



«I\_NAM»

«I\_ALI»

«I\_BEM»

## Urteil vom 15. Dezember 2025

mitgeteilt am 19. Dezember 2025

Referenz SV2 24 111

Instanz Zweite sozialversicherungsrechtliche Kammer

Besetzung von Salis, Vorsitz  
Bäder Federspiel und Pedretti  
Hurst, Aktuar ad hoc

Parteien **A.\_\_\_\_\_**  
Beschwerdeführerin

gegen

**B.\_\_\_\_\_ AG**  
Beschwerdegegnerin

Gegenstand Versicherungsleistungen nach UVG

## Sachverhalt

A. A.\_\_\_\_\_, Jahrgang 1991, war über eine Abredevversicherung bei der B.\_\_\_\_\_ AG (nachfolgend: B.\_\_\_\_\_) gegen Unfälle versichert, als sie am 17. Dezember 2020 mit einem Skilehrer Monoskibob fuhr und Kopf voran stürzte, nachdem sich der Hauptski unerwartet gelöst hatte. Gemäss Schadenmeldung vom 5. Januar 2021 hielt sie beim Sturz den Arm mitsamt Stabilo vom Körper abgewinkelt, so dass es eine grosse Hebelwirkung auf die rechte Schulter gegeben habe; glücklicherweise seien sie sehr langsam unterwegs gewesen.

B. Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, wies sie konsiliarisch der D.\_\_\_\_\_ in E.\_\_\_\_\_ zu. Dort wurde am 23. Dezember 2020 nach einem MRI vom Vortag eine Zerrung der Rotatorenmanschette ohne Einriss Schulter rechts diagnostiziert, bei einem Verdacht auf Kontusion/Zerrung des Rotatorenintervalls, intakten Rotatorenhnen und übrigen Binnenstrukturen und diskreter posttraumatischer Flüssigkeit in der Bursa subacromialis.

C. Am 15. Januar 2021 diagnostizierte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Leitender Arzt Notfall Allgemeine Innere Medizin der D.\_\_\_\_\_, einen Status nach Kontusion der rechten Schulter mit aktuell Verdacht auf Tendinitis der langen Bicepssehne.

D. Ein MRI in der D.\_\_\_\_\_ vom 18. Februar 2021 ergab neu eine Unterminierung mit geringem intratendinösem Einriss im Sinne einer gelenkseitigen kleinen Partialruptur der Supraspinatussehne, eine leichte Tendinopathie der Infraspinatussehne und keine Hinweise für eine SLAP-Läsion oder eine signifikante Labrumläsion.

E. Am 9. April 2021 diagnostizierte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Chefarzt Orthopädische Chirurgie der D.\_\_\_\_\_, einen Status nach Schulterkontusion rechts mit Bursitis subacromialis, gelenkseitiger Partialruptur der Supraspinatussehne und klinischem Verdacht auf eine Tendinopathie der langen Bicepssehne. Er vollzog eine Cortisonstosstherapie per os und damit konnte die Beschwerdeproblematik gelindert werden, ebenso wie mit einer intraartikulären Infiltration. Er beurteilte, es bestehe kein klarer Hinweis für eine Beteiligung der Rotatorenmanschette; es verbleibe eine subacromiale Impingementsymptomatik posttraumatisch, in Verbindung mit einer fragilen Tendinopathie der langen Bicepssehne. Eine weitere konservative Therapie sei nicht mehr zielführend.

F. Die B.\_\_\_\_\_ anerkannte ihre Leistungspflicht und übernahm die Heilbehandlungskosten, während die Invalidenversicherung weiterhin Taggelder für berufliche Massnahmen (Bachelorstudium zur Betriebsökonomin FH) ausbezahlte.

G. Aufgrund persistierender, störender Beschwerden entschied sich A.\_\_\_\_\_ für einen operativen Eingriff inklusive anschliessendem stationärem Rehabilitationsaufenthalt vom 17. bis 30. Mai 2021, wofür die B.\_\_\_\_\_ am 22. April 2021 Kostengutsprache erteilte.

H. Am 14. Mai 2021 führte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ eine therapeutische Schulterarthroskopie sowie eine arthroskopische Supraspinatussehnenrekonstruktion (SutureBridge-Technik) durch.

I. Am 25. Mai 2021 ersuchte das H.\_\_\_\_\_, wohin A.\_\_\_\_\_ am 17. Mai 2021 verbracht worden war, um eine Verlängerung der Kostengutsprache für den stationären Rehabilitationsaufenthalt bis und mit dem 13. Juni 2021, unter Angabe folgender Diagnosen:

1. Symptomatische, nahezu transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne Schulter rechts
2. Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ mit Status nach schwerer depressiver Episode 2015
3. Chronisches allergisches Asthma bronchiale
4. Rezidivierende Bewusstseinsstörungen unklarer Genese
5. Lithiuminduzierte Hypothyreose
6. Migräne
7. Status nach vorderer Kreuzbandrekonstruktion und medialer Teilmeniskektomie Knie links 04/2008 bei
  - Status nach Kniearthroskopie links und medialer Meniskusvorderkorbhenkelresektion 11/2008
  - Status nach Kniearthroskopie links mit Resektion Narbenplica und offener anterolateraler Le Maire Plastik linkes Knie 04/2019
  - Status nach Kniearthroskopie links und Revision Le Maire Bandplastik 07/2020 bei schmerzhafter Le Maire Band Plastik links mit ausgeprägten Restbeschwerden linkes Knie mit Schmerzen und funktionellem Streckdefizit
8. Status nach OSG-Arthrodese links 2015
9. Status nach Calcaneus-Osteotomie

J. Am 1. Juni 2021 doppelte das H.\_\_\_\_\_ nach und beantragte Kostengutsprache für den stationären Rehabilitationsaufenthalt bis und mit dem 3. Juli 2021.

Es begründete dieses Gesuch um Verlängerung der Kostengutsprache damit, dass bei A.\_\_\_\_\_ die Gehfähigkeit durch eine komplexe dreifache Problematik eingeschränkt werde, nämlich durch die aktuelle Problematik der Rotatorenmanschettenrekonstruktion vom 14. Mai 2021, durch die langjährige Knieproblematik links mit Rollstuhlpflichtigkeit für längere Distanzen bereits vor der genannten Schulteroperation, sowie durch psychische Probleme, welche die Verläufe der somatischen Problematiken erschwerten. Gleichentags wies die D.\_\_\_\_\_ darauf hin, dass A.\_\_\_\_\_ aufgrund der kombinierten Problematik keine auswärtigen Therapien wahrnehmen könne. Um einem weiteren Muskelabbau entgegenzuwirken, sähen sie eine Verlängerung des stationären Rehabilitationsaufenthaltes als unerlässlich an. Die B.\_\_\_\_\_ erteilte entsprechend Kostengutsprache.

K. Das H.\_\_\_\_\_ schrieb in seinem Austrittsbericht vom 8. Juli 2021 über die stationäre Behandlung bis zum 3. Juli 2021, dass sich unter seinem Therapieprogramm ein langsamer, aber positiver Verlauf gezeigt habe. Die passive Schulterbeweglichkeit rechts habe kontinuierlich aufgebaut werden können. Gegen Ende der Rehabilitation habe die Patientin zunehmende Schulterschmerzen rechts beklagt. Sie habe einen (Alb-)Traum gehabt, bei dem sie ihre Schulter unwillkürlich stark bewegt habe, und seit da verspüre sie mehr Schmerzen im Verlauf des Sulcus intertubercularis. Zur Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit und Stabilität in der rechten Schulter wurde eine ambulante Physiotherapie zweimal pro Woche verordnet.

L. Am 16. September 2021 berichtete Dr. med. G.\_\_\_\_\_, dass im Rahmen der Mehrbelastung durch den Zugapparat des Rollstuhls sich die entzündliche Komponente und damit die Schmerzen an der Schulter rechts postoperativ wieder etwas verstärkt hätten. Er empfehle nochmals einen Cortisonstoss, jedoch niedriger dosiert. Die Physiotherapie werde fortgeführt. Der Patientin sei empfohlen worden, mit der geplanten Knieoperation auf der Gegenseite noch mindestens sechs Monate zuzuwarten.

M. In der Folge persistierten die Beschwerden an der rechten Schulter trotz zunächst reduzierter, aber dann doch fortgesetzter Physiotherapie, was die D.\_\_\_\_\_ dazu veranlasste, am 13. Mai 2022 am I.\_\_\_\_\_ ein Schulter-Arthro-MRI rechts durchführen zu lassen, das den Nachweis einer transmuralen Partialruptur der Supraspinatussehne ca. 1,2 cm medial des Ansatzes am Tuberculum majus mit entsprechender Kommunikation des Gelenkspalts mit dem Subakromialraum bei Status nach Operation der Rotatorenmanschette mit Nachweis von Knochenankern am Tuberculum majus und ansonsten unauffällige Befunde zur Darstellung brachte.

Durch den nächtlichen Traum und die Armbewegung, welche massive Schmerzen ausgelöst habe, sei es möglicherweise, so Dr. med. G.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht nach der Untersuchung vom 18. Mai 2022, zu einem partiellen Ausreißen der Sehne gekommen, wobei sich keine vollständige Re-Ruptur zeige. Die Beschwerdesymptomatik sei möglicherweise mit dieser partiellen Läsion wieder erklärbar. Die Knie-VKB-Rekonstruktion sei für den 20. Juni 2022 geplant.

N. Am 18. August 2022 untersuchte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ die Patientin und besprach mit ihr, dass bei persistierender Schmerzsymptomatik nur die Möglichkeit einer nochmaligen operativen Revision verbleibe. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ erklärte dabei der Patientin, dass er zurückhaltend sei und eine absolute Beschwerdefreiheit nicht garantieren könne. Ein Eingriff hänge auch vom Verlauf des operierten Kniegelenks ab.

O. Am 27. Oktober 2022 bat Dr. med. G.\_\_\_\_\_ die J.\_\_\_\_\_ um eine Zweitmeinung darüber, inwieweit im Rahmen einer erneuten operativen Intervention eine Verbesserung der Symptomatik möglich wäre. PD Dr. med. K.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_, zeigte sich im Sprechstundenbericht vom 2. November 2022 sehr zurückhaltend gegenüber einer Operation und bezweifelte, dass eine erneute chirurgische Versorgung eine Beschwerdebesserung bringen würde.

P. Gestützt auf die versicherungsmedizinische Beurteilung vom 19. Dezember 2022 ihres beratenden Arztes Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, Chirurgie und Traumatologie, stellte die B.\_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 24. Januar 2023 die Heilbehandlungskosten per 2. November 2022 ein.

Q. Am 3. Februar 2023 führte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ aufgrund persistierender Beschwerden an der rechten Schulter und einer partiellen Re-Ruptur im postoperativen Rehabilitationsverlauf aufgrund einer Streckbewegung eine therapeutische Schulterarthroskopie rechts, Fadenentfernung, Re-Rekonstruktion der Supraspinatussehne (SutureBridge-Technik) durch und verordnete eine physiotherapeutisch geführte Rehabilitation, die wieder im H.\_\_\_\_\_ durchgeführt wurde.

R. In einer im Nachgang zur Operation erneut eingeholten versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 20. März 2023 konstatierte Dr. med. L.\_\_\_\_\_, dem Operationsbericht sei zu entnehmen, dass sich wie erwartet im Bereich der Supraspinatussehne ein Ausriss des Fadens gezeigt habe und eine partielle Re-Ruptur der Supraspinatussehne vorgelegen habe. Infolgedessen sei der vorgenommene operative Eingriff medizinisch indiziert gewesen, und habe im

Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 17. Dezember 2020 gestanden. Folglich sei der medizinische Endzustand noch nicht erreicht und die Kostengutsprache könne für die OP und die anschliessende Rehabilitation erteilt werden. Mit Brief vom 2. Mai 2023 zeigte die B.\_\_\_\_\_ A.\_\_\_\_\_ an, dass sie ihre Stellungnahme vom 24. Januar 2023 zurückziehe und weiterhin die gesetzlichen Leistungen im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung erbringe.

S. Nach komplikationslosem intra- und postoperativem Verlauf (vorläufiger Austrittsbericht der D.\_\_\_\_\_ vom 9. Februar 2023) konnte durch eine Cortisonstosstherapie die Beschwerdesymptomatik verbessert und die Mobilität deutlich gesteigert werden. Die D.\_\_\_\_\_ empfahl im Bericht vom 12. Mai 2023 die Fortführung der Physiotherapie in Abwechslung mit Ergotherapie, um die weitere Funktion zu verbessern. Zusätzlich könne langsam mit einer medizinischen Trainingstherapie begonnen werden. A.\_\_\_\_\_ bleibe bis Ende Mai zu 100 % arbeitsunfähig, im Juni wäre eine 50%ige Arbeitsfähigkeit möglich, ab Juli wäre bei positivem Verlauf eine vollständige Arbeitsfähigkeit denkbar. Schliesslich attestierte die D.\_\_\_\_\_ am 15. Juni 2023 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit erst ab 1. Juli 2023. Diese wurde der Patientin bis 22. November 2023 und eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit vom 23. November 2023 bis 29. Februar 2024 attestiert.

T. Per 1. Juni 2023 unterbrach die IV-Stelle des Kantons Graubünden die seit dem 17. September 2018 andauernden beruflichen Massnahmen und stellte ihre Taggeldzahlungen ein. Entsprechend erbrachte ab dem 1. Juni 2023 die B.\_\_\_\_\_ Taggelder.

U. Nachdem Dr. med. G.\_\_\_\_\_ am 12. Mai 2023 berichtet hatte, dass die Beschwerdesymptomatik und die Mobilität noch habe gesteigert werden können, konstatierte er mit Bericht vom 16. Juni 2023 eine Verschlechterung der Schmerzsituation und Abnahme der Beweglichkeit und mit Bericht vom 4. August 2023, nach der Absetzung der Cortisonstosstherapie, die vorübergehend wieder eine deutliche Verbesserung der Beschwerdesymptomatik gebracht hatte, eine erneute Verschlechterung, wobei die Patientin noch gelegentlich, aber nicht mehr regelmässig Schmerzmittel einnehme. Ein MRI der Schulter rechts vom 17. August 2023 ergab den Nachweis einer kleinen linearen Rissbildung mit Durchmesser von ca. 2x3mm etwas abgesetzt von der Insertion, allerdings ohne Muskelatrophien, einer nur leichten Bursitis und aktuell keine Anzeichen einer wesentlichen akuten Capsulitis. Im Bericht vom 18. August 2023 hielt Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Chefarzt Allgemeine Innere Medizin der D.\_\_\_\_\_, fest, dass sich erneut eine schlitzförmige Läsion der Supraspinatussehne zeige. Trotz Side-to-Side-Naht schein hier keine definitive Heilung möglich. Von einem erneuten operativen Eingriff könne nur

abgeraten werden. Es zeige sich eine leichte Bursitis subacromialis. Auf die Cortison-Stosstherapie per os habe die Patientin sehr gut reagiert. Im Rahmen der Celebrex-Therapie sei keine deutliche Verbesserung erfolgt. Die Desensibilisierung werde noch fortgeführt und sollte ein Cortison-Stoss über drei Wochen möglich sein, würde sich die Patientin für ein entsprechendes Rezept melden.

V. Am 7. November 2023 ersuchte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ die B.\_\_\_\_\_ um Kostengutsprache für einen erneuten stationären Rehabilitationsaufenthalt infolge der wiederum auftretenden entzündlichen Beschwerdesymptomatik und der erneuten Schlitzbildung in der Supraspinatussehne, welche eine vollständige Rekonstruktion verunmögliche. Die Patientin habe weiterhin Beschwerden bei Alltagstätigkeiten, bei Überkopftätigkeiten, aber auch belastenden Tätigkeiten. Die bei längerer Gehstrecke an einen Rollstuhl gebundene Patientin sei diesbezüglich noch deutlich eingeschränkt. Auch in ihrem Haushalt benötige sie einen erhöhten Zeitaufwand. Die Beschwerdesymptomatik sei trotz zweimaliger Cortisontherapie nicht vollständig regredient. Die Patientin könne von einer Cortisonstosstherapie zwar profitieren, sei jedoch nach Absetzen der Medikamente nicht vollständig beschwerdefrei. Bei einem erneuten stationären Rehabilitationsaufenthalt könne sie funktionell von einer intensiven Therapie mit begleitender Wassertherapie nochmals profitieren.

W. Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Chefarzt Orthopädie am Spital N.\_\_\_\_\_, wo A.\_\_\_\_\_ aufgrund ihrer Knieschmerzen seit mehreren Jahren in Behandlung war, bat mit Schreiben vom 22. November 2023 die Helsana Versicherungen AG um Kostengutsprache für eine stationäre Rehabilitation. Er führte dazu aus, zusätzlich zu den Kniebeschwerden bei sehr komplexem und kompliziertem Verlauf mit mehreren Operationen bestünden starke Schulterprobleme, welche die Rehabilitation massiv einschränkten. Es zeigten sich langsame aber doch deutlich relevante Fortschritte. Initial habe die Patientin kaum laufen können, sei mehrheitlich im Rollstuhl mobil gewesen, aktuell könne sie wieder Strecken von 2-3 km gehen. Aufgrund der komplexen Situation am Knie, zusätzlich verkompliziert durch die Schulterbeschwerden, würde die Patientin sehr von einer stationären Rehabilitation profitieren, weshalb er das Anliegen von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, eine solche durchzuführen, unterstütze, um sie damit nach Möglichkeit zu unterstützen, ansatzweise wieder ins normale Leben zurückzufinden. Die Helsana Versicherungen AG leitete das Gesuch an die B.\_\_\_\_\_ weiter.

X. Gestützt auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2023, wonach die anvisierte stationäre Rehabilitation aus schulderspezifischer Sicht unfallbedingt nicht indiziert sei, mit weiteren

Therapien und einer stationären Rehabilitation keine namhafte Besserung mehr zu erwarten sei und eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (Bewegungen bis zur Horizontalen und Heben von maximal 5 kg) bereits ab Juli 2023 möglich wäre, verfügte die B.\_\_\_\_\_ nach entsprechender Vorankündigung vom 25. Januar 2024 am 27. Februar 2024 wie folgt:

1. Die Leistungen für Heilbehandlungen werden per 17.08.2023 eingestellt.
2. Die Taggeldleistungen werden per 31.12.2023 eingestellt.
3. Es wird keine Invalidenrente zugesprochen.
4. A.\_\_\_\_\_ wird gestützt auf eine Integritätseinbusse von 15 % eine Entschädigung von CHF 22'230.00 zugesprochen.
5. Einer Einsprache wird die aufschiebende Wirkung entzogen.

Y. Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_\_ am 4. April 2024 Einsprache und beantragte die vollumfängliche Aufhebung der Ziffern 1-3 und die Weiterausrichtung der Heilbehandlungskosten über den 17. August 2023 bzw. der Taggeldleistungen über den 31. Dezember 2023 hinaus. Eventualiter sei ihr nach Abklärung der Arbeitsfähigkeit eine Invalidenrente nach richterlichem Ermessen auszurichten. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie insbesondere um Sistierung des Einspracheverfahrens, bis sie eine Zweitmeinung betreffend die Schulterproblematik eingeholt habe.

Z. Dem von der O.\_\_\_\_\_ erstellten Sprechstundenbericht vom 3. Juni 2024, visiert durch Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Leitender Arzt Schulter- und Ellbogenchirurgie, sowie durch Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Oberärztin Schulter- und Ellbogenchirurgie, ist zu entnehmen, dass diese bei eigener Begutachtung des MRI vom 17. August 2023 von einer artikulareseitigen partiellen Re-Re-Ruptur der Supraspinatussehne ausgingen und mit der Patientin vereinbarten, ein aktuelles Arthro-MRI durchzuführen mit anschliessender klinischer Wiedervorstellung zwecks Evaluation einer intraartikulären Cortisoninfiltration bei noch positivem Kapselmuster versus Operation, falls die bekannte Re-Re-Ruptur progredient sei. Diese MR-Arthrographie wurde am 16. Juli 2024 durchgeführt. Dem Sprechstundenbericht der O.\_\_\_\_\_ vom selben Tag resp. vom 5. August 2024 ist zu entnehmen, dass im Vergleich zum MRI vor einem Jahr die Re-Re-Ruptur im Grossen und Ganzen stationär geblieben zu sein scheine. Die durch die Radiologen beschriebene Grössenprogredienz der Läsion sei eher auf die unterschiedliche Bildqualität zurückzuführen. Anhand der klinischen Untersuchung seien die aktuellen Beschwerden eher im Rahmen einer möglichen Capsulitis adhäsiva bei klinisch deutlichem Kapselmuster zu werten. Die Re-Re-Ruptur möge durchaus auch Beschwerden verursachen, stehe aber aktuell nicht unbedingt im Vordergrund. Aus

diesem Grund werde mit der Patientin eine mögliche glenohumerale Infiltration besprochen, welcher sie zustimme. Falls es dadurch zu keiner Beschwerdebesserung komme, könnte man nochmals über eine operative Versorgung diskutieren. Diese wäre dann jedoch experimentell mit einer möglichen Patch-Plastik der Supraspinatussehne.

Aa. Mit Mitteilung vom 23. Juli 2024 übernahm die IV-Stelle des Kantons Graubünden unter dem Titel "*Erstmalige berufliche Ausbildung: Besuch Hochschule nach Art. 5 Abs. 1 Bst. b IVV – Verlängerung*" die Mehrkosten für die Hochschule zum Master in Business Administration ab 1. August 2024 bis 31. Juli 2025 und sprach für diesen Zeitraum auch ein Taggeld zu.

Bb. In der versicherungsmedizinischen Beurteilung von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 9. September 2024 ging er auf die Zweitmeinung der O.\_\_\_\_\_ ein und schloss sich ihr an, wonach die Ruptur im Grossen und Ganzen stationär geblieben sei und die aktuellen Beschwerden nicht vordergründig durch die Re-Re-Ruptur verursacht würden, sondern eher im Rahmen einer möglichen Capsulitis adhäsiva. Die Beschwerden liessen sich somit nicht in ausreichendem Masse unfallkausal erklären. Wie bereits von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ am 17. August 2023 dargelegt, sei eine Operation nicht zielführend und eine definitive Heilung nicht möglich. Auch Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_\_ rate von einer Operation ab. Aus versicherungsmedizinischer Sicht werde an der Einschätzung vom 18. Dezember 2023 festgehalten.

Cc. Im Sprechstundenbericht vom 16. September 2024 resp. 1. Oktober 2024 hielt Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_\_ fest, sie hätten in der Zusammenschau der klinischen Befunde leider kein Ansprechen auf die durchgeführte glenohumerale Infiltration vor ca. sieben Wochen gesehen. Eine erneute Arthroskopie mit Versuch einer Refixation der Supraspinatussehne wäre aufgrund der zweimaligen Voroperationen eher nicht erfolversprechend. Auch eine mögliche Patch-Plastik sähen sie als nicht zielführend an. Da die Patientin einen relevanten Leidensdruck beschreibe, werde eine dritte Meinung bei der R.\_\_\_\_\_ eingeholt.

Dd. Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Leitender Arzt und Leiter Schulterchirurgie an der R.\_\_\_\_\_, hielt in seinem Sprechstundenbericht vom 9. Oktober 2024 fest, einerseits zeige die Patientin sowohl im MRI einen klaren strukturellen Defekt und auch eine klare Funktionseinschränkung ohne sichere Symptom-Aggravierung. Auf der anderen Seite habe sie nun schon mehrmals auf orthopädische Eingriffe sowohl an der Schulter als auch am Kniegelenk nicht das erhoffte Ergebnis erzielen können. Deshalb habe er klare Bedenken, dass eine erneute Rotatorenmanschettenrekonstruktion mit oder ohne Patch-Verstärkung auch nicht das gewünschte

Ergebnis zeigen könnte. Nichtsdestotrotz fehlten klare Argumente, ihr einen erneuten operativen Eingriff zu verwehren, der jedoch perfekter Voraussetzungen bedürfte, weshalb vorab mittels Physiotherapie die deutlich eingeschränkte Skapula-Mobilität zu verbessern sei. Im Sprechstundenbericht eine Woche später konstatierte Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_, nach der Physiotherapiesitzung sei die Skapula-Mobilität deutlich besser geworden. Die Patientin habe nicht das Gefühl, mit weiterer Physiotherapie wirklich eine relevante Verbesserung erzielen zu können. Dementsprechend sei ein provisorischer Operationstermin für den 5. November 2024 reserviert worden. Sie sei sich über die unsichere Prognose eines erneuten operativen Eingriffes im Klaren.

Ee. Mit Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2024 wies die B.\_\_\_\_\_ die Einsprache vom 4. April 2024 gegen die Verfügung vom 27. Februar 2024 ab. Sämtliche Ärzte seien (eher) davon ausgegangen, dass eine weitere Operation zu keiner Verbesserung führen würde. Die Einsprache der Versicherten, dass der Endzustand noch nicht erreicht sei, sei daher unbegründet. Die Einsprache gegen die Rentenbeurteilung sei nicht begründet worden, diesbezüglich werde auf die zutreffenden Ausführungen in der Verfügung verwiesen.

Ff. Gegen den Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2024 erhob A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 26. November 2024 (Poststempel) Beschwerde beim damaligen Verwaltungsgericht bzw. heutigen Obergericht des Kantons Graubünden mit folgenden Anträgen:

- *Es sei der Entscheid der B.\_\_\_\_\_ vom 28.10.2024 abzuweisen.*
- *Der Anspruch auf Leistungen bzw. Nicht Eintretung des Endzustandes sei erneut zu prüfen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der erneuten Operation vom 4.11.2024 mit Bizepssehnen Verstärkung und der Einschätzung der Stellungnahme von Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ (Operateur).*
- *Es seien die Berichte und Stellungnahmen von Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Klinik R.\_\_\_\_\_, in die endgültige Beurteilung einzubeziehen und erst nach Abschluss der aktuellen Behandlung und Nachbehandlung durch Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_\_ der definitive Entscheid mitunter auch über allfällige weitere Leistungen zu prüfen.*
- *Es sei der Operateur Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ zur Stellungnahme der zu erwartenden Besserung zu befragen und dies im Entscheid zur Frage, ob der von der Versicherung erwähnte Endzustand erreicht ist oder nicht, zu berücksichtigen.*
- *Es sei Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ um Beurteilung anzufragen, ob und inwieweit die erneute Re-Re-Re-Ruptur unfallkausal ist.*

- *Es seien allfällige weitere Ansprüche auf Heilkostenübernahme sowie allfällige Taggelder zu prüfen.*
- *Es sei ein allfälliger Rentenanspruch des UVG erst nach Abschluss meiner Genesung der Schulteroperation vom 5. November 2024 sowie meiner Ausbildung und abschliessender Einschätzung eines allfälligen (hoffentlich nicht mehr bestehenden) IV-Grads aufgrund der Schulterverletzung durch die IV-Versicherung zu prüfen (voraussichtlich Juni 2025). Müsste dies zwingend jetzt schon beurteilt werden, ist die Einschätzung der aktuell behandelnden Fachärzte einzuholen und ein allfälliger Rentenanspruch zu prüfen.*

Gg. In ihrer Vernehmlassung vom 17. Dezember 2024 beantragte die B.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde.

Hh. Am 8. Januar 2025 (Poststempel) nahm die Beschwerdeführerin replizierend Stellung zur Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin.

li. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 20. Januar 2025 auf eine Duplik.

Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften, auf den angefochtenen Einspracheentscheid sowie die übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

## **Erwägungen**

1.1. Am 1. Januar 2025 trat im Kanton Graubünden die Justizreform 3 und damit das revidierte GOG (BR 173.000) vollumfänglich in Kraft. Auf dieses Datum hin wurden das Kantons- und das Verwaltungsgericht zum Obergericht des Kantons Graubünden zusammengeführt. Die hängigen Verfahren des Verwaltungsgerichts wurden daher am 1. Januar 2025 auf das Obergericht übertragen (Art. 122 Abs. 5 GOG).

1.2. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 28. Oktober 2024 (act. B.5 = act. C.448). Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 ATSG (SR 830.1) kann gegen einen Einspracheentscheid innert 30 Tagen seit seiner Eröffnung Beschwerde an das Versicherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in welchem die versicherte Person im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Die Beschwerdeführerin ist im Kanton Graubünden wohnhaft. Damit ist die örtliche Zuständigkeit des heutigen Obergerichts des Kantons Graubünden gegeben. Dessen sachliche Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2

lit. a VRG (BR 370.100). Als formelle und materielle Adressatin des angefochtenen Einspracheentscheids ist die Beschwerdeführerin davon überdies berührt und sie weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Überprüfung auf (vgl. Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (vgl. Art. 60 i.V.m Art. 38 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG) ist somit einzutreten.

2.1. Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des UVG und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Der hier zu beurteilende Sachverhalt hat sich am 17. Dezember 2020 ereignet, weshalb die ab dem 1. Januar 2017 gültigen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2.2. Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem geklagten Gesundheitsschaden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (vgl. BGE 147 V 161 E. 3.1). Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Das Taggeld der Unfallversicherung wird nicht gewährt, wenn ein Anspruch auf ein Taggeld der Invalidenversicherung besteht. Wird die Versicherte zufolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des Referenzalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.3. Nach Art. 19 Abs 1 UVG entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV)

abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin. Nach konstanter Rechtsprechung heisst dies, der Versicherer hat – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung (und das Taggeld) nur so lange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung der unfallbedingten Beschwerden noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann, mithin der medizinisch-therapeutische Endzustand noch nicht erreicht ist. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (vgl. BGE 144 V 354 E. 4.1, 140 V 130 E. 2.2, 134 V 109 E. 4.1; Urteile des Bundesgerichts 8C\_371/2020 vom 7. September 2020 E. 2.2, 8C\_834/2018 vom 19. März 2019 E. 3.4). Ist von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr zu erwarten, wird jedoch der Entscheid der IV über die berufliche Eingliederung erst später gefällt, so wird vom Abschluss der ärztlichen Behandlung an vorübergehend eine Rente ausgerichtet, die aufgrund der in diesem Zeitpunkt bestehenden Erwerbsunfähigkeit festgesetzt wird. Der Anspruch erlischt, beim Beginn des Anspruchs auf ein Taggeld der IV oder mit dem negativen Entscheid der IV über die berufliche Eingliederung oder mit der Festsetzung der Rente (Art. 19 Abs. 3 UVG i.V.m. Art. 30 Abs. 1 UVV).

3. Streitgegenstand ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den Fallabschluss auf den 17. August 2023 gelegt hat, weil ab diesem Zeitpunkt keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der Versicherten mehr erwartet werden konnte und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen waren, oder nicht (siehe nachfolgend Erwägung 5). Sollte die Prüfung des Fallabschlusses den Entscheid der Beschwerdegegnerin stützen, so wäre zu überprüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint hat oder nicht (siehe nachfolgend Erwägung 6).

4.1. Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Das Gericht hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien abzuklären und festzustellen. Aus der Untersuchungsmaxime folgt auch das Prinzip der freien Beweiswürdigung, wonach das Gericht an keine förmlichen Beweisregeln gebunden ist (Art. 61 lit. c ATSG). Das gesamte Beweismaterial ist unvoreingenommen und sorgfältig auf dessen Stichhaltigkeit zu prüfen. Die

Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste erachtet (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6; Urteile des Bundesgerichts 9C\_702/2023 vom 15. Februar 2024 E. 4.4, 9C\_58/2022 vom 7. Juni 2022 E. 4.1.2).

4.2.1. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 9C\_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2, 9C\_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1, 9C\_528/2021 vom 11. Februar 2022 E. 4.1).

4.2.2. Gemäss Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.6 f., 125 V 351 E. 3b/ee; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_562/2023 vom 29. Mai 2024 E. 2.3, 8C\_434/2023 und 8C\_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3, 8C\_740/2020 vom 7. April 2021 E. 2.2).

4.2.3. Auch ein reines Aktengutachten ist gemäss Rechtsprechung beweiskräftig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Berichterstatter imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_397/2019 vom 6. August 2019 E. 4.3 m.w.H.). Dabei geht es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts, mithin rückt die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_439/2023 vom 10. Juni 2024 E. 3, 8C\_527/2020 vom 2. November 2020 E. 3.2, 8C\_322/2020 vom 9. Juli 2020 E. 3, 8C\_780/2016 vom 24. März 2017 E. 6.1, je m.w.H.).

4.2.4. In Bezug auf behandelnde Ärztinnen und Ärzte, insbesondere Hausärzte, ist schliesslich zu beachten, dass sie in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Da sie sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommen. Diese Erfahrungstatsache befreit das Gericht indessen nicht von seiner Pflicht zu einer korrekten Beweiswürdigung, bei der auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte mitzuberücksichtigen sind. Diese sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte wecken (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 f.; Urteile des Bundesgerichts 8C\_301/2021 vom 23. Juni 2021 E. 5.2.2, 8C\_160/2012 vom 13. Juni 2012 E. 3.1.2, 8C\_245/2011 vom 25. August 2011 E. 5.3, 8C\_907/2009 vom 12. Februar 2010 E. 1.1).

5.1. Strittig ist vorliegendenfalls zunächst, ob der Zeitpunkt der Einstellung der Leistungen für Heilbehandlungen per 17. August 2023 und der Taggeldleistungen per 31. Dezember 2023, wie die Beschwerdegegnerin es entschied, rechtens ist.

5.2.1. Dabei gilt es zu prüfen, ob zum Zeitpunkt der Einstellung der Leistungen für Heilbehandlung per 17. August 2023 von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung

keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr zu erwarten war.

5.2.2. Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich namentlich – aber nicht ausschliesslich – nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes "*namhaft*" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden. Unbedeutende Verbesserungen genügen ebenso wenig wie die blosser Möglichkeit einer Besserung. Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_471/2024 vom 13. Februar 2025 E. 3.3 und 8C\_81/2024 vom 28. Oktober 2024 E. 3.1, 8C\_459/2023 vom 18. Juni 2024 E. 4.3, je m.H.; FLÜCKIGER, in: Frésard-Fellay/Leuzinger/Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar 2019, Art. 19 Rz. 7 ff., 14).

5.2.3. Die Beschwerdeführerin macht im Wesentlichen und sinngemäss geltend, der Fallabschluss per 17. August 2023 sei zu früh erfolgt und es sei durch die am 4. (recte wohl: 5.) November 2024 geplante dritte Operation an der rechten Schulter noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten gewesen. Dem kann nicht gefolgt werden.

Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass die Fachärzte Dr. med. G.\_\_\_\_ (D.\_\_\_\_) und Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_ (J.\_\_\_\_) bereits vor der zweiten Operation, welche am 3. Februar 2023 erfolgte, sich sehr zurückhaltend äusserten, weil eine absolute Beschwerdefreiheit nicht garantiert werden könne und eine absolute OP-Indikation nicht klar vorliege (Dr. med. G.\_\_\_\_; act. C.135, C.138, C.165) bzw. Zweifel bestanden, dass eine erneute chirurgische Versorgung eine Beschwerdebesserung bringen würde (Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_; act. C.146). Ab dem August 2023 zeigten sich sowohl Dr. med. F.\_\_\_\_ (D.\_\_\_\_), Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_ (O.\_\_\_\_) als auch Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_ – wenn auch mit unterschiedlicher Deutlichkeit – skeptisch gegenüber bzw. abratend von einer erneuten, dritten Operation. Dr. med. F.\_\_\_\_ schrieb in seinem von Dr. med. G.\_\_\_\_ visierten Bericht vom 18. August

2023 über die Untersuchung vom Vortag, dass trotz Side-to-Side-Naht keine definitive Heilung möglich scheine. Von einem erneuten operativen Eingriff könne er nur abraten (act. C.289). Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_\_ hielt im Sprechstundenbericht vom 16. Juli 2024 resp. 5. August 2024 fest, es sei zunächst eine glenohumerale Infiltration vorzunehmen und im Falle, dass es zu keiner Beschwerdebesserung käme, könne über eine operative Versorgung diskutiert werden, welche er jedoch als «*experimentell*» mit einer möglichen Patch-Plastik der Supraspinatussehne bezeichnete (act. C.424). Im Sprechstundenbericht vom 16. September 2024 resp. vom 1. Oktober 2024 konstatierte er, eine erneute Arthroskopie mit Versuch einer Refixation der Supraspinatussehne wäre aufgrund der zweimaligen Voroperationen eher nicht erfolgversprechend. Auch eine mögliche Patch-Plastik sähe er nicht als zielführend an (act. C.432). Und Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ schrieb im Sprechstundenbericht vom 9. Oktober 2024, mehrmalige orthopädische Eingriffe an der Schulter und am Kniegelenk hätten in der Vergangenheit nicht das erhoffte Ergebnis erzielt, so dass er klare Bedenken habe, dass eine erneute Rotatorenmanschettenrekonstruktion mit oder ohne Patch-Verstärkung auch nicht das gewünschte Ergebnis zeigen könnte. Nichtsdestotrotz würden klare Argumente fehlen, der Beschwerdeführerin einen erneuten operativen Eingriff zu verwehren (act. C.434).

Damit äusserten sich nach dem 17. August 2023 sämtliche Fachärzte – behandelnde Fachärzte wie auch die Fachärzte, die um eine Zweit- und Drittmeinung gebeten wurden – zu einem erneuten, dritten operativen Eingriff skeptisch und abratend. Die konservativen Heilbehandlungsmethoden wie Infiltration, Cortison-Stossbehandlungen und Physiotherapie hatten vorübergehende Linderung gebracht, aber es war prognostisch keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands (mehr) zu erwarten. Keiner der Vorgenannten stellte der Beschwerdeführerin in Aussicht, dass sie mittels (Heil-)Behandlungen zur vollständigen Schmerzfreiheit oder zumindest zu einer wesentlichen Schmerzreduktion gelangen würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_459/2023 vom 18. Juni 2024 E. 5.2.2). Auch ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach der Fallabschluss nicht so lange hinausgezögert werden muss, bis überhaupt keine ärztliche Behandlung mehr geboten ist. Dieser bedingt vielmehr gerade keinen "*Endzustand der medizinischen Behandlung und Therapie*" (Urteile des Bundesgerichts 8C\_359/2023 vom 12. Juli 2023 E. 4.1, 8C\_102/2021 vom 26. März 2021 E. 6.4.1, je m.H.). Die erforderliche Besserungserwartung ist regelmässig zu verneinen, wenn mit einer Therapie seit längerer Zeit keine nennenswerten Fortschritte mehr erreicht wurden (vgl. FLÜCKIGER, a.a.O., Art. 19 Rz. 14). Angesichts dessen ist in casu weder ersichtlich noch (substanziert) dargelegt, inwieweit die Voraussetzungen für den Fallabschluss am 17. August

2023 (noch) nicht vorgelegen haben sollen. Dass der Einspracheentscheid am 28. Oktober 2024 und damit nur rund eine Woche vor der dritten Operation erging, ist – anders als die Beschwerdeführerin vorbringt – nicht auf eine unseriöse Abklärung zurückzuführen, sondern entsprach durchaus dem damaligen Anliegen der Beschwerdeführerin auf schnellstmögliche Klarheit (vgl. E-Mail des damaligen Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom 16. Oktober 2024; act. C.436). Es ist damit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin, gestützt auch durch die versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dr. med. L.\_\_\_\_\_, davon ausging, dass von einer weiteren Heilbehandlung bzw. einer weiteren Operation nach dem 17. August 2023 keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands mehr zu erwarten war. Daran ändert auch die Stellungnahme zum Einspracheentscheid von Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 5. November 2024 nichts (act. B.7). Darin bittet der Verfasser um eine erneute Prüfung der Kostenübernahme durch die Unfallversicherung, weil nach der Operation und mit intensiver postoperativer Physiotherapie eine namhafte Funktionsverbesserung erwartet werde. Der Umstand aber, dass dieser Stellungnahme offensichtlich versicherungsrechtliche Überlegungen zu Grunde liegen, und die Erfahrungstatsache, dass Arztpersonen wie Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ als Operateur des Eingriffs vom 5. November 2024 mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, wecken keine auch nur geringen Zweifel an der Schlussfolgerung, dass nach dem 17. August 2023 keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin (mehr) zu erwarten war.

5.3. Was die Voraussetzung anbelangt, dass allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sein müssen, geht aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin von der IV vom 17. August 2015 bis 23. August 2018 sowie vom 17. September 2018 bis 31. Mai 2023 ein IV-Taggeld für berufliche Massnahmen bezog. Ab dem 1. Juni 2023 wurde die berufliche Massnahme unterbrochen (act. C.268). Dafür richtete die Beschwerdegegnerin ab dem 1. Juni 2023 ein Taggeld aus, welches sie infolge Fallabschlusses per 31. Dezember 2023 einstellte (act. C.362). Mit Mitteilung vom 23. Juli 2024 erklärte die IV, sie übernehme im Rahmen der erstmaligen beruflichen Ausbildung (Verlängerung; vgl. Art. 5 Abs. 1 lit. b IVV [SR 831.201]) die Mehrkosten für den Besuch der Hochschule zum Master in Business Administration ab 1. August 2024 bis 31. Juli 2025 und richte für die Dauer der Massnahme (wieder) ein Taggeld aus (act. C.422). Damit ist erstellt, dass die Eingliederungsmassnahmen der IV im Zeitpunkt des Fallabschlusses im August 2023 nicht im Gange waren («unterbrochen»), denn die Beschwerdeführerin hatte ihr Bachelor-Studium als Betriebsökonomin FH bereits zuvor abgeschlossen. Erst im Juli 2024 aber war klar,

dass die IV der Beschwerdeführerin auch das Master-Studium an der Hochschule samt Taggeld ab dem 1. August 2024 zahlen würde. Die IV-Eingliederungsmassnahmen standen somit dem Fallabschluss im August 2023 nicht entgegen.

5.4. Aus der Bejahung der Voraussetzungen von Art. 19 Abs. 1 UVG (Fallabschluss) folgt, dass die Beschwerdegegnerin die Heilbehandlungskosten und die Taggeldleistungen einstellen durfte, ohne die Beschwerdeführerin zunächst zu einem Berufswechsel aufzufordern und eine Übergangsfrist zu gewähren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_443/2016 vom 11. August 2016 E. 2.3). Da die IV die berufliche Massnahme per 1. Juni 2023 unterbrochen hatte (vgl. C.268), stellte die Beschwerdegegnerin die Tragung der Heilbehandlungskosten per 17. August 2023 und die Ausrichtung von Taggeldern per 31. Dezember 2023 zu Recht ein.

5.5. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, verfängt nicht. Soweit sie beantragt, es seien die Ergebnisse der erneuten Operation vom 4. (recte wohl: 5.) November 2024 und der aktuellen Behandlung und Nachbehandlung in die Beurteilung einzubeziehen, wird auf die zitierte Rechtsprechung verwiesen, wonach der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen ist (vgl. Erwägung 5.2.2 hiervor). Wurde aufgrund ärztlicher Stellungnahmen zu Recht davon ausgegangen, dass von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr zu erwarten ist, ist diese Prognose in rechtlicher Hinsicht entscheidend, selbst wenn schmerztherapeutische Massnahmen weitergeführt wurden. Andernfalls wäre bei persistierenden Restbeschwerden die Einstellung der Übernahme der Heilbehandlungskosten gestützt auf eine Prognose nie möglich. Unbehelflich ist das Vorbringen der Beschwerdeführerin, dass Dr. med. L.\_\_\_\_\_ mit vielen allfälligen Wahrscheinlichkeiten argumentiere. Da der Abschluss der Heilbehandlung nach dem Willen des Gesetzgebers und der Rechtspraxis gestützt auf eine Prognose erfolgt, kann ein strikter Beweis nicht verlangt werden, denn Prognosen sind stets mit einer mehr oder weniger grossen Unsicherheit behaftet. Generell hat im Sozialversicherungsrecht das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt. Der Umstand, dass die Fachärzte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_\_ die Möglichkeit einer Operation mit der Bizepssehne nie geprüft hatten, ist kein Indiz dafür, dass mit dieser Operation noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden konnte. Prof. Dr. med.

K.\_\_\_\_\_ teilte diese Vorgehensweise der Beschwerdeführerin erst kurz vor der Operation mündlich mit, was ebenfalls nicht darauf schliessen lässt, dass diese Vorgehensweise auf der Hand lag und von ihr noch eine erhebliche Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden konnte. Im Gegenteil, Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ setzte die Beschwerdeführerin über die unsichere Prognose eines erneuten operativen Eingriffs ins Bild und sie war sich darüber im Klaren (act. C.435).

6.1. Was den Rentenanspruch gemäss UVG anbelangt, beantragt die Beschwerdeführerin sinngemäss dessen Prüfung erst nach Abschluss der Genesung nach ihrer Schulteroperation vom 5. November 2024 und nach Abschluss ihrer Ausbildung. Die Beschwerdegegnerin lehnte einen Rentenanspruch ab (Verfügung vom 27. Februar 2024 Erw. 2.2 [act. C.362]; angefochtener Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2024 Erw. 4 [act. C.448]).

6.2. Wird der Entscheid der Invalidenversicherung über die (berufliche) Eingliederung erst später gefällt, kann dies Anlass für eine das Taggeld ablösende Übergangsrente (Art. 19 Abs. 3 UVG in Verbindung mit Art. 30 UVV) bilden. Die Übergangsrente ist ein (vorläufiges) Surrogat für eine allenfalls folgende (definitive) Invalidenrente nach Art. 18 ff. UVG in Fällen, in welchen von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr zu erwarten ist, der Entscheid der Invalidenversicherung über die berufliche Eingliederung jedoch erst später gefällt wird. Damit eine Übergangsrente nach Art. 19 Abs. 3 UVG ausgerichtet werden kann, muss der ausstehende Entscheid der Invalidenversicherung über die berufliche Eingliederung Vorkehren beschlagen, welche einer Eingliederungsproblematik aufgrund eines unfallkausalen Gesundheitsschadens gelten. Rechtsprechungsgemäss kann sich sodann der in Art. 19 Abs. 1 erster Satz UVG vorbehaltene Abschluss allfälliger Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung, soweit es um berufliche Massnahmen geht, nur auf Vorkehren beziehen, welche geeignet sind, den der Invalidenrente der Unfallversicherung zugrunde zu legenden Invaliditätsgrad zu beeinflussen. Zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet der Erlass des Einspracheentscheids vom 28. Oktober 2024 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_424/2023 vom 21. Februar 2024 E. 5.2 f. m.H.).

6.3. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin stützt sich ihre Rentenablehnung auf einen nicht rechtsgenügend abgeklärten Sachverhalt. Sie unterliess es, im Zeitpunkt der Einstellung der Taggelderleistungen am 31. Dezember 2023 die damalige (Rest-)Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, gegebenenfalls gestützt auf ein lege artis zu erstellendes Zumutbarkeitsprofil in leidensangepasster

Tätigkeit, abzuklären, da an der versicherungsmedizinischen Darlegung einer ab Juli 2023 vollschichtig zumutbaren angepassten Tätigkeit («*Bewegungen bis zur Horizontalen und Heben von max. 5 kg*»; act. C.343) aufgrund der Aktenlage zumindest geringe Zweifel bestehen. Zudem fehlen konkrete Angaben zum Einkommensvergleich zwischen Invaliden- und Valideneinkommen und damit fehlt die Bestimmung des Invaliditätsgrads gänzlich (vgl. Art. 16 ATSG; act. C.362 Erw. 2.2; act. C.448 Erw. 4). Die notwendigen Abklärungen werden ausgangsgemäss nachzuholen sein, bevor ein neuer Entscheid über einen allfälligen Rentenanspruch im Sinne einer ordentlichen Rente i.S.v. Art. 18 UVG oder einer Übergangsrente i.S.v. Art. 19 Abs. 3 UVG i.V.m. Art. 30 UVV (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_347/2014 vom 15. Oktober 2014 E. 3 ff. m.H.a. BGE 139 V 514 E. 2.3; FLÜCKIGER, a.a.O., Art. 19 Rz. 48 ff.) zu fällen sein wird.

7. Zusammenfassend ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2024 insoweit aufzuheben, als die Einsprache bezüglich des Rentenanspruchs abgewiesen wurde. Die Angelegenheit ist an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid zurückzuweisen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

8.1. Gemäss Art. 61 lit. <sup>fbis</sup> ATSG sind Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz so vorgesehen ist. Die Sonderbestimmungen zur Rechtspflege gemäss Art. 105 ff. UVG sehen keine generelle Kostenpflicht vor. Damit sind unfallversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren über Leistungen in der Regel kostenlos. Vorbehalten bleibt die Kostenaufgabe infolge – in casu nicht vorliegenden – mutwilligen oder leichtsinnigen Verhaltens (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. <sup>fbis</sup> in fine ATSG). Für das vorliegende Beschwerdeverfahren sind daher keine Kosten zu erheben.

8.2. Die teilweise obsiegende Beschwerdeführerin ist nicht anwaltlich vertreten und hat damit praxisgemäss keinen Anspruch auf einen Parteikostenersatz; die teilweise obsiegende Beschwerdegegnerin hat keinen Anspruch auf einen Parteikostenersatz (Art. 61 lit. g ATSG [e contrario]).

### **Es wird erkannt:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2024 insoweit aufgehoben, als die Einsprache bezüglich des Rentenanspruchs abgewiesen wurde. Die Angelegenheit wird an die B. \_\_\_\_\_ AG zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. [Rechtsmittelbelehrung]
4. [Mitteilungen]