

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2022 3

## Entscheid vom 9. November 2023

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. \_\_\_\_\_

### gegen

1. C. \_\_\_\_\_,  
Vorinstanz,  
vertreten durch Rechtsanwalt D. \_\_\_\_\_,
2. E. \_\_\_\_\_ AG,  
Beigeladene,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. 1966) arbeitete in einem Spital als Pflegeleiterin und war dadurch bei der C.\_\_\_\_\_ obligatorisch unfallversichert, als sie am 24. März 2015 beim Velofahren (E-Bike) stürzte und sich eine Radiusköpfchenfraktur rechts zuzog (Vi-act. K1 und M1f.).

**B.** Am 12. Mai 2015 wurde bei zunehmenden Schmerzen eine MR-Untersuchung des rechten Handgelenkes durchgeführt (Vi-act. M5) und eine TFCC-Läsion rechts sowie eine traumatisierte STT-Arthrose diagnostiziert (Vi-act. M7). Am 17. August 2015 wurde eine Arthroskopie des rechten Handgelenkes (Vi-act. M11), am 14. April 2016 eine dynamisch stabilisierende TFCC-Rekonstruktion mit freiem Palmaristransplantat rechts (Vi-act. M18) und am 27. Mai 2016 eine Osteosynthesematerialentfernung (Vi-act. M19) durchgeführt.

Am 11. August 2015 und am 23. Februar 2018 erfolgte zudem eine MR-Arthrographie der rechten Schulter (Vi-act. M10 und M33) sowie am 14. November 2016 eine solche der linken Schulter (Vi-act. M32).

**C.1** Ab 1. August 2016 war A.\_\_\_\_\_ in ihrem angestellten Pensum von 50% wieder zu 100% arbeitsfähig (Vi-act. K44). Sie war nach dem Wechsel in ein anderes Spital (seit 1.5.2016) als Pflegeexpertin tätig (und befand sich gleichzeitig im Masterstudium Pflegewissenschaft) und dadurch bei der E.\_\_\_\_\_ AG obligatorisch unfallversichert, als sie am 9. Januar 2018 einen Bagatellunfall vom 14. Dezember 2017 meldete, wonach sie auf dem Glatteis ausgerutscht und auf die rechte Körperseite gestürzt sei. Folge davon seien Hämatome und Schmerzen in der Schulter gewesen (Vi-act. E.\_\_\_\_\_ K1). Die E.\_\_\_\_\_ anerkannte das Ereignis mit Schreiben vom 11. Januar 2018 (Vi-act. E.\_\_\_\_\_ K2).

**C.2** Mit Schreiben vom 29. Mai 2018 stellte die E.\_\_\_\_\_ nach Einholung einer Stellungnahme ihres beratenden Arztes (Vi-act. M30) die Leistungen per 23. Februar 2018 ein (Vi-act. E.\_\_\_\_\_ K23). Daraufhin verlangte A.\_\_\_\_\_ am 22. Januar 2019 eine einsprachefähige Verfügung (Vi-act. E.\_\_\_\_\_ K28). Am 15. März 2019 verfügte die E.\_\_\_\_\_ die Einstellung der Versicherungsleistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 14. Dezember 2017 per 23. Februar 2018 mit Entzug der aufschiebenden Wirkung einer allfälligen Einsprache (Vi-act. E.\_\_\_\_\_ K30). Gegen die Verfügung vom 15. März 2019 liess A.\_\_\_\_\_ am 11. April 2019 Einsprache erheben (Vi-act. E.\_\_\_\_\_ K32) und diese am 17. Mai 2019 ergänzen (Vi-act. E.\_\_\_\_\_ K34). Nach Einholung einer weiteren Aktenbeurteilung, welche am 28. Oktober 2021 erfolgte, stellte die E.\_\_\_\_\_ A.\_\_\_\_\_ am 22.

Dezember 2021 die Abweisung des Einspracheentscheides in Aussicht und gab ihr Gelegenheit zum Rückzug der Einsprache (Beigeladene-act. 1).

**D.** Ebenfalls am 29. Mai 2018 wurde bei A.\_\_\_\_\_ mit den Diagnosen: "Tendinitis calcarea Typ a Rezidiv Schulter rechts" und "AC-Gelenksarthrose und ausgedehnte SLAP-Läsion" eine Schulterarthroskopie, arthroskopische LBS-Tenodese, Bursektomie, AC-Gelenksresektion, Kalkentfernung und Quernaht der Infraspinatussehne durchgeführt (Vi-act. M37/4).

**E.** Gestützt auf die versicherungsmedizinische Stellungnahme vom 14. November 2018 (Vi-act. M29) (und gemäss Akten auch vom 17.8.2015, Vi-act. M12; und 22.2.2016, Vi-act. M17) stellte die C.\_\_\_\_\_ mit Verfügung vom 28. Dezember 2018 die Kostenübernahme für ärztliche und therapeutische Massnahmen aus der obligatorischen Unfallversicherung per 26. September 2018 ein. Zudem wurde der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von Fr. 6'300.-- (5%) als Folge des Unfalles vom 24. März 2015 bejaht. Einer allfälligen Einsprache wurde die aufschiebende Wirkung entzogen (Vi-act. K59).

**F.** Gegen die Verfügung der C.\_\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2018 liess A.\_\_\_\_\_ am 30. Januar 2019 Einsprache erheben mit den Anträgen (Vi-act. K60):

1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien die gesetzlich geschuldeten Leistungen (insbesondere u.a. weitere Taggeldleistungen und Heilbehandlungskosten vor und nach dem 26. September 2018) zu erbringen. Sodann sei nach Erreichen eines Endzustandes eine höhere Integritätsentschädigung auszurichten sowie allenfalls eine Invalidenrente.
2. Die Akten seien zu vervollständigen und dem Unterzeichnenden zur Einsichtnahme zukommen zu lassen, dies unter Ansetzung einer Nachfrist von mindestens 30 Tagen ab Erhalt der Akten zur ergänzenden Begründung der Einsprache.

Eine weitere Stellungnahme erfolgte am 17. Mai 2019 (Vi-act. K64).

**G.** Am 18. Juli 2019 gab die C.\_\_\_\_\_ eine weitere versicherungsmedizinische Stellungnahme in Auftrag (Vi-act. K68), welche am 25. November 2020 unter Einbezug einer Zweitbeurteilung vom 21. September 2019 (und nach Erhalt der nachfolgend erwähnten Auskünfte) erstellt wurde (Vi-act. M40f.). Weiter ersuchte die C.\_\_\_\_\_ A.\_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 30. August 2019 um weitere Auskünfte (Vi-act. K69), welche am 2. Juli 2020 erfolgten (Vi-act. K88). Am 30. März 2021 liess A.\_\_\_\_\_ eine Stellungnahme zur versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 25. November 2020 einreichen (Vi-act. K103). Daraufhin holte die C.\_\_\_\_\_ am 13. April 2021 erneut eine versicherungsmedizinische

Stellungnahme ein (Vi-act. K104), welche am 6. Mai 2021 erstellt wurde (Vi-act. M42).

Mit Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2021 wies die C.\_\_\_\_\_ die Einsprache ab (Vi-act. K109).

**H.** Am 20. Januar 2022 lässt A.\_\_\_\_\_ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlich geschuldeten Leistungen zu erbringen.
2. Der Sachverhalt sei rechtsgenügend abzuklären.
3. Eventuell sei die Unfallversicherung E.\_\_\_\_\_ beizuladen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (inkl. 7.7 % MwSt.).

**I.** Mit richterlicher Verfügung vom 21. Januar 2022 wird die E.\_\_\_\_\_ ins Verfahren beigegeben. Sie stellt am 8. Februar 2022 folgende Verfahrensanhträge:

1. Das Beschwerdeverfahren I 2022 3 sei zu sistieren.
2. Das Beschwerdeverfahren I 2022 3 sowie ein allfälliges Beschwerdeverfahren der Beschwerdeführerin gegen den Einspracheentscheid der E.\_\_\_\_\_ AG betreffend das Ereignis vom 14. Dezember 2017 seien zu vereinigen.
3. Die der E.\_\_\_\_\_ AG im Beschwerdeverfahren I 2022 3 mit Verfügung vom 21. Januar 2022 angesetzte Frist zur Einreichung einer Vernehmlassung sowie der Verfahrensakten bis am 18. Februar 2022 sei abzusetzen.
4. Der E.\_\_\_\_\_ AG sei eventualiter die mit Verfügung vom 21. Januar 2022 angesetzte Frist bis am 18. Februar 2022 zur Einreichung einer Vernehmlassung sowie der Verfahrensakten erstmals um 30 Tage zu erstrecken.

Hierzu lässt die Beschwerdeführerin am 18. Februar 2022 und die Vorinstanz am 21. Februar 2022 Stellung nehmen. Mit verfahrensleitender Anordnung vom 23. Februar 2022 wird das Verfahren sistiert.

**J.** Mit Einspracheentscheid vom 31. August 2022 entscheidet die Beigeladene (vgl. Ingress C.2):

1. Die Einsprache vom 11. April 2019 resp. 17. Mai 2019 wird abgewiesen.
2. Es wird festgestellt, dass A.\_\_\_\_\_ am 14. Dezember 2017 keinen Unfall erlitten hat. Es wird ferner festgestellt, dass der status quo sine eines allfälligen Unfalls spätestens per 23. Februar 2018 erreicht war. Die E.\_\_\_\_\_ AG ist daher weder berechtigt noch verpflichtet, A.\_\_\_\_\_ Versicherungsleistungen nach UVG zu erbringen.
3. Das Einspracheverfahren ist kostenlos.

4. Es wird keine Parteientschädigung gesprochen.
5. (Eröffnung)

Dagegen reicht die Beschwerdeführerin am 30. September 2022 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz ein (Verfahren I 2022 55).

**K.** Mit Verfügung vom 3. Oktober 2022 wird die Verfahrenssistierung aufgehoben und erneut Frist zur Vernehmlassung angesetzt. Die Beigeladene verzichtet am 12. Oktober 2022 darauf, materielle Anträge zu stellen und verweist auf ihren Einspracheentscheid vom 31. August 2022 im Verfahren I 2022 55.

Am 16. Januar 2023 reicht die Vorinstanz ihre Vernehmlassung ein und stellt folgende Rechtsbegehren:

Die Beschwerde vom 20. Januar 2022 sei insoweit teilweise gutzuheissen, als der Beschwerdeführerin eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 10 % auszurichten sei.

Im Übrigen sei die Beschwerde vom 20. Januar 2022 abzuweisen.

Die Replik der Beschwerdeführerin erfolgt am 28. April 2023. Am 9. Mai 2023 reicht die Vorinstanz eine Duplik ein. Die Beigeladene nimmt am 17. Mai 2023 Stellung. Am 12. Juni 2023 verzichtet die Beschwerdeführerin auf eine weitere Stellungnahme.

**L.** Mit Schreiben vom 21. Juli 2023 gelangt das Gericht an die Vorinstanz; aufgrund von Nennungen in den Akten müsse davon ausgegangen werden, dass dem Gericht nicht die vollständigen Akten vorliegen würden; die Vorinstanz werde ersucht, fehlende Akten zeitnah einzureichen. Mit Schreiben vom 16. August 2023 reichte die Vorinstanz weitere Akten ein, was der Beschwerdeführerin und der Beigeladenen am 17. August 2023 angezeigt wurde. Die Beschwerdeführerin nimmt mit Schreiben vom 21. August 2023 Stellung.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

1. Die Beigeladene beantragt mit Stellungnahme vom 8. Februar 2022 die Vereinigung des vorliegenden Verfahrens I 2022 3 mit dem inzwischen ebenfalls vor Verwaltungsgericht hängigen Verfahren I 2022 55 (der Antrag wird jedoch im Verfahren I 2022 55, in welchem die Beigeladene Vorinstanz ist, nicht wiederholt).

In der Verordnung über die Verwaltungsrechtspflege (VRP; SRSZ 234.110) vom 6. Juni 1974 wird die Verfahrensvereinigung nicht ausdrücklich erwähnt. Auch im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1; ATSG) vom 6. Oktober 2000 wird die Verfahrensvereinigung nicht erwähnt. Nach konstanter Rechtsprechung können Beschwerden vereinigt werden, wenn das Gericht für zwei oder mehrere Verfahren in der gleichen Verfahrensart zuständig ist und sich die verschiedenen Beschwerden im Wesentlichen auf die gleichen Tatsachen (Sachverhalt) und die gleichen Rechtsgründe (Rechtsfragen) stützen (vgl. unter vielen VGE I 2015 118 vom 6.4.2016 E. 1).

Die Beschwerdeführerin macht sowohl im Verfahren I 2022 3 als auch im Verfahren I 2022 55 Leistungen gegenüber einer Unfallversicherung geltend. Strittig sind in beiden Verfahren insbesondere Schulterbeschwerden rechts. Allerdings beziehen sich die geltend gemachten Ansprüche auf zwei verschiedene Unfallereignisse sowie auf zwei verschiedene Unfallversicherer. Im Verfahren I 2022 55 ist gar das Unfallereignis an sich strittig. Damit aber stellen sich vorliegend unterschiedliche Rechtsfragen, weshalb es angezeigt ist, auf eine Vereinigung der Verfahren zu verzichten.

**2.1** Im konkreten Fall ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 24. März 2015 beim Velofahren (E-Bike) stürzte und sich eine Radiusköpfchenfraktur rechts zuzog (vgl. vorstehend Ingress lit. A). In der Folge kam es zu Beschwerden am rechten Handgelenk, die - genauso wie die daraufhin notwendigen Operationen (vgl. Ingress lit. B) - von der Vorinstanz ebenfalls als unfallkausal eingeordnet wurden.

**2.2** Strittig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 28. Dezember 2018, bestätigt mit Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2021, zu Recht von einem medizinischen Endzustand bzw. von einem Status quo sine ausging und die Kostenübernahme für ärztliche und therapeutische Massnahmen aus der obligatorischen Unfallversicherung per 26. September 2018 einstellte. Strittig ist auch, ob die Vorinstanz zu Recht die Unfallkausalität nach vorübergehender Verschlimmerung an der rechten Schulter ab 1. Januar 2016 sowie einen natürlichen Kausalzusammenhang von Beschwerden an der linken Schulter zum Unfallereignis vom 24. März 2015 als überwiegend wahrscheinlich nicht bestehend verneint und einen Leistungsanspruch abweist sowie (u.a. vernehmlassend) eine über 10% hinausgehende Integritätsentschädigung ablehnt. Die Beschwerdeführerin verlangt insbesondere eine externe Begutachtung.

**2.3** Des Weiteren stellt sich die Frage, ob ein Anspruch auf eine Invalidenrente ebenfalls Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens und somit Anfechtungsgegenstand ist.

**2.3.1** Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren bildet grundsätzlich nur das Rechtsverhältnis, zu dem die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig in Form einer Verfügung Stellung genommen hat, Anfechtungsgegenstand. Insoweit bildet die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist das Rechtsverhältnis, welches - im Rahmen des durch die Verfügung bestimmten Anfechtungsgegenstandes - den aufgrund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bildet (BGE 144 I 11 Erw. 4.3; BGE 125 V 413 Erw. 1a und 1b).

**2.3.2** Mit Verfügung vom 28. Dezember 2018 entschied die Vorinstanz die Einstellung der Kostenübernahme für ärztliche und therapeutische Massnahmen aus der obligatorischen Unfallversicherung per 26. September 2018, der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Integritätsentschädigung von Fr. 6'300.-- als Folge des Unfalles vom 24. März 2015 sowie den Entzug der aufschiebenden Wirkung. Eine Invalidenrente wurde in den Erwägungen lediglich insoweit erwähnt, als bei der Nennung der Gesetzesgrundlagen Art. 24 Abs. 2 Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 zitiert wurde, wonach die Integritätsentschädigung mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt wird. Der Anspruch auf eine Invalidenrente wurde jedoch weder geprüft, noch verneint, geschweige denn begründet (Vi-act. K59).

Dementsprechend lautete der Antrag Ziff. 1 der Beschwerdeführerin in ihrer Einsprache vom 30. Januar 2019 (Vi-act. K60):

Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien die gesetzlich geschuldeten Leistungen (insbesondere u.a. weitere Taggeldleistungen und Heilbehandlungskosten vor und nach dem 26. September 2018) zu erbringen. Sodann sei nach Erreichen eines Endzustandes eine höhere Integritätsentschädigung auszurichten sowie allenfalls eine Invalidenrente.

Ein allfälliger Anspruch auf eine Invalidenrente wurde auch hier nicht weiter begründet. Eine Prüfung bzw. ein Entscheid über den Anspruch auf Invalidenrente ging (somit auch für die Beschwerdeführerin) nicht aus der angefochtenen Verfügung hervor.

In der Folge wies die Vorinstanz die Einsprache mit Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2021 ab. Zwar verneint die Vorinstanz in der Entscheidungsbegründung Ziff. 2.6 einen Anspruch auf Invalidenrente, weil das letzte ärztliche Zeugnis in

den Unterlagen (datiert vom 19. Oktober 2016) eine Arbeitsfähigkeit von 100% vom 19. Oktober bis 3. November 2016 bescheinige (während dieses Zeugnis soweit ersichtlich nicht aktenkundig ist, findet sich vielmehr ein Arztbericht in den Akten, welcher das Gegenteil, nämlich 100% AUF im selben Zeitraum bescheinigt, Vi-act. M23) und der Beschwerdeführerin betreffend rechter Hand von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ ab 1. August 2016 eine 0%-ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen worden sei. Allerdings erfolgt dies, ohne Bezug auf die angefochtene Verfügung zu nehmen und ohne im Dispositiv den Anspruch auf Invalidenrente zu erwähnen.

**2.3.3** Selbst wenn man somit davon ausgehen würde, dass im Einspracheverfahren eine Ausweitung des Streitgegenstands auf alternative Ansprüche in engen Grenzen möglich sein sollte, da verfügende Behörde und Einspracheinstanz in den meisten Fällen identisch sind (vgl. hierzu Genner, in: BSK ATSG, Art. 52 Abs. 1 - 3, N 48), so ist auch eine solche Ausweitung im Rahmen des Einspracheverfahrens im vorliegenden Verfahren nicht erfolgt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass grundsätzlich nur das im Dispositiv eines Entscheides Festgehaltene in Rechtskraft erwächst. Erwägungen sind hingegen nur verbindlich und damit anfechtbar, wenn im Dispositiv ausdrücklich darauf verwiesen wird. Durch den Verweis im Dispositiv auf die Erwägungen wird dieser Konnex Teil des Dispositivs und hat Anteil an der Rechtskraft des Beschlusses (Urteil BGer 8C\_652/2019 vom 18.2.2020 E. 3.3.1).

Damit ergibt sich, dass der Anspruch auf eine Invalidenrente vorliegend nicht Anfechtungsgegenstand und somit nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet, weshalb nachfolgend nicht weiter darauf einzugehen ist.

**3.** Am 1. Januar 2017 ist eine Revision des Unfallversicherungsgesetzes in Kraft getreten, darunter auch Art. 6 Abs. 2 UVG sowie der gleichermassen revidierte Art. 9 Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen UVG zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Der Vorfall der Beschwerdeführerin ereignete sich am 24. März 2015. Entsprechend gelangt bei der Beurteilung des vorliegenden Falles das bis am 31. Dezember 2016 geltende Recht zur Anwendung.

**3.1** Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG (in der Fassung vom 1.1.2013) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Nach Art. 10

Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

**3.2** Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 E. 2.1; BGE 129 V 177 E. 3.1 f.).

**3.2.1** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 147 V 161 E. 3.2); m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 E. 1; BGE 134 V 109 E. 2.1; Urteil BGer 8C\_689/2019 vom 9.3.2020 E. 5.3 je mit Hinweisen).

**3.2.2** Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2; BGE 125 V 461 E. 5a, je mit Hinweisen). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 2).

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 E. 2; Urteil BGer 8C\_582/2021 vom 11.1.2022 E. 9.3). Unfallfolgen sind dann organisch objektiv ausgewiesen, wenn die Untersuchungsergebnisse objektivierbar sind, d.h. reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1; Urteile BGer 8C\_756/2021 vom 10.2.2022 E. 4.3; 8C\_15/2021 vom 12.5.2021 E. 7.1; 8C\_493/2021 vom 4.3.2022 E. 3.3.2).

**3.3** Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten 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 (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Diesbezüglich ist festzuhalten, dass mit dem Status quo sine der Gesundheitszustand bezeichnet wird, der sich bei einem schicksalsmässig verlaufenden, krankhaften Vorzustand ergibt, wenn nach einer vorübergehenden, unfallbedingten Verschlimmerung die auf einen Unfall zurückzuführende Gesundheitsschädigung vollständig abheilt und der Unfall keine natürliche Ursache des beim Versicherten vorhandenen Gesundheitsschadens mehr darstellt. Demgegenüber wird unter dem Status quo ante ein unmittelbar vor dem Unfall bestehender und stabiler Vorzustand verstanden, der wieder erreicht wird, wenn die unfallbedingte Gesundheitsschädigung vollständig abgeheilt ist. Liegt ein schicksalsmässig verlaufender krankhafter Vorzustand im Sinne des Status quo sine vor, schliesst dieser das Erreichen des Status quo ante aus; umgekehrt kann ein Status quo sine gar nie eintreten, wenn ein stabiler krankhafter Vorzustand durch einen unfallbedingten Gesundheitsschaden nur temporär verschlimmert und der Status quo ante wieder erreicht wird (Urteil EVGer U 135/05 vom 7.7.2005 E. 3.2).

Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf, die zuvor nicht bestanden haben, und ist davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor

stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist (es wurde der degenerative Vorzustand vorübergehend verschlimmert), so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, 8C\_331/2015 E. 2.1.1; SVR 2010 UV Nr. 4 S. 17, 8C\_181/2009 E. 5.4 f. mit Hinweisen; SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C\_816/2009 E. 4.3; Urteile BGer 8C\_331/2015 E. 2.1.1; 8C\_557/2015 vom 7.10.2015 E. 5.2 ff.; 8C\_320/2013 vom 5.9.2013 E. 3.1). Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen. Steht indes aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich/ Basel/ Genf 2012, S. 54; Urteil BGer 8C\_212/2015 vom 10.7.2015 E. 2.2.1 mit Hinweisen).

**3.4** Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1; Urteil BGer 8C\_410/2022 vom 23.12.2022 E. 4.2). 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 (Urteile BGer 8C\_410/2022 vom 23.12.2022 E. 4.2; 8C\_608/2020 vom 15.12.2020 E. 5.2; 8C\_855/2018 vom 14.3.2019 E. 3.1; 8C\_523/2018 vom 5.11.2018 E. 3.2).

**3.5** Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt

grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG). 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 ist ein Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 146 V 51 E. 5.1). Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 E. 6; BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweismwürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2; Urteil BGer 8C\_765/2020 vom 4.3.2021 E. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweismwürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweismwürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) vom 18. April 1999 erblickt werden (BGE 144 V 361 E. 6.5).

**3.6** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweismwürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

**3.6.1** Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidgrundlagen, weshalb die Verwaltung

bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf zuverlässige Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen ist (Urteil BGer 8C\_270/2022 vom 12.10.2022 E. 4.3). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a; BGE 122 V 157 f. E. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199). Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 E. 5b). Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil BGer 8C\_281/2021 vom 19.1.2022 E. 3.2). Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschiedenen bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteile BGer 8C\_396/2011 vom 21.9.2011 E. 5.2; 8C\_540/2007 vom 27.3.2008 E. 3.2 mit Hinweisen).

**3.6.2** Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; Urteil BGer 8C\_292/2019 vom 27.8.2019 E. 3.2.2).

**3.6.3** In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf

ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C\_871/2008 vom 24.3.2009 E. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C\_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; 8C\_180/2017 vom 21.6.2017 E. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 E. 2 mit Hinweisen).

**4.** Bezüglich Unfall vom 24. März 2015 und Gesundheitsverlauf ergibt sich aus den Akten:

**4.1** In der Schadenmeldung UVG vom 26. März 2015 wurde der Unfallhergang insoweit geschildert, als die Beschwerdeführerin mit dem Fahrrad auf einer Hauptstrasse unterwegs war, als ein Auto in die Hauptstrasse einfuhr und den Vortritt der Beschwerdeführerin missachtete. Die Beschwerdeführerin habe eine Vollbremsung machen müssen und sei dabei vom Fahrrad gestürzt. Als Verletzung wurde ein Bruch des rechten Ellbogens aufgeführt (Vi-act. K1).

Im Fragebogen, welchen die Beschwerdeführerin am 28. März 2015 ausfüllte und unterzeichnete, schilderte sie den Unfallhergang vergleichbar. Demgemäss sei ein Automobilist ohne zu schauen aus einem Restaurantparkplatz auf die Hauptstrasse gefahren. Um nicht mit dem Auto zu kollidieren habe die Beschwerdeführerin brüsk bremsen müssen und sei in der Folge mit dem Fahrrad gestürzt. Die Beschwerden unmittelbar nach dem Unfall hätten sich in einem starken, stechenden, schneidenden Schmerz im rechten Arm und Schock geäussert. Es würden mehrere Frakturen am rechten Ellbogen vorliegen sowie Hämatome und Prellungen vor allem an den unteren Extremitäten (Vi-act. K5).

Auch im Polizeirapport zum Verkehrsunfall mit Körperverletzung vom 8. April 2015 wurde der Unfallhergang wie vorstehend geschildert. Als Verletzungen wurden ein Mehrfachbruch am rechten Ellbogen (Radiuskopffraktur), eine Prellung am linken Ellbogen sowie Prellungen von beiden Knien bis zur Leiste hin (gemäss Angaben der Beschwerdeführerin) aufgeführt (Vi-act. A4).

Den erwähnten ersten Berichten zum Unfallhergang ist insbesondere gemein, dass durchgehend von einem Sturz vom Fahrrad und von den erlittenen Verletzungen am rechten (und linken) Ellbogen und an den unteren Extremitäten sowie von Schmerzen im rechten Arm berichtet wird. Der genaue Vorgang des Sturzes bzw. wie die Beschwerdeführerin genau stürzte und wie bzw. mit welchen Kör-

parteilen sie auf dem Boden aufkam, lässt sich den erwähnten Berichten nicht entnehmen.

**4.2** Gemäss Notfallbericht des Spitals N.\_\_\_\_\_ vom 25. März 2015 zur Konsultation vom 24. März 2015 habe die Beschwerdeführerin berichtet, am gleichen Tag mit ihrem Rad unterwegs gewesen zu sein. Dabei sei ein Auto plötzlich rückwärts aus einem Parkplatz gefahren. Sie habe sofort gebremst und sei über die Lenkstange gestürzt. Dabei habe sie sich mit den Händen abgefangen und einen plötzlichen Schmerz im rechten Ellbogen verspürt. Beim Befund wurde am rechten Ellbogen eine Schwellung sowie eine schmerzbedingt starke Einschränkung der Bewegung, am linken Ellbogen eine Schürfwunde und am linken Knie eine minime Schwellung festgestellt (Vi-act. M2).

**4.3** Dem (wahrscheinlich fälschlicherweise auf den 4.2.2015 datierten und bei der Vorinstanz am 20.4.2015 eingegangenen) Arztzeugnis lässt sich zur Erstbehandlung im Spital N.\_\_\_\_\_ zum Unfallhergang entnehmen, dass die Beschwerdeführerin von einem Auto angefahren worden, über den Fahrradlenker gestürzt sei und sich mit beiden Händen abgefangen sowie plötzliche Schmerzen im rechten Ellbogen gespürt habe. In der Folge wurde eine Radiusköpfchenfraktur rechts diagnostiziert (Vi-act. M1), bestätigt durch das CT vom rechten Ellbogen vom 25. März 2015 (Vi-act. M3).

**4.4** Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (FMH Orthopädie) führte in seinem Arztbericht vom 31. März 2015 im Rahmen der Konsultation vom 25. März 2015 zum Unfallhergang aus, dass die Beschwerdeführerin (Linkshänderin) mit dem Velo wegen eines aus dem Parkplatz ausfahrenden Autos habe abrupt abbremsen müssen und dabei auf die rechte Körperseite und den rechten Ellbogen gestürzt sei. Dabei sei es unmittelbar zu massiven Schmerzen im rechten Ellbogen gekommen. Nach der konservativen Behandlung (Oberarmgipsschiene) habe die Beschwerdeführerin nach wie vor an ausgeprägten Schmerzen am rechten Ellbogen sowie auch an Schmerzen im Bereich der rechten Schulter gelitten. Bei der Kontrolle am 30. März 2015 hätten die Schmerzen nach Erstellung einer neuen OA-Gipsschiene nachgelassen (Vi-act. M4).

**4.5** Im Bericht der Klinik T.\_\_\_\_\_ vom 13. Mai 2015 wurden klinisch zunehmende Schmerzen am rechten Handgelenk bei Status nach Radiusköpfchenfraktur am 24. März 2015 festgehalten (Vi-act. M5). Am 9. Juni 2015 erfolgte eine Kontrolluntersuchung bei Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (Vi-act. M35/21, M37/9). In der Folge diagnostizierte Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (Spezialarzt FMH für Chirurgie, spez. Handchirurgie) am 24. Juni 2015 eine posttraumatische Läsion Fibrocartilago triangularis mit fraglicher Ulnainstabilität rechts (Vi-act. M8, M35/19). Am 8. Juli

2015 wurde von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ (Chirurgie FMH, Spez. Handchirurgie) bei Instabilitätsbeschwerden linkes (sic!) distales Radio-Ulnar-Gelenk der dringende Verdacht auf ulnarseitige TFCC-Läsion geäussert (Vi-act. M9, M35/19). Am 17. August 2015 erfolgte eine Arthroskopie des rechten Handgelenkes (Vi-act. M11, M35/15).

**4.6** Am 11. August 2015 erfolgte nach Durchführung einer MR Arthro der rechten Schulter bei Status nach Schulterdistorsion rechts, Radiusköpfchenfraktur rechts und Handgelenksdistorsion am 24. März 2015 durch die Radiologin Dr.med. J. \_\_\_\_\_ folgende Beurteilung (Vi-act. M10, M37/8):

Leichte Tendinitis calcarea der Supraspinatussehne ohne Hinweis für einen Einriss. Tendinose der langen Bizepssehne über dem Humeruskopf und Zeichen einer SLAP-Läsion Typ II.

Mässige AC-Gelenksarthrose und dorsomedial des AC-Gelenkes 8 mm messendes Ganglion ausgehend vom Subakromialraum. Verdacht auf eine kleine Intervallläsion bei leichtem Kontrastmittelaustritt nach subakromial (DD: Iatrogen bei engem Gelenksraum mit Zeichen der retraktilen Kapsulitis).

**4.7** Am 17. August 2015 erfolgte eine versicherungsmedizinische Stellungnahme von Dr.med. K. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Innere Medizin FMH, FA Vertrauensarzt SGV) insbesondere die Frage nach der Unfallkausalität der Handgelenksschmerzen rechts bei TFCC-Läsion rechts betreffend (Vi-act. M12). In der erwähnten Stellungnahme wies Dr.med. K. \_\_\_\_\_ auf unterschiedliche Ereignisangaben hin. Die leicht dislozierte Radiusköpfchenfraktur sei unbestritten unfallkausal, da unabhängig vom Ereignisbeschrieb sämtliche Schilderungen für das Zuziehen einer solchen Fraktur geeignet seien. Unter konservativer Therapie sei es zu einer Besserung der Beschwerden gekommen.

Betreffend die zunehmenden Handgelenksschmerzen rechts hätten die Abklärungen degenerative Veränderungen sowie eine TFCC-Läsion gezeigt, welche sowohl traumatisch als auch degenerativ auftreten könne. Bei einem Sturz auf Ellbogen, was direkte Gewalteinwirkung bedeuten würde, sei eine TFCC-Läsion unfallkausal unwahrscheinlich. Aufgrund zeitnaher Dokumentation eines Sturzes auf die Hand sei die TFCC-Läsion als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal zu interpretieren, zumal die lange Latenzzeit zwischen Ereignis und Handgelenksbeschwerden mit der vorübergehenden Ruhigstellung der rechten Extremität wegen der Radiusköpfchenfraktur (und somit der gleichzeitigen Therapie von distorsionsbedingten Beschwerden) erklärt werden könne. Der geplante Eingriff zur Stabilisation sei indiziert.

**4.8** Am 27. September 2015 diagnostizierte Dr.med. I. \_\_\_\_\_ eine Handgelenks-Distorsion links (sic!) sowie Instabilitäts-Beschwerden im distalen Radio-

Ulnar-Gelenk links (sic!) bei dringendem Verdacht auf TFCC-Läsion (Vi-act. M14). Am 21. Oktober 2015 führte Dr.med. G.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen auf (Vi-act. M15; in Vi-act. M35/14 wurde "links" handschriftlich durchgestrichen und mit "re" ergänzt):

- Radioulnare Instabilität bei Abriss des tiefen TFC-Anteils links
- St. n. in Dislokation verheilte Radiusköpfchenfraktur links

Zum Verlauf führte Dr.med. G.\_\_\_\_\_ aus, dass sich die Handgelenksschmerzen seit der Arthroskopie partiell gebessert hätten. Geblieben sei eine radioulnare Instabilität. Kraft bei Faustschluss 19 kg (34 kg links). Die Handgelenkbeweglichkeit betrage F/E rechts 64/0/74, unter radioulnarer Kompression 68/0/76 (links 82/0/80). Pro / Supination 66/0/62 (links 76/0/80). Eine Verbesserung der Handgelenkbeschwerden ohne stabilisierende Operation sei nicht zu erwarten. In einem späteren Bericht vom 12. November 2015 führte Dr.med. G.\_\_\_\_\_ dieselben Diagnosen sowie Angaben zum Verlauf wie im Bericht vom Oktober 2015 jedoch mit der Seitenangabe "rechts" auf (Vi-act. M16, M35/13).

**4.9** X.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin) erstattete am 23. Dezember 2015 ein Gutachten zuhanden der Arbeitgeberin. Folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden festgehalten (Vi-act. Beilage 2 S. 12):

1. Radioulnare Instabilität nach TFCC-Läsion rechts nach Velosturz 24.03.2015 (ICD-10:V13, S63.3)
2. Diskrete Periarthropathia humeroscapularis tendopathica rechts (ICD-10: M75.1, resp. M 75.3 u. M75.4)
  - Klinisch AC-Gelenkssymptomatik
  - Bildgebend PHS-calcarea sowie beginnende AC-Gelenksarthrose und Gelenkganglion
  - Anamnestisch St. n. OP Ganglion im Schultergelenk vor etwa 15 Jahren
  - Aktive Turnerin bis 16 jährig (Bodenturnen wie Stufenbarren)

Die Beurteilung lautete wie folgt:

#### **6.1 Allgemeines**

Die 49 jährige Pflegefachfrau mit abgeschlossenem Bachelorstudium in Pflegewissenschaften, derzeit im Masterstudium zu 50% engagiert, die seit Januar 2015 eine 50% Anstellung als Pflegefachfrau mit Zuständigkeiten in Ausbildung wie Qualitätssicherungsaspekten angetreten hat erlitt am 24.03.2014 [recte: 2015] als Velofahrerin ohne eigenes Verschulden einen Velosturz, bei dem sie sich eine leicht dislozierte, zwischenzeitlich verheilte Radiusköpfchen-Fraktur zuzog sowie eine Bandläsion im Bereich des Handgelenkes, in deren Folge sie nun ebendort eine bislang noch konservativ behandelte, doch bei Belastung schmerzhafte Handgelenksinstabilität entwickelt hat. Seitens des betreuenden Handchirurgen ist nach zwischenzeitlich erfolgreich verlaufender Handrehabilitation und mit verbesserter Beweglichkeit ab etwa Januar 2016 ein handgelenksstabilisierender Eingriff geplant, in dessen Folge die Versicherte für weitere 6 Monate zur Schonung des

Handgelenks gezwungen sein wird, sodass eine Mitarbeit in einer Pfl egetätigkeit mit manuellen Belastungen für das rechte Handgelenk weiterhin nicht möglich sein wird. Nicht limitiert jedoch sieht sich die Versicherte richtigerweise in allen leicht belastenden Tätigkeiten in Verwaltungsbereich, wie in Einsätzen als Dozentin oder im Qualitätsmanagement. Nach einem Handgelenksstabilisierenden Eingriff ist mit einer etwa 3monatigen Heilungsphase, gefolgt von einer nochmals 2-3-monatigen Rehabilitationsphase zu rechnen. Eine vertrauensärztliche Verlaufsbeurteilung des Operationsresultats sollte etwa 6 Monate nach dem stattgehabten Eingriff möglich werden.

### **6.2. Beurteilung der Arbeitsfähigkeit**

Aus rheumatologischer Sicht ist die Versicherte in allen nicht das rechte Handgelenk belastenden Tätigkeiten nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Eine handgelenksbelastende Arbeit, wie im Pflegebereich unvermeidbar ist jedoch weiterhin nicht möglich. Zumutbar hingegen erscheinen alle Tätigkeiten ohne körperliche oder Handbelastung rechts, vorstellbar in einer Dozententätigkeit, wie in administrativen Aufgabenstellungen, wie auch derzeit in einem noch zeitlich stark limitierten Umfang ausgeübt.

### **6.3. Weitere medizinische Massnahmen zur Verbesserung der AF**

Fortführung der handchirurgisch spezialärztlichen Betreuung.

Die Frage, ob bereits vor dem 1. Januar 2015 Einschränkungen bezüglich der Arbeitsunfähigkeit (sic!) bestanden, verneinte X.\_\_\_\_\_ und ergänzte, dass die geplagten Handgelenksprobleme sich erst als Folge der Traumatisierung im Rahmen des Unfalls vom 24. März 2015 manifestiert hätten (Vi-act. Beilage 2 S. 14).

**4.10** Am 23. Februar 2016 ging bei der Vorinstanz die versicherungsmedizinische Stellungnahme / Aktenbeurteilung von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ (MBA, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt SGV) vom 22. Februar 2016 ein (Vi-act. M17).

In seinen Ausführungen und seiner Beurteilung zum Verlauf führte Dr.med. L.\_\_\_\_\_ u.a. aus, dass der Befund, den der MRI-Bericht des rechten Handgelenks vom 13. Mai 2015 beschreibe, zumindest einen degenerativen Vorzustand im Sinne einer aktivierten Arthrose des distalen radioulnaren Gelenks / STT aufzeige. Sodann sei der handchirurgische Befund von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ vom 24. Juni 2015, wonach eine posttraumatische Läsion der Fibrocartilago triangularis mit fraglicher Ulnarinstabilität rechts bestehe, nachvollziehbar. Betreffend die Beurteilung von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2015 führte Dr.med. L.\_\_\_\_\_ aus, dass eine MRI-Untersuchung des linken Handgelenks nicht veranlasst worden sei und eine Objektivierung der Beurteilung von Dr.med. I.\_\_\_\_\_, die dieser mit Bildwandler durchgeführt habe, darum nicht möglich sei. Verwirrend erscheine der Seitenwechsel der Beschwerdeangabe.

Aus der MRI-Untersuchung der rechten Schulter vom 11. August 2015 gehe hervor, dass bei leichtem Markraumödem lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung AC-Gelenksarthrose als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal angesehen werden könne. Die übrigen strukturellen Befunde seien eindeutig rein degenerativer Natur. Es bestünden sonst keinerlei Zeichen für eine traumatische Entstehung der pathologischen Befunde an der Schulter.

Mit Bezugnahme auf die Berichte von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ vom 27. September 2015 und Dr.med. G. \_\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2015 hielt Dr.med. L. \_\_\_\_\_ fest, dass augenscheinlich doch eine zusätzliche Verletzung am linken Handgelenk bestanden habe, jedoch unklar sei, ob zwischenzeitlich auch dort eine MRI-Untersuchung durchgeführt worden sei.

Am 18. Dezember 2015 zweifelte Dr.med. L. \_\_\_\_\_ am Ausmass der Arbeitsunfähigkeit nach der Operation vom 17. August 2015. In einer angepassten Tätigkeit müsste ein höheres Arbeitspensum möglich sein (vgl. auch Vi-act. Beilage 1).

Die gutachterliche Beurteilung von X. \_\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2015 erachtete Dr.med. L. \_\_\_\_\_ in der Folge als einleuchtend und nachvollziehbar.

Die Frage nach unfallfremden Faktoren bzw. Vorzuständen bejahte Dr.med. L. \_\_\_\_\_ und fügte an, zumindest an der rechten Schulter und am rechten Handgelenk würden ausgeprägte degenerative Veränderungen bestehen. Was das linke Handgelenk betreffe, sei die medizinische Dokumentation ungenügend. Am rechten Handgelenk gebe es eine vorbestehende STT-Arthrose sowie eine Arthrose im distalen Radioulnargelenk, welche durch den Sturz auf das Handgelenk aktiviert worden sei. Da aber auch eine TFCC-Läsion stattgefunden hatte, sei es zu einer Verschlimmerung gekommen, die als richtunggebend anzusehen sei. Hinsichtlich des linken Handgelenks bestünden Unklarheiten; dieses sei abschliessend erst nach einer MRI-Untersuchung jener Seite oder auch einer Handgelenksarthroskopie zu beurteilen. Die rechte Schulter betreffend bestehe hinsichtlich der Unfallkausalität überwiegend wahrscheinlich eine vorübergehende Verschlimmerung einer vorbestehenden mässigen AC-Gelenksarthrose. Die SLAP-Läsion bzw. die Verletzung an der Rotatorenmanschette könne nicht durch den beschriebenen Sturz auf den Ellbogen bzw. beider Handgelenke verursacht worden sein. Der Unfallmechanismus sei hierfür ungeeignet. Dies seien vorbestehende degenerative, überlastungsbedingte pathologische Befunde. Hinsichtlich der rechten Schulter sei folglich das Eintreten des Status quo zu prüfen. Mit dem Abschluss der unfallbedingten medizinischen Behandlung sei nach erfolgreicher Handgelenksrehabilitation beidseits zu rechnen; voraussichtlich im Juni 2016. Die Frage nach dem Status quo sine vel ante beantwortete Dr.med.

L. \_\_\_\_\_ wie folgt: Hinsichtlich des rechten Handgelenks sei eine richtunggebende Verschlimmerung durch die TFCC-Läsion eingetreten. Eine Status quo-Prüfung erübrige sich. Hinsichtlich des linken Handgelenks könne die Situation mangels ausreichender Befunde mittels MRI bzw. Handgelenksarthroskopie nicht beurteilt werden. Hinsichtlich der rechten Schulter sei der Status quo sine, nachdem die eindeutig degenerativen Schädigungen des Schultergelenks bzw. Schulterergelenks als Beschwerdeursache hauptverantwortlich seien, per 31. Dezember 2015 erreicht worden.

Bezogen auf die Tätigkeit der Versicherten als Pflegefachkraft mit manueller Arbeit an Patienten, sei die attestierte Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Indessen habe sich herausgestellt, dass die Versicherte gar nicht voll als Pflegekraft tätig sei. Sie habe unterdessen zu 50% ein Studium aufgenommen. Für die Tätigkeit als Studentin sei die Versicherte voll arbeitsfähig. Für die Tätigkeit, welche die Versicherte in der Pflege ausübe, seien Einschränkungen hinsichtlich der Handgelenke berücksichtigt und der Arbeitsplatz augenscheinlich angepasst worden, sodass die Versicherte administrativ und lehrend tätig sei. Diese Art von Tätigkeit könne sie voll ausüben. Dafür bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Dr.med. L. \_\_\_\_\_ teile die Meinung von X. \_\_\_\_\_ betreffend die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung. Und schliesslich sei der rechte Ellbogen unkompliziert verheilt.

**4.11** Am 14. April 2016 führte Dr.med. G. \_\_\_\_\_ zusammen mit Dr.med. I. \_\_\_\_\_ die dynamisch stabilisierende TFCC-Rekonstruktion mit freiem Palmaristransplantat rechts durch. Als weiteres Vorgehen war eine Ruhigstellung in Gips für sechs Wochen und dann die Entfernung des Drahtes und der Beginn mit langsamer Mobilisation vorgesehen (Vi-act. M18, M35/11). Am 27. Mai 2016 erfolgte die Osteosynthesematerialentfernung (Vi-act. M19, M35/10). Im ärztlichen Zwischenbericht vom 11. August 2016 führte Dr.med. G. \_\_\_\_\_ aus, dass sich die Beschwerdeführerin in Rehabilitation befinde, die Behandlung voraussichtlich noch ein halbes Jahr dauern werde und die Beschwerdeführerin die Arbeit ab dem 12. Juni 2016 zu 50% von 50% wieder aufgenommen habe (wobei aus dem Bericht - auch unter Berücksichtigung früherer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen - nicht eindeutig hervorgeht, ob sich Dr.med. G. \_\_\_\_\_ zur Arbeitsaufnahme, wie gemäss Fragebogen erfragt war, oder zur Arbeitsfähigkeit geäußert hat und wie die 50% von 50% genau zu verstehen sind). Die rechte Hand könne für Belastungen nicht eingesetzt werden (Vi-act. M21, M35/8f.).

**4.12** In der Folge erachtete Dr.med. L. \_\_\_\_\_ eine erneute persönliche Untersuchung als notwendig und bat die Vorinstanz X. \_\_\_\_\_ zu beauftragen (Vi-act. M22). Die Vorinstanz verzichtete gemäss Aktennotiz vom 26. September 2016 auf die Vorlage an X. \_\_\_\_\_, weil die Beschwerdeführerin im ange-

stammten Pensum von 50% (bei ihrer seit 1.5.2016 neuen Anstellung in einem anderen Spital als Pflegeexpertin) wieder voll arbeitsfähig sei (Vi-act. M22/1; vgl. hierzu Ingress lit. C.1).

**4.13** Am 21. Oktober 2016 erfolgte ein Bericht von Dr.med. M.\_\_\_\_\_ (FMH Orthop. Chirurgie und Traumatologie, Speziell: Schulter- und Ellbogenchirurgie) bei akuter schmerzhafter Funktionsstörung der Schulter links und Verdacht auf beginnende Kapsulitis bei (Vi-act. M23):

- Status nach Verkehrsunfall am 24.03.2015, seither Schulterschmerzen links, bis anhin unbehandelt
- Status nach konservativ-therapierter Radiusköpfchenfraktur rechts
- Status nach dynamischer TFCC-Rekonstruktion mit freiem Palmaris-Transplantat rechts am 14.04.2016 (Dr. med. G.\_\_\_\_\_)

Gemäss Anamnese erfolgte eine notfallmässige Selbstzuweisung. Seit zwei Tagen habe die Beschwerdeführerin unter stärksten Schulterschmerzen links gelitten. Seit dem Ereignis vom 24. März 2015 seien beidseitige Schultergelenksbeschwerden vorhanden. Diese seien aber wegen der schweren Ellbogen- und Handgelenksverletzung am rechten Arm vorerst in den Hintergrund getreten. Am rechten Ellbogen sei eine Radiuskopffraktur konservativ behandelt worden. Schliesslich habe bei schwerer Instabilität des TFCC am 14. April 2016 die erwähnte stabilisierende Operation durch Dr.med. G.\_\_\_\_\_ durchgeführt werden müssen. Der postoperative Verlauf bis anhin sei stadiengerecht. Sie sei noch nicht ganz beschwerdefrei, müsse ihren rechten Arm nach wie vor schonen. Deshalb vermehrte Belastung des linken Armes, als mögliche Ursache für die nun verstärkt aufgetretenen Beschwerden.

Die Röntgenaufnahmen der linken Schulter (ap IR, AR, axial und nach Morrison) vom 19. Oktober 2016 (vgl. auch Vi-act. M34/2, M35/7) zeigten ossär keine Auffälligkeiten, einen altersentsprechenden Normalbefund, keine Fraktur, keine Verkalkung, keine Omarthrose und ein Acromion Typ 2 nach Bigliani. Des Weiteren nimmt Dr.med. M.\_\_\_\_\_ zu einem Arthro-MRI der linken Schulter vom 11. August 2015 in der Klinik T.\_\_\_\_\_ Stellung, wonach ein Kontrastmittelaustritt nach extraartikulär mit Verteilung über der Supraspinatussehne und auch nach kaudal in die Bursa auffallend sei. Die eigentliche Durchtrittsstelle des Kontrastmittels lasse sich auf den mitgebrachten Filmbögen aber nicht eruieren. Die Rotatorenmanschette erscheine intakt. Die Knorpelüberzüge seien unauffällig. Es erfolgte eine intraartikuläre Infiltration der linken Schulter.

Nach Ansprechen auf die intraartikuläre Steroid-Infiltration sowie Durchführung eines Arthro MRI der linken Schulter zum Ausschluss einer strukturellen Läsion am 14. November 2016, verblieben bei der Beschwerdeführerin gemäss der

durch Dr.med. M.\_\_\_\_\_ erhobenen Anamnese am gleichen Tag noch endgradige Bewegungseinschränkungen. Im Übrigen habe sich ein unauffälliger kernspintomographischer Befund gezeigt. Eine weitere Verlaufskontrolle wurde nicht vereinbart (Vi-act. M24, M27, M32, M34/1).

**4.14** Am 9. Januar 2018 meldete die (neue) Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin (Kantonsspital F.\_\_\_\_\_) der Beigeladenen einen Bagatellunfall vom 14. Dezember 2017, wonach die Beschwerdeführerin auf dem Glatteis ausgerutscht und auf die rechte Körperseite gestürzt sei. Folge davon seien Hämatome und Schmerzen in der Schulter gewesen. Erstbehandelnder Arzt sei Dr.med. O.\_\_\_\_\_ (Kantonsspital F.\_\_\_\_\_) gewesen (Vi-act. E.\_\_\_\_\_ K1). Die E.\_\_\_\_\_ anerkannte das Ereignis mit Schreiben vom 11. Januar 2018 (Vi-act. E.\_\_\_\_\_ K2). Am 19. Januar 2018 teilte die Kantonsspital F.\_\_\_\_\_ mit, dass die Beschwerdeführerin am 14. Dezember 2017 nicht bei ihnen in Behandlung gewesen sei (Vi-act. E.\_\_\_\_\_ K9).

**4.15** Dr.med. P.\_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Chirurgie, Spez. Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie) berichtete dem zuweisenden Arzt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ am 13. März 2018 bei Schmerzen Schulter rechts folgende Diagnosen (Vi-act. M31, M37/6):

Ausgedünnte Supraspinatussehne mit älteren Partialriss sowie Rezidiv Tendinitis calcarea mit Kalkdepot im Footprintbereich  
SLAP-Läsion Typ II nach Snyder  
Acromian Typ II nach Bigliani  
AC-Arthrose

Als weitere Diagnosen wurde ein St.n. Verkehrsunfall als Velofahrerin mit Schulterverletzung rechts mit nachgewiesener SLAP-Läsion, Radiusköpfchenfraktur rechts und operativer Versorgung einer Handgelenksverletzung rechts 2015, ein St.n. Schulterarthroskopie mit Bursektomie / Kalkentfernung und Naht der Rotatorenmanschette rechts 2004 sowie ein bekannter Diabetes mellitus II mit familiärer Vorbelastung festgehalten. Aus der Röntgenaufnahme der rechten Schulter vom 12. Februar 2018 ergebe sich kein Hinweis für eine ossäre Läsion, hingegen ein sichtbares Kalkdepot auf Höhe Footprint proximal Tubercula und eine AC-Arthrose. Die Beurteilung zur MR-Arthrographie der rechten Schulter vom 23. Februar 2018 im Vergleich mit der Untersuchung vom 11. August 2015 lautete wie folgt (Vi-act. M33, M34, M37/7):

- Unverändert SLAP-Läsion II, leicht grössenprogredientes, 8 mm grosses Ganglion postero-superior angrenzend an das Labrum.
- Progrediente AC-Gelenksarthrose.

- Progrediente, 8 mm grosse Verkalkung in der distalen Supraspinatussehne, um die Verkalkung Ödeme der distalen Supraspinatussehne und leichte Partialläsion des bursalen Blattes in diesem Bereich. Keine transmurale Läsion.
- Unverändert kaliberkräftiges Ligamentum coracohumerale, allerdings keine sichere fibrotischen Veränderungen nachweisbar.
- Unverändert Tendinopathie der langen Bizepssehne im Rotatorenintervall.

Aufgrund der klinischen Tests und der Befunde mit Einengung des subacromialen Raumes (Acromion Typ II und AC-Arthrose), Partialruptur der Supraspinatussehne mit / bei Rezidiv einer Tendinitis calcarea im Footprint sowie SLAP-Läsion Typ II bestehe die Indikation zur Defileeerweiterung mittels Acromionaufrichtosteotomie, Resektion des AC-Gelenkes, Bursektomie, Bicepssehnenentotomie/-tenodese in Schlüssellochtechnik und Rekonstruktion der Rotatorenmanschettenruptur mit Entfernung des Kalkdepots und allenfalls Neuanlage des Footprints.

**4.16** Am 29. März 2018 berichtet Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ (Chirurgie FMH), welcher die Beschwerdeführerin am 26. März 2018 gesehen habe, bei der Diagnose einer traumatisierten T. calcarea sowie AC-Gelenksarthrose rechts, dass die rechte Schulter nach dem Sturz 2015 initial nicht sehr eindrücklich gewesen sei. Die Beschwerden hätten in letzter Zeit aber massiv zugenommen. Es sei ein MRI durchgeführt worden, welches die besagte Diagnose zeige. Die Rotatorenmanschette zeige degenerative Veränderungen und es bestehe eine fragliche SLAP-Läsion. Im klinischen Untersuch zeigte sich die Schulter frei beweglich, unauffälliges SC-Gelenk, AC-Gelenk druckdolent, AC-Gelenks-Tests positiv, RM-Tests allesamt negativ ausser Supraspinatus schmerzhaft aber ohne eigentlichen Kraftverlust, Bizepssehnen-Tests stark schmerzhaft, Impingement-Tests massivst positiv. Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ empfahl der Beschwerdeführerin eine arthroskopische LBS-Tenodese sowie die Kalkentfernung, zusätzlich werde das AC-Gelenk reseziert, bei der Vorgeschichte mit der Frozen shoulder werde Cortison infiltriert. Die Rotatorenmanschette schein aufgrund der guten Kraft kaum ernsthaft lädiert zu sein. Falls diese etwas hätte, würde sie mitversorgt werden (Vi-act. E. \_\_\_\_\_ M1).

**4.17** In einer Besprechung mit der Beigeladenen am 18. Mai 2018 führte PD Dr.med. R. \_\_\_\_\_ (Facharzt FMH Chirurgie, Facharzt FMH Intensivmedizin, Beratender Arzt der Beigeladenen) aus, dass die Operation vom 29. Mai 2018 nicht zulasten der Beigeladenen gehe. Im Bericht zur Arthro-MRI-Untersuchung des rechten Schultergelenks vom 23. Februar 2018 beschreibe der beurteilende Radiologe unmissverständlich analoge Krankheitsbefunde wie sich diese bereits in Verbindung mit einer zur Verfügung stehenden auswärtigen Untersuchung vom 11. August 2015 hätten erkennen lassen. Der Radiologe beschreibe insbesondere keine relevanten, neu hinzugetretenen Strukturveränderungen, die auch

nur zumindest teilkausal auf das geltend gemachte Ereignis vom 14. Dezember 2017 zurückzuführen wären. Somit sei die vorgesehene operative Behandlung nicht in der Kostenpflicht der Beigeladenen einzuordnen (Vi-act. M30).

**4.18** Am 29. Mai 2018 führte Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ bei der Diagnose: "Tendinitis calcarea Typ A Rezidiv Schulter rechts" und "AC-Gelenksarthrose und ausge dehnte SLAP-Läsion" eine Schulterarthroskopie, arthroskopische LBS-Tenodese, Bursektomie, AC-Gelenksresektion, Kalkentfernung und eine Quernaht der Infraspinatussehne durch, wobei sich - nach der Entfernung eines Kalkschattens - zeigte, dass es sich eher um einen Typ B mit einem zweiten Depot handelte. Die Indikation zur Operation lautete wie folgt (Vi-act. M37/4):

St. n. konservativer Behandlung einer Tendinitis calcarea 2005. Anschliessend Rezidiv. Operative Sanierung mit Kalkentfernung. Problemloser Verlauf. Nun seit 2 Jahren wieder zunehmende Beschwerden. Grosses Kalkrezidiv im Bereich des Infraspinatus. Nun Entscheid zur operativen Sanierung. Im Röntgen zusätzliche AC-Gelenksarthrose und im MRI SLAP-Läsion.

**4.19** Gemäss Bericht vom 26. September 2018 von Dr.med. G. \_\_\_\_\_ zum rechten Handgelenk (Vi-act. M28) waren die noch im März 2018 erwähnten Parästhesien bei der Abschlusskontrolle am 18. Mai 2018 verschwunden (vgl. auch Vi-act. M35/4). Bei Belastungen seien immer noch leichte Schmerzen im Radioulnar- und Ulnocarpalgelenk vorhanden. Ohne Belastung sei die Beschwerdeführerin beschwerdefrei. Im Übrigen lässt sich dem Bericht nicht eindeutig entnehmen, ob der Befund (welcher noch Parästhesien aufführt und rechts eine verminderte Kraft bei Faustschluss sowie eine verminderte Handgelenksbeweglichkeit aufweist) sich im Übrigen (wie bei den Parästhesien bzw. betreffend Kraft und Beweglichkeit) seit März 2018 ebenfalls verändert hat oder vielmehr gleichgeblieben ist.

**4.20** Am 14. November 2018 erfolgte erneut eine versicherungsmedizinische Stellungnahme und Aktenbeurteilung durch Dr.med. L. \_\_\_\_\_ insbesondere zur Frage nach dem medizinischen Endzustand sowie dem unfallbedingten Integritätsschaden und soweit ersichtlich in Unkenntnis des zweiten (angeblichen) Unfallereignisses vom Dezember 2017 sowie der Akten betreffend die Schultern ab Januar 2018 (insbesondere betreffend die rechte Schulter aber auch in Unkenntnis der Berichte zur rechten Schulter aus dem Jahr 2004 und 2005, welche erst am 3.7.2020 eingingen, Vi-act. M36, M29). Dr.med. L. \_\_\_\_\_ äusserte sich insbesondere zu den Berichten betreffend die linke Schulter bis im November 2016 (vgl. vorstehende E. 4.13). Die Angabe der Beschwerdeführerin, wonach die Schulterbeschwerden links seit dem Ereignis vom 24. März 2015 bestehen würden, stimme mit echtzeitnäheren Angaben der Versicherten nicht übere-

rein. Damals sei es stets um die rechte und nicht um die linke Schulter gegangen. Die im Bericht vom 24. Oktober 2016 von Dr.med. M.\_\_\_\_\_ erwähnte Arthro-MRI-Untersuchung vom 11. August 2015 habe die rechte, nicht die linke Schulter betroffen.

Zusammenfassend führt Dr.med. L.\_\_\_\_\_ aus, dass allenfalls erst später geäusserte Beschwerden an der linken Schulter samt Abklärung und Behandlung unfallfremd wären. Eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur, SLAP-Läsion oder sonstige Schulterverletzung struktureller Natur habe durch die Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter vom 14. November 2016 (nicht vom 11.8.2015) nicht nachgewiesen werden können. Es fänden sich nur geringe degenerative Veränderungen. Die Unfallversicherung werde gebeten zu eruieren, wie die linke Schulter ab Oktober 2016 ins Spiel gekommen sei.

Mit dem Bericht von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ vom 26. September 2018 sei mit Bezug auf die rechte Hand der medizinische Endzustand eingetreten, indem von weiteren Therapiemassnahmen keine Auswirkung auf den Gesundheitszustand im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei. Es bestehe eine erhebliche und dauerhafte Schädigung der körperlichen Integrität, insbesondere wenn man eine voraussehbare Verschlimmerung hinsichtlich des rechten Handgelenks berücksichtige. Einzuschätzen sei eine voraussehbare Verschlimmerung mit Tendenz zur mässigen Handgelenksarthrose. Es bestehe gegenwärtig nur ein geringer Dauerschaden, mit einer erheblichen weiteren Verschlimmerung sei gegenwärtig nicht zu rechnen. Gemäss SUVA-IE-Tabelle 5 sei der Schaden mit 5% einzuschätzen.

**4.21** Am 31. Juli 2019 berichtete der beratende Arzt der Beigeladenen, Dr.med. S.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH), dass anlässlich des Ereignisses vom 14. Dezember 2017 keine strukturell objektivierbaren Unfallfolgen entstanden seien. Es habe ein Vorzustand degenerativer Art der rechten Schulter mit Tendinitis calcarea, einer deutlichen AC-Gelenks-Arthrose mit degenerativen Rotatorenmanschettenveränderungen bestanden. Dieser degenerative Schultervorzustand habe bereits anlässlich des Unfalls vom 24. März 2015 nach Beurteilung durch den Versicherungsmediziner Dr.med. L.\_\_\_\_\_ zu einem Status quo sine am 31. Dezember 2015 geführt. Gemäss dem MRT der rechten Schulter vom 23. Februar 2018 hätten sich unveränderte degenerative Läsionen am Labrum, am AC-Gelenk sowie an der gesamten Rotatorenmanschette gezeigt. Die AC-Gelenks-Arthrose habe ein wenig zugenommen, ebenso die Verkalkung der Supraspinatussehne. Anlässlich der geplanten Operation würden gemäss Bericht von Dr.med. P.\_\_\_\_\_ vom 13. März 2018 ausschliesslich degenerative Befunde operativ angegangen, ohne dass im MRT vom 23.

Februar 2018 oder im Befund von Dr.med. P.\_\_\_\_\_ vom 13. März 2018 eine Verschlimmerung durch das Ereignis vom 14. Dezember 2017 eingetreten wäre. Im Befund von Dr.med. P.\_\_\_\_\_ würden sowohl in Elevation als auch in Abduktion eine volle Beweglichkeit erreicht. Verglichen mit dem Befund von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ vom 25. März 2015 zeigte sich der Befund vom März 2018 hinsichtlich der Schulterbeweglichkeit in allen Ebenen um 60 Grad besser als die Beweglichkeit vom März 2015. Damit sei versicherungsmedizinisch bei stets rein degenerativen objektivierbaren Befunden klar der Rückschluss zu ziehen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Unfallschäden durch das Ereignis vom 14. Dezember 2017 an der rechten Schulter resultierten. Somit könne die Beurteilung des beratenden Arztes Dr.med. R.\_\_\_\_\_, welcher den Schwerpunkt eher auf bildgebende Befunde denn auf funktionelle Befunde legte, vom 18. Mai 2018 gestützt werden. Die Tendinitis calcarea sei ein schmerzhaftes Krankheitsbild, welches öfters bei Frauen mittleren Alters vorkomme, wobei ein Diabetes mellitus prädisponierend wirke, wie im hier vorliegenden Fall. Die degenerativen Veränderungen am AC-Gelenk sowie die Partialruptur der Supraspinatussehne unterhielten die Tendinitis calcarea wegen der bestehenden mechanischen Enge und hätten unfallbedingt keinerlei Verschlimmerung erfahren. Somit sei ein Status quo sine nach Kontusion am 14. Dezember 2017 vier bis sechs Wochen danach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetreten (Vi-act. aus Verfahren I 2022 55 S. 145f.).

**4.22** Am 4. November 2019 erstattete Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin einen zusammenfassenden Bericht zur rechten Schulter ab Dezember 2004 bis Januar 2019 unter Beilage eines Operationsberichtes vom 20. Dezember 2004 und vom 18. Februar 2005 sowie eines Arthro-MRI-Berichtes vom 9. Februar 2005 und vom 31. Oktober 2005 (Vi-act. 36). Nach einer ersten Konsultation am 16. Dezember 2004 aufgrund von seit Monaten zunehmenden Schulterbeschwerden wurde am 20. Dezember 2004 bei Tendinitis calcarea Typ A rechts ein Needling durchgeführt (Vi-act. M36/5). Das Arthro-MRI der rechten Schulter vom 9. Februar 2005 zeigte eine PHS calcarea mit deutlicher Reizerscheinung und ein Ganglion in der Fossa supraspinata (Vi-act. M36/4). Nachdem unter Needling keine Beschwerdefreiheit erreicht wurde, führte Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ bei der Diagnose: "Bursitis bei Tendinitis calcarea sowie Labrumganglion rechts" eine Ganglion-Eröffnung, eine endoskopische Bursektomie mit Kalkentfernung sowie anschliessend Naht der RM rechts durch (Vi-act. M36/3). Das Athro-MRI der rechten Schulter vom 31. Oktober 2005 ergab in der Beurteilung wenig Flüssigkeit in der Bursa subacromialis sowie etwas mehr Flüssigkeit in der Bursa subdeltoidea im Rahmen eines Reizergusses, residuelle Signalanhebung der Supraspinatussehne bei Status nach Tendinitis sowie kein Ganglion (Vi-act.

M36/2). Bei der letzten zeitnahen Kontrolle am 17. Januar 2006 war die Beschwerdeführerin vollkommen schmerzfrei, weshalb die Behandlung abgeschlossen wurde. Im November 2012 erfolgte aufgrund akuter Schulterschmerzen eine Infiltration. Der klinische Untersuch ergab eine deutliche Einsteifung und massive Schmerzhaftigkeit. Die kursatorischen RM-Tests waren negativ und im Röntgen kein Kalk, weshalb eine Kapsulitis vermutet wurde. Bei der nächsten Kontrolle am 14. November 2012 war die Beschwerdeführerin wieder schmerzfrei. Am 26. März 2018 konsultierte die Beschwerdeführerin Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ erneut aufgrund der rechten Schulter, wobei dieser auf einen Brief an den Hausarzt verweist, welcher soweit ersichtlich nicht in den Akten liegt. Zusammenfassend nicht weiter erwähnt wird die Operation vom 29. Mai 2018. In der Folge sei die Beschwerdeführerin jedoch am 15. Juni 2018 auf der Treppe ausgerutscht, ohne zu stürzen, habe jedoch eine ruckartige Bewegung gemacht und seither mehr Schmerzen. Nach mehreren Verlaufskontrollen erfolgte am 17. September 2018 die Schlusskontrolle bei schöner Beweglichkeit und guter Kraft mit noch Schmerzhaftigkeit der schnellen Bewegungen und leichter Druckdolenz ventral, ohne Kapsulitis. Der letzte Verlaufseintrag erfolgte am 14. Januar 2019 aufgrund von Verspannungen gegen Abend (vgl. Vi-act. M36/1).

**4.23** Ebenfalls am 4. November 2019 erstattete Dr.med. H.\_\_\_\_\_ einen Auszug der Krankengeschichte (Vi-act. M37/3). Im Dezember 2015 enden die Einträge (abgesehen vom Eintrag vom 2.2.2016 betreffend Terminversäumnis). Am 20. Oktober 2015 hielt Dr.med. H.\_\_\_\_\_ was folgt fest (Vi-act. M37/3 S. 4):

Bei bekannter traumatischer Läsion des Intervalls der RM, der bekannten AC-Gelenksarthrose liegt im Moment die schmerzhaftige Bursitis/Tendinitis subacromial vor, von dort her wurde einerseits ein entsprechendes Trainingsprogramm zur besseren Schulterkoordination und Bewegungskoordination instruiert, soll selbständig gemacht werden, daneben PT analgetische Massnahmen und ebenfalls Schulung der Bewegungskoordination, systemisch Brufen ret. 1x1 abends regelmässig einzunehmen. Kontrolle hier in 6 Wochen. Bei vorher Beschwerdefreiheit ist im Moment auch diese Problematik mit der Intervallläsion auf den durchgemachten Unfall mit der re Hand zurückzuführen.

**4.24** Im Bericht vom 30. Januar 2020 berichtete Dr.med. U.\_\_\_\_\_ (Handchirurgie FMH, Chirurgie FMH) von Restbeschwerden bei St. n. TFCC-Refixation 2016 rechts. Das MRI des rechten Handgelenks vom 28. Januar 2020 ergab keinen Nachweis einer Raumforderung, insbesondere keinen Nachweis eines dorsalen Ganglions und keine Tendosynovitis. Die Beschwerdeführerin könne sich jederzeit melden. Sie müsse vielleicht in ihrer Arbeit etwas mehr Pausen einlegen. Ansonsten sei eigentlich bis auf das Abstützen des Handgelenkes in Extension alles erlaubt (Vi-act. 37/1).

**4.25** Am 2. Juli 2020 liess die Beschwerdeführerin bei der Vorinstanz einen von ihr erstellten und auf den 25. Juni 2020 datierten Verlauf zu ihrem Gesundheitszustand (vor dem Unfallereignis betreffend die rechte Schulter und danach der rechte Arm [Handgelenk, Ellbogen, Schulter] betreffend, ohne jedoch die linke Schulter zu erwähnen) sowie weitere (auch radiologische) Unterlagen einreichen (Vi-act. K87f.). Ergänzend führte die Beschwerdeführerin aus, dass der Ellbogen in der Rotation unter Belastung bei bestimmten Bewegungen blockiere, was ein bis zwei Mal pro Woche vorkomme. Zudem würden ihr auch immer wieder Gegenstände aus der Hand fallen. An der rechten Schulter habe sie seit ca. einem Jahr nach der Operation keine Beschwerden mehr. Die Schmerzen hätten seit dem Unfall vom 24. März 2015 bestanden, sie habe die Schultern nicht gebrauchen können und habe Dauerschmerzen gehabt, die sich bei jeder Bewegung verstärkten. Der Sturz auf die Schulter am 14. Dezember 2017 habe die bestehenden Schmerzen in der rechten Schulter intensiviert. Am rechten Handgelenk würden bis heute Schmerzen unter Belastung, oft auch ohne Belastung, bestehen. Lasten könnten nicht gehoben werden. Alle Tätigkeiten und Verrichtungen, die die Hand belasten würden, führten zu Schmerzen manchmal während Tagen danach, z.B. beim Tippen am PC. Der Verlauf sei allgemein sehr wechselhaft. Manchmal würden die Beschwerden auch spontan auftreten und mehrere Tage andauern. Abstützen auf das Handgelenk mit Belastung sei ohne starke Schmerzen nicht möglich. Schmerzen seien nur mit der Schiene in den Griff zu kriegen.

**4.26** Im Rahmen des Einspracheverfahrens erstattete Dr.med. L. \_\_\_\_\_ unter Beizug von Dr.med. V. \_\_\_\_\_ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats) am 25. November 2020 die dritte versicherungsmedizinische Stellungnahme bzw. Aktenbeurteilung (Vi-act. M41). Zuvor wurde jedoch eine Zweitbeurteilung der MR-Arthrogramme der rechten Schulter vom 11. August 2015 und 23. Februar 2018 sowie des MR-Arthrogramms der linken Schulter vom 14. November 2016 bei Dr.med. W. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Radiologie) eingeholt, welche am 21. September 2019 erging (Vi-act. M40).

**4.26.1** Nach einer ausführlichen Befunderhebung hielt Dr.med. W. \_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung sowie in der Beantwortung der gestellten Fragen u.a. fest (Vi-act. M40, S. 7):

(...) Abgesehen von einer möglichen leichten Zerrung der Pars clavicolaris musculi deltoidei im MR-Arthrogramm vom 11.08.2015 oder einer fraglichen Thrombose der Vena cephalica und der Vena axillaris, die an dieser Lokalisation als eher traumatisch bedingt gewertet werden müsste, lassen sich weder am 11.08.2015 noch am 23.02.2018 Veränderungen nachweisen, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen Unfall zurückzuführen wären. Es ist hier zu beachten, dass wenn man davon ausgeht, dass die erwähnten Veränderungen durch eine

Muskelzerrung bedingt sind, diese nicht auf den Unfall vom 24.02.2015 zurückgeführt werden könnten, da dieser zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits mehr als 4 Monate in der Vergangenheit lag und die MR-tomografischen Zeichen einer leichten Muskelzerrung sich nach einer derart langen Zeit üblicherweise nicht mehr nachweisen lassen.

Die ödemartigen Knochenmarkveränderungen in den gelenknahen Abschnitten von Clavicula und Acromion könnten zwar auf eine leichte Aktivierung deuten, um eine traumatisch bedingte Aktivierung zu bestätigen, müsste aber ein Vergleich mit einem kurz vor dem Unfall angefertigten MRT, das eine schwächere oder gar keine Aktivierung der Arthrose zeigen müsste, erfolgen. Doch ein solches MRT liegt gemäss der vorliegenden Akten nicht vor. Unabhängig davon, ob die Aktivierung am 11.08.2015 traumatisch bedingt war oder nicht, im MR-Arthrogramm vom 23.02.2018 lassen sich keine Zeichen einer Aktivierung mehr erkennen. Zudem liegt das Ausmass der Progredienz, die die Akromioklavikulararthrose in der zwischen den beiden Untersuchungen liegenden Zeitspanne erfahren hat, sicher in einem normalen Umfang.

SLAP-Läsionen vom Typ 2 sind in den allermeisten Fällen nicht traumatisch bedingt, sondern auf einen chronischen, repetitiven Einsatz der betroffenen Extremität oberhalb von Kopfhöhe zurückzuführen. Und das vom dorsalen Bereich des Risses des Labrum glenoidale ausgehende kleine Ganglion am 11.08.2015 deutet darauf hin, dass die SLAP-Läsion bereits seit geraumer Zeit vorliegen muss, insbesondere wenn man auch die sehr langsame Grössenzunahme des Ganglions zwischen dem 11.08.2015 und dem 23.02.2018 berücksichtigt.

Die Tendinitis calcarea ist gemäss heutigem medizinischem Wissen nicht traumatisch bedingt, sondern eine Erkrankung. In der medizinischen Literatur werden zwar vereinzelt Fälle beschrieben, bei denen die Tendinitis calcarea auf ein einmaliges Trauma zurückgeführt wurde. Wenn man aber berücksichtigt, dass die höchste Inzidenz dieser Erkrankung in der Gruppe der Frauen im Alter zwischen 40 - 60 Jahren liegt und dass Diabetes mellitus ein unbestrittener Risikofaktor für die Entwicklung einer Tendinitis calcarea darstellt, dann ist bei der Versicherten, die eine Frau ist, zum Zeitpunkt der Diagnose 48-jährig war und an einem Diabetes mellitus leidet, die Wahrscheinlichkeit einer spontanen Entwicklung der Tendinitis calcarea bei Weitem grösser als diejenige einer traumatischen Genese.

Die übrige Tendinopathie des Musculus supraspinatus sowie diejenige des Musculus infraspinatus und des Caput longum musculi bicipitis brachii sind auch als degenerativ bedingt zu betrachten.

Im MR-Arthrogramm der linken Schulter vom 14.11.2016 lassen sich eine leichte Akromioklavikulararthrose mit geringfügiger Hypertrophie der Gelenkkapsel, die aber zu einer leichten Einengung des bereits anlagebedingt relativ engen Subakromialraumes und so zu einer kurzstreckigen diskreten Kompression des Musculus supraspinatus an dessen tendomuskulärem Übergang führt, nachweisen. Weiter zeigt sich eine sehr leichte Tendinopathie des Musculus supraspinatus. Insgesamt sind diese Befunde als Hinweise auf das Vorliegen eines subakromialen Impingement zu werten. Veränderungen, die als frisch oder traumatisch bedingt zu werten wären, lassen sich nicht nachweisen.

**Fragestellung** [im Original auf S. 2, hier zur besseren Verständlichkeit eingefügt]

1. Welche Befunde lassen sich in den MR-Arthrogrammen der rechten Schulter vom 11.08.2015 und 23.02.2018 nachweisen?
  - a. Lassen sich Folgen des 2004 stattgehabten Eingriffes erkennen?
  - b. Kann man Befundänderungen erkennen, die zwischen dem 11.08.2015 und dem 23.02.2018 eingetreten sind?
  - c. Liegen Veränderungen vor, die aus radiologischer Sicht als degenerativ oder krankheitsbedingt zu werten sind, und falls ja, welche?
  - d. Liegen Veränderungen vor, die aus radiologischer Sicht als frisch oder allenfalls traumatisch bedingt zu werten sind, und falls ja, welche?
2. Welche Befunde lassen sich im MR-Arthrogramm der linken Schulter vom 14.11.2016 nachweisen?
  - a. Liegen Veränderungen vor, die aus radiologischer Sicht als degenerativ oder krankheitsbedingt zu werten sind, und falls ja, welche?
  - b. Liegen Veränderungen vor, die aus radiologischer Sicht als frisch oder allenfalls traumatisch bedingt zu werten sind, und falls ja, welche?

#### **Antworten auf die gestellten Fragen**

1. Im MR-Arthrogramm der rechten Schulter vom 11.08.2015 lassen sich relativ grosse Mengen an Kontrastmittel im Musculus subscapularis, in dessen Sehne und im Ligamentum glenohumerale medium erkennen, was auf eine inkorrekte Lage der Nadelspitze und/oder einen zu hohen Druck bei der intraartikulären Kontrastmittelinjektion zurückzuführen ist. In der Pars clavicularis musculi deltoidei entlang des Verlaufes der Vena cephalica und der Vena axillaris und fraglich auch in den Venen selbst lassen sich Veränderungen erkennen, die auf eine Thrombose der Vene deuten oder Ausdruck einer leichten Muskelzerrung sein könnten. Weiter liegen eine SLAP-Läsion vom Typ 2 mit kleinem begleitendem Ganglion, eine Akromioklavikulararthrose mit leichter Hypertrophie des Gelenkes, die zu einer Kompression des Musculus supraspinatus an dessen tendomuskulärem Übergang führt, eine Tendinopathie des Musculus supraspinatus mit Insertionstendinose und Tendinitis calcarea, eine leichte Insertionstendinose des Musculus infraspinatus und eine diskrete Tendinopathie des Caput longum musculi bicipitis brachii vor.

Im MR-Arthrogramm der rechten Schulter vom 23.02.2018 lassen sich mit Ausnahme der Veränderungen in der Pars clavicularis musculi deltoidei entlang der Vena cephalica und der Vena axillaris, die nicht mehr nachweisbar sind, sämtliche Befunde erkennen, die bereits am 11.08.2015 vorhanden waren. Einige Befunde haben in der Zeitspanne zwischen den beiden Untersuchungen eine Entwicklung erfahren [s. unten] und der Subakromialraum ist allgemein enger.

- a. Nein, es lassen sich keine Folgen eines chirurgischen Eingriffes erkennen.
- b. Ja. Zwischen dem 11.08.2015 und dem 23.02.2018 ist es zu einer leichten Progredienz der Akromioklavikulararthrose gekommen. Der Subakromialraum ist insgesamt enger als bei der ersten Untersuchung und weist jetzt eine pathologische Höhe von nur 6 mm auf. Das Kalkdepot

bei Tendinitis calcarea des Musculus supraspinatus hat an Grösse zugenommen. Die Veränderungen in der Pars clavicularis musculi deltoidei sowie in der Vena cephalica und der Vena axillaris sind hingegen vollständig verschwunden.

- c. Ja. Sämtliche vorliegenden Befunde, mit Ausnahme der Veränderungen in der Pars clavicularis musculi deltoidei, sind am ehesten als degenerativ oder krankheitsbedingt zu werten.
  - d. Ja. Die Veränderungen in der Pars clavicularis musculi deltoidei sowie der Vena cephalica und Vena axillaris sind wahrscheinlich traumatisch bedingt. Differenzialdiagnostisch kommen hier sowohl eine Thrombose als auch eine leichte Muskelzerrung in Frage. Es ist aber zu beachten, dass eine allfällige leichte Muskelzerrung aus den unter Beurteilung aufgeführten Gründen kaum auf den am 24.03.2015 erlittenen Unfall zurückgeführt werden könnte. Eine Thrombose schon eher.
2. Im MR-Arthrogramm der linken Schulter vom 14.11.2016 lässt sich eine leichte Akromioklavikulararthrose mit leichter, diskreter Hypertrophie des Gelenkes nachweisen. Weiter liegen eine allgemeine, wahrscheinlich anlagebedingte, pathologische Enge des Subakromialraumes, eine durch das hypertrophe Akromioklavikulgelenk bedingte, kurzstreckige, diskrete Kompression des Musculus supraspinatus an dessen tendomuskulärem Übergang und eine leichte Tendinopathie desselben Muskels vor. Als Normvariante liegt ein relativ grosser Recessus sublabralis vor.
- a. Ja. Sämtliche nachgewiesenen Veränderungen sind als degenerativ oder anlagebedingt zu werten.
  - b. Nein

**4.26.2** In ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung kamen Dr.med. L.\_\_\_\_\_ und Dr.med. V.\_\_\_\_\_ kurz zusammengefasst zu folgendem Ergebnis (Vi-act. M41 S. 51ff.). Beim rechten Ellbogen sei von einer Heilung bzw. Defektheilung ohne funktionelle Auswirkung im Gelenk selbst auszugehen (der letzte Eintrag diesbezüglich in der Krankengeschichte bei Dr.med. H.\_\_\_\_\_ erfolgte am 26.10.2015). Die Untersuchungen des rechten Handgelenks vom Januar 2020 hätten keine namhafte subjektive, klinische oder objektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes bezüglich rechtes Handgelenk ergeben.

Die Beurteilung der rechten Schulter erfolgte umfassend auf sechs Seiten und wird nachfolgend zusammengefasst (Vi-act. M41 S. 52ff.). Dabei wurde als relevanter Vorzustand zum Ereignis vom 24. März 2015 eine Periarthritis humeroscapularis calcarea (Kalkschulter) 2004/2005 festgehalten. Dies sei eine etwas unpräzise Sammelbezeichnung für meist schmerzhafte degenerative Veränderungen mit Bewegungseinschränkung im Bereich des Schultergürtels. Bei der Periarthritis humeroscapularis (PHS) handle es sich eher um eine Symptombeschreibung als um eine Diagnose. Dementsprechend könnten dem Krankheitsbild vielfältige Ursachen zugrunde liegen. Man unterscheide drei Erschei-

nungsformen. Bei der Beschwerdeführerin habe man die Verwirklichung aller drei Formen beobachten sowie 2004/2005 und erneut eindeutig 2015 und 2018 bei MRI-Arthrografien Kalkdepots in der rechten Schulter sehen können. Am 25. März 2015 habe die Beschwerdeführerin auch Schmerzen im Bereich der rechten Schulter erwähnt. Auffällig an diesem echtzeitnächsten Befund bezüglich rechter Schulter sei, dass die Bewegungen in der Schulter mit Schmerzen im rechten Ellbogen korrelierten, nicht aber im Schultergelenk selbst. Im weiteren Verlauf hätten Schmerzen an der rechten Hand bzw. am rechten Handgelenk und die Probleme am rechten Ellbogen im Vordergrund gestanden. In den Krankengeschichteinträgen von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ vom 15. April 2015 bis 9. Juni 2015 habe die rechte Schulter gar keine Erwähnung gefunden. Der radiologische Erstbefund vom 11. August 2015 stimme im Wesentlichen mit der ausführlichen Zweitbeurteilung von Dr.med. W.\_\_\_\_\_ überein, ausser dass letzterer in der MRI-Arthrografie vom 11. August 2015 an der rechten Schulter Hinweise auf thrombotische Veränderungen im Bereich der Vena cephalica und der Vena axillaris vorgefunden und aufgezeigt habe, dass die Akromioklavikulararthrose zu einer leichten Hypertrophie des Schulterreckgelenks, und diese wiederum zu einer Kompression des Musculus supraspinatus an dessen Übergang zwischen Sehne und Muskel geführt habe. Als traumatisch bedingte Veränderungen an der rechten Schulter hätten lediglich eine Thrombose der Vena cephalica bzw. der Vena axillaris und eine leichte Muskelzerrung im Bereich der Pars claviculais Musculi deltoidei bestanden. Derartige leichte Muskelzerrungen würden ebenso wie Thrombosen ausheilen. Dementsprechend seien die in den früheren Bildern gesehenen Veränderungen in der MRI-Arthrografie vom 23. Februar 2018 nicht mehr nachweisbar gewesen. Daraus folge, dass das rubrizierte Unfallereignis vom 24. März 2015 keinerlei neue strukturelle Veränderungen an der rechten Schulter verursacht habe. An der rechten Schulter bestünden freilich sehr ausgedehnte degenerative bzw. krankhafte Veränderungen, vornehmlich eine rezidierte Kalkschulter, eine sich allmählich entwickelnde degenerative SLAP-Läsion und diverse Tendinopathien. Auch sei in der Bildgebung 2015 ähnlich wie 2004/2005 abermals ein Ganglion nachweisbar gewesen. Als Grunderkrankung bestehe demzufolge eine chronisch-degenerative Erkrankung an der rechten Schulter. Das rubrizierte Ereignis habe darum überwiegend wahrscheinlich lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung, nicht aber eine richtunggebende Verschlimmerung oder einen strukturellen Dauerschaden verursacht. Bei Status nach dem rubrizierten Unfallereignis sei am 14. Dezember 2017 erneut ein Sturz auf die rechte Schulter oder rechte Körperseite hinzugekommen. Die Beschwerdeführerin habe seither persistierende Schulterschmerzen rechts beklagt. Am 23. Februar 2018 erfolgte eine erneute MRI-Arthrografie der rechten Schulter.

Dr.med. W.\_\_\_\_\_ habe in seiner Zweitbeurteilung vom 21. September 2019 im Wesentlichen die damaligen Befunde bestätigt. Das Kalkdepot am Musculus supraspinatus und die Schulterreckgelenkarthrose hätten zugenommen, der Subakromialraum sei noch enger geworden. Wohlgedenkt seien die noch im August 2015 vorhandenen Veränderungen im Deltoidmuskel vollkommen verschwunden gewesen. Somit sei davon auszugehen, dass die vorübergehende Verschlimmerung, welche dem rubrizierten Unfall zugeordnet werden könne, bereits längst vor der MRI-Arthrografie vom 23. Februar 2018 beendet gewesen sein müsse. Die Heilungsdauer der vorübergehenden Verschlimmerung bezüglich rechter Schulter mit ca. neun Monaten auf den 31. Dezember 2015 zu bemessen, sei angesichts der schon im August 2015 via MRI-Arthrografie gesicherten konkurrierenden und offenbar schon bald überholenden Kausalität einer Kalkschulter im Erachten des unterzeichnenden Orthopäden als grosszügig zu betrachten. Eine bleibende strukturelle Schädigung in der rechten Schulter sei jedenfalls nicht objektiviert worden. Damit sei es korrekt, den Status quo sine auf den 31. Dezember 2015 festzulegen.

Beschwerden an der linken Schulter (Vi-act. M41 S. 59) seien gemäss echtzeitnäheren Unterlagen zum damaligen Zeitpunkt nicht geäussert worden, sondern vielmehr erstmals um den 17. Oktober 2016 bis 19. Oktober 2016. Dies liege einhalb Jahre nach dem rubrizierten Unfallereignis. Ein unfallkausaler Zusammenhang sei deshalb sehr unwahrscheinlich. Dr.med. W.\_\_\_\_\_ habe die Befunde der MRI-Arthrografie vom 14. November 2016 bestätigt. Es handle sich indessen ausschliesslich um degenerative Befunde. Traumatische Veränderungen hätten an der linken Schulter nicht nachgewiesen werden können. Die Beschwerden an der linken Schulter stünden demnach in keinerlei Beziehung zum rubrizierten Unfallereignis.

Gemäss Notfallbericht vom 25. März 2015 habe am linken Knie augenscheinlich eine Prellung bzw. Schürfung bei der Kniescheibe bestanden. Diese Verletzung sei im weiteren Verlauf in den Akten nicht mehr erwähnt worden. Es sei daraus zu schliessen, dass sie abgeheilt sei (Vi-act. M41 S. 59).

**4.27** Nach einer Stellungnahme des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom 30. März 2021 erfolgte am 6. Mai 2021 die 4. versicherungsmedizinische Stellungnahme bzw. Aktenbeurteilung durch Dr.med. L.\_\_\_\_\_ sowie (die zweite) durch Dr.med. V.\_\_\_\_\_, in welchen sich diese zu den Vorhaltungen des Rechtsvertreters äussern. Darunter fallen insbesondere die (teilweise wiederholte) Begründung, weshalb bei der rechten Schulter die SLAP-Läsion als degenerativ beurteilt und der Status quo sine Ende Dezember festgestellt wurden. Sodann äusserten sich Dr.med. L.\_\_\_\_\_ und Dr.med. V.\_\_\_\_\_ zur

(gemäss ihrer Beurteilung gleichbleibenden) Integritätsentschädigung am rechten Handgelenk und erachteten neu eine Integritätsentschädigung von 5% - aufgrund der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einer Ellbogenarthrose als voraussehbare Verschlimmerung - als gerechtfertigt (Vi-act. M42).

**4.28** Im Rahmen des Einspracheverfahrens der Beigeladenen verfasste PD Dr.med. R.\_\_\_\_\_ am 28. Oktober 2021 ein Aktengutachten (Vi-act. aus Verfahren I 2022 55 S. 464). Darin bejahte er die Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit des Aktengutachtens von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ und Dr.med. V.\_\_\_\_\_ vom 25. November 2020 sowie der Stellungnahme vom 6. Mai 2021. Zur Frage nach den objektivierbaren pathologischen Befunden antwortete PD Dr.med. R.\_\_\_\_\_, dass das Ereignis des geltend gemachten Schulteranpralls rechts vom 14. Dezember 2017 - das nicht objektiv nachvollziehbar zeitnah und zudem ärztlich untersucht und abgeklärt worden sei - überwiegend wahrscheinlich höchstens zu einer vorübergehenden Symptomverstärkung von vorbestehenden rechtsseitigen Schulterbefunden geführt habe. Das geltend gemachte Ereignis habe zu keiner objektiv nachvollziehbaren und zudem richtunggebenden Verschlimmerung von vorbestehenden strukturellen Pathologien an der rechten Schulter beigetragen. Diese Schlussfolgerung ergebe sich aus den dokumentierten klinischen Untersuchungen. Hierbei seien namentlich die festgestellte, dokumentierte Verbesserung der Schulterfunktion in der Abduktion / Elevation und die explizit fehlenden Hinweise für eine Ruptur der Rotatorenmanschette im Untersuchungsverlauf als Beispiele zu erwähnen. Zudem ergänzend aus dem Vergleich der Arthro-MRI-Untersuchungen der rechten Schulter vom 11. August 2015 und vom 23. Februar 2018. Des Weiteren habe das geltend gemachte Ereignis vom 14. Dezember 2017 auch nicht als Teilursache zu frischen, objektivierbaren strukturellen zusätzlichen Veränderungen an der rechten Schulter der Beschwerdeführerin beigetragen. Das Ereignis vom 14. Dezember 2017 habe mit anderen Worten die seit spätestens 2004 dokumentierte und zudem progrediente degenerative Veränderung der rechten Schulter strukturell-anatomisch nicht negativ beeinflussend verändert und wie bereits erwähnt, liege entsprechend auch keine richtunggebende Strukturveränderung vor. Dies ergebe sich aus dem differenzierten Vergleich der Bilddatensätze der Arthro-MRI-Untersuchungen vom 11. August 2015 und vom 23. Februar 2018. Das geltend gemachte und initial zudem nicht objektiv nachvollziehbar dokumentierte Ereignis habe entsprechend überwiegend wahrscheinlich ausschliesslich zu einer bloss vorübergehenden Symptomverstärkung bei bekannt dokumentierten Vorzustand beigetragen. Auf die Frage, ob der Vorzustand derart labil und prekär war, dass jede beliebige alltäglich Gelegenheits- / Zufallsursache zur annähernd gleichen Zeit dieselbe Beeinträchtigung hätte bewirken können, antwortete PD Dr.med. R.\_\_\_\_\_, dass die

Beschwerde-Symptomatik bei jeder beliebigen Schulterprellung hätte entstehen können. Der operative Eingriff vom 29. Mai 2018 habe der Behandlung von sich über einen dokumentiert langen Zeitraum hinweg objektiv nachvollziehbar entwickelt, degenerativen Veränderungen der anatomischen Strukturen der rechten Schulter der Beschwerdeführerin gedient. Es seien somit ausschliesslich Vorzustände operativ behandelt worden, die zudem überwiegend wahrscheinlich nicht einmal richtunggebend durch den geltend gemachten und zur Diskussion stehenden Schulteranprall vom 14. Dezember 2017 in ihrem strukturellen anatomischen Aufbau objektiv nachvollziehbar verändert worden seien. Der Status quo sine könne spätestens in Verbindung mit der Arthro-MRI-Untersuchung vom 23. Februar 2018 als dokumentiert eingetreten beurteilt werden. Ein Status quo ante könne bei voranschreitenden degenerativen Veränderungen nicht mehr erreicht werden. Die geltend gemachten Schulterbeschwerden rechts im Nachgang zur geltend gemachten Prellung der rechten Schulter vom 14. Dezember 2017 ohne nachgewiesene frische strukturelle Veränderungen seien überwiegend wahrscheinlich Ausdruck einer bloss vorübergehenden Symptomverschlimmerung bei dokumentiert vorbestehender degenerativ veränderter rechter Schulter, ein Zustand der nach heutigem Wissensstand erstmals im Jahr 2004 dokumentiert und durch Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ behandelt worden sei.

**5.1** Die Vorinstanz stützt sich in ihrem Einspracheentscheid vorwiegend auf die vier versicherungsmedizinischen Stellungnahmen / Aktenbeurteilungen von Dr.med. L. \_\_\_\_\_, wobei diejenigen vom 25. November 2020 und 6. Mai 2021 in Zusammenarbeit mit Dr.med. V. \_\_\_\_\_ entstanden sind und des Weiteren auf eine Zweitbeurteilung von Dr.med. W. \_\_\_\_\_ betreffend die MR-Arthrogramme der rechten Schulter vom 11. August 2015 und 23. Februar 2018 sowie das MR-Arthrogramm der linken Schulter vom 14. November 2016. Diesen Beurteilungen könne voller Beweiswert zugesprochen werden. Damit stehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die von der Beschwerdeführerin weiterhin geklagten Beschwerden seit dem 26. September 2018 nicht mehr auf Verletzungen des Unfalls vom 24. März 2015 zurückzuführen seien und der Status quo sine zu diesem Zeitpunkt erreicht gewesen sei. An einer Integritätsentschädigung in der Höhe von 5% wurde festgehalten.

**5.2** Die Beschwerdeführerin rügt, dass die Verwaltung die für die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts notwendigen Abklärungen grundsätzlich nicht ins Einspracheverfahren verschieben dürfe, weil dieses sonst weitgehend seinen Sinn und Zweck verlöre, letztlich die Gerichte zu entlasten. Die Beschwerdeführerin habe "gutgläubig" im Vertrauen auf eine externe, neutrale Begutachtung die gewünschten Berichte eingereicht, welche dem beratenden Arzt

unterbreitet worden seien. Im beinahe zwei Jahre dauernden Einspracheverfahren sei es zu zwei nachgeschobenen Stellungnahmen des beratenden Arztes gekommen. Es stelle sich die Frage der Zulässigkeit einer solchen nachgeschobenen Begründung im Einspracheverfahren. Das Prinzip des Devolutiveffektes sei verletzt, was bereits mehr als nur geringe Zweifel wecke.

Des Weiteren behauptet die Beschwerdeführerin nach wie vor die Notwendigkeit eines externen Gutachtens.

**6.1** Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Die Verwaltung darf die für die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts notwendigen Abklärungen nicht in das Einspracheverfahren verschieben. Entsprechend darf die Verwaltung nicht zunächst eine Verfügung mit einer Standard-Begründung erlassen, um in der Folge erst im Einspracheentscheid die im konkreten Fall massgeblichen Gründe für die behördliche Anordnung anzuführen und die Begründung damit gleichsam nachzuschieben. Vielmehr hat sie die Verfügung mit erkennbarer Bezugnahme auf die getätigten Abklärungen zu begründen. Vorbehalten bleiben ergänzende Abklärungen, zu denen die in der Einsprache vorgebrachten Einwände Anlass geben (BGE 132 V 368 Regeste und E. 5; Urteile BGer 8C\_62/2023 vom 16.8.2023 E. 6.2; 8C\_755/2018 vom 11.2.2019 E. 4.2.1; 8C\_410/2013 vom 15.1.2014 E. 5.1).

**6.2** Im konkreten Fall ergibt sich, dass die vorinstanzliche Verfügung vom 28. Dezember 2018 u.a. gestützt auf die Stellungnahmen von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ vom 22. Februar 2016 und vom 14. November 2018 erging und auch mit der Stellungnahme von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ vom 14. November 2018 begründet und nicht mit einer Standard-Begründung versehen wurde. In den zitierten Stellungnahmen hat sich der beratende Arzt sowohl zu Kausalitätsfragen, als auch zum Endzustand und zur Integritätsentschädigung und somit zum wesentlichen Sachverhalt geäußert, womit die Abklärungen diesbezüglich grundsätzlich vor der Verfügung vom 28. Dezember 2018 erfolgt sind. Zwar trifft es zu, dass sich die Stellungnahme vom 14. November 2018 auf einen unvollständigen Sachverhalt stützte und in Unkenntnis des angeblichen Unfallereignisses vom Dezember 2017 erfolgte. Derweil reichte die Beschwerdeführerin erst mit der Einsprache und im Rahmen späterer Stellungnahmen weitere Arztberichte ein, weshalb die Vorinstanz im Einspracheverfahren die Einholung weiterer Stellungnahmen bei Dr.med. L.\_\_\_\_\_ als erforderlich erachtete. Unter Berücksichtigung der neu eingereichten Akten erachtete Dr.med. L.\_\_\_\_\_ den Beizug weiterer Fachpersonen wie Dr.med. V.\_\_\_\_\_ und Dr.med. W.\_\_\_\_\_ als erforderlich, was nicht zu beanstanden ist. Es bestehen sodann keinerlei An-

haltspunkte dafür, dass die gemeinsam unterzeichneten Beurteilungen nur durch Dr.med. L.\_\_\_\_\_ und nicht auch durch Dr.med. V.\_\_\_\_\_ erfolgt sind. Von einer umfassenden Sachverhaltsabklärung, welche erst im Einspracheverfahren erfolgt ist, ist vorliegend nicht auszugehen. Vielmehr liegt eine Vervollständigung des Sachverhalts vor.

Die Einsprache ist ein nicht devolutives Rechtsmittel (Genner, in: BSK ATSG, Art. 52 Abs. 1 - 3, N 1). Nach Einspracheerhebung durch die Beschwerdeführerin und nach ergänzenden - und somit nicht erstmaligen bzw. unbegründet erst im Einspracheverfahren vorgenommenen - Sachverhaltsabklärungen hat die Vorinstanz einen Einspracheentscheid gefällt. Gegen diesen Entscheid wurde in der Folge die vorliegend zu beurteilende Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben. Eine Verletzung des Devolutiveffektes durch das Vorgehen der Vorinstanz ist vorliegend nicht erkennbar.

**7.1** Den Aktenbeurteilungen von Dr.med. L.\_\_\_\_\_, Dr.med. V.\_\_\_\_\_ und Dr.med. W.\_\_\_\_\_ kommt der Beweiswert von versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen zu. Falls auch nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen, sind somit ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5).

**7.2.1** In der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 17. August 2015 äusserte sich Dr.med. L.\_\_\_\_\_ gestützt auf die damals vorliegenden Akten zur Unfallkausalität der Handgelenksschmerzen rechts. Die Unfallkausalität wurde bejaht, was vorliegend unbestritten ist. In der Folge erstattete Dr.med. L.\_\_\_\_\_ am 22. Februar 2016 eine ausführliche Aktenbeurteilung, in welcher er sämtliche ihm vorliegenden Unterlagen aufführte und sich insbesondere zur Unfallkausalität der Beschwerden, zu vorgenommenen sowie geplanten Behandlungen und deren Abschluss bzw. zum Status quo sine vel ante und zur Arbeitsfähigkeit äusserte. Die Beurteilung erfolgte unter Berücksichtigung und in Auseinandersetzung sämtlicher damals vorliegender Arztberichte, Untersuchungen und Bildgebungen.

Zunächst führte Dr.med. L.\_\_\_\_\_ zu den Schmerzen im rechten Ellbogen aus, dass eine CT-Untersuchung vom 25. März 2015 eine impaktierte Radiusköpfchenfraktur, die Röntgenuntersuchung ein Abkippen gezeigt hätten. Es seien eine Oberarmschiene und Ergotherapie verordnet worden und bei einer ärztlichen Untersuchung am 30. März 2015 habe sich die Schmerzsituation bereits gebessert. Des Weiteren bestätigte Dr.med. L.\_\_\_\_\_ den handchirurgischen Befund einer posttraumatischen Läsion der Fibrocartilago triangularis mit fraglicher Ulnainstabilität rechts als nachvollziehbar und bejahte die Unfallkausalität

der TFCC-Läsion am rechten Handgelenk. Gleichzeitig verwies er auf ausgeprägte degenerative Veränderungen am rechten Handgelenk. Dabei handle es sich um eine vorbestehende STT-Arthrose sowie eine Arthrose im distalen Radioulnargelenk, welche durch den Sturz auf das Handgelenk aktiviert worden seien. Da aber auch eine TFCC-Läsion stattgefunden habe, sei es zu einer Verschlimmerung gekommen, die als richtunggebend anzusehen sei. Auch diese Ausführungen werden von der Beschwerdeführerin nicht bestritten. Mit einem Abschluss der unfallbedingten medizinischen Behandlung sei nach erfolgreicher Handgelenksrehabilitation voraussichtlich im Juni 2016 zu rechnen. Zur Arbeitsfähigkeit bestätigte Dr.med. L. \_\_\_\_\_ die Beurteilung durch X. \_\_\_\_\_, welcher nach eigener Untersuchung der Beschwerdeführerin ein Gutachten zur Arbeitsfähigkeit erstellte, wonach die Beschwerdeführerin in allen Tätigkeiten, die das rechte Handgelenk nicht belasten würden (wie z.B. eine Dozententätigkeit oder administrative Aufgabenstellungen), in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Effektiv sei die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsfähig für alle beschwerdeadaptierten Tätigkeiten.

Zwar erachtete Dr.med. L. \_\_\_\_\_ am 22. September 2016 eine erneute persönliche Untersuchung durch X. \_\_\_\_\_ als notwendig, wobei dieser explizit nach der Arbeitsfähigkeit in den jeweiligen Tätigkeiten zu befragen sei. Nachdem die Vorinstanz jedoch darauf verzichtete, weil die Beschwerdeführerin im angestammten Pensum von 50% (neben ihrem Studium) wieder voll arbeitsfähig gewesen sei, und noch weitere Arztberichte eintrafen - insbesondere Berichte von Dr.med. M. \_\_\_\_\_ betreffend die linke Schulter sowie der Bericht des Handchirurgen Dr.med. G. \_\_\_\_\_ vom 26. September 2018 zur Behandlung vom 23. März 2018 bis 22. Mai 2018 und Abschlusskontrolle vom 18. Mai 2018 -, erfolgte sodann die zweite (und vor Erlass der Verfügung letzte) versicherungsmedizinische Stellungnahme durch Dr.med. L. \_\_\_\_\_ am 14. November 2018, in welcher insbesondere der medizinische Endzustand und der Integritätsschaden zu beurteilen waren. Dr.med. L. \_\_\_\_\_ äusserte sich neu auch ausführlich zur linken Schulter, nachdem diesbezüglich erstmals im Oktober 2016 ein Arztbericht eingegangen war bzw. die linke Schulter bis dahin in keinem in den Akten liegenden Arztbericht erwähnt wurde.

**7.2.2** Damit ergaben die Akten vor Verfügungserlass keinerlei Anhaltspunkte für erhebliche Beschwerden und deren Behandlung beim rechten Ellbogen sowie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dadurch, auch wenn mit den Ausführungen der ersten Stellungnahme von Dr.med. L. \_\_\_\_\_, wonach von einer verbesserten Schmerzsituation auszugehen ist, nicht von einer Beschwerdefreiheit ausgegangen werden kann, was jedoch vorliegend für den Fallabschluss auch

nicht

vorausgesetzt wird. Daran änderte auch der nachträglich (am 3. Juli 2020) eingegangene Bericht von Dr.med. G. \_\_\_\_\_ vom 10. Juli 2015 nichts, wonach die Radiusköpfchenfraktur in einer leichten bis mässigen Fehlstellung verheilt sei. Gleichzeitig ging der Auszug der Krankengeschichte von Dr.med. H. \_\_\_\_\_ vom 4. November 2019 ein, wonach sich die Situation am 1. Dezember 2015 von Seiten des Ellbogens gut erholt habe, die Beweglichkeit weitestgehend frei und auch schmerzfrei sei. Zum Teil bestünden muskuläre Schmerzen wegen der Fehlbelastung aufgrund der schmerzhaft eingeschränkten Handgelenksbeweglichkeit (Vi-act. M37/3). Sodann äusserte die Beschwerdeführerin in ihrer Chronologie an die Vorinstanz vom 2. Juli 2020, dass der Ellbogen bei bestimmten Bewegungen in der Rotation unter Belastung blockiere, was ein bis zwei Mal pro Woche vorkomme. Sodann würden ihr auch immer wieder Gegenstände aus der Hand fallen. Im Übrigen berichtete sie aber weder von Schmerzen noch von einer Behandlung des rechten Ellbogens. In der Stellungnahme vom 25. November 2020 bestätigten Dr.med. L. \_\_\_\_\_ und Dr.med. V. \_\_\_\_\_ erneut, dass zweieinhalb Monate nach dem rubrizierten Unfallereignis der Ellbogen praktisch normale Beweglichkeitsausmasse erreichte und der Schmerz noch im rechten Handgelenk lokalisiert worden sei. Sie gingen nachvollziehbar von einer Heilung bzw. Defektheilung ohne funktionelle Auswirkung im Gelenk selbst aus. Damit ergeben sich aus den Akten sowie den Vorbringen der Beschwerdeführerin keine auch nur geringen Zweifel an den Beurteilungen der die Vorinstanz beratenden Ärzte betreffend den rechten Ellbogen. Zum Integritätsschaden kann auf die nachfolgenden Erwägungen (insbesondere E. 8.3f.) verwiesen werden.

**7.2.3** Nachdem am 14. April 2016 die dynamisch stabilisierende TFCC-Rekonstruktion mit freiem Palmaristransplantat rechts und am 27. Mai 2016 die Osteosynthesematerialentfernung am rechten Handgelenk erfolgt sind, hielt der Operateur Dr.med. G. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 26. September 2018 fest, dass bei der Abschlusskontrolle am 18. Mai 2018 die Parästhesien verschwunden gewesen, bei Belastungen immer noch leichte Schmerzen im Radioulnar- und Ulnocarpalgelenk vorhanden seien und die Beschwerdeführerin ohne Belastung beschwerdefrei sei (Vi-act. M35/1). Auch gestützt darauf hielt Dr.med. L. \_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 14. November 2018 nachvollziehbar fest, dass mit Bezug auf die rechte Hand und mit dem Bericht von Dr.med. G. \_\_\_\_\_ vom 26. September 2018 der medizinische Endzustand eingetreten sei, indem von weiteren Therapiemassnahmen keine Auswirkung auf den Gesundheitszustand im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei. Es bestehe eine erhebliche und dauerhafte Schädigung der körperlichen Integrität, insbe-

sondere, wenn man eine voraussehbare Verschlimmerung hinsichtlich des rechten Handgelenks berücksichtige.

In ihrer Chronologie an die Vorinstanz vom 2. Juli 2020 führte die Beschwerdeführerin aus, dass bis heute Schmerzen unter Belastung, oft auch ohne Belastung, bestehen würden. Lasten könnten nicht gehoben werden. Alle Tätigkeiten und Verrichtungen, welche die Hand belasten würden, führten zu Schmerzen, manchmal während Tagen danach, so z.B. beim Tippen am PC. Der Verlauf sei allgemein sehr wechselhaft. Manchmal würden die Beschwerden auch spontan auftreten und mehrere Tage andauern. Abstützen auf das Handgelenk mit Belastung, ohne starke Schmerzen sei nicht möglich. Wenn sie Schmerzen habe, müsse sie die Schiene tragen, um diese in den Griff zu bekommen.

Die Ausführungen der Beschwerdeführerin weichen indes nicht bedeutend von früheren Beurteilungen ab bzw. vermögen sie keine geringen Zweifel zu begründen, weshalb auf die Stellungnahme von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ vom 14. November 2018 abgestellt werden kann.

In der Stellungnahme vom 25. November 2020 äusserten sich sodann Dr.med. L. \_\_\_\_\_ und Dr.med. V. \_\_\_\_\_ zur MRI-Arthrografie vom 28. Januar 2020, welche objektiv keine neuen Erkenntnisse brachte. Zudem hielten sie nachvollziehbar fest, dass auch der am 30. Januar 2020 erfolgte Bericht von Dr.med. U. \_\_\_\_\_ nichts subjektiv, klinisch oder objektiv Neues zum rechten Handgelenk ergeben habe. Vielmehr bestehen weiterhin Restbeschwerden und ein Abstützen des Handgelenks in Extension (und somit eine Belastung) ist zu vermeiden. Neu hält Dr.med. U. \_\_\_\_\_ fest, dass bei der Arbeit vielleicht etwas mehr Pausen einzulegen sind. Dem Bericht lässt sich jedoch nicht entnehmen, welche Tätigkeit der Beschwerdeführerin davon betroffen ist. Aus dem Bericht geht lediglich hervor, dass die Beschwerdeführerin eine neue Tätigkeit beginne und die Hand etwas mehr belasten müsse. Weitere ärztliche Behandlungen waren jedoch nicht vorgesehen. Damit aber vermag auch dieser Bericht keine Zweifel an den Berichten der beratenden Ärzte zu begründen.

**7.2.4** Betreffend die linke Schulter hielt Dr.med. L. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 14. November 2018 zutreffend fest, dass die Aussage, wonach Beschwerden an der linken Schulter seit dem rubrizierten Ereignis bestehen würden, mit echtzeitnäheren Angaben der Beschwerdeführerin nicht übereinstimmen würden. Vielmehr ergibt sich aus den Akten, dass Schmerzen an der linken Schulter seit dem Unfallereignis vom 24. März 2015 erstmals im Arztbericht von Dr.med. M. \_\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2016 aktenkundig wurden. Zuvor wurde die linke Schulter, wenn überhaupt, vielmehr im Vergleich mit der rechten Schulter mit einem unauffälligen Befund erwähnt. Ein Arthro MRI der linken Schulter

wurde sodann erst am 14. November 2016 erstellt und zeigte einen unauffälligen kernspintomographischen Befund bzw. keine Schulterverletzung struktureller Natur sowie nur geringe degenerative Veränderungen. Somit hielt Dr.med. L.\_\_\_\_\_ nachvollziehbar fest, dass die erst später geäußerten Beschwerden an der linken Schulter unfallfremd sind. In der Folge lassen sich den Berichten des - die Beschwerdeführerin behandelnden Schulterspezialisten und - Operateurs Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ keine Beschwerden der linken Schulter mehr entnehmen. Auch der Chronologie der Beschwerdeführerin vom 2. Juli 2020 an die Vorinstanz lassen sich Schmerzen der linken Schulter höchstens indirekt aus einer Klammerbemerkung entnehmen, wobei diese nicht nachvollziehbar ist. So äusserte die Beschwerdeführerin, dass sie seit dem Unfall vom 24. März 2015 bis zur Operation der rechten Schulter am 29. Mai 2018 nie schmerzfrei gewesen sei und die Schultern (sic!) nicht habe gebrauchen können bzw. Dauerschmerzen gehabt habe, die sich bei jeder Bewegung verstärkt hätten. Nicht nachvollziehbar ist damit, weshalb allfällige Beschwerden der linken Schulter nach der Operation der rechten Schulter plötzlich aufgehört haben sollten. Damit vermag diese Beschwerdebeschreibung der Beschwerdeführerin am Gesagten nichts zu ändern bzw. keine auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung der die Vorinstanz beratenden Ärzte zu begründen. Des Weiteren bestätigte auch Dr.med. W.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 21. September 2019, dass sich im MR-Arthrogramm der linken Schulter vom 14. November 2016 keine Veränderungen, die als frisch oder traumatisch bedingt zu werten wären, nachweisen liessen. Damit waren auch keine weiteren Abklärungen betreffend die linke Schulter erforderlich. Dass die die Vorinstanz beratenden Ärzte die obgenannten Ausführungen bestätigten, ist somit nachvollziehbar. Es lassen sich den Akten keine Anhaltspunkte für begründete bereits geringe Zweifel daran entnehmen.

**7.3.1** Bereits in der Stellungnahme vom 22. Februar 2016 führte Dr.med. L.\_\_\_\_\_ aus, dass aus der MRI-Untersuchung der rechten Schulter vom 11. August 2015 hervorgehe, dass bei leichtem Markraumödem lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung der AC-Gelenksarthrose als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal angesehen werden könne. Die übrigen strukturellen Befunde seien eindeutig rein degenerativer Natur. Es bestünden sonst keinerlei Zeichen für eine traumatische Entstehung der pathologischen Befunde an der Schulter. Die SLAP-Läsion bzw. die Verletzung an der Rotatorenmanschette könne nicht durch den beschriebenen Sturz auf den Ellbogen bzw. beider Handgelenke verursacht worden sein. Der Unfallmechanismus sei hierfür ungeeignet. Dies seien vorbestehende, degenerative, überlastungsbedingte, pathologische Befunde. Hinsichtlich der rechten Schulter sei folglich das Eintreten des Status quo sine zu prüfen. Dieser sei per 31. Dezember 2015 erreicht worden.

**7.3.2** Auch wenn die ursprüngliche Beurteilung vom 22. Februar 2016 betreffend die rechte Schulter (insbesondere die SLAP-Läsion) nicht ohne weiteres nachvollziehbar war und weitere Rückfragen bzw. die Einholung weiterer Stellungnahmen notwendig wurden, so liegen damit nicht bereits geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der Stellungnahmen von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ (sowie Dr.med. V. \_\_\_\_\_ und Dr.med. W. \_\_\_\_\_) vor, welche trotz nachfolgender ergänzender Begründung eine versicherungsexterne Beurteilung notwendig machen würden.

Grundsätzlich unbestritten ist die Diagnose einer SLAP-Läsion vom Typ II. Wenn man davon ausgeht, dass eine SLAP-Läsion in der Folge eines Sturzes auf den ausgestreckten Arm entstehen kann (vgl. Chronologie der Beschwerdeführerin an die Vorinstanz vom 2.7.2020; Urteil BGer 8C\_169/2018 vom 31.8.2018 E. 6.4; vgl. auch 4. versicherungsmedizinische Stellungnahme vom 6.5.2021 S. 8), so erscheint die Aussage von Dr.med. L. \_\_\_\_\_, wonach der Unfallmechanismus hierfür ungeeignet sei, durchaus fraglich. Zwar ist der genaue Unfallhergang nicht ohne weiteres erstellt (und kaum nachträglich rekonstruierbar, wie die Beschwerdeführerin zutreffend vorbringt und woran auch eine persönliche Untersuchung nichts zu ändern vermag), allerdings ging die Vorinstanz - der versicherungsmedizinischen Stellungnahme von Dr.med. K. \_\_\_\_\_ folgend - von der Unfallkausalität der TFCC-Läsion aufgrund eines Sturzes auf das rechte Handgelenk aus (nachdem ein Sturz auf den Ellbogen eine TFCC-Läsion unfallkausal unwahrscheinlich gemacht hätte). Indes genügt die Diagnose einer SLAP-Läsion vom Typ II nicht allein, um von einer degenerativen oder traumatischen Läsion auszugehen. Denn ausschlaggebend für die Kausalitätsbeurteilung ist letztlich nicht der Unfallmechanismus, sondern sind die gesicherten Befunde und Diagnosen (Urteil BGer 8C\_169/2018 vom 31.8.2018 E. 6.4). Weshalb die die Vorinstanz beratenden Ärzte von einer degenerativen SLAP-Läsion Typ II ausgingen, lässt sich anschliessend spätestens in der Stellungnahme von Dr.med. W. \_\_\_\_\_ vom 21. September 2019 sowie der Begründung bzw. vierten versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 6. Mai 2021 nicht nur unabhängig vom Unfallhergang, sondern insbesondere gestützt auf die Befunde, übrigen Diagnosen und Schmerzschilderungen der Beschwerdeführerin entnehmen.

**7.3.3** Gemäss Dr.med. W. \_\_\_\_\_ sind sämtliche von ihm aufgeführten Befunde, mit Ausnahme der Veränderungen in der Pars clavicularis muscoli deltoidei, am ehesten als degenerativ oder krankheitsbedingt zu werten. Zur möglichen leichten Zerrung der Pars clavicularis muscoli deltoidei ergänzte er, dass wenn man davon ausgehe, dass diese Veränderungen durch Muskelzerrung bedingt seien, diese nicht auf den Unfall vom 24. März 2015 zurückgeführt werden könn-

ten, da dieser zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits mehr als vier Monate in der Vergangenheit gelegen habe und die MR-tomografischen Zeichen einer leichten Muskelzerrung sich nach einer derart langen Zeit üblicherweise nicht mehr nachweisen liessen. Differenzialdiagnostisch komme hingegen eine Thrombose der Vena cephalica und der Vena axillaris in Frage, welche schon eher auf den am 24. März 2015 erlittenen Unfall zurückgeführt werden könnte. SLAP-Läsionen vom Typ 2 seien in den allermeisten Fällen nicht traumatisch bedingt, sondern auf einen chronischen, repetitiven Einsatz der betroffenen Extremität oberhalb von Kopfhöhe zurückzuführen. Zur eben erwähnten Frage, ob ein Sturz auf den ausgestreckten Arm eine SLAP-Läsion Typ 2 verursachen könne, äusserte sich Dr.med. W.\_\_\_\_\_ nicht, wobei er auch nicht danach gefragt wurde. Jedoch ergänzte er, dass das vom dorsalen Bereich des Risses des Labrum glenoidale ausgehende kleine Ganglion am 11. August 2015 darauf hindeute, dass die SLAP-Läsion bereits seit geraumer Zeit vorliegen müsse, insbesondere, wenn man auch die sehr langsame Grössenzunahme des Ganglions zwischen dem 11. August 2015 und dem 23. Februar 2018 berücksichtige. Die ödemartigen Knochenmarkveränderungen in den gelenknahen Abschnitten von Clavicula und Acromion könnten zwar auf eine leichte Aktivierung deuten, um eine traumatisch bedingte Aktivierung zu bestätigen, müsste aber ein Vergleich mit einem kurz vor dem Unfall angefertigten MRT erfolgen. Ein solches liege jedoch nicht vor. Unabhängig davon liessen sich im MR-Arthrogramm vom 23. Februar 2018 keine Zeichen einer Aktivierung mehr erkennen. Zudem liege das Ausmass der Progredienz, die die Akromioklavikulararthrose in der zwischen den beiden Untersuchungen liegenden Zeitspanne erfahren habe, sicher in einem normalen Umfang. Schliesslich sei die Wahrscheinlichkeit einer spontanen Entwicklung der Tendinitis calcarea, welche gemäss heutigem medizinischem Wissen - abgesehen von vereinzelt Fällen - nicht traumatisch bedingt, sondern eine Erkrankung sei, bei der Beschwerdeführerin aufgrund ihres Alters, Geschlechts und des Diabetes mellitus - welcher ein unbestrittener Risikofaktor sei - bei Weitem grösser als diejenige einer traumatischen Genese. Die Ausführungen von Dr.med. W.\_\_\_\_\_ sind nachvollziehbar und begründet (vgl. hierzu u.a. auch den Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich UV.2017.00024 vom 27.9.2018 E. 4, wonach die Diagnose einer Tendinosis calcarea das Ergebnis eines degenerativen und somit unfallfremden Prozesses sei). Aus den vorliegenden Akten und Einwänden der Beschwerdeführerin lassen sich keine auch nur geringen Zweifel daran erkennen.

**7.3.4** Dr.med. L.\_\_\_\_\_ und Dr.med. V.\_\_\_\_\_ hielten in ihrer Stellungnahme vom 25. November 2020 sowie in derjenigen vom 6. Mai 2021 insbesondere fest, dass ein Tag nach dem Unfall nicht die rechte Schulter selbst, sondern

gewisse Bewegungen der rechten Schulter Schmerzen im rechten Ellbogen ausgelöst hätten. Somit seien initial nur Schmerzen im Ellbogen-, nicht aber im Schultergelenk selber geltend gemacht worden (mit Verweis auf die Erstuntersuchung durch Dr.med. H.\_\_\_\_\_). Mit dieser Erkenntnis der beratenden Ärzte stimmt überein, dass auch im Notfallbericht vom 25. März 2015 zur Konsultation am Unfalltag keine Schulterschmerzen geschildert werden. Hätte die Beschwerdeführerin indessen eine traumatische SLAP-Läsion erlitten, wäre es - gemäss den stellungnehmenden Ärzten - überwiegend wahrscheinlich zu einer sofortigen schmerzhaften Pseudoparalyse (Drop Arm Sign) gekommen und die Schulterbewegung an sich wäre äusserst schmerzhaft in der rechten Schulter selbst gewesen. Ebenfalls gestützt auf den Krankengeschichten-Auszug von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ hielten die beratenden Ärzte sodann fest, dass am 30. Oktober 2015 die Schulterbeweglichkeit rechts normal, jedoch mit etwas Schmerzen festgehalten wurde. Vor allem bei Aussenrotation der rechten Schulter, was eine Supination der beiden distal gelegenen Gelenke Ellbogen- und Handgelenk mitbewirke, seien Schmerzen im Ellbogen bzw. im Handgelenkbereich geäussert worden, was somit den Beurteilungen der beratenden Ärzte nicht widerspricht. Dass Schmerzen in der rechten Schulter unfallnah - wenn auch nicht zwingend gänzlich ausblieben aber doch - nicht vordergründig waren, ergibt sich auch aus der Aussage des behandelnden Arztes und Operateurs Dr.med. Q.\_\_\_\_\_, welcher die Beschwerdeführerin am 26. März 2018 gesehen hat und ausführte, dass die rechte Schulter nach dem Sturz 2015 initial nicht sehr eindrücklich gewesen sei. Die Beschwerden hätten in letzter Zeit aber massiv zugenommen. Als auffallend erachteten die die Versicherung beratenden Ärzte sodann den erheblichen Befundunterschied hinsichtlich der rechten Schulter zwischen der Untersuchung durch den gleichen Arzt am 25. März 2015 und der Untersuchung vom 1. Dezember 2015 wo ein Painful Arc festgehalten worden sei, den es einen Tag nach dem Unfallereignis nicht gegeben habe. Dies spreche bereits zum Untersuchungstag vom 1. Dezember 2015 für eine sich in den Vordergrund drängende symptomatische Kalkschulter rechts. Bei dieser Untersuchung standen jedoch Schulterschmerzen nach wie vor nicht im Vordergrund. Damit aber stützen auch die nachfolgend eingegangenen Arztberichte weiterhin die anfänglich erfolgte Beurteilung von Dr.med. L.\_\_\_\_\_, wonach der Unfall im März 2015 an der rechten Schulter lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung (mit welcher wohl auch Beschwerden einher gegangen sein dürften) führte, wobei der Status quo sine per 31. Dezember 2015 eingetreten sei. Nachvollziehbar ist zudem, dass bei einer derart langen Latenzzeit der erheblichen Beschwerden (Monate, wenn nicht gar zwei bis drei Jahre später), nicht von der Unfallkausalität dieser (späteren bzw. erheblichen) Beschwerden ausgegangen wird. Damit aber

ist vorliegend auch nicht von einer unfallbedingten Aktivierung des krankhaften Vorzustandes bzw. bei vorübergehender Verschlimmerung vielmehr von einer überholenden Kausalität des erheblichen degenerativen Vorzustandes (vgl. nachfolgende E. 7.3.5 f.; Urteil BGer 8C\_268/2020 vom 19.4.2021 E. 3.4) auszugehen, nachdem sich die Schmerzen, welche schliesslich zu einem operativen Eingriff führten, in ihrer Intensität erst Monate bzw. mehr als zwei Jahre später einstellten.

**7.3.5** Sodann bestätigten Dr.med. L.\_\_\_\_\_ und Dr.med. V.\_\_\_\_\_ die nachvollziehbaren Ausführungen von Dr.med. W.\_\_\_\_\_, wonach eine Tendinitis calcarea (Kalkschulter) eine Erkrankung und keine Unfallfolge sei (vgl. hierzu u.a. auch Urteil BGer 8C\_843/2014 vom 18.3.2015 E. 5.3). Das Kalkdepot sei sodann bereits im August 2015 sichtbar gewesen. Die Bildung einer Kalkscholle dauere eine lange Zeit und sei nicht durch eine axiale Stauchung im Schultergelenk erklärbar, vor allem nicht, weil diese zum Rezidiv neigende Erkrankung bei der Versicherten bereits 2004/2005 bestanden habe (vgl. auch Bericht von Dr.med. P.\_\_\_\_\_ vom 13.3.2018, welcher ein Rezidiv Tendinitis calcarea diagnostiziert, Vi-act. M35/2). Es liege damit an der rechten Schulter ein relevanter Vorzustand vor. Laut Operationsbericht von Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2004 sei damals aufgrund einer Tendinitis calcarea Typ A eine Nadelung an der rechten Schulter durchgeführt worden. Am 17. Februar 2005 erfolgte eine weitere Operation, weil die Nadelung keine Beschwerdefreiheit gebracht habe. Mit Verweis auf die Krankengeschichte von Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ erwähnten die beratenden Ärzte zudem zutreffend, dass es auch 2012 zu einer Schmerzepisode aufgrund der bekannten Schulterpathologie rechts kam. Der relevante Vorzustand wurde in der Stellungnahme vom 25. November 2020 der die Versicherung beratenden Ärzte insbesondere mit der Pariarthrititis humeroscapularis calcarea (Kalkschulter bzw. PHS) 2004/2005 begründet, wobei es sich dabei um eine Sammelbezeichnung für meist schmerzhafteste degenerative Veränderungen mit Bewegungseinschränkung im Bereich des Schultergürtels sowie eine Symptombeschreibung handle. Dem Krankheitsbild könnten vielfältige Ursachen zugrunde liegen. In der Schweizer und Deutschen Übersichtsliteratur werde davon ausgegangen, dass die Periarthritis humeroscapularis calcarea ein degeneratives Leiden sei. Bagatelltraumata könnten die Symptomatik allenfalls auslösen, seien aber nicht die eigentliche Ursache.

**7.3.6** Dr.med. L.\_\_\_\_\_ und Dr.med. V.\_\_\_\_\_ haben gestützt auf das vorstehend Gesagte sowie unter Berücksichtigung der radiologischen Beurteilung von Dr.med. W.\_\_\_\_\_ nachvollziehbar festgehalten, dass das rubrizierte Unfallereignis vom 24. März 2015 keinerlei neue strukturelle Veränderungen an der

rechten Schulter verursacht hat. An der rechten Schulter bestünden sehr ausgedehnte degenerative bzw. krankhafte Veränderungen, vornehmlich eine rezidierte Kalkschulter, eine sich allmählich entwickelnde degenerative SLAP-Läsion und diverse Tendinopathien. Auch sei in der Bildgebung 2015 ähnlich wie 2004/2005 abermals ein Ganglion nachweisbar gewesen. Die Ärzte hielten schliesslich nachvollziehbar fest, dass als Grunderkrankung eine chronisch-degenerative Erkrankung an der rechten Schulter besteht, das rubrizierte Ereignis darum überwiegend wahrscheinlich lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung, nicht aber eine richtunggebende Verschlimmerung oder einen strukturellen Dauerschaden verursachte. Dr.med. L. \_\_\_\_\_ und Dr.med. V. \_\_\_\_\_ ergänzten sodann - auch gestützt auf die MRI-Arthrografie vom 23. Februar 2018 - nachvollziehbar, dass die vorübergehende Verschlimmerung längst vor der erwähnten Arthrografie beendet gewesen sein muss, weil die einzige traumatische Veränderung, eine Muskelzerrung mit Muskelvenenthrombose im Bereich des Deltoidmuskels, komplett verheilt war. Dr.med. V. \_\_\_\_\_ führte zudem aus, dass die von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ am 22. Februar 2016 festgelegte Heilungsdauer der vorübergehenden Verschlimmerung betreffend die rechte Schulter mit neun Monaten bis zum 31. Dezember 2015 als grosszügig zu betrachten sei, angesichts der schon im August 2015 via MRI-Arthrografie gesicherten konkurrierenden und offenbar schon bald überholenden Kausalität einer Kalkschulter sowie der Kenntnis, dass Muskelzerrungen mit Muskelvenenthrombosen in der Regel innert etwa sechs bis acht Wochen spontan abheilen würden. Eine bleibende strukturelle Schädigung in der rechten Schulter sei jedenfalls nicht objektiviert worden. Damit bestätigen die die Versicherung beratenden Ärzte den Status quo sine per 31. Dezember 2015. Für die Richtigkeit der Ausführungen von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ und Dr.med. V. \_\_\_\_\_ spricht auch der Umstand, wonach in der Folge abgesehen von der MR-Arthrografie im August 2015 bis im März 2018 keine weitere Behandlung allfälliger Schulterbeschwerden rechts mehr erfolgte (Schulterbeschwerden rechts wurden zwar noch im Bericht vom 21. Oktober 2016 von Dr.med. M. \_\_\_\_\_ erwähnt, die Konsultation erfolgte jedoch nur aufgrund akuter schmerzhafter Funktionsstörung der Schulter links). Dies spricht - entgegen der nachträglich erfolgten Argumentation der Beschwerdeführerin - für einen Crescendo-Verlauf der Schmerzen an der rechten Schulter und somit weniger für eine traumatische, sondern vielmehr für eine degenerative Ursache der Schulterbeschwerden. Dafür spricht schliesslich auch, dass bei der am 29. Mai 2018 durchgeführten Schulterarthroskopie rechts, welche gemäss Beschwerdeführerin schliesslich ca. ein Jahr später zur Beschwerdefreiheit an der rechten Schulter geführt hat, ausschliesslich degenerative bzw. krankhafte Befunde operativ angegangen wurden (vgl. vorstehende E. 4.18 und

4.21). Den Akten lassen sich zusammenfassend weder in Bezug auf das Ergebnis der Beurteilung von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ vom 22. Februar 2016 noch in Bezug auf die weiteren versicherungsmedizinischen Stellungnahmen Anhaltspunkte für begründete bereits geringe Zweifel daran entnehmen. Wie die beratenden Ärzte zutreffend festhalten, beurteilte PD Dr.med. R. \_\_\_\_\_ lediglich die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden rechts in Bezug auf das angebliche Ereignis vom 14. Dezember 2017, nicht jedoch in Bezug auf den Unfall vom 24. März 2015, ebenso Dr.med. Y. \_\_\_\_\_

**7.4** Bei dieser Sachlage vermag eine persönliche Untersuchung keine weiteren Erkenntnisse zu bringen. Im konkreten Fall hat die Vorinstanz bzw. die sie beratenden Ärzte in ihrer Beurteilung nachvollziehbar die echtzeitlichen Untersuchungen, Befunderhebungen und Diagnosen der die Beschwerdeführerin behandelnden Ärzte berücksichtigt. Gestützt auf diese Beurteilung ist die Vorinstanz bei der rechten Schulter zu einem Status quo sine per 31. Dezember 2015, beim rechten Handgelenk und rechten Ellbogen zu einem Endzustand per 26. September 2018 und bei der linken Schulter zu einer fehlenden Unfallkausalität gelangt. Wie bereits ausgeführt, bestehen keine auch nur geringen Zweifel an den Ausführungen der die Vorinstanz beratenden Ärzte. Damit vermag eine nachträgliche bzw. zum heutigen Zeitpunkt durchgeführte Untersuchung der Beschwerdeführerin bzw. ein Bild zum gegenwärtigen Status nichts an den vorstehenden Beurteilungen zu ändern. Die Beschwerdeführerin macht denn auch nicht eine Verschlimmerung der Beschwerden geltend, sondern vielmehr anhaltende Beschwerden im rechten Arm (Hand, Ellbogen und Schulter) sowie gleichzeitig wiederum Beschwerdefreiheit in der rechten Schulter ein Jahr nach der Operation, womit die Angaben der Beschwerdeführerin zum heutigen Gesundheitszustand gar widersprüchlich sind. Dass die Beschwerdeführerin absolut beschwerdefrei ist, wird sodann auch von der Vorinstanz nicht behauptet. Die Beschwerden werden des Weiteren bei der Beurteilung der Integritätsentschädigung berücksichtigt. Eine reine Aktenbeurteilung ist somit vorliegend genügend beweiskräftig. Nicht gefolgt werden kann sodann den Rügen der Beschwerdeführerin, wonach die Beurteilungen von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ und Dr.med. V. \_\_\_\_\_ nicht gemeinsam erfolgt sein soll, und wonach Dr.med. L. \_\_\_\_\_ nicht über die nötige Fachkompetenz für seine Beurteilungen verfügte.

Soweit die Beschwerdeführerin eine Verletzung des Grundsatzes der Waffengleichheit rügt bzw. geltend macht, dass die Vorinstanz beliebig viele Abklärungen bei ihren beratenden Ärzten einholen könne, während es der Beschwerdeführerin aus finanziellen Gründen nicht möglich sei, ihrerseits Arztberichte einzuholen, welche sich zu den Ausführungen der beratenden Ärzte äussern, ist dazu

was folgt auszuführen. Zwar trifft es zu, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung Zweifel nur (aber immerhin) in aller Regel zu verneinen sind, wenn bezüglich der entscheidungswesentlichen medizinischen Tatsachen keine vom Bericht der versicherungsinternen oder beratenden Fachärzte abweichende Stellungnahmen anderer medizinischer Fachpersonen vorliegen (vgl. Urteil BGer 8C\_106/2020 vom 17.3.2020 Erw. 4.1). Allerdings hielt das Verwaltungsgericht hierzu in VGE I 2023 14 vom 12. Juli 2023 (E. 6.4) fest, dass dies nicht ausschliesst, dass Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit anders als durch abweichende Arztberichte begründet sind. Für die Versicherung gilt der Untersuchungsgrundsatz und es würde quasi einer Beweislastumkehr gleichkommen, wenn die Beschwerdeführerin zu jeder versicherungsinternen Beurteilung selber einen Facharztbericht einholen müsste, weil nur Facharztberichte Zweifel zu erwecken vermöchten. Damit bleibt nach wie vor zu prüfen, ob den vorinstanzlichen Aktenbeurteilungen keine auch nur geringen Zweifel entgegenstehen. Im Unterschied zum zitierten Verwaltungsgerichtsentscheid sind vorliegend jedoch solche den versicherungsinternen Stellungnahmen nach eingehender Prüfung entgegenstehenden auch nur geringen Zweifel zu verneinen (vgl. hierzu die vorstehenden Erwägungen).

Daraus, dass die Beschwerdeführerin der Vorinstanz - in Wahrung ihrer Mitwirkungspflicht gemäss Art. 28 ATSG - weitere Arztberichte eingereicht hat in der Annahme, eine externe Begutachtung werde erfolgen, kann sie nichts zu ihren Gunsten ableiten. Ebenso wenig aus dem Umstand, dass die Vorinstanz bei den beratenden Ärzten, wenn nötig, ergänzende Stellungnahmen einholen kann (vgl. hierzu vorstehende E. 6.2).

Im konkreten Fall ist nicht ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin den Endzustand bestreitet. Sie macht nicht geltend, nach wie vor in Behandlung zu sein bzw. dass weitere Behandlungen erforderlich wären, um den Gesundheitszustand verbessern zu können. Vielmehr rügt sie die Notwendigkeit weiterer Sachverhaltsabklärungen auch im Hinblick auf die Einschätzung des Status quo sine vel ante sowie gegebenenfalls betreffend Zeitpunkt des Endzustandes.

Schliesslich sind die Ausführungen der Beschwerdeführerin betreffend Verwechslung der Körperseite unbehelflich, zumal es sich beim Handgelenk offensichtlich um eine solche Verwechslung handelte, während die Beurteilung der Schulterbeschwerden links durch die die Versicherung beratenden Ärzte erfolgte, trotz spätem Auftreten dieser Beschwerden. Somit mag auch dieses Vorbringen keine Zweifel an den Ausführungen von Dr.med. L.\_\_\_\_\_, Dr.med. V.\_\_\_\_\_ und Dr.med. W.\_\_\_\_\_ zu begründen.

**7.5** Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz gestützt auf die Beurteilungen der sie beratenden Ärzte betreffend die Beschwerden an der rechten Schulter zu Recht von einem Status quo sine per 31. Dezember 2015 ausgegangen ist bzw. die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden rechts ab 1. Januar 2016 und den natürlichen Kausalzusammenhang von Beschwerden an der linken Schulter zum Unfallereignis vom 24. März 2015 als überwiegend wahrscheinlich nicht bestehend verneinte. Zudem ist die Vorinstanz im Übrigen zu Recht von einem medizinischen Endzustand ausgegangen und hat die Kostenübernahme für ärztliche und therapeutische Massnahmen aus der obligatorischen Unfallversicherung per 26. September 2018 eingestellt.

**8.1.1** Im angefochtenen Einspracheentscheid hat die Vorinstanz festgehalten, die Zusprache der Integritätsentschädigung in der Höhe von 5% bzw. Fr. 6'300.-- sei nicht zu beanstanden.

**8.1.2** Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass die Vorinstanz in der Verfügung Ende 2018 eine Integritätsentschädigung von 5% festlegte und sich dabei auf Überlegungen des beratenden Arztes zu einer Handgelenksarthrose im November 2018 stützte. Die beratende Stellungnahme vom November 2020 habe keine Überlegungen zur Integritätsentschädigung enthalten. Die mit dem Einspracheentscheid zugestellte beratende Stellungnahme vom 6. Mai 2021 habe Überlegungen zu einer weiteren Integritätsentschädigung von 5% hinsichtlich Ellbogenarthrose enthalten. Diese Überlegungen seien nicht gedeckt durch die Verfügung Ende 2018. Trotzdem sei die Einsprache abgewiesen worden. Selbst wenn die Vorinstanz nun ein Versehen geltend machen und beantragen werde, die Beschwerde im Sinne einer zusätzlichen Integritätsentschädigung von 5% teilweise gutzuheissen und im Übrigen abzuweisen, sei das Problem nicht gelöst. Bei mehreren Integritätsschäden aus mehreren Unfällen werde die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt und voraussehbare Verschlimmerungen würden angemessen berücksichtigt. Dies setze eine sorgfältige Anamnese und persönliche Untersuchung aller Funktionseinschränkungen im heutigen Zeitpunkt voraus. Dazu brauche es ein fachkompetentes, aktuelles und neutrales externes Gutachten.

**8.1.3** Die Vorinstanz führt vernehmlassend aus, dass der Beschwerdeführerin insoweit beizupflichten sei, als im Einspracheentscheid die zusätzliche Integritätsentschädigung betreffend den rechten Ellbogen versehentlich nicht berücksichtigt worden sei. Die Einsprache wäre in diesem Punkt teilweise gutzuheissen gewesen. Die Beschwerdeführerin habe damit insgesamt Anspruch auf eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 10%.

**8.2.1** Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Integritätsentschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Ein Integritätsschaden gilt als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Art. 36 Abs. 1 UVV).

**8.2.2** Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1 b; BGE 113 V 219 E. 2a; RKUV 1988 Nr. U 48 S. 236 E. 2a mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die im Anhang 3 zur UVV genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet. Das gilt auch für das Zusammenfallen mehrerer körperlicher, geistiger und psychischer Integritätsschäden (Ziff. 1 Abs. 2).

**8.2.3** Die Beurteilung des Integritätsschadens basiert auf dem medizinischen Befund. Die Skala der Integritätsschäden im Anhang 3 zur UVV erlaubt es dem Arzt, grundsätzlich jeden Integritätsschaden annähernd vergleichbaren Integritätsschäden in dieser Skala zuzuordnen. Trotzdem hat sich in der Praxis ein Bedürfnis zur differenzierten listenmässigen Erfassung der Integritätsschäden manifestiert. Die Suva hat in der Folge, basierend auf der erwähnten Skala und unter Berücksichtigung dieser verbindlichen Werte, weitere Schätzungsgrundlagen in tabellarischer Form erarbeitet (vgl. [www.suva.ch](http://www.suva.ch); eingesehen am 26.10.2023). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen (sog. Feinraster) stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziffer 1 der Richtlinien im Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den Regelfall gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich als Richtwerte angesehen werden, mit denen die Gleichbehandlung aller versicherten Personen gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c; Urteil BGer 8C\_478/2022 vom 30.5.2023 E. 6.1).

**8.2.4** Somit fällt es in einem ersten Schritt dem Arzt oder der Ärztin zu, sich unter Einbezug der in Anhang 3 der UVV und gegebenenfalls in den Suva-Tabellen aufgeführten Integritätsschäden dazu zu äussern, ob und inwieweit ein Schaden vorliegt, welcher dem Typus von Verordnung, Anhang oder Weisung entspricht (Urteile BGer 8C\_762/2019 vom 12.3.2020 E. 6.3; 8C\_734/2019 vom 23.12.2019 E. 4.2; BGE 140 V 193 E. 3.2). Verwaltung und Gericht obliegt es danach, gestützt auf die ärztliche Befunderhebung die rechtliche Beurteilung vorzunehmen, ob ein Integritätsschaden gegeben ist, ob die Erheblichkeitsschwelle erreicht ist und - bejahendenfalls - welches Ausmass die erhebliche Schädigung angenommen hat oder aber weiter medizinische Abklärungen zu veranlassen. Dass sie sich hierfür an die medizinischen Angaben zu halten haben, ändert nichts daran, dass die Beurteilung des Integritätsschadens als Grundlage des gesetzlichen Leistungsanspruchs letztlich Sache der Verwaltung, im Streitfall des Gerichts, und nicht der medizinischen Fachperson ist. Gelangt der Rechtsanwender im Rahmen der freien Beweiswürdigung zur Auffassung, es lägen keine schlüssigen medizinischen Angaben zum Vorliegen eines Integritätsschadens vor, bedingt dies regelmässig Aktenergänzungen in medizinischer Hinsicht (Urteile BGer 8C\_762/2019 vom 12.3.2020 E. 6.3; 8C\_826/2013 vom 28.5.2013 E. 2.4 mit Verweis auf SVR 2009 UV Nr. 27; zum Zusammenwirken ärztlicher Einschätzung und juristischer Wertung bei der Bemessung der Integritätseinbusse vgl. auch Thomas Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Diss. Freiburg 1997, S. 68 ff.).

**8.2.5** Fallen mehrere körperliche, geistige oder psychische Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Art. 36 Abs. 3 UVV). Voraussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens werden angemessen berücksichtigt. Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Art. 36 Abs. 4 UVV). Eine voraussehbare Verschlimmerung liegt vor, wenn im Zeitpunkt der Festsetzung der Integritätsentschädigung eine Verschlimmerung als wahrscheinlich prognostiziert und damit auch geschätzt werden kann. Nicht voraussehbare Verschlechterungen können naturgemäss nicht im Voraus berücksichtigt werden. Entwickelt sich daher der Gesundheitsschaden im Rahmen der ursprünglichen Prognose, ist die Revision einer einmal zugesprochenen Integritätsentschädigung ausgeschlossen. Hingegen ist die Entschädigung neu festzulegen, wenn sich der Integritätsschaden später bedeutend stärker als prognostiziert verschlimmert (Urteil BGer 8C\_734/2019 vom 23.12.2019 E. 4.1.2 m.H. auf RKUV 1991 Nr. U 132 S. 305, U 245/96 E. 4b). Entscheidend ist damit insbesondere auch der Zeitpunkt der Schätzung der Integritätseinbusse. Art. 24 Abs. 2 UVG

definiert den Grundsatz der Gleichzeitigkeit von Festsetzung der Invalidenrente und Integritätsentschädigung. Dieser Grundsatz kann indessen nur Anwendung finden, soweit auch die Bedingungen für die Zusprechung der Invalidenrente und der Integritätsentschädigung gleichzeitig erfüllt sind. Dies dürfte in der Regel der Fall sein; besondere Umstände können aber zu Ausnahmen führen, so wenn der Arzt erst in einem späteren Zeitpunkt eine zuverlässige Prognose hinsichtlich der Dauerhaftigkeit und Erheblichkeit der Beeinträchtigung sowie allfälliger späterer Verschlimmerungen im Sinne von Art. 36 Abs. 4 UVV stellen kann. Weil die Integritätsentschädigung dem Ausgleich von Dauerschäden dient, kann dieser Anspruch erst beurteilt werden, wenn sich der Gesundheitszustand der versicherten Person stabilisiert hat und von medizinischen Massnahmen keine Besserung mehr erwartet werden kann (Urteil BGer 8C\_68/2021 vom 6.5.2021 E. 4.4 m.w.H.).

**8.3** Bereits in der Stellungnahme vom 22. Februar 2016 hielt Dr.med. L.\_\_\_\_\_ fest, dass am rechten Handgelenk ausgeprägte degenerative Veränderungen bzw. eine vorbestehende STT-Arthrose sowie eine Arthrose im distalen Radioulnargelenk bestehen würden, welche durch den Sturz auf das Handgelenk aktiviert worden seien. Mit der TFCC-Läsion sei es indes zu einer richtunggebenden Verschlimmerung am rechten Handgelenk gekommen. An der rechten Schulter bestehe sodann eine vorbestehende mässige AC-Gelenksarthrose, wobei der Status quo sine am 31. Dezember 2015 erreicht worden sei, nachdem die eindeutig degenerativen Schädigungen des Schultergelenks bzw. Schulterreckgelenks als Beschwerdeursachen hauptverantwortlich seien.

In seiner zweiten versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 14. November 2018 setzte sich Dr.med. L.\_\_\_\_\_ hauptsächlich mit der linken Schulter auseinander. Ergänzend führte er jedoch aus, dass mit dem Bericht von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ vom 26. September 2018 in Bezug auf die rechte Hand der medizinische Endzustand eingetreten sei. Es bestehe eine erhebliche und dauerhafte Schädigung der körperlichen Integrität insbesondere, wenn man eine voraussehbare Verschlimmerung - mit Tendenz zur mässigen Handgelenksarthrose - hinsichtlich des rechten Handgelenks berücksichtige. Es bestehe gegenwärtig nur ein geringer Dauerschaden, mit einer erheblichen weiteren Verschlimmerung sei nicht zu rechnen, weshalb Dr.med. L.\_\_\_\_\_ einen Integritätsschaden von 5% einschätzte.

In der dritten versicherungsmedizinischen Beurteilung äusserten sich Dr.med. L.\_\_\_\_\_ und Dr.med. V.\_\_\_\_\_ erneut zur Integritätsentschädigung sowie zu den jeweiligen geltend gemachten Beschwerden einzeln. Betreffend das rech-

te Handgelenk führten sie u.a. aus, dass die jüngste MRI-Arthrografie des rechten Handgelenks vom 28. Januar 2020 eine unauffällige Darstellung des refixierten Diskus triangularis sowie unauffällige Radiokarpalgelenke ergeben habe. Es hätten sich keine Raumforderung, kein dorsales Ganglion und keine Tenosynovitis gefunden. Zu erwarten gewesen seien Suszeptibilitätsartefakte durch das eingebrachte Fremdmaterial im distalen Radioulnargelenk. Am 30. Januar 2020 habe die Handchirurgin Dr.med. U. \_\_\_\_\_ über eine inzwischen sehr gute Handgelenkbeweglichkeit mit einer Extension/Flexion 65/0/70°, bei beinahe vollständiger Pro- und Supination berichtet. Die Versicherte beginne unterdessen eine neue Tätigkeit, wobei die Hand nicht mehr belastet werden solle. Demzufolge hätten die Untersuchungen des rechten Handgelenks vom Januar 2020 keine namhafte subjektive, klinische oder objektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes bezüglich rechtes Handgelenk ergeben. Gestützt darauf beurteilten die die Versicherung beratenden Ärzte, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch immer nicht von einer schweren Handgelenksarthrose oder Handwurzelarthrose auszugehen sei. Korrekt sei nach wie vor, dass gegenwärtig ein geringer unfallbedingter Dauerschaden bestehe. Zusammen mit der neuen TFCC-Läsion sei die Handgelenksarthrose als Schaden an der körperlichen Integrität gemäss SUVA-IE-Tabelle 5 ohne erforderliche Differenzierung zwischen degenerativem Vorzustand und am 24. März 2015 entstandenem Schaden brutto mit 10% (d.h.: dem Mittelwert für mässige Arthrose) einzuschätzen. Es bestehe eine ausgedehnte degenerative Handgelenkveränderung (u.a. eine STT-Arthrose und diverse Handwurzelknochenarthrosen) als mutmasslich klinisch stiller Vorzustand. Dieser Vorzustand sei im Sinne einer Brutto-Netto-Rechnung der Integritätsentschädigung unter Berücksichtigung der zum gegenwärtigen Zeitpunkt voraussehbaren Verschlimmerung mit 5% in Abzug zu bringen. Dabei sei auch beachtet worden, dass die Versicherte am 25. Juni 2020 eine chronologische Aufstellung eingereicht habe, in welcher sie angegeben habe, sie habe bis dato noch Belastungsschmerzen, gelegentlich auch ohne Belastung, wobei das Lastenheben schwierig sei. Deswegen erscheine eine Festlegung der Integritätsentschädigung für die mässige Handgelenksarthrose auf 5% adäquat. Die beratenden Ärzte wiesen darauf hin, dass das subjektive Beschwerdebild bei dieser IE-Kalkulation mitberücksichtigt worden sei, wiewohl es nicht mit den objektivierten Befunden der MRI-Arthrografie des rechten Handgelenks vom 28. Januar 2020 korreliert habe.

Betreffend rechter Ellbogen wurde in der dritten versicherungsmedizinischen Stellungnahme eine objektivierete Dauerschädigung von erheblichem Ausmass angesichts normaler Ellbogenbeweglichkeit und somit ein Anspruch auf Integritätsentschädigung verneint. Erst mit der vierten versicherungsmedizinischen

Stellungnahme vom 6. Mai 2021 hielten die Mediziner fest, dass sie für den rechten Ellbogen aufgrund der leichten Verkippung des proximalen Radiusköpfchens neu eine Integritätsentschädigung von 5% taxieren würden, weil die gegenwärtig voraussehbare Verschlimmerung, freilich in zeitlich weiter Ferne, eine mässige Ellbogenarthrose rechts sei. Einschätzungsgrundlage sei die SUVA-IE-Tabelle 5, wonach bei mässigen Ellbogenarthrosen eine IE von 5 bis 10% eingeschätzt werden könne. Diese Beurteilung wurde in der Stellungnahme ausführlich begründet.

**8.4** Damit haben Dr.med. L. \_\_\_\_\_ und Dr.med. V. \_\_\_\_\_ in ihrer Beurteilung zur Integritätsentschädigung sämtliche Beschwerden und Befunde, welche einen Anspruch auf Integritätsentschädigung zu begründen vermögen, berücksichtigt und dazu Stellung genommen. Sie haben (beim rechten Handgelenk und Ellbogen) gar die subjektiven und nicht objektivierten Beschwerden der Beschwerdeführerin in ihre Beurteilung miteinbezogen. Dass sie einen Abzug für den Vorzustand vorgenommen haben, ist nicht zu beanstanden (vgl. Art. 36 Abs. 2 UVG, wobei Satz 2 bzw. die Einschränkung der Kürzungsmöglichkeit nur für Renten und nicht für Integritätsentschädigungen gilt, Vollenweider / Brunner, in: BSK UVG, Art. 36, N 43 m.H.a. BGE 113 V 54 E. 2). Dass ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung für den rechten Ellbogen erst mit der vierten versicherungsmedizinischen Stellungnahme bestätigt wurde, ist auch dem Umstand geschuldet, dass sich in den Akten keine Anzeichen für eine Ellbogenarthrose finden lassen und die noch bestehenden Beschwerden betreffend rechten Ellbogen erst im Juni bzw. Juli 2020 aktenkundig wurden bei geringem Streck- und Supinationsdefizit sowie sehr geringem bzw. vernachlässigbarem Beuge- und Pronationsdefizit im November 2019 ca. viereinhalb Jahre nach dem Unfallereignis. Eine Integritätsentschädigung betreffend rechte Schulter erübrigt sich sodann, wenn - wie vorliegend zutreffend - von einem Status quo sine ausgegangen wird. Eine Gesamtbeurteilung aufgrund allfälliger Beschwerden aus einem weiteren Unfall bzw. dem angeblichen Unfallereignis vom 14. Dezember 2017 ist vorliegend nicht erforderlich, nachdem sich aus den Akten keinerlei Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die Beschwerdeführerin aufgrund des geltend gemachten Unfallereignisses vom 14. Dezember 2017 (Sturz mit direktem Trauma betreffend die rechte Schulter) Anspruch auf eine Integritätsentschädigung hätte. Dies zumal die Beschwerdeführerin selbst geltend macht, ein Jahr seit der Operation der rechten Schulter beschwerdefrei zu sein sowie unter Berücksichtigung des erheblichen degenerativen Vorzustandes.

Zusammenfassend ergibt sich auch in Bezug auf die Integritätsentschädigung somit keine Notwendigkeit, im konkreten Fall ein externes Gutachten einzuholen.

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass sich die die Versicherung beratenden Ärzte des vorliegenden Unfallereignisses sowie des geltend gemachten Ereignisses vom 14. Dezember 2017 abgesprochen hätten, so ist dem entgegen zu halten, dass sich in den Akten keine Anhaltspunkte für eine Absprache in der Beurteilung bzw. dafür finden lassen, dass Dr.med. R. \_\_\_\_\_ oder auch Dr.med. L. \_\_\_\_\_, Dr.med. V. \_\_\_\_\_ und Dr.med. W. \_\_\_\_\_ ihre Stellungnahmen laufend angepasst hätten. Vielmehr erscheinen die aktenkundigen Beurteilungen grundsätzlich konsistent. Ein Aktenaustausch im Rahmen der vollständigen Sachverhaltsabklärung ist nicht zu beanstanden.

**9.** Damit erweist sich die Beschwerde insoweit als begründet, als die Vorinstanz lediglich eine Integritätsentschädigung von 5% für das rechte Handgelenk und nicht weitere 5% betreffend den rechten Ellbogen bzw. insgesamt 10% Integritätsentschädigung zugesprochen hat. Die Beschwerdeführerin hat somit Anspruch auf eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 10% in der Höhe von insgesamt Fr. 12'600. Im Übrigen erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

**10.1** Es werden keine Verfahrenskosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG).

**10.2** Diesem Ergebnis entsprechend hat die Vorinstanz der teilweise obsiegenden, anwaltschaftlich vertretenen Beschwerdeführerin eine reduzierte Parteienentschädigung zu leisten (Art. 61 lit. g ATSG). Sie wird in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte vom 27. Januar 1975 (GebTRA; SRSZ 280.411), welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien, in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf Fr. 1'000.-- (inkl. MwSt und Barauslagen) festgelegt.

## **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2021 insoweit aufgehoben, als der Beschwerdeführerin neu eine Integritätsentschädigung von 10% bzw. Fr. 12'600 zugesprochen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat der anwaltschaftlich vertretenen Beschwerdeführerin eine reduzierte Parteientschädigung in Höhe von Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) auszurichten.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
5. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
  - den Rechtsvertreter der Vorinstanz (2/R)
  - die Beigeladene (R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 9. November 2023

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 24. November 2023