegenden Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin eine weitere Stellungnahme von Dr. I.____ vom 17. Januar 2025 ein. Darin hielt er an seiner Beurteilung vom 27. Oktober 2023 fest. Die Beschwerden seitens der langen Bizepssehne und der Eingriff vom 20. April 2023 stünden überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 10. Dezember 2022. Entgegen der Auffassung von Dr. L.____ habe er aber keine unfallbedingte Bizepssehnenruptur beschrieben, sondern lediglich die Verwachsungen der Bizepssehne im Sulcus intertubercularis als *überwiegend wahrscheinliche Folge* der Fraktur und deren operativer Versorgung bezeichnet. Weiter hielt er fest, dass degenerative Tendinopathien in der Regel nicht zu Verwachsungen der langen Bizepssehne im Sulcus intertubercularis führen würden. Damit sei

der Zusammenhang mit dem Unfallereignis überwiegend wahrscheinlich und nicht nur möglich, wie dies Dr. L._____ angebe.

6.1.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 3. Dezember 2024 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf die vorstehend zitierten Beurteilungen ihrer beratenden Ärztin Dr. G._____ vom 21./27. April 2023, 28. Mai 2023 und 12. August 2023 sowie von Dr. L._____ vom 12. und 29. Februar 2024 ab. Demzufolge anerkannte sie ihre Leistungspflicht für die beim Unfall vom 10. Dezember 2022 erlittene mehrfragmentäre proximale Humerusfraktur und erbrachte die entsprechenden gesetzlichen Leistungen bis zum 18. April 2023. Zudem übernahm sie die im Zusammenhang mit der OSME vom 11. September 2023 entstandenen Kosten und richtete vom 11. September 2023 bis 8. Oktober 2023 Taggelder für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und vom 9. Oktober 2023 bis 26. November 2023 für eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus. Dieser Beweiswürdigung ist unbestritten und es kann ihr im vorliegenden Verfahren gefolgt werden.

6.1.2 Weiter ging die Beschwerdegegnerin jedoch davon aus, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 10. Dezember 2022 und den geltend gemachten Beschwerden seitens der langen Bizepssehne sowie dem zervikoradikulären Schmerzsyndrom nicht gegeben sei, weshalb sie hierfür die Ausrichtung von gesetzlichen Leistungen ablehnte. In diesem Zusammenhang kann der vorinstanzlichen Beweiswürdigung – wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird – aber nicht gefolgt werden. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass – wie in Erwägung 4.3 hiervoor ausgeführt –, an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Vorliegend bestehen solche Zweifel insbesondere an der Schlüssigkeit der Beurteilungen der beratenden Ärztin Dr. G._____.

6.2.1 Betreffend die Ruptur der Bizepssehne vertritt Dr. G._____ trotz Kenntnis der vollständigen Akten auch in ihrer zuletzt verfassten Stellungnahme vom 12. August 2023 die Auffassung, dass eine degenerative Tendinopathie der langen Bizepssehne und keine traumatische Ruptur derselben vorliege. Zwar ist mit ihr einig zu gehen, dass der Riss der Bizepssehne keine direkte Folge des Unfalls vom 10. Dezember 2022 ist. Dies wird auch weder von Dr. F._____ noch von Dr. I._____ noch von Dr. L._____ behauptet. Weiter ist Dr. G._____ dahingehend zu folgen, dass dem MR-Arthro-Bericht von Dr. K._____ vom 16. März 2023 kein konkreter Hinweis auf eine traumatische Läsion der langen Bizepssehne zu entnehmen ist und der Radiologe von einer degenerativen Tendinopathie der langen Bizepssehne im intraartikulären Abschnitt sprach. So werde die proximale Bizepssehne in typischer Weise verdickt und signalalteriert dargestellt; sie sei aber in ihrer Kontinuität (noch) erhalten. Demgegenüber erhob Dr. F._____ die Diagnose einer traumatischen Bizepssehnenruptur mit Operationsindikation im Arthroskopie- und Operationsbericht vom 20. April 2023. Dabei führte er aus, dass die lange Bizepssehne im intraartikulären Verlauf mit unterschiedlichem Kaliber stark entzündlich verändert gewesen sei. Zudem hätten einige Adhäsionen vorgelegen, die gelöst worden seien. Trotz dieser intraoperativen Erkenntnisse von Dr. F._____ hielt Dr. G._____ am 28. Mai 2023 vor allem gestützt auf die bildgebenden Unterlagen an

ihrer ursprünglichen Beurteilung fest und bezeichnete die von Dr. F.____ beschriebene entzündliche Veränderung als Folge verschiedener Microtraumata, ohne diese Auffassung jedoch zu konkretisieren. Ihrer Auffassung widersprach in der Folge zunächst Dr. I.____ in seiner Stellungnahme vom 27. Oktober 2023. Entgegen der Auffassung von Dr. G.____ könnten proximale Humerusfrakturen zu Verwachsungen der langen Bizepssehne führen, wie sie anlässlich der Tenodese am 20. April 2023 von Dr. F.____ beschrieben worden seien. Aus diesem Grund sei nicht von einer degenerativen Ruptur der langen Bizepssehne auszugehen; diese sei vielmehr überwiegend wahrscheinlich auf die proximale Humerusfraktur zurückzuführen. Dieser Beurteilung von Dr. I.____ folgte sodann der Versicherungsmediziner Dr. L.____. In seiner Stellungnahme vom 12. Februar 2024 führte er aus, dass die Feststellungen von Dr. G.____ im Zusammenhang mit der Bizepssehnenruptur nicht korrekt seien. Gleich wie Dr. I.____ hielt er plausibel fest, dass die Verwachsungen der Bizepssehne nicht durch Microtraumata, sondern postoperativ nach der osteosynthetischen Versorgung der mehrfragmentären proximalen Humerusfraktur aufgetreten seien. Die intraoperativ präsentierten narbigen Veränderung und das entzündliche Gewebe würden daher nicht einer degenerativen Bizepssehnentendinopathie entsprechen, sondern seien eine Folge der Frakturausläufer in den Sulcus bicipitalis und der Plattenosteosynthese in unmittelbarer Nähe der Sehne. Der Riss der Bizepssehne sei daher eine Spät- oder Sekundärkomplikation der Operation im Dezember 2022. Diese nachvollziehbaren Aussagen der Orthopäden Dr. I.____ und Dr. L.____, die mit den intraoperativen Erhebungen der medizinischen Situation von Dr. F.____ übereinstimmen, machen deutlich, dass entgegen Dr. G.____ kein degenerativer, sondern ein unfallbedingter Riss der Bizepssehne vorlag, der als indirekte Folge im Sinne einer Sekundärkomplikation natürlich kausal zum Unfall vom 10. Dezember 2022 ist. Diese Beurteilung ist überzeugend, weshalb darauf abgestellt werden kann. Unter diesen Umständen ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Ruptur der Bizepssehne leistungspflichtig ist.

6.2.2 Nicht anders verhält es sich in Bezug auf das bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte zervikoradikuläre Schmerzsyndrom. Gemäss Verlaufsbericht vom 24. Januar 2023 von Dr. F.____ bestünde nunmehr auch im Bereich der HWS eine zunehmende Symptomatik. Die Beschwerdeführerin gebe Schmerzen an, die vom Nacken in die Hand ausstrahlen würden. Die in die Wege geleitete MRT der HWS habe Bandscheibenprotrusionen HWK 5/6 und HWK 6/7 mit einer Wurzelkompression rechts C6 und C7 ergeben. Die Beschwerdegegnerin unterbreitete diesen Bericht sowie jene des E.____ Dr. G.____ zur Beurteilung. Sie hielt diesbezüglich am 27. April 2023 fest, dass das zervikoradikuläre Schmerzsyndrom und somit auch die damit im Zusammenhang stehenden Behandlungen im E.____ respektive die transforaminale/periradikuläre Infiltration C6 rechts vom 2. März 2023 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit natürlich kausal zum Unfall vom 10. Dezember 2022 seien. Ob das Unfallereignis vom 10. Dezember 2022 zu einer vorübergehenden oder richtunggebenden Verschlimmerung vorbestehender Beschwerden geführt habe, könne nicht beurteilt werden, weil dies aktenmässig nicht belegt sei. Diese Ausführungen sind nicht nachvollziehbar, um darauf abstellen zu können. Nachdem sich weder Dr. I.____ noch Dr. L.____ zum zervikoradikulären Schmerzsyndrom äusserten und die behandelnde Ärztin des E.____ zudem nicht zur Kausalitätsfrage Stellung nahm, erweist sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als ungenügend abgeklärt.

6.3 Zusammenfassend steht fest, dass die Ruptur der langen Bizepssehne in einem indirekten natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 10. Dezember 2022 steht, weshalb die Beschwerdegegnerin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen hat. Betreffend das zervikoradikuläre Schmerzsyndrom erweisen sich die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren als nicht ausreichend beweiskräftig. Eine abschliessende Beurteilung der streitigen Kausalitätsfrage ist unter diesen Umständen nicht möglich, weshalb der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und ein externes medizinisches Gutachten betreffend das zervikoradikuläre Schmerzsyndrom (Art. 44 ATSG) zu veranlassen ist. Diesem Entscheid steht auch die bundesgerichtlicher Rechtsprechung betreffend die Rückweisung einer Streitsache an die Verwaltung nicht entgegen (BGE 137 V 263 E. 4.4.1 ff.), hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt im vorliegenden Fall doch unvollständig abgeklärt. Unter diesen Umständen ist es nicht Aufgabe des Kantonsgerichts, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen. Demzufolge ist die Angelegenheit für weitere Untersuchungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese muss die Unfallkausalität betreffend das zervikoradikuläre Schmerzsyndrom durch ein versicherungsexternes orthopädisches Gutachten klären lassen. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Aktenergänzung wird sie in der Folge über den Leistungsanspruch der Versicherten neu zu befinden haben. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

8.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

8.2.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und Entscheidung (mit noch offenem Ausgang) für die Frage der Auferlegung der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen der Beschwerde führenden Person, unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (BGE 137 V 210 E. 7.1 mit Hinweisen). Dieser Grundsatz gilt ausdrücklich auch für das kantonale Beschwerdeverfahren (Urteil des Bundesgerichts vom 23. August 2023, 9C_379/2022, E. 4.2; BGE 137 V 57 E. 2.1 und 2.2 mit Hinweisen).

8.2.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Nachdem die Beschwerdeführerin obsiegende Partei ist, ist ihr eine Parteientschädigung zulasten der Beschwerdegegnerin auszurichten. In ihrer Honorarnote vom 23. April 2025 hat die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin einen Aufwand von 12 Stunden und 35 Minuten geltend gemacht. Dabei ist zu beachten, dass sie für die Zeit vor dem Erlass des Einspracheentscheids vom 4. Dezember 2024 einen Aufwand von 5 Stunden auswies, welcher nicht im vorliegenden Verfahren zu entschädigen ist (Art. 52 Abs. 3 ATSG). Der restliche Aufwand von 7 Stunden und 35 Minuten ist angesichts der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden ist die Auslagenpauschale von 3 % auf den ausgewiesenen Aufwand in der Höhe von Fr. 1'895.-- von insgesamt Fr 56.85. Die Beschwerdegegnerin hat der

Beschwerdeführerin demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'109.95 (7 Stunden und 35 Minuten à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 56.85 zuzüglich 8,1 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

9.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

9.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Dezember 2023 aufgehoben und die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Solida Versicherungen AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteeinschädigung in der Höhe von Fr. 2'109.95 (inkl. Auslagen und 8,1 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Gegen diesen Entscheid hat die Beschwerdegegnerin am 26. Mai 2026 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 8C_356/2026) erhoben.