

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2023 14

## Entscheid vom 12. Juli 2023

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
lic.iur. Prisca Reichlin Brügger, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,  
vertreten durch Rechtsanwältin lic.iur. D. \_\_\_\_\_

**gegen**

**E. \_\_\_\_\_ AG**

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. 1975) ist seit 2016 bei der B.\_\_\_\_\_ als Geschäftsleitungsassistentin angestellt und dadurch bei der E.\_\_\_\_\_ obligatorisch unfallversichert. Am 17. Januar 2022 meldete die Arbeitgeberin der E.\_\_\_\_\_ mittels Bagatellunfall-Meldung (Vi-act. 41), A.\_\_\_\_\_ sei am 14. Januar 2022 beim Skifahren gestürzt und habe sich am Hals sowie der rechten Schulter verletzt (Prellung); erstbehandelnde Ärztin sei Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (FMH Allgemeine Medizin). Am 4. März 2022 bestätigte die E.\_\_\_\_\_ gegenüber der Arbeitgeberin den Eingang der Unfallmeldung und kündigte die Abklärung ihrer Leistungspflicht an (Vi-act. 3).

**B.** Bei anhaltenden Schulterbeschwerden veranlasste Dr.med. F.\_\_\_\_\_ ein MRI der rechten Schulter (Vi-act. 29), welches am 23. Februar 2022 durchgeführt wurde und eine "ausgedehnte, gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne mit filiformer Restkontinuität, Ausdehnung der Rissbildung bis in den oberen Ansatz der Infraspinatussehne" zeigte (Vi-act. 11). Nach Zuweisung von A.\_\_\_\_\_ an den Facharzt Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie) stellte dieser die Indikation zur operativen Sanierung (Vi-act. 12), welche durch ihn am 22. März 2022 im Spital Lachen durchgeführt wurde (Vi-act. 16). Derweil holte die E.\_\_\_\_\_ bei ihrem beratenden Arzt Dr.med. I.\_\_\_\_\_ (FMH Chirurgie, Vertrauensarzt SGV, SIM-Gutachter) ein Aktengutachten ein. Er gelangte am 2. April 2022 zur Beurteilung, das Unfallereignis vom 14. Januar 2022 sei eine bloss mögliche Ursache/Teilursache der gesundheitlichen Störung und bei leichter Prellung der rechten Schulter sei der status quo sine spätestens am 23. Februar 2022 erreicht (Vi-act. 20), worauf E.\_\_\_\_\_ A.\_\_\_\_\_ am 14. April 2022 über die Leistungseinstellung per 23. Februar 2022 informierte (Vi-act. 21). Da sich A.\_\_\_\_\_ hiermit nicht einverstanden zeigte, unterbreitete E.\_\_\_\_\_ Dr.med. I.\_\_\_\_\_ die neu eingegangenen medizinischen Berichte zwecks neuerlicher Einschätzung. Mit Aktenbeurteilung vom 18. Mai 2022 hielt er an seiner Beurteilung fest (Vi-act. 32). Nach weiteren Schriftenwechseln zwischen A.\_\_\_\_\_ und der Unfallversicherung verfügte E.\_\_\_\_\_ am 27. Juli 2022 die Leistungseinstellung per 23. Februar 2022 (Vi-act. 47). Eine von A.\_\_\_\_\_ am 1. September 2022 dagegen erhobene Einsprache wies E.\_\_\_\_\_ mit Einspracheentscheid vom 17. Januar 2023 ab (Vi-act. 53 und 58).

**C.** Am 17. Februar 2023 lässt A.\_\_\_\_\_ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der Entscheid 0019.60917.22.3 vom 17. Januar 2023 sei aufzuheben.

2. Der Beschwerdeführerin seien auch nach dem 23. Februar 2022 sämtliche gesetzlichen Leistungen, wie Unfalltaggelder und Heilungskosten im Zusammenhang mit dem Unfall vom 17. Januar 2022 [recte 14.1.2022], zuzusprechen.
3. Eventualiter sei eine medizinische Begutachtung durchzuführen und die vorliegende Angelegenheit zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (zuzüglich MwSt.) zulasten der Vorinstanz.

**D.** Mit Vernehmlassung vom 16. März 2023 beantragt die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Hierzu nimmt die Beschwerdeführerin am 30. März 2023 Stellung, wobei sie an den Beschwerdeanträgen festhält.

**E.** Am 24. Mai 2023 ersuchte der verfahrensleitende Richter die Beschwerdeführerin um Zustellung der echtzeitlichen Dokumentation der Hausärztin. Mit Schreiben vom 15. Juni 2023 und 19. Juni 2023 wurden dem Gericht Unterlagen zugestellt. Am 3. Juli 2023 verzichtet die Vorinstanz auf eine Stellungnahme.

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

**1.** Die Vorinstanz hat das Unfallereignis vom 14. Januar 2022 anerkannt und Versicherungsleistungen im Sinne von Heilkosten und Taggeldern erbracht, diese jedoch per 23. Februar 2022 eingestellt mit der Begründung, die Schulterbeschwerden seien spätestens ab dem 23. Februar 2022 nicht mehr auf das Unfallereignis, sondern auf krankheitsbedingte Ursachen zurückzuführen. Auf die Rückforderung darüber hinaus bereits erbrachter Versicherungsleistungen verzichtete die Vorinstanz (Vi-act. 47). Demgegenüber fordert die Beschwerdeführerin Versicherungsleistungen über den 23. Februar 2022 hinaus, da namentlich der am 22. März 2022 operativ sanierte Gesundheitsschaden auf das Unfallereignis vom 14. Januar 2022 zurückzuführen sei. Strittig und nachfolgend zu prüfen ist somit, ob die Vorinstanz die Versicherungsleistungen zu Recht per 23. Februar 2022 eingestellt hat.

**2.1** Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper,

die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Zudem erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei Knochenbrüchen, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrissen, Muskelrissen, Muskelzerrungen, Sehnenrissen, Bandläsionen sowie Trommelfellverletzungen, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 UVG) und ausserdem für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Art. 6 Abs. 3 UVG).

**2.2** Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst 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.).

**2.2.1** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität 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).

**2.2.2** 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). 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 Kausa-

lität weitgehend decken (BGE 134 V 109 E. 2; Urteil BGer 8C\_582/2021 vom 11.1.2022 E. 9.3).

**2.3** 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).

Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht 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; Bundesgerichtsurteil 8C\_212/2015 vom 10.7.2015 E. 2.2.1 m.H.). Bei einer bloss vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Eintritt des Status quo sine vel ante (vgl. Urteile BGer 8C\_331/2015 vom 21.8.2015 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).

**2.4** 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).

**2.5** Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 146 V 51 E. 5.1). Die blossе 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 unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung 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 Beweiswürdigung 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 Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 E. 6.5).

**2.6** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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.

**2.6.1** Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen, weshalb die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf zuverlässige Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen sind (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).

**2.6.2** Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C\_587/2020 vom 5.2.2021 E. 3.2). Zu ergänzen ist, dass beratende Ärzte eines Versicherungsträgers, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen sind (vgl. Urteil BGer 8C\_774/2020 vom 19.2.2021 E. 2.2). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 139 V 225 E. 5.2; BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen).

**2.6.3** 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 des 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 des BGer I 701/05 vom 5.1.2007 E. 2 mit Hinweisen).

**2.6.4** Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (Urteil BGer 8C\_582/2021 vom 11.1.2022 E. 8.2 m.w.H.). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. 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 verschieden 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 (BGE 125 V 352 E. 3b/ee; Urteile BGer 8C\_608/2020 vom 15.12.2020 E. 5.2; 8C\_523/2018 vom 5.11.2018 E. 5.2; 8C\_540/2007 vom 27.3.2008 E. 3.2 mit Hinweisen).

**3.** Was das Unfallereignis vom 14. Januar 2022 und den Gesundheitsverlauf anbelangt, so ergibt sich aus den Akten:

**3.1.1** Gemäss Bagatellunfall-Meldung vom 17. Januar 2022 erlitt die Beschwerdeführerin am 14. Januar 2022 um 11 Uhr einen Skiunfall (Vi-act. 41):

Beim Übergang vom steilen Teil zum Flachen zum Laufenlassen hatte es einen kleinen Hügel. Frau A. \_\_\_\_\_ wollte rechts an einer Person vorbeifahren, bevor sie es laufen liess. Diese Person fuhr jedoch praktisch an den Pistenrand, so dass Frau A. \_\_\_\_\_ nicht an ihr vorbeikam und geriet in den Tiefschnee am Pistenrand und stürzte bergabwärts. Tempo war relativ schnell, sie hob auf dem Hügel leicht ab, landete im Tiefschnee und viel vorne hinaus und kam einige Meter unterhalb zum Liegen. Skier und Stöcke sind verfliegen. Nach Sturz Benommenheit, Schmerzen Nacken, Kopf, Arme, Schürfung Kinn. Danach Skitag beendet und für

Kontrolle zum Arzt. Diagnose: Leichtes Schleudertrauma, Halswirbelsäule geröntgt i.O.

Im Unfallfragebogen vom 8. März 2022 umschrieb die Beschwerdeführerin den Unfallhergang vergleichbar, jedoch mit der Ergänzung, sie habe im Tiefschnee noch alles zusammensammeln müssen mit hohem Krafteinsatz und Schmerzen im Nacken und der Schulter (Vi-act. 5).

**3.1.2** Noch am Unfalltag suchte die Beschwerdeführerin Dr.med. F. \_\_\_\_\_ auf, welche den Dokumentationsbogen Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma ausfüllte (Vi-act. 29 S. 2-4). Darin wird die Schilderung des Unfallhergangs wie folgt beschrieben: "Beim Skifahren wurde die Pat. wegen Fahrt in den Tiefschnee akut abgebremst und stürzte auf ihre rechte Schulter und Nacken." Unter Differenzialdiagnose / zusätzliche Diagnose / weitere Abklärungen (zu Schleudertrauma) hat Dr.med. F. \_\_\_\_\_ 'Schulterdistorsion rechts' dokumentiert.

**3.1.3** Dem Überweisungsschreiben vom 27. Februar 2022 von Dr.med. F. \_\_\_\_\_ an den Schulterspezialisten ist folgender Unfallhergang zu entnehmen (Vi-act. 29): "Am 14.1.22 um 11 Uhr bei Ausweichbewegung in den Tiefschnee geraten und auf Kopf/Nacken gefallen."

**3.1.4** In dem am 30. April 2022 ausgefertigten Arztzeugnis UVG beschrieb Dr.med. F. \_\_\_\_\_ den Unfallhergang (Vi-act. 30): "Um 11 Uhr morgens infolge Ausweichbewegung in Tiefschnee gefallen und auf ihre rechte Schulter/Nackengefallen."

**3.2** Am Unfalltag suchte die Beschwerdeführerin die Hausärztin Dr.med. F. \_\_\_\_\_ auf (Vi-act. 30). Zudem ergibt sich aus der TP-Rechnung von Dr.med. F. \_\_\_\_\_, dass zusätzlich zum 14. Januar 2022 am 19. Januar 2022, 4., 18., 23. und 25. Februar 2022 Konsultationen stattfanden (Vi-act. 31). Da sich hierüber keine Unterlagen in den vorinstanzlichen Akten fanden, wurden diese durch das Gericht eingeholt.

Am 15. Juni 2023 reichte die Beschwerdeführerin die echtzeitlichen Verlaufseinträge ein. Diese führen als Diagnose an:

Schulterverletzung rechts mit ausgedehnter, gelenkseitiger Partialruptur der Supraspinatussehne mit filiformer Restkontinuität, Ausdehnung der Rissbildung bis in den oberen Ansatz der Infraspinatussehne.

St.n. HWS-Distorsion

V.a. Colitis/Divertikulitis

St.n. Hämatom des Fingers

Vd auf rez. Sinusitis

Zur Erstkonsultation vom 14. Januar 2022 dokumentiert Dr.med. F. \_\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin sei bei Ausweichbewegung mit Skiern in den Tiefschnee geraten und auf Kopf/Nacken gefallen. In der Folge habe sie starken Druck im Nacken verspürt, anfänglich eher weniger, nach 3 Stunden eher vermehrt. Unter 'objektiv' verweist sie auf das HWS-Protokoll. Diesem ist zu entnehmen, dass die Patientin über Kopf- und Nackenschmerzen (nach 2 - 3 h) klage. Zur Beweglichkeitskontrolle der HWS werden Schmerzen dokumentiert und diese lokal rechts am Hals, Nacken und Schulter eingezeichnet. Es bestehe ein Ruheschmerz und Stauchungsschmerz ohne Ausstrahlung. Die neurologische Untersuchung ergab einen Normalbefund, keine Bewusstlosigkeit und keine Gedächtnislücke (aktuell GCS-Score 15). Das Röntgen war unauffällig, äussere Verletzungen wurden verneint. Dr.med. F. \_\_\_\_\_ stellte die Diagnose einer HWS-Distorsion QTF Grad II (Nackenbeschwerden und muskuloskelettale Befunde [verminderte Beweglichkeit und punktuelle Druckschmerzhaftigkeit mit eingeschlossen]). Schliesslich fügte Dr.med. F. \_\_\_\_\_ unter Differenzialdiagnose / zusätzliche Diagnose / weitere Abklärungen 'Schulterdistorsion rechts' an. Sie verschrieb der Beschwerdeführerin NSAR systemisch und aktive Physiotherapie.

Anlässlich der Sprechstunde vom 19. Januar 2022 klagte die Beschwerdeführerin über einen Druck und ein Kräuseln im Hinterkopf sowie vermehrte Schmerzen über dem AC-Gelenk. Beim Hosen hochziehen vermehrte Schmerzen im Bereich der Schulter. Als objektiven Befund dokumentierte Dr.med. F. \_\_\_\_\_ eine intakte HWS, über dem Trapezius ausgeprägte Druckschmerzen und muskuläre Verspannungen. Dr.med. F. \_\_\_\_\_ attestierte eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (bei einem 80%-Pensum) ab dem 24. Januar 2022.

Am 4. Februar 2022 notierte Dr.med. F. \_\_\_\_\_, die Physiotherapie habe geholfen. Nach dem Erwachen habe die Beschwerdeführerin regelmässig Schmerzen in der rechten Schulter. Kein Kribbeln, leicht eingeschlafenes Gefühl, die Drehbewegung des Armes löse vermehrte Schmerzen aus. Als Befund notierte sie eine Druckdolenz über dem AC-Gelenk; keine sichere Sensibilitätsstörung. Die Arbeitsunfähigkeit wurde ab dem 7. Februar 2022 auf 25% reduziert.

Nachdem die Beschwerdeführerin Dr.med. F. \_\_\_\_\_ am 18. Februar 2022 telefonisch über noch immer starke Schmerzen über der rechten Schulter informierte, meldete sie sie für ein Schulter-MRI an.

Am 23. Februar 2022 berichtete die Beschwerdeführerin, die Physiotherapeutin habe zeitweise mit Ultraschall und starker Massage den Arm behandelt; mit der Arbeit gehe es recht gut. Unter 'objektiv' ist Schmerzhaftigkeit bei Abduktion und Tragen von Gegenständen, keine Bewegungseinschränkung und gute Rotation notiert.

Der letzte Eintrag datiert vom 25. Februar 2022, als der MRI-Befund besprochen wurde.

**3.3** Dr.med. F.\_\_\_\_\_ veranlasste das erwähnte Arthro-MRI der rechten Schulter bei anhaltenden Beschwerden und Indikation 'Sturz beim Skifahren vor 6 Wochen', das am 23. Februar 2022 durchgeführt wurde (Vi-act. 11). Dr.med. K.\_\_\_\_\_ (FMH Radiologie) notierte als Befund und Beurteilung folgendes:

Befund

[...]

Regelrechte glenohumerale Artikulation. Acromion Typ I nach Bigliani. ACG reizlos. Leicht vermehrt Flüssigkeit in der Bursa subacromialis. Gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne im Ansatz mit deutlicher Ablösung des Footprints und erhaltener filiformer Kontinuität der kranialen Fasern. Rissausdehnung bis in den oberen Ansatz der Infraspinatussehne. SSP- und ISP-Muskelbäuche kräftig. Orthotope Lage der langen Bizepssehne im Rotatorenintervall. Unauffälliger Bizepsanker. Kontrastmittel in der Subscapularissehne, dies wahrscheinlich iatrogen nach Arthrogramm. Normaler glenohumeraler Knorpel. Keine Labrumläsion.

Beurteilung

Ausgedehnte, gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne mit filiformer Restkontinuität. Ausdehnung der Rissbildung bis in den oberen Ansatz der Infraspinatussehne.

**3.4.1** Am 27. Februar 2022 wies Dr.med. F.\_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin dem Facharzt Dr.med. L.\_\_\_\_\_ zu zwecks Klärung des weiteren Vorgehens bei Schultersehnenruptur (Vi-act. 29). Unter 'Subjektiv' notierte sie zusätzlich zum Unfallhergang (vgl. oben E. 3.1.3), die Beschwerdeführerin habe erst im weiteren Verlauf auch rechtsseitige Schulter/Brustschmerzen bemerkt. Insbesondere das Hochziehen von Hosen führe zu vermehrten Beschwerden; ebenso sei die Elevation und Abduktion über die Horizontale schmerzhaft gewesen. Trotz Physiotherapie liessen die Schulterschmerzen jetzt nach sechs Wochen kaum nach, weshalb ein MRI mit erwähntem Befund veranlasst worden sei.

**3.4.2** Nach dem Untersuch vom 16. März 2022 berichtete Dr.med. L.\_\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin bestätige den Skisturz mit Verletzung der rechten Schulter (Vi-act 12). Sie beschreibe aktuell vor allem die typischen zu erwartenden Nachtschmerzen und Beschwerden bei Tätigkeiten über Kopf. Seine klinische Untersuchung ergab:

Rein inspektorisch unauffällige Schultergelenkssilhouette. Keine eigentlichen Kontusions- oder Prellmarken. Keine isolierten muskulären Atrophien. Seitengleiche Symmetrie über dem AC-Gelenk. Flexion aktiv 170°, jedoch endständig deutlich schmerzhaft. Abduktion aktiv 120°, Aussenrotation seitengleiche 45-50°. Moderat positive Supraspinatussehnen-Tests in Jobe-Position. Infraspinatussehnen-Tests mit ordentlicher Kraft, jedoch Schmerzprovokation. Innenrotation kräftig. Lift off-

Innenrotations-Test negativ. Impingement-Tests deutlich positiv, Bizepssehnen-Tests positiv. AC-Gelenk ohne Druckschmerzhaftigkeit.

Mit Blick auf das Alter der Beschwerdeführerin (Jg. 75) und der gemäss seiner Beurteilung doch ausgeprägten Partiaalläsion von Supra- und Infraspinatussehne stellte er die Indikation zur operativen Sanierung; eine konservative Behandlung sei in dieser Situation nicht adäquat.

**3.4.3** Am 22. März 2022 erfolgte bei Diagnose 'Artikulärseitige Partiaalläsion Supra-/Infraspinatussehne Ellmann Grad II mit dorsaler Instabilität der langen Bizepssehne Schulter rechts' eine Schulterarthroskopie, arthroskopische Supra-/Infraspinatussehnenrekonstruktion in PASTA-Technik, Bizepssehnenentodese periostal in Lasso loop Technik, Subacromiale Bursektomie, Softacromioplastik und knöcherne Acromioplastik der rechten Schulter. Zum technischen Vorgehen lässt sich dem Operationsbericht sodann entnehmen (Vi-act. 16):

[...] Untersuchung in Narkose. Es zeigt sich eine freie Aussenrotation, freie Flexion. Keine weiteren klinischen Auffälligkeiten. [...] Intraartikulärer diagnostischer Rundgang. Es zeigen sich altersentsprechend vollständig blande glenohumerale Knorpelverhältnisse. Diskreteste kleine oberflächliche Auffaserungen der Subscapularissehne jedoch ohne relevanten substanziellen Defekt. Hier genügt ein alleiniges Débridement. Artikulärseitige Partiaalläsion von Supra- und Infraspinatussehne Ellman Grad II. Rupturierter instabiler Sehnenlappen ragt in das Gelenk. Hierdurch ergibt sich eine dorsale Polley-Läsion des Bizeps. [...] Ansonsten freier Recessus axillaris. Wechseln nach subacromial, bei doch eindrücklicher Bursitis Bursektomie, Softacromioplastik und bei kleineren Schleifspuren diskrete knöcherne anterolaterale Acromioplastik. [...] Setzen [...] Anker direkt in den Footprint von Supra- und Infraspinatussehne und in PASTA-Technik Durchshutteln der Fäden nach subacromial [...]

**3.5** Dr.med. F. \_\_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin mit Zeugnis vom 25. Februar 2022 vom 24. Januar 2022 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, ab dem 7. Februar 2022 eine 25%ige bis Ende März 2022. Nach der Operation bestätigte Dr.med. L. \_\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 22. März 2022 bis 20. April 2022 (Vi-act. 1 und 17).

**3.6.1** Im Rahmen der Klärung ihrer Leistungspflicht ersuchte die Vorinstanz am 31. März 2022 ihren beratenden Arzt Dr.med. I. \_\_\_\_\_ um eine Aktenbeurteilung (Vi-act. 18).

In seiner Aktenbeurteilung vom 2. April 2022 (Vi-act. 20) wiederholt Dr.med. I. \_\_\_\_\_ bezüglich Anamnese den Skisturz vom 14. Januar 2022 sowie die danach aufgetretenen Schmerzen im Nacken, am Kopf und den Armen; ein Untersuchungsbericht zur Erstbehandlung liege leider nicht vor. Den klinischen Befund vom 16. März 2022 (vgl. oben E. 3.4.2) beurteilt er als unauffällig und er

wiederholt den MRI-Befund vom 23. Februar 2022 (vgl. oben E. 3.3). Die Frage nach Diagnosen beantwortet er:

Sturz beim Skifahren am 14.01.2022 mit/bei:

- Partialruptur der Supra- und Infraspinatussehne rechts
- Instabilität der langen Bicepssehne rechts
- Status nach Supra-/ Infraspinatussehnenrekonstruktion, Bicepssehnenentodese, subacromialer Bursektomie, Softacromioplastik und knöcherner Acromioplastik

Laut Dr.med. I. \_\_\_\_\_ sind die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden hinreichend objektiviert. Der Verlauf sei zeitgerecht und korrekt, die Prognose aufgrund der degenerativen Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette als eher schlecht zu beurteilen.

Bezüglich des ursächlichen Zusammenhangs gelangt Dr.med. I. \_\_\_\_\_ zum Schluss, das Unfallereignis vom 14. Januar 2022 sei eine bloss mögliche Ursache/Teilursache der gesundheitlichen Störung. Im Untersuchungsbericht von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ würden weder Hämatome noch Prellmarken und/oder Hautschürfungen im Bereich der rechten Schulter erwähnt; die Schulter sei vom Aspekt her völlig unauffällig gewesen. Es habe sich eine nahezu freie Beweglichkeit mit lediglich endgradigen Schmerzen gezeigt. Unter Verweis auf die Literatur sei dieser Verlauf bei einer traumatisch bedingten Rotatorenmanschettenruptur nicht nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin selber habe bloss eine Bagatellunfallmeldung gemacht, es habe keine Arbeitsunfähigkeit über 3 Tage bestanden, was mit einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur nicht vereinbar sei.

Gemäss Dr.med. I. \_\_\_\_\_ kommt das Erreichen eines status quo ante wegen der progredient verlaufenden degenerativen Erkrankung im Bereich der Rotatorenmanschette nicht in Frage. Auf die Frage des Zeitpunktes des status quo sine hält er fest, unter der Annahme einer leichten Prellung der rechten Schulter, wofür es allerdings weder klinisch noch bildgebend (fehlende Weichteilverletzung, kein Knochenmarksignal in der MRT) einen Anhalt gebe, wäre der status quo sine spätestens am 23. Februar 2022 (MRT rechte Schulter) wieder erreicht, da es mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auch ohne das Unfallereignis vom 14. Januar 2022 zu dieser durch dieses Unfallereignis verursachten Verschlechterung des vorbestehenden Gesundheitszustandes (Degeneration der Rotatorenmanschette) im gegenwärtigen Umfang gekommen wäre. Gemäss Dr.med. I. \_\_\_\_\_ war die angenommene Prellung der rechten Schulter spätestens am 23. Februar 2022 abgeheilt.

Gestützt auf diese Aktenbeurteilung informierte die Vorinstanz die Beschwerdeführerin über die Leistungseinstellung per 23. Februar 2022 (vgl. Ingress Bst. B).

**3.6.2** Nach Eingang des Arztzeugnisses UVG vom 30. April 2022 (vgl. oben E. 3.1.4) sowie des Überweisungsschreibens von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (vgl. oben E. 3.1.3 und 3.4.1) ersuchte die Vorinstanz Dr.med. I.\_\_\_\_\_ um Ergänzung seiner Aktenbeurteilung (Vi-act. 33), welche er mit Datum vom 18. Mai 2022 erstellte (Vi-act. 32).

In Ergänzung seiner Erstbeurteilung hielt Dr.med. I.\_\_\_\_\_ zur Anamnese fest, die Hausärztin vermerke bei der Erstuntersuchung, "erst im weiteren Verlauf bemerkte die Patientin auch rechtsseitige Schulter-/Brustschmerzen. Insbesondere das Hochziehen von Hosen führte zu vermehrten Beschwerden. Ebenso waren die Elevation und Abduktion über die Horizontale schmerzhaft". Als Diagnose nennt er neu:

Sturz beim Skifahren am 14.01.2022 mit/bei:

- Partialruptur der Supra- und Infraspinatussehne rechts
- Instabilität der langen Bizepssehne rechts
- Status nach Supra-/ Infraspinatussehnenrekonstruktion, Bizepssehnenentodese, subacromialer Bursektomie, Softacromioplastik und knöcherner Acromioplastik
- HWS-Zerrung QTF II
- Status nach physiotherapeutischer Behandlung

Auch in der Beurteilung des Kausalzusammenhangs hebt Dr.med. I.\_\_\_\_\_ hervor, die genannten Beschwerden seien gemäss Hausärztin erst im weiteren Verlauf aufgetreten, was nach einer akuten traumatischen Rotatorenmanschettenruptur nicht nachvollziehbar sei. Im Übrigen übernimmt Dr.med. I.\_\_\_\_\_ seine frühere Beurteilung und kommt zum Schluss, seine Beurteilung vom 2. April 2022 habe weiterhin vollumfänglich Gültigkeit.

**3.7** Nachdem die Vorinstanz die Beschwerdeführerin über die neue, gleichbleibende Beurteilung informiert hatte (Vi-act. 40), liess diese am 14. Juli 2022 eine Stellungnahme einreichen, in welcher darauf hingewiesen wird, dass eine schadensauslösende traumatische Einwirkung selbst dann leistungsbegründend wirke, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts eine unerlässliche Bedingung ("conditio sine qua non") darstelle. Vorliegend habe auch Dr.med. I.\_\_\_\_\_ die Auffassung geteilt, dass der Sturz eine Teilursache darstelle, weshalb die Vorinstanz leistungspflichtig sei. Es bestünden keinerlei Hinweise, dass die Beschwerdeführerin aufgrund einer - bestrittenen - degenerativen Veränderung jederzeit mit einer Partialruptur der Sehnen hätte rechnen müssen; eine Gelegenheits- oder Zufallsursache liege mithin nicht vor (Vi-act 46).

**3.8** Am 27. Juli 2022 verfügte die Vorinstanz die Leistungseinstellung per 23. Februar 2022 (Vi-act. 47). Beim Ereignis vom 14. Januar 2022 handle es sich um ein Unfallereignis. Dieses habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung einer vorbestehenden Gesundheitsschädigung geführt; die Schulterbeschwerden seien spätestens ab 23. Februar 2022 nicht mehr auf das Unfallereignis zurückzuführen, sondern auf krankheitsbedingte Ursachen. Die Einwände vom 14. Juli 2022 würden an dieser Einschätzung nichts ändern.

**4.1** Einspruchweise machte die Beschwerdeführerin geltend, es lägen keinerlei Hinweise für einen schlechten Vorzustand vor; es sei nicht erwiesen, dass der Gesundheitsschaden auch ohne Unfallereignis eingetreten wäre und das Ereignis bloss einen Zufallsanlass darstelle. Zudem weise das von ihr geführte Schmerzprotokoll genau einen Verlauf auf, der von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ gemäss Literatur für eine traumatische Ruptur spreche, welche nicht auf einen krankhaften Vorzustand getroffen sei. Dr.med. I.\_\_\_\_\_ erkläre auch nicht, warum es auch ohne Unfall zu den Beschwerden gekommen wäre. Es werde überhaupt nicht rechtsgenügend belegt, weshalb der status quo sine spätestens am 23. Februar 2022 eingetroffen wäre (Vi-act 53).

Mit Bf-act. 4 hat die Beschwerdeführerin das erwähnte 'Schmerzprotokoll' zu den Akten gelegt. Es ist betitelt mit 'Unfallprotokoll' und es handelt sich um mehrere Seiten handschriftlich festgehaltener Feststellungen zu einzelnen Tagen. Es beginnt mit dem Unfallzeitpunkt (14.1.2022, 11 Uhr). Für den Folgetag ist starker Muskelkater am ganzen Körper, der Wade rechts, dem Oberschenkel, im Nacken und am Arm; vermerkt, starke Armschmerzen würden bis in die Handballen ziehen. Für den 16. Januar 2022 wurden die Schmerzen als weniger stark notiert. Aus den folgenden, teils täglichen Einträgen ergibt sich, dass konstant über Schmerzen im Arm berichtet wird, mal weniger, mal mehr, insbesondere nachts und in Ruhe, weniger beim Arbeiten oder in Bewegung. Vor allem nachts nehmen die Schmerzen so zu, dass die Beschwerdeführerin mehrmals aufwache. Am Morgen notiert sie Schmerzen im Oberarm, Achselhöhle, Nacken. Für die Zeit nach dem MRI mit Kontrastmittelgabe werden die Schmerzen als stärker sowohl in der Nacht als auch am Tag beschrieben. Seit dem MRI bestehe ein Dauerschmerz in Schulter und Oberarm; Nacken und Oberarm verkrampften sich. Am 8. März 2022 notiert sie, beim seitlichen Strecken des Arms habe sie das Gefühl eines 'Knackens' in der Schulter gehabt, ganz rechts oben beim Knochen, danach hätten Schmerzen bei der Achselhöhle, dem oberen Oberarm und dem oberen Bizeps bestanden. Am 18. Februar 2022, als sie Dr.med. F.\_\_\_\_\_ telefonisch über anhaltende Schmerzen berichtet hatte, dokumentierte die Beschwerdeführerin gesondert: Sie notierte krampfartige Muskelschmerzen im Bereich Oberarm / Bizeps, anhaltender Schmerz seit Beginn im

Bereich Oberarm, Brust, Schulter. Anfänglich habe sie beim Schlafen krampfartige Muskelschmerzen, bewegen [allerdings schwer entzifferbar], dann nach kurzer Zeit besser. Seit anfangs Februar bestehe stechender Schmerz beim Schlafen mit A... [nicht entzifferbar] immer in Achsel, Schulteroberarm-Bereich. Tagsüber schmerze der Unterarm wie bei einer Sehnenscheidenentzündung, der Oberarm wie bei einer Verspannung und es bestehe ein Druckschmerz auch ohne Druck. Beim Anheben eines schweren Glases bestehe ein Schmerz im Oberarm Richtung Achselhöhle. Die Schulter fühle sich brennend, warm an; die Bewegung fühle sich an, wie wenn etwas einrenken müsste. Auf einem weiteren Blatt notierte sie - ohne Datum als Auflistung - verschiedene Schmerzerlebnisse.

**4.2** Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 17. Januar 2023 verweist die Vorinstanz auf die Rechtsprechung, wonach der Beweis des Wegfalls der Kausalität weder durch den Nachweis unfallfremder Ursachen, noch durch den negativen Beweis, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege, erbracht werden müsse. Entscheidend sei allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen seien (E. 3.3). Zudem sei die Beweisregel 'post hoc ergo propter hoc' medizinisch nicht haltbar und daher beweisrechtlich unzulässig (E. 3.4). Im Weiteren zitiert die Vorinstanz das Aktengutachten von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ (vgl. oben E. 3.6). Dieser gelange zum Schluss, der Beschwerdeverlauf sei mit dem Verlauf einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur nicht vereinbar; unter Annahme einer leichten Prellung der rechten Schulter, wofür es allerdings weder klinisch noch bildgebend einen Anhalt gebe, sei der status quo sine spätestens am 23. Februar wieder erreicht. Was die Beschwerdeführerin vortrage, laufe auf einen unzulässigen post hoc ergo propter hoc-Schluss hinaus. Gemäss Dr.med. I. \_\_\_\_\_ hätten wesentliche strukturelle Veränderungen, welche nach einer Schulter-Kontusion zu erwarten gewesen wären, im MRI nicht nachgewiesen werden können. Aus den echtzeitlichen medizinischen Akten habe sich kein typischer Verlauf für eine traumatische Verletzung ergeben. Aus diesen beiden Gründen könne gemäss Dr.med. I. \_\_\_\_\_ die Sehnenverletzung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein Unfallereignis zurückgeführt werden. Dem entgegenstehende medizinische Stellungnahmen würden keine vorliegen; auf die Aktenbeurteilung Dr.med. I. \_\_\_\_\_ könne abgestellt werden. Entsprechend hielt die Vorinstanz an der Leistungseinstellung per 23. Februar 2022 fest.

**5.1** Vor Verwaltungsgericht trägt die Beschwerdeführerin vor, gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG erbringe der Unfallversicherer Leistungen bei Sehnenrissen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen seien. Die im Arztbericht festgehaltenen Begriffe wie Riss, Ruptur, Zerreissung würden

per se Gewalt suggerieren; handle es sich um eine degenerative Veränderung der Sehnenstruktur, sei in der Regel von Defekt die Rede. Die Wortwahl lasse daher auf eine traumatische Schulterverletzung schliessen. Zudem sei der Unfallversicherer bei einem Unfall, der einen krankhaften Vorzustand verschlimmere oder erst aktiviere, solange leistungspflichtig, bis er nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstelle. Die Beweislast hierzu liege beim Unfallversicherer. Vorliegend habe das MRI vom 23. Februar 2022 eine gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne mit filiformer Restkontinuität gezeigt sowie eine Ausdehnung der Rissbildung bis in den oberen Ansatz der Infraspinatussehne. "Ruptur" spreche für ein Trauma. Die erfolgte Behandlung sowie das von der Beschwerdeführerin geführte Schmerzprotokoll gäben eindeutige Hinweise auf eine traumatische Verletzung der Schulter. Indem die Vorinstanz das Schmerzprotokoll (vgl. oben E. 4.1) nicht würdige und keinen ergänzenden Arztbericht einhole, könne sie nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisen, dass der Kausalzusammenhang dahingefallen sei.

Ziehe man die objektiv vorliegenden Beweismittel bei, so decke sich der Verlauf genau mit dem von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ aufgezeigten Beschwerdebild nach einem Trauma. Die in der akuten Phase zu erwartenden Beschwerden seien eingetreten: Sie habe unmittelbar nach dem Unfall die Hausärztin aufgesucht und den Unfall mit Sturz auf Schulter und Nacken geschildert. Im Dokumentationsbogen sei als zusätzliche Diagnose eine Schulterdistorsion rechts festgehalten, also eine Schulterverletzung mit oder ohne Riss der Bänder. Das charakteristische Symptom einer Verstauchung sei ein scharfer, dumpfer und pochender Schmerz im Schulterbereich mit Ausstrahlung in benachbarte Körperregionen. Der Schmerz könne unmittelbar nach dem Trauma auftreten oder sich erst später entwickeln. Im Unfallprotokoll sei am Tag nach dem Unfall vermerkt, die Armschmerzen seien so stark, dass sie bis in die Handballen gezogen hätten. Zudem habe sie Schmerzmittel eingenommen. Die zweite Phase (4 bis 14 Tage) sei durch unverändert schmerzhafte, kraftgeminderte Bewegungseinschränkung einschliesslich Nachtschmerzen geprägt gewesen. Auch dies werde durch die Einträge im Unfallprotokoll bestätigt. In der Postakutphase (14 Tage bis 6 Wochen) könne es zu einer Schmerzreduktion und Besserung der Schulterbeweglichkeit kommen. Sie sei in dieser Zeit weiterhin zur Physiotherapie gegangen, habe nach Bedarf Schmerzmittel genommen und sich geschont. Dennoch berichte sie im Protokoll von immer wieder auftretenden Schmerzen; die Arbeitsfähigkeit habe von 50% auf 75% angehoben werden können, was für den Verlauf mit Schmerzreduktion spreche. Die Konklusion der Vorinstanz (kein Beschrieb eines traumatischen Verlaufs, bloss Bagatellunfall-Meldung, keine Arbeitsunfähigkeit über 3 Tage) sei nachgewiesenermassen falsch. Was sodann die Arbeitsun-

fähigkeit anbelange, sei zu berücksichtigen, dass sie einen körperlich leichten Bürojob ausübe.

Weiter moniert die Beschwerdeführerin, die Leistungsablehnung bzw. -einstellung basiere nicht auf einer Beurteilung sämtlicher geforderter Indizien. Arztberichte würden nicht gewürdigt und nicht auf Anhaltspunkte für traumatische oder degenerativ bedingte Beschwerden überprüft. Die Vorgeschichte (Beschwerdefreiheit), das Alter (46jährig), der Unfallhergang und der Unfallmechanismus, die Primärbefunde und der Verlauf würden nicht rechtsgenügend gewürdigt. Die vertrauensärztliche Beurteilung sei daher nicht nachvollziehbar und nicht schlüssig. Es bestünden mehr als nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, da nicht sämtliche Prüfungskriterien miteinbezogen worden seien. Damit der Entlastungsbeweis gelinge, müsse die Vorinstanz nachweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Dies gelinge der Vorinstanz nicht.

**5.2** Die Vorinstanz betont vernehmlassend, es liege ein anerkannter Unfall vor, weshalb die Ausführungen der Beschwerdeführerin zu Art. 6 Abs. 2 UVG unerheblich seien. Des Weiteren wiederholt sie die Aktenbeurteilungen von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ (vgl. oben E. 3.6.1 und 3.6.2). Rechtsprechungsgemäss könnten Aktenbeurteilungen voller Beweiswert zukommen. Dies sei vorliegend der Fall; Dr.med. I. \_\_\_\_\_ hätten sämtliche medizinischen Unterlagen zur Verfügung gestanden. Auch habe er zu allen Berichten Stellung genommen. Dem undatierten 'Unfallprotokoll' der Beschwerdeführerin komme lediglich narrativer Charakter zu. Aufgrund von fehlenden strukturellen Veränderungen sowie dem Fehlen eines für eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur typischen Verlaufs könne die Sehnenläsion gemäss Dr.med. I. \_\_\_\_\_ nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Es liege keine fachärztliche Beurteilung vor, welche diese Beurteilung entkräften würde; der Aktenbeurteilung von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ entgegenstehende fachärztliche Stellungnahmen lägen keine vor. Entsprechend sei die Beschwerde unbegründet und abzuweisen.

**5.3** Mit Stellungnahme vom 30. März 2023 erklärt die Beschwerdeführerin, die Vorinstanz hebe abermals den Bericht der Hausärztin hervor, wonach sie die rechtsseitigen Schulter- /Brustschmerzen erst im weiteren Verlauf bemerkt hätte. Diese Aussage sei zugegebenermassen unglücklich verfasst und biete sich dem Unfallversicherer an. Die Aussage sei aber aktenwidrig. Dem HWS-Dokumentationsbogen sei zu entnehmen, dass sie unmittelbar nach dem Unfall Schmerzen in der rechten Schulter und im rechten Nackenbereich beklagt habe. So verwundere auch nicht, dass die Ärztin als zusätzliche Diagnose eine Schulterdistorsion

festgehalten und NSAR verschoben habe. Es könne nur spekuliert werden, warum die Ärztin entgegen der Aussagen bei der Erstuntersuchung notiert habe, sie habe die Beschwerden erst im Verlauf bemerkt. Korrekt sei, dass die Beschwerden unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten seien und nicht erst im Verlauf. Zudem sei klar, dass der Arzt zwei Monate nach dem Unfall am 16. März 2022 keine Hämatome, Prellmarken oder Hautabschürfungen feststellen konnte; solcherlei sei dann ausgeheilt, weshalb klar sei, dass sich die Schulter unauffällig zeigte; dies könne nicht zu Ungunsten der Beschwerdeführerin ausgelegt werden. Und selbst wenn Dr.med. I. \_\_\_\_\_ sämtliche Unterlagen zur Verfügung gestanden seien, so bleibe es beim Vorwurf, dass er nicht alle unfallrelevanten Aspekte gewürdigt habe. Was das Fehlen abweichender ärztlicher Stellungnahmen anbelangt, hält die Beschwerdeführerin fest, solches zu erwarten käme einer Umkehr der Beweislast gleich, indem sie selbst kostenintensive fachärztliche Beurteilungen in Auftrag geben müsste. Dies sei falsch. Es sei ausreichend, wenn sie Zweifel am Inhalt der Aktenbeurteilung zu erzeugen vermöge, um eine umfassende medizinische Begutachtung zu erwirken.

**6.1** Die Vorinstanz begründet die Einstellung ihrer Leistungen per 23. Februar 2022 mit der medizinischen Aktenbeurteilung ihres beratenden Arztes Dr.med. I. \_\_\_\_\_, wonach das Unfallereignis vom 14. Januar 2022 bloss eine mögliche Ursache/Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden war und unter Annahme, dass die rechte Schulter leicht geprellt wurde, der status quo sine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens am 23. Februar 2022 (MRI rechte Schulter) wieder erreicht gewesen sei. Da rechtsprechungsgemäss beratende Ärzte eines Versicherungsträgers, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichgestellt sind (Urteil BGer 8C\_672/2020 vom 15.4.2021 E. 2.3), durfte die Vorinstanz nur auf die Feststellungen von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ abstellen, wenn keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 142 V 58 E. 5.1 m.w.H.; VGE I 2019 27 E. 6.1; vorstehend E. 2.6.2).

**6.2** Der Beweiswert der Beurteilungen von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ ist nicht dadurch geschmälert, weil es sich um ein Aktengutachten handelt. Die Diagnosen und Befunde sind unbestritten, strittig ist lediglich die ärztliche Beurteilung der Kausalität. Im Übrigen war die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Beurteilungen bereits operiert, so dass ein persönlicher Untersuch ohnehin unterbleiben konnte. Bei diesen Umständen spricht nichts gegen eine Beurteilung gestützt auf die Akten (vgl. oben E. 2.6.4).

**6.3** Soweit die Beschwerdeführerin Versicherungsleistungen für die Zeit nach dem 23. Februar 2022 beantragt, kann dem Begehren nicht stattgegeben wer-

den. Es liegt kein Arztbericht im Recht, der an den Aktenbeurteilungen von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ nicht nur Zweifel erwecken würde, sondern darüber hinaus auch zweifelsfrei und überzeugend den Nachweis zu erbringen vermöchte, dass die darüber hinaus geklagten Beschwerden, namentlich die Sehnenruptur, überwiegend wahrscheinlich durch den Skiunfall vom 14. Januar 2022 mindestens teilverursacht sind. Bestehen hingegen Zweifel an den Aktenbeurteilungen, so werden weitere medizinische Abklärungen notwendig sein.

**6.4** Gemäss Vorinstanz sind Zweifel an den Aktenbeurteilungen von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ ausgeschlossen, weil keine diesen entgegenstehende fachärztliche Berichte vorliegen würden. Dem kann in dieser Absolutheit nicht gefolgt werden. Liegen bezüglich der entscheidungswesentlichen medizinischen Tatsachen keine vom Bericht der versicherungsinternen oder beratenden Fachärzte abweichende Stellungnahmen anderer medizinischer Fachpersonen vor, so sind Zweifel nur (aber immerhin) in aller Regel zu verneinen (vgl. Urteil BGer 8C\_106/2020 vom 17.3.2020 Erw. 4.1). Dies schliesst nicht aus, dass Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit anders als durch abweichende Arztberichte begründet sind. Die Beschwerdeführerin weist denn auch zu Recht darauf hin, dass für die Versicherung der Untersuchungsgrundsatz gilt und es quasi einer Beweislastumkehr gleichkommen würde, wenn sie zu jeder versicherungsinternen Beurteilung selber einen Facharztbericht einholen müsste, weil nur Facharztberichte Zweifel zu erwecken vermöchten. Damit bleibt es dabei, dass zu prüfen ist, ob den Aktenbeurteilungen von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ keine auch nur geringen Zweifel entgegenstehen.

**6.5** Die Aktenbeurteilung vom 18. Mai 2022 basiert auf den Akten, welche Dr.med. I.\_\_\_\_\_ einleitend zusammenfasst, wobei es sich gemäss Vorinstanz um die umfassenden medizinischen Akten handeln soll. Er fasst die Anamnese zusammen und stellt eine Diagnose. Er äussert sich zur Objektivität der beklagten Beschwerden, zum Behandlungsverlauf und den Prognosen und schliesslich nimmt er eine Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs vor. Insoweit liegt eine ausführliche Beurteilung vor, was zu keinen Weiterungen Anlass gibt.

**6.6** Die Aktenbeurteilung vom 2. April 2022 basiert jedoch auf unvollständigen Daten (Vi-act. 20). Dr.med. I.\_\_\_\_\_ selber führte darin aus, ein Untersuchungsbericht über die Erstbehandlung liege leider nicht vor. In der Folge dokumentierte die Vorinstanz Dr.med. I.\_\_\_\_\_ mit weiteren Unterlagen, worauf er die Aktenbeurteilung vom 18. Mai 2022 abgab. Entsprechend basieren die nachfolgenden Ausführungen allein auf dieser zweiten (die erste bestätigenden) Aktenbeurteilung. Entgegen der Darstellung der Vorinstanz bestehen an deren Zu-

verlässigkeit und Schlüssigkeit durchaus berechtigte Zweifel, so dass ihr nicht volle Beweiskraft beigemessen werden kann.

**6.6.1** Bei der medizinischen Aktenzusammenfassung erwähnt Dr.med. I.\_\_\_\_\_ die Erstbehandlung durch Dr.med. F.\_\_\_\_\_ vom 14. Januar 2022 und er zitiert eine Druckdolenz über AC-Gelenk, Schmerzen beim Hochziehen der Hose (weiter nicht lesbar) mit der Diagnose Nacken-/Schulterdistorsion rechts.

Es handelt sich hierbei keinesfalls um den Bericht zur Erstbehandlung vom 14. Januar 2022, sondern (wohl) um den Arztbericht UVG vom 30. April 2022 (Vi-act. 30). Es hätte dies Dr.med. I.\_\_\_\_\_ allein schon aufgrund der Erwähnung des Sehnenrisses auffallen müssen, welcher erst nach dem MRI vom 23. Februar 2022 feststand. Was er sodann als unleserlich bezeichnet, wird im genannten Dokument unter 'objektiver Befund' dokumentiert und lässt sich lesen als "HWS [...] beweglich. Ausgeprägte Verspannungen im rechten Nackenbereich. Keine ossäre Läsion der HWS". Auch diese Diagnose gibt er falsch wieder, lautet diese doch "Nacken-/Schulterdistorsion re mit Riss der Supraspinatus- und Infraspinatussehne". Warum Dr.med. I.\_\_\_\_\_ den Bericht (der nicht der Bericht zur Erstbehandlung ist) falsch zitiert, namentlich die Diagnose der Sehnenruptur nicht nennt, ist nicht nachvollziehbar.

Ein eigentlicher Bericht der Erstbehandlung lag Dr.med. I.\_\_\_\_\_ gar nicht vor. In der echtzeitlichen Krankengeschichte, welche das Gericht eingeholt hat, verweist Dr.med. F.\_\_\_\_\_ unter dem Datum vom 14. Januar 2022 betreffend objektiver Befund auf den HWS-Dokumentationsbogen. Darin, d.h. am Unfalltag, notierte Dr.med. F.\_\_\_\_\_ zum Unfallhergang "... stürzte auf ihre rechte Schulter und Nacken" (Vi-act. 29). Diesen Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma erwähnt Dr.med. I.\_\_\_\_\_ aber gar nicht, was nicht nachvollziehbar ist, handelt es sich doch um dasjenige Dokument, welches zeitlich am nächsten zum Unfallereignis durch eine Ärztin ausgefüllt wurde.

**6.6.2** Weiter zitiert Dr.med. I.\_\_\_\_\_ aus der Bagatellunfall-Meldung UVG (Vi-act. 41) und zwar wie folgt: "Die Versicherte stürzte beim Skifahren, danach Benommenheit, Schmerzen im Nacken, Kopf, Arme und Schürfung am Knie". Dies wird so in der Unfallbeschreibung aufgeführt. Warum aber Dr.med. I.\_\_\_\_\_ nicht auch die am 17. Januar 2022 gemeldeten Verletzungen wiedergibt, nämlich Hals (Prellung) und Schulter rechts (Prellung), ist nicht nachvollziehbar; vor allem, weil vorliegend gerade Verletzungen an der Schulter rechts strittig sind. Auch dies weckt Zweifel an der Zuverlässigkeit der Aktenbeurteilung.

**6.6.3** Dr.med. I. \_\_\_\_\_ zitiert aus dem Arthro-MRI rechte Schulter vom 23. Februar 2022 die Beurteilung (vgl. oben E. 3.3) und gibt aus dem Operationsbericht vom 22. März 2022 die Diagnose und die Operation wieder (vgl. oben E. 3.4.3). Weder nennt er einen erhobenen Befund noch zitiert er intraoperativ erhobene Befunde aus dem technischen Vorgehen des Operationsberichtes. Wenn er dann unter "Prognose" ausführt, diese sei aufgrund der degenerativen Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette als eher schlecht zu beurteilen, so fehlen hierzu jegliche Ausführungen. Es bleibt schlicht nicht nachvollziehbar, was er als degenerative Veränderungen betrachtet. Es müsste dies geradezu ein Kernelement einer fachärztlichen Beurteilung bilden, aufzuzeigen, welche konkreten Indizien für/gegen eine degenerative Genese der Beschwerden sprechen respektive für/gegen ein Trauma. So aber stellt die Aussage, es lägen degenerative Veränderungen vor, eine bloße Behauptung dar, welche durch nichts belegt wird. Dem Gericht ist es dabei verwehrt - selbst wenn es mit zwei Medizinern als Fachrichter besetzt ist - allfällige Befunde eigenständig medizinisch zu würdigen (vgl. Urteil BGer 8C\_549/2021 vom 7.1.2022 Erw. 7.1). Vielmehr ist das Gericht auf schlüssige fachärztliche Beurteilungen angewiesen, welche nachvollziehbar und schlüssig hergeleitet sein müssen.

**6.6.4** Soweit Dr.med. I. \_\_\_\_\_ den Bericht von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ vom 16. März 2022 zitiert und festhält, dieser habe eine operative Sanierung empfohlen und eine konservative Behandlung als nicht adäquat angesehen, so trifft dies zu. Warum er jedoch die von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ hierzu ebenfalls dokumentierte Begründung der Operationsindikation nicht erwähnt, dass nämlich das Alter der Patientin (Jg. 1975) sowie die doch ausgeprägte Partialläsion für die operative Sanierung sprechen, ist nicht nachvollziehbar. Sowohl das Alter wie auch die Rissform sind Indizien, welche es bei der Kausalitätsfrage einzubeziehen gilt. Die Begründung der Operationsindikation gar nicht zu erwähnen, weckt zumindest geringe Zweifel an der Aktenbeurteilung.

**6.6.5** Unter Anamnese führt Dr.med. I. \_\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin gebe an, am 14. Januar 2022 beim Skifahren gestürzt zu sein, danach seien Schmerzen im Nacken, am Kopf und an den Armen aufgetreten. Woher er dies hat, ist unklar. Im ältesten Dokument, dem Dokumentationsbogen Erstkonsultation, werden Kopf- und Nackenschmerzen angekreuzt und Schmerzen rechts am Hals, Nacken und der Schulter eingezeichnet sowie Ruhe- und Stauchungsschmerz ohne Ausstrahlung vermerkt. Zudem wird eine Schulterdistorsion rechts als Differenzialdiagnose/zusätzliche Diagnose/weitere Abklärungen aufgeführt (Vi-act. 29). Im Unfallfragebogen (Vi-act. 5) nennt die Beschwerdeführerin Schmerzen in Nacken und Schulter. In der Unfallmeldung werden Schmerzen an

Nacken, Kopf, Arme und eine Schürfung am Kinn erwähnt sowie Hals und Schulter rechts als verletzte Körperteile aufgeführt (Vi-act. 41). Und in der echtzeitlichen Krankengeschichte notierte Dr.med. F.\_\_\_\_\_ am 14. Januar 2022 unter subjektive Angaben, die Versicherte sei auf den Kopf/Nacken gefallen. In der Folge habe ein starker Druck im Nacken bestanden, anfänglich eher weniger, nach 3 Stunden eher vermehrt. Schmerzen hätten v.a. entlang dem Nacken bestanden.

Weiter vermerkt Dr.med. I.\_\_\_\_\_ unter der Anamnese, in der Erstuntersuchung durch Dr.med. F.\_\_\_\_\_ sei festgehalten, erst im weiteren Verlauf habe die Patientin auch rechtsseitige Schulter- / Brustschmerzen bemerkt, insbesondere das Hochziehen von Hosen habe zu vermehrten Beschwerden geführt, ebenso seien die Elevation und Abduktion über die Horizontale schmerzhaft. Diesbezüglich wurde bereits ausgeführt, dass es sich nicht um die Erstuntersuchung handelt. Vielmehr handelt es sich um das, was Dr.med. F.\_\_\_\_\_ unter 'Subjektiv' im Überweisungsschreiben vom 27. Februar 2022 an Dr.med. L.\_\_\_\_\_ ausführte (vgl. oben E. 3.4.1).

Damit aber ist die zusammenfassende Wiedergabe der Anamnese durch Dr.med. I.\_\_\_\_\_ zumindest äusserst ungenau, was Zweifel an der Zuverlässigkeit erweckt.

**6.6.6** Auf die Frage der Ursächlichkeit der Beschwerden hält Dr.med. I.\_\_\_\_\_ fest, das Unfallereignis vom 14. Januar 2022 sei eine bloss mögliche Ursache / Teilursache der gesundheitlichen Störung. Hierfür trägt er letztlich nur ein einziges Argument vor, nämlich, dass der Verlauf bei einer traumatisch bedingten Rotatorenmanschettenruptur nicht nachvollziehbar sei.

Für die Kausalitätsbeurteilung - namentlich einer Rotatorenmanschettenläsion - sind gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung die einzelnen für oder gegen eine traumatische Genese sprechenden Aspekte aus medizinischer Sicht zu diskutieren und ein Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest überwiegend wahrscheinlich ist (Urteil BGer 8C\_167/2021 vom 16.12.2021 E. 4.1). Es sind insbesondere die Vorgeschichte, der Unfallhergang, der Primärbefund, die bildgebenden Befunde und der Verlauf zu berücksichtigen und in einem Gesamtbild medizinisch zu bewerten (Urteil BGer 8C\_59/2020 vom 14.4.2020 E. 5.3).

Wie die Beschwerdeführerin zu Recht ausführt, mangelt es den beiden vorliegenden Aktenbeurteilungen an einer entsprechenden medizinischen Gesamtwürdigung mehrerer Indizien. Eine Vorgeschichte findet keinerlei Erwähnung, der Unfallhergang wird nicht diskutiert (was angezeigt wäre, selbst wenn dem Unfallmechanismus keine übergeordnete Bedeutung mehr beigemessen wird, vgl. SVR 2021 Nr. 34 S. 154, 8C\_67/2021 E. 4.5). Der Primärbefund wird - wie auf-

gezeigt wurde - falsch wiedergegeben. Von der Bildgebung wird die Beurteilung zitiert; eine Diskussion der Befunde unterbleibt. Das Nämliche gilt für die intraoperativen Befunde; auf sie geht Dr.med. I. \_\_\_\_\_ nicht ein. Seine Aussage, es lägen degenerative Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette vor, wird durch nichts belegt, es fehlt jeglicher Hinweis auf einen Befund.

Das einzige von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ erwähnte Indiz, welches gegen eine traumatische Läsion spreche, ist der Verlauf. Allerdings bezeichnet er auch hier ein Zitat aktenwidrig als Erstbefundung. Wenn er sodann begründet, Dr.med. L. \_\_\_\_\_ habe vom Aspekt her eine völlig unauffällige Schulter dokumentiert, so gilt es mit der Beschwerdeführerin darauf hinzuweisen, dass diese Befunderhebung zwei Monate nach dem Unfallereignis erfolgt ist. Ob da noch Hämatome, Prellmarken und/oder Hautabschürfungen sichtbar wären, erscheint zumindest fraglich. Diesbezüglich ist allerdings zu erwähnen, dass auch im HWS-Dokumentationsbogen Erstkonsultation vom 14. Januar 2022 vermerkt ist, dass keine äusseren Verletzungen bestanden und auch sonstige Feststellungen / Auffälligkeiten mit 'nein' beantwortet wurde, also auch die Schürfung am Kinn nicht erwähnt wird. Im selben Bogen wird aber auch eine Schulterdistorsion rechts dokumentiert, was Dr.med. I. \_\_\_\_\_ nicht erwähnt.

Ob die Würdigung des Verlaufs durch Dr.med. I. \_\_\_\_\_ letztlich falsch ist oder nicht, kann nicht beurteilt werden. Allein die Unstimmigkeiten in seiner Aktenbeurteilung erwecken mindestens geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit. Kommt hinzu, dass nun die echtzeitliche Krankengeschichte von Dr.med. F. \_\_\_\_\_ vorliegt, welche weitergehende Auskunft zum Verlauf gibt. Zusätzlich hatte die Beschwerdeführerin mit ihrer Einsprache ein als Unfallprotokoll bezeichnetes Dokument eingereicht. Zu Unrecht hat die Vorinstanz dieses Actorum als rein narratives Dokument gänzlich unberücksichtigt gelassen. Es trifft wohl zu, dass es sich um ein undatiertes Dokument handelt. Andererseits wird darin tagebuchartig die Schmerzsituation festgehalten, was sehr wohl einen Eindruck eines Verlaufes gibt. Zudem können die Einträge mit den Einträgen von Dr.med. F. \_\_\_\_\_ in der Krankengeschichte in Übereinstimmung gebracht werden, was für eine Berücksichtigung spricht. Auch ist die Beschwerdeführerin im Gesundheitswesen tätig und dürfte dadurch mit Schmerzprotokollen bewandert sein. Selbstverständlich ändert dies nichts daran, dass es subjektive Aufzeichnungen sind, was es bei der Würdigung zu beachten gilt. Dieses Schmerzprotokoll als Verlaufsdocument gänzlich ausser Acht zu lassen, wenn namentlich der Verlauf ein zentrales Indiz darstellt, erscheint indes als nicht gerechtfertigt.

**6.6.7** Schliesslich werfen sowohl die Frage 5.3 des Aktengutachtens als auch die Antwort von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ Fragen auf.

Erfragt hatte die Vorinstanz, ob es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne das Unfallereignis zu dieser durch das Unfallereignis verursachten Verschlechterung des vorbestehenden Gesundheitszustandes im gegenwärtigen Umfang gekommen wäre (Vi-act. 18). Diese Fragestellung nimmt vorweg, dass das Unfallereignis eine Verschlechterung eines Vorzustandes verursacht hat. Unklar ist etwa auch, ob sich die Vorinstanz hier nach einer allfälligen Gelegenheits- / Zufallsursache erkundigt. Keine Klarheit bringt die Antwort, wonach der status quo sine spätestens am 23. Februar 2022 erreicht worden sei, da es [...] auch ohne das Unfallereignis zu dieser durch dieses Unfallereignis verursachten Verschlechterung des vorbestehenden Gesundheitszustandes (Degeneration der Rotatorenmanschette) im gegenwärtigen Umfang gekommen wäre. Weder diese Frage noch die Antwort vermögen einen Beitrag zur Klärung der Leistungspflicht der Vorinstanz zu leisten.

**6.7** Zusammenfassend bestehen damit an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Aktenbeurteilungen von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ mehr als nur geringe Zweifel. Es kann ihnen keine Beweiskraft beigemessen werden, weshalb die Vorinstanz ihren Entscheid zu Unrecht darauf abgestützt hat. Die Beschwerde erweist sich damit als begründet. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. Januar 2023 ist aufzuheben und die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.

**7.** Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG).

**8.1** Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur erneuten Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Zusprechung einer Parteientschädigung als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt, oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; VGE I 2019 75 vom 16.3.2020 E. 6.2, je mit Hinweisen).

**8.2** Nachdem die beanwaltete Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihr zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG / § 74 Abs. 1 VRP). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgerecht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung

des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

## **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 17. Januar 2023 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur weiteren Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu leisten.
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).  
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde\* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
  - die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (2/R, unter Beilage der Eingabe der Vorinstanz vom 3.7.2023)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. Juli 2023

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch 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: 13. Juli 2023