

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2024 13

Entscheid vom 10. Juni 2024

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
lic.iur. Josef Mathis, Gerichtsschreiber

Parteien

A. _____

gegen

1. **Suva**, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,
Vorinstanz,
2. **B.** _____,
Beigeladene,

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität)

Sachverhalt:

A. B._____ (Jg. 1964) erlitt gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 26. August 2022 (Vi-act. 1) am 16. Juli 2022 einen Unfall, als sie beim Rückwärtsgehen in Ufernähe des Sihlsees ausrutschte und auf die rechte Schulter fiel. Im Unfallzeitpunkt war sie sowohl bei der C._____ (Unfallversicherung: Suva) als auch bei der D._____ AG (Unfallversicherung: Helsana) als Kauf-frau angestellt (Vi-act. 12). Letztere Unfallversicherung erklärte sich mit Schreiben vom 3. November 2022 indes unter Anrufung des Art. 99 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 als nicht zuständig (Vi-act. 15).

B. Am 25. August 2022 wurde B._____ aufgrund persistierender Schmerzen in der Praxis von Dr. med. E._____ (Facharzt orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) und Dr. med. F._____ (Facharzt orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) vorstellig (Vi-act. 34). Ersterer veranlasste eine MRT-Arthrographie ihres rechten Schultergelenks, welche am 31. August 2022 durchgeführt wurde und eine Ruptur der Supraspinatussehne zeigte (Vi-act. 14). Darauf folgend operierte Dr. med. F._____ B._____ am 30. September 2022 an der rechten Schulter (Vi-act. 20). Am 3. Oktober 2022 konnte B._____ nach einem unauffälligen post-operativen Verlauf nach Hause entlassen werden (Vi-act. 21). In der Folge wurde Physiotherapie verordnet.

C. Am 20. Dezember 2022 wurde B._____ von der Suva zum Sachverhalt, Beschwerde- und Heilverlauf telefonisch befragt (Vi-act. 33). Nach versicherungsmedizinischen Abklärungen (Vi-act. 41 und 55) teilte die Suva B._____ mit Schreiben vom 3. Februar 2023 mit, dass die dannzumal bestehenden Beschwerden aufgrund der versicherungsmedizinischen Abklärungen nicht mehr als unfallbedingt zu qualifizieren seien. Die Versicherungsleistungen würden per 1. September 2022 eingestellt, für die Kosten der Operation vom 30. September 2022 komme die Suva nicht auf (Vi-act. 63). Am 2. März 2023 verlangte die A._____ eine einsprachefähige Verfügung (Vi-act. 66), welche die Suva am 3. April 2023 erliess (Vi-act. 77).

D. Gegen die Verfügung vom 3. April 2023 erhob die A._____ am 14. April 2023 Einsprache (Vi-act. 78), welche die Suva mit Entscheid vom 8. Januar 2024 abwies (Vi-act. 96).

E. Gegen den Einspracheentscheid erhebt die A. _____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 7. Februar 2024 fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz mit folgendem Antrag:

Die Verfügung vom 08.01.2024 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zur rechtsgenügenden Feststellung des Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

F. Die Suva beantragt mit Vernehmlassung vom 5. März 2024, die Beschwerde sei vollumfänglich abzuweisen und der Einspracheentscheid vom 8. Januar 2024 sei zu bestätigen. Mit Zwischenverfügung vom 8. März 2024 wurde B. _____ (nachfolgend: Beigeladene) ins Verfahren beigeladen mit der Möglichkeit Stellung zu nehmen. Die Beigeladene liess sich innert Frist nicht verlauten. Die Beschwerdeführerin verzichtete mit Eingabe vom 4. April 2024 auf die Einreichung einer materiellen Replik, reichte indes Stellungnahmen bzw. eine Bestätigung ihres vertrauensärztlichen Dienstes ein.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Die Vorinstanz anerkannte das Unfallereignis vom 16. Juli 2022 und erbrachte unbestrittenermassen Versicherungsleistungen. Mit Verfügung vom 3. April 2023 - bestätigt mit vorliegend angefochtenem Einspracheentscheid vom 8. Januar 2024 - stellte die Vorinstanz die Leistungen per 1. September 2022 ein mit der Begründung, bei degenerativem Vorzustand hätten Unfallfolgen sechs Wochen nach dem Ereignis vom 16. Juli 2022 im Beschwerdebild der Versicherten keine Rolle mehr gespielt. Nachdem die Beschwerdeführerin gegen genannte Leistungseinstellung opponiert, ist strittig und nachfolgend zu prüfen, ob die Vorinstanz Leistungen zu Recht ab 1. September 2022 verweigerte.

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 u.a. auch bei unfallähnlichen Körperschädigungen gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG.

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (vgl. VGE I 2022 70 vom 10.03.2023 E. 1.3 m.H.a. BGE 134 V 109 E. 2.1; BGE 129 V 177 E. 3.1 f.).

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 entfielen; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (vgl. BGE 142 V 435 E. 1; BGE 134 V 109 E. 2.1; Urteil BGer 8C_689/2019 vom 09.03.2020 E. 5.3 je m.H.).

Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung dann 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 m.H.).

Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen (Urteil BGer 8C_634/2022 vom 23.12.2022 E. 3.1), 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).

2.3 Wenn der Unfallversicherer den Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und einer Gesundheitsschädigung einmal anerkannt und entsprechende Leistungen erbracht hat, entfällt dessen Leistungspflicht 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 (krankhaf-

te) 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 m.w.H.). Dabei genügt eine Vielzahl möglicher Ursachen für einen Gesundheitsschaden für sich allein nicht, damit dem Unfall jegliche kausale Bedeutung für nachfolgend aufgetretene Beschwerden abgesprochen werden kann. Im Falle ätiologisch unspezifischer Beschwerden sowie einer Ursachenkonkurrenz kann jedoch aus der Dominanz unfallfremder Gründe in Verbindung mit der fraglichen Eignung des Unfallereignisses, dauernde Schädigungen zu erzeugen, unter Umständen auf den Wegfall der Kausalität geschlossen werden (vgl. Urteil BGer 8C_439/2007 vom 24.10.2007 E. 3.2 m.H.).

2.4 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 und damit die Leistungspflicht des Unfallversicherers (vgl. SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, Urteil BGer 8C_331/2015 vom 21.08.2015 E. 2.1.1; SVR 2010 UV Nr. 4 S. 17, Urteil BGer 8C_181/2009 vom 30.09.2009 E. 5.4 f. m.H.). Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen.

Im Übrigen ist festzuhalten, dass selbst unter Annahme, der degenerative Vorzustand sei durch das Unfallereignis symptomatisch geworden und mithin sei der Unfall als beschwerdeauslösend zu betrachten, keine Unfallkausalität der ausgelösten Beschwerden ohne zeitliche Beschränkung bejaht werden könnte. Vielmehr genügt es für die Beendigung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, dass der Status quo ante vel sine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetreten ist. Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss dabei nicht durch 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 (vgl. Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 E. 5.2; 8C_855/2018 vom 14.03.2019 E. 3.1).

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).

2.5.1 Der Sozialversicherungsprozess ist gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG bzw. Art. 61 lit. c ATSG vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2; BGE 125 V 195 E. 2; BGE 122 V 158 E. 1a m.H.). 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, bis er mit dem im Sozialversicherungsbereich erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist (vgl. 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 (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2; BGE 138 V 218 E. 6).

2.5.2 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 (vgl. 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 der Bundesverfassung der Schweizerischen

Eidgenossenschaft (BV, SR 101) vom 18. April 1999 erblickt werden (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5).

2.5.3 Beim Nachweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens handelt es sich um eine leistungsaufhebende Tatfrage. Die entsprechende Beweislast liegt demnach - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1).

2.6.1 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 ATSG und Art. 61 lit. c 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.

2.6.2 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen (vgl. vorstehend E. 2.2.3; 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 (vgl. 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a; BGE 122 V 157 f. E. 1c m.H.; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

2.6.3 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 (vgl. Urteil BGer 8C_587/2020 vom 5.2.2021 E. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in

die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Den Beurteilungen der versicherungsinternen Ärzte sind jene der die Versicherung beratenden Ärzte gleichgestellt (vgl. Urteil BGer 8C_774/2020 vom 19.2.2021 E. 2.2). 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 (vgl. Urteil BGer 8C_587/2020 vom 5.2.2021 E. 3.2 m.H.; BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 139 V 225 E. 5.2; VGE I 2022 11 vom 16.5.2022 E. 4.1 m.H.a. VGE I 2019 27 vom 27.9.2019 E. 6.1).

2.6.4 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 m.H.; BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (vgl. Urteil BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; Urteil BGer 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 m.H.).

2.6.5 Schliesslich sind auch reine Aktengutachten beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil BGer 8C_281/2021 vom 19.1.2022 E. 3.2).

3. Im Folgenden stellen sich der für die Beurteilung der Frage nach der Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung ab 1. September 2022 massgebende Unfallhergang vom 16. Juli 2022, der Gesundheitszustand der Beigeladenen, deren Behandlung, die fachärztlichen Beurteilungen sowie die versicherungsmässige Fallbearbeitung aus den im Recht liegenden Akten wie folgt dar:

3.1.1 Aus der Bagatellunfall-Meldung UVG (Vi-act. 1) vom 26. August 2022 geht hervor, dass die Beigeladene am 16. Juli 2022, um 11:00 Uhr, beim Rückwärtsgehen in Ufernähe des Sihlsees ausgerutscht und auf die rechte Schulter gefallen ist. Die Verletzung wird als Zerrung rechte Schulter angegeben.

3.1.2 Anlässlich der telefonischen Befragung der Beigeladenen führte diese gegenüber der Vorinstanz am 20. Dezember 2022 aus (Vi-act. 33):

Am 16.7.22 war ich Knie tief im Wasser und wollte eine Wolke fotografieren. Dabei bin ich rückwärts über einen Stein gestolpert und versuchte mich auf dem erhöhten Betonrand, wo die Schiffe anlegen, mit der rechten Hand abzufangen. Da dort Algen waren, rutschte mir die Hand weg und riss meinen Arm schräg nach hinten weg und hoch bis ich mit dem Schultergelenk auf dem Beton aufschlug.

Neben dem Unfallhergang äusserte sich die Beigeladene dannzumal wie folgt zum Beschwerdeverlauf (Vi-act. 33):

Zuerst habe ich natürlich nur gedacht, dass es sich um eine Prellung handelt. Den Arm konnte ich die ersten Tage kaum bewegen vor Schmerzen und später merkte ich einfach, dass ich nur noch maximal bis Brusthöhe kam mit der Hand. Ich konnte nicht mehr Fenster putzen und den BH konnte ich auch nicht mehr schliessen. Seit dem Unfall bestand permanent ein Funktionsverlust/Bewegungseinschränkung und Schmerzen bei Überbeanspruchung. Ich habe in den Ferien noch geschont aber als es danach nicht besser wurde ging ich dann zum Arzt.

3.2 Aufgrund seit dem Unfall persistierender Schulterschmerzen rechts sowie einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung stellte sich die Beigeladene am 25. August 2022 in der Praxis von Dr. med. E. _____ und Dr. med. F. _____ vor (Vi-act. 34). Auf Zuweisung von Dr. med. E. _____ hin erfolgte am 31. August 2022 eine MRT-Arthrographie des rechten Schultergelenks. Aus dem Bericht von PD Dr. med. J. _____ (FMH Radiologie) geht hervor (Vi-act. 14):

Klinische Angaben:

Sturz auf die rechte Schulter vor ca. 6-7 Wochen. Persistierende Beschwerden mit Bewegungseinschränkung und Kraftverminderung. Radiologisch keine ossäre Läsion erkennbar. Klinisch V.a. Rotatorenmanschettenruptur (Supraspinatussehne). [...]

Befund:

AC-Gelenk kongruent ohne Hypertrophie.

Acromion Typ 2 ohne osteophytäre Knochenappositionen.

Subacromialraum/osteoacromiales Outlet ohne Einengung.

Bursa subacromialis/subdeltoidea mit mässiggradig bis deutlich vermehrt Flüssigkeit/Kontrastmittel.

Glenohumerales Gelenk kongruent.

Glenoidrand ohne osteophytäre Appositionen oder vermehrte Sklerosierung. Kein Knochenmarksödem. Minimale subcorticale Zysten dorsalen Caput humeri.

Gelenkknorpel erhalten.

Gelenkrecessus gut entfaltet. Bei der Punktion des glenohumeralen Gelenkes kommt etwas klare Gelenkflüssigkeit entgegen.

Supraspinatussehne deutlich signalalteriert aufgetrieben mit transmuraler Ruptur der anterioren Zweidrittel der Sehne mit Retraktion hier bis knapp 1 cm.

Infraspinatussehne intakt.

Subscapularissehne intakt.

Intra- und extraartikuläre Bicepssehne mit regulärem Verlauf intakt. Bicepsspulley intakt ohne Verdickung.

Rotatorenmanschettenmuskulatur ohne fettige Atrophie.

Labrum intakt.

Glenohumerale Ligamente intakt.

Beurteilung:

Keine Omarthrose.

Transmurale Ruptur der Supraspinatussehne mit geringgradiger Retraktion der anterioren Zweidrittel.

3.3 Dr. med. E. _____ stellte die Indikation für eine operative Revision (Vi-act. 92). Nach präoperativer Abklärung durch den Hausarzt Dr.med. G. _____ (FMH Allgemeinmedizin) vom 28. September 2022 (Vi-act. 92) wurde die Beigeladene am 30. September 2022 durch Dr.med. F. _____ bei Diagnose 'traumatische Supraspinatussehnenruptur mit Beteiligung des Infraspinatus rechts' operiert (Vi-act. 20). Zur Indikation führte er im Operationsbericht aus:

Vor 2 Monaten Unfall beim Baden im Sihlsee mit Sturz auf die rechte Seite. In der Folge persistierende Schmerzen mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung in der rechten Schulter. Keine wesentliche Muskelatrophie. Klinisch aktive Abduktion 90°. Keine Kraftentwicklung im Supraspinatus bei stark schmerzhaftem Jobe-Test. Anteelevation knapp 110° möglich mit starken Schmerzen beim Absenken des Armes. Nackengriff nicht möglich. Schürzengriff knapp bis Gesäss möglich. Im MRI findet sich eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne mit geringgradiger Retraktion und möglicher Beteiligung des hinteren Intervalls. Aufgrund der Beschwerden der Patientin sowie der klinischen und radiologischen Befunde wird die Indikation zur operativen Therapie gestellt.

Die operative Revision erfolgte mittels Schultergelenksarthroskopie mit einer Mini open-Rekonstruktion Supraspinatussehne und ventraler Anteil der Infraspinatussehne, subakromialer Dekompression und Akromioplastik rechts.

Sodann dokumentierte Dr.med. F. _____ zur Arthroskopie:

[...] Beim Eingehen ins Gelenk erkennen wird intakte Knorpelverhältnisse Glenoid und Humeruskopf. Bizepssehne korrekt im Sulkus verlaufend. Bizepssehne und Bizepssehnenanker unauffällig. Subskapularissehne unauffällig. Die Supraspinatussehne zeigt etwas lateral des vorderen Intervalls eine transmurale Ruptur, welche sich nach hinten bis in das hintere Intervall und den ventralen Anteil der Infraspinatussehne zieht. In dieser Situation entscheiden wir uns zum Mini open-Vorgehen.

[...]. Sorgfältige Akromioplastik bei eingengtem Eingang in den Subakromialraum. Bursektomie subakromial. Aufsuchen der Ruptur. Die Ränder wirken noch frisch. Die Ruptur zieht nach dorsal in die Infraspinatussehne, welche teilweise intratendinös gerissen ist. Anfrischen des Footprints. Nach Fassen der Sehne mit Allend-Mason-Nähten transossäre Refixation. Die Infraspinatussehne wird im ventralen Anteil ebenfalls transossär refixiert. Der intratendinöse Anteil wird übernäht. Es gelingt ein dichter und stabiler Verschluss der Rotatorenmanschette ohne übermäßige Spannung. [...].

Im Austrittsbericht vom 9. November 2022 (Vi-act. 21) ist ein unauffälliger peri- und postoperativer Verlauf beschrieben. Die Beigeladene konnte am 3. Oktober 2022 bei reizlosen und trockenen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden.

3.4 Im Arztzeugnis UVG vom 27. Dezember 2022 nannte Dr. med. F. _____ als Datum der Erstbehandlung den 25. August 2022 (Vi-act. 34). Unter Angaben der Patientin führte er Schulterschmerzen rechts, Unfall Mitte Juli, persistierende Schmerzen, schmerzhaftes Bewegungseinschränkung an. Besondere Umstände, welchen den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen könnten, verneinte er. Als objektiven Befund und Diagnose dokumentierte er:

4. Objektiver Befund:

Funktionelles Schadensbild: Aktive Abduktion 90°, deutliche Schmerzen bei Abduktion gegen Widerstand, Anteelevation etwa 110°, Lift-off-Test ebenfalls stark schmerzhaft.

Bildgebende Verfahren mit Kopien der Befunde: Im MRI Nachweis einer Supraspinatussehnenruptur

5. Diagnose:

Traumatische Supraspinatussehnenruptur mit Beteiligung des Infraspinatus rechts.

Gemäss Dr.med. F. _____ sind die erhobenen Befunde mit dem von der Patientin geltend gemachten Ereignis vereinbar und plausibel.

3.5 Auf Vorlage der Frage, ob der Unfall überwiegend wahrscheinlich zu objektivierbaren, strukturellen Läsionen geführt habe und der am 30. September 2022 operierte Schaden auf den Unfall zurückzuführen sei, verlangte der versicherungsinterne Facharzt Dr. med. H. _____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie) vorerst die intraoperative Videoprintdokumentation der Operation ein und äusserte schliesslich am 25. Januar 2023 (Vi-act. 41, 55):

Die erste Vorstellung beim Arzt und dann gleich beim Orthopäden sechs Wochen nach einem rückwirkend geltend gemachten Ereignis mit geschildertem Anprall an einer Eisenstange spricht ü.w. gegen einen kausalen Zusammenhang der geschilderten Beschwerden und der sichtbaren Schädigung der ansatznahen Supraspinatussehne der knapp sechzigjährigen Versicherten. [Verweis auf Literatur]

In der kernspintomographischen Bildgebung finden sich weder Signalsteigerungen in den periartikulären Weichteilen als Hinweis für den nachträglich geschilderten Anprall, noch Hinweise für Kollateralschäden am Deltamuskel (siehe Veröffentlichungen von Hempfling et. al). In der parasagittalen Sequenz eindeutige Hinweise für eine fortgeschrittene Atrophie des Ssp-Muskels, Zanetttilinie nur knapp negativ. Ausserdem sprechen die Lokalisation der Schädigung, das Alter des Versicherten und die fehlende AUF bis zur Erstvorstellung beim Arzt nach sechs Wochen im Zusammenhang mit den oben angeführten Punkten bei Abwägung ü.w. für einen degenerativ bedingten ansatznahen Schaden der Supraspinatussehne.

Allenfalls Aktivierung eines Vorzustandes für einen Zeitraum von 6 Wochen, dann Terminierung per Status quo sine zum Zeitpunkt mit Erstellung des MRT empfohlen.

Es wurden leider nur OP-Bilder in schlechter Qualität und nur die unvollständige Dokumentation vorgelegt.

Aufgrund dieser versicherungsinternen Mitteilung schloss die Suva den Fall informell per 1. September 2022 ab und lehnte eine Übernahme der Operationskosten ab, was sie auf entsprechendes Verlangen der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 3. April 2023 bestätigte (Vi-act. 63, 77).

3.6 Im Rahmen des Einspracheverfahrens hat die Beschwerdeführerin die Stellungnahme ihres vertrauensärztlichen Dienstes (L. _____ AG) vom 13. April 2023 ins Recht gelegt, welche Grundlage der Einsprache vom 14. April 2023 bildete (Vi-act. 82). Die Stellungnahme empfahl, Einsprache einzulegen mit folgender Begründung:

Die 58jährige Versicherte stolperte am 16.07.2022 beim Baden am Sihlsee und fing sich mit dem rechten Arm ab.

Die MRT-Arthrographie vom 31.08.2022 beschrieb ausschliesslich Unfallfolgen im Sinne einer transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne und eine Beteiligung des M. infraspinatus.

Es werden keine degenerativen Veränderungen des Schultergelenkes aufgeführt. Auch im OP-Bericht vom 30.09.2022 wiederholen sich die unfalltypischen Verletzungen der Rotatorenmanschette.

[...]

Alle medizinischen Befunde bestätigen die Unfallfolgen.

Somit ist die SUVA für die Therapie und die ggf. zu erwartenden Folgeschäden in der Leistungspflicht.

3.7 Nach Vorlage des vorgenannten Berichts verlangte Dr. med. H. _____ zusätzliche Unterlagen / Arztzeugnisse ein (Vi-act. 84 f.).

3.7.1 Mit Datum vom 31. Oktober 2023 reichen die Dr.med. E. _____ und Dr.med. F. _____ ein Arztzeugnis UVG ein (Vi-act. 86), das von jenem vom 27. Dezember 2022 mitunter abwich (vgl. oben E. 3.4). So habe die Erstbehandlung am 20. August 2022 stattgefunden; die Beigeladene habe infolge anhaltender Beschwerden den Hausarzt aufgesucht, welcher sie an die Spezialisten zugewiesen habe. Als objektiver Befund wird festgehalten:

Morphologisches Schadensbild: Anlässlich Primärbeurteilung aktive Abduktion knapp 90°, noch deutliche Schmerzen und ausgeprägte Kraftverminderung. Flexion knapp 90° mit Kraftverminderung. Beim Hinunternehmen des Armes massive Schmerzen. Nackengriff nicht möglich. Schürzengriff nicht möglich. Speed Test mit deutlichen Schmerzen.

Funktionelles Schadensbild: Eingeschränkte Schulterbeweglichkeit

Bildgebende Verfahren mit Kopien der Befunde: MRI: Supraspinatussehnenruptur mit zusätzlicher Beteiligung des Infraspinatus rechts (traumatisch)

Die Diagnose war unverändert (vgl. oben E. 3.4). Vermerkt ist, dass am 13. März 2023 die Behandlung abgeschlossen worden sei. Zudem wird unter Bemerkungen ausgeführt:

Es handelt sich um ein klares Unfallereignis. Die Patientin war primär beim Hausarzt. Bei Persistenz der Beschwerden wurde innerhalb von 2 Monaten die Rekonstruktion durchgeführt. Die Patientin war vor diesem Unfall an der Schulter beschwerdefrei.

3.7.2 Nachdem von Dr.med. E. _____ und Dr.med. F. _____ neben dem Arztbericht UVG die gesamte Krankengeschichte ab 20. August 2022 betreffend rechte Schulter einverlangt wurde (Vi-act. 87), unterbreitete Dr.med. F. _____ der Vorinstanz am 4. November 2023 folgende Krankengeschichte:

Diagnose

- St. n. Rekonstruktion Supra- und Infraspinatussehne am 30.09.2022 bei traumatischer Sehnenruptur rechts

Zusammenfassung der Krankengeschichte

Erstkonsultation am 25.08.2022 nach Unfall mit Sturz auf die rechte Seite. Dabei zieht sich die Patientin eine Supraspinatussehnenruptur mit Beteiligung des ventralen Anteiles der Infraspinatussehne zu. Aufgrund der traumatischen Genese sowie der deutlichen Schmerzen wird die Indikation zur operativen Therapie gestellt, der Eingriff findet am 30.09.2022 im Spital Einsiedeln statt. Nachkontrolltermine am 13.10./ 10.11./ 30.11. / 05.12./ 22.12. sowie 27.12.2022, 18.01./ 13.03.2023.

Der postoperative Verlauf gestaltete sich erwartungsgemäss, leider kam es im November 2022 zu einer erneuten Traumatisierung der Schulter, als jemand in die Patientin hineinlief auf der Treppe. In der Folge doch rasche Erholung der vermehrten Schmerzen. Arbeitswiederaufnahme voll bis 01.02.2023. Behandlungsabschluss bei uns am 13.03.2023.

AUF

100% 30.09.2022 bis 08.01.2023

50% 09.01.2023 bis 31.01.2023

0% 01.02.2023

3.7.3 Der Hausarzt Dr.med. G. _____ meldete am 26. November 2023, einzig die präoperative Untersuchung vom 28. September 2022 durchgeführt zu haben, ansonsten über keine weiteren KG-Einträge zu verfügen (Vi-act. 92).

3.8.1 Nach Prüfung und Zusammenfassung der Aktenlage nahm Dr. med. H. _____ am 19. Dezember 2023 die versicherungsinterne ärztliche Beurteilung vor (Vi-act. 94). Er verwies darin einleitend auf die Arztzeugnisse UVG, welche sich hinsichtlich Erstbehandlung (20. vs. 25.8.2022) unterscheiden würden. In der jüngsten Version werde über massive Bewegungsschmerzen und schmerzhaftige Bewegungseinschränkungen des rechten Schultergelenks berich-

tet, was verwundere, da die Versicherte immerhin fünf Wochen benötigt habe, um sich nach dem nachgemeldeten Sturz direkt beim Orthopäden und nicht beim Hausarzt vorzustellen. Beim Hausarzt sei direkt nach dem Unfall vom 16. Juli 2022 keine Konsultation erfolgt. Und weiter:

Beurteilung

[...]

Auf den von den Orthopäden veranlassten kernspintomographischen Bildern vom 31.08.2022 stellte sich ein insgesamt unauffälliges rechtes Schultergelenk ohne Hinweise auf eine relevante Gewalteinwirkung auf das rechte Schultergelenk dar. So finden sich weder Signalsteigerungen im Bereich der periartikulären Weichteile, der knöchernen Gelenkpartner noch ein intraartikulärer Gelenkerguss oder Signalsteigerungen im Bereich der Deltamuskulatur als Hinweis für eine Kollateralschädigung der Fasern des Deltamuskels wie sie anlässlich traumatischer Ereignisse zum Beispiel von Prof. Dr. med. Harald Hempfling, Murnau, gemäss seiner Veröffentlichung gefordert wird.

Es findet sich eine ansatznahe Ruptur der ventralen Supraspinatussehne mit Retraktion des Sehnenstumpfes um etwa einen Zentimeter. Die noch erhaltenen Anteile der Supra- und Infraspinatussehne sind erheblich aufgetrieben und signalalteriert. Diese Veränderungen sprechen für eine ausgeprägte vorbestehende verschleissbedingte Tendinopathie der Rotatorenmanschettenansätze. Der Subacromialraum ist grenzwertig weit, es zeigt sich eine stempelartige Einengung des Subacromialraums etwa zwei bis drei Zentimeter von der Ansatzstelle der Supraspinatussehne entfernt.

Zusätzlich finden sich leichte Veränderungen des AC-Gelenks ohne wesentliche Aktivierungszeichen. Die übrigen Strukturen des Schultergelenks sind unauffällig. In der parasagittalen Aufnahme sind Hinweise für eine Atrophie des Supraspinatusmuskels bei knapp negativer Zanetti-Linie zu erkennen.

Der kernspintomographische Befund zeigte eine ansatznahe Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne im typischen Teil der Rotatorenmanschette, der gerade im fortgeschrittenen Lebensalter anfällig für verschleissbedingte Veränderungen und Durchblutungsstörungen sind. Aus den kernspintomographischen Bildern sind keine Anzeichen zu erkennen, welche für eine relevante Traumatisierung des Schultergelenks sprechen und die Angaben der Versicherten hinsichtlich eines Anpralls des Schultergelenks auf einen Betonboden nachzuvollziehen lassen.

Bei der versicherungsmedizinischen Abwägung sprechen die verzögerte Vorstellung der Versicherten fünf respektive sechs Wochen nach dem nachträglich geltend gemachten Ereignis, die Erstvorstellung bei den Orthopäden statt beim Hausarzt, die verzögerte Meldung des Schadenfalls, das Alter der Versicherten, die bildmorphologischen Veränderungen der Rotatorenmanschette im Ansatzbereich in anatomischer Nähe zur abgelösten Supraspinatussehne überwiegend wahrscheinlich dafür, dass es sich bei den von der Versicherten beklagten Beschwerden und der sich kernspintomographisch und intraoperativ sich darstellenden ansatznahen Läsion der Supra- und Infraspinatussehne um eine verschleissbedingte und nicht unfallbedingte Schädigung handelt.

Die behandelnden Orthopäden Dr. E. _____ und Dr. F. _____ sowie auch die Stellungnahme des vertrauensärztlichen Dienstes der Krankenkasse bleiben

allfällige Argumente schuldig, die dafür sprechen würden, dass es sich um eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette handelt.

Dr.med. H._____ gelangte zum Schluss, beim geltend gemachten Ereignis sei es allenfalls zu einer Aktivierung eines Vorzustandes für einen maximalen Zeitraum von sechs Wochen gekommen. Der natürliche Kausalzusammenhang der beklagten Beschwerden mit dem Ereignis vom 16. Juli 2022 sei allerspätestens nach Ablauf von sechs Wochen erloschen. Der Status quo sine sei zum Zeitpunkt der Erstellung der Kernspintomographie am 31.08.2022 eingetreten.

3.8.2 Gestützt auf diese versicherungsärztliche Beurteilung wies die Vorinstanz die Einsprache mit Entscheid vom 8. Januar 2024 ab (Vi-act. 96). Sie ergänzte, gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung werde durch die medizinische Literatur untermauert, dass degenerative Sehnenveränderungen an der Schulter grundsätzlich ein weit verbreiteter Befund seien. Ein Impingement werde als zuverlässiges Zeichen für eine chronische Rotatorenmanschettenläsion betrachtet und die sofortige Beeinträchtigung der aktiven Mobilität bzw. Entwicklung einer Pseudoparalyse der Schulter aufgrund der Rotatorenmanschettenläsion – neben der akromiohumeralen Distanz – werde als einziges typisches Merkmal für eine traumatische Verursachung dieser Schädigung genannt. Vorliegend sei bei der Versicherten im Anschluss an das Ereignis vom 16. Juli 2022 keine sofortige Beeinträchtigung ihrer aktiven Mobilität bzw. gar Pseudoparalyse der rechten Schulter ärztlich dokumentiert, vielmehr habe sie sich erst am 25. August 2022 erstmals in ärztliche Behandlung begeben. Auch eine sofortige vollständige Arbeitsunfähigkeit im Anschluss an das Ereignis sei nirgendwo aktenkundig. Darüber hinaus weise auch die im Operationsbericht vom 3. November 2022 beschriebene und auf den intraoperativen Videoprintbildern zu sehende (stempelartige) Einengung des Subakromialraumes im Sinne eines Impingements auf eine rein krankhaft-degenerative Ursache des operierten Schulterleidens hin.

Damit sei mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass das Unfallereignis vom 16. Juli 2022 nicht mehr Ursache des Gesundheitsschadens an der rechten Schulter, wie er sich sechs Wochen danach präsentiert habe, dargestellt habe, und der Zustand, wie er sich auch ohne diesen Unfall eingestellt hätte, sei spätestens zu diesem Zeitpunkt erreicht gewesen. Die danach noch bestehenden Schulterbeschwerden rechts seien folglich nicht mehr unfall-, sondern ausschliesslich noch krankheitsbedingt, weshalb die Verfügung vom 3. April 2023 bestätigt werde; über den 1. September 2023 hinaus bestehe kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

4.1 Vor Verwaltungsgericht reicht die Beschwerdeführerin mit der Replik eine Stellungnahme ihres versicherungsärztlichen Dienstes vom 16. Januar 2024 ein,

auf welcher die Beschwerde basiere. Sie wurde von Dr.med. I. _____ (Fachärztin für Orthopädie, zertifizierte Gutachterin SIM, Vertrauensärztin SGV sowie Osteologin DVO) erstellt, die empfahl, eine gutachterliche Klärung des Sachverhaltes und der Leistungspflicht zu überprüfen (Bf-act. 2, 3). In ihrer Begründung ging sie auf die vier Punkte ein, auf welche die Vorinstanz ihren Entscheid abstütze, nämlich (1.) die verzögerte Vorstellung beim Arzt, (2.) die Erstvorstellung beim Orthopäden, (3.) die verzögerte Unfallmeldung sowie (4.) das Alter der Versicherten und bildmorphologische Veränderungen der Rotatorenmanschette. Hierzu führte sie aus:

ad 1. Es ist anzunehmen, dass die Versicherte zunächst versucht hat, die Folgen des Sturzes abzuwarten und dementsprechend eine erste Vorstellung bei Dr. F. _____, am 25.08.2022 stattfand. Da die Versicherte als Kauffrau arbeitet, ist in der beruflichen Belastung keine vermehrte Schulteraktivität anzunehmen. Somit suchte die Versicherte den Arzt auf, nachdem sich keine Besserung der Beschwerden einstellt. Die bei einer Verletzung der Rotatorenmanschette typischen Einschränkung der Beweglichkeit wurde vom erstbehandelnden Orthopäden dokumentiert.

ad 2. Die Erstvorstellung beim Spezialisten im Spezialfall ist sinnvoll und kostensparend. Die Umgehung des Hausarztes bei einer eindeutigen Verletzung des Bewegungsapparates kann nicht als Argument zur Beendigung der Leistungspflicht herangezogen werden.

ad 3. Eine verzögerte Anmeldung eines Unfalles ist ein Verwaltungsakt, der jedoch sowohl Unfallgeschehen als auch Gesundheitsschäden nicht tangiert. Hier kann der Versicherten nicht die Schädigung aberkannt und die Leistungspflicht auf die Krankenversicherung übertragen werden.

ad 4. Das Alter der Versicherten lässt zwar auf einen gewissen Grad der Degeneration rückschliessen. Es sind jedoch keine Dokumente bekannt, die vor dem Ereignis vom 16.07.2022 zu Konsultationen beim Spezialisten geführt hätten. Ebenso wenig liegen bildgebende Befunde vor dem Ereignis vor, die einen überwiegend wahrscheinlichen degenerativen Zustand belegen. Im Gegenzug wird im MRT der rechten Schulter vom 30.08.2022 von "einer deutlich aufgetriebenen Supraspinatussehne mit transmuraler Ruptur der anterioren 2/3 mit Retraktion bis knapp 1 cm" geschrieben. Die Retraktion ist die typische Reaktion der Sehne auf eine frische Schädigung.

Die Argumentation des Versicherungsmediziners und Facharztes für orthopädische Chirurgie in seiner Stellungnahme vom 19.12.2023, es habe keine sofortige Einschränkung der aktiven Mobilität stattgefunden, wird von der Erstuntersuchung am 25.08.2022 entkräftet. Die fehlende AUF nach dem Ereignis könnte bei einer körperlich anspruchsvollen Tätigkeit angeführt werden, jedoch nicht beim Beruf der Kauffrau.

4.2 Die Beschwerdeführerin führte in der Beschwerdeschrift ergänzend aus, in jüngeren Studien würde die Prävalenz von transmuralen degenerativen Rotatorenmanschettenläsionen nach unten korrigiert, weshalb der blosser Verweis aufs Alter den behaupteten Nachweis nicht zu erbringen vermöge. Dass die Beigela-

dene direkt nach dem Unfallereignis Schmerzen verspürt habe und die Mobilität eingeschränkt gewesen sei, ergebe sich aus dem Bericht zur Erstkonsultation. Es könne von ihr nicht erwartet werden, selber medizinisch einzuordnen, ob eine Sehnenruptur oder eine Prellung der Weichteile ursächlich sei. Die Vorinstanz konstruiere aus diesem Umstand einen beweisrechtlichen Nachteil, was unstatthaft sei. Die MRT vom 30. August 2022 beschreibe eine Retraktion, die typisch für eine frische Schädigung sei. Der Operationsbericht beschreibe die Ränder der Ruptur als frisch. Dass die im Operationsbericht beschriebene Einengung des Subacromialraumes auf eine krankhaft-degenerative Ursache "hinweise", genüge beweisrechtlich nicht. Wenn Dr.med. H. _____ von angeblichen verschleissbedingten Veränderungen spreche, sei damit noch nicht gesagt, dass die Ruptur vorbestehend gewesen sei; seine Annahme der Aktivierung eines Vorzustandes während (nur) sechs Wochen sei damit nicht begründet. Ohnehin würde eine vorübergehende Aktivierung eines Vorzustandes die Annahme eines status quo ante begründen, Dr.med. H. _____ spreche aber von status quo sine. Bei einem solchen müsste begründet werden, dass die Sehne auch ohne das Ereignis gerissen wäre, was zu Recht nicht geltend gemacht werde. Vielmehr sprächen die Umstände mindestens für eine richtunggebende Verschlimmerung in Gestalt der Ruptur, womit die weitergehende Leistungspflicht der Vorinstanz begründet sei. Für die Einstellung der Leistungen bei Erreichen des status quo sine vel ante müsse eine vorbestehende Erkrankung genau und überzeugend beschrieben werden. Insgesamt sei der Sachverhalt ungenügend abgeklärt, weshalb die Vorinstanz anzuweisen sei, ein externes Gutachten in Auftrag zu geben.

5.1 Der angefochtene Entscheid der Vorinstanz stützt sich auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr.med. H. _____ vom 25. Januar 2023 und insbesondere jene vom 19. Dezember 2023 ab (vgl. oben E. 3.5 und E. 3.8.1). Es ist damit die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von versicherungsinternen Ärzten zu beachten, wonach nur auf deren Feststellungen abgestellt werden kann, 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 vom 27.9.2019 E. 6.1; vorstehend E. 2.6.3).

5.2.1 Das Aufsuchen eines Arztes am 25. August 2022 erst sechs Wochen nach dem Unfallereignis vom 16. Juli 2022 spricht für sich allein weder klar für ein Trauma noch klar für ein degeneratives Geschehen. Gerade auch aufgrund des Decrescendo-Verlaufs von traumatischen Rupturen und mit im Verlauf tolerablen aber persistierenden Beschwerden, erscheint ein verzögerter Arztbesuch mitunter auch nachvollziehbar (vgl. etwa Läderrmann et al, Degenerative oder trauma-

tische Läsionen der Rotatorenmanschette, in: SMF 2019 S. 260 ff, S. 263). Vorliegend ist der Verlauf zudem nur knapp dokumentiert und damit wenig hilfreich. Abgesehen davon, dass die behandelnden Fachärzte uneinheitlich ausführen, ob die Beigeladene sie direkt aufgesucht habe oder ihnen durch den Hausarzt zugewiesen wurde, dokumentieren sie einzig 'persistierende Schmerzen mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung', aber nicht eigentlich einen Verlauf (vgl. oben E. 3.3, E. 3.4, E. 3.7.1, E. 3.7.2). Immerhin aber enthält die Auskunft der Beigeladenen vom 20. Dezember 2022 gewisse Angaben zum Verlauf (vgl. oben E. 3.1.2). Daraus erhellt insbesondere auch, dass die Beigeladene zwischen Unfall und Erstbehandlung (auch) Ferien hatte und dadurch die Schulter schonen konnte, was auch die verzögerte Erstkonsultation bisweilen zu erklären vermag. Es relativiert dies auch die Tatsache, dass unfallnah keine Arbeitsunfähigkeit ärztlich attestiert wurde. Diesbezüglich enthält aber wiederum die Auskunft der Beigeladenen gewisse Informationen, wenn sie ausführt, dass sie den Arm in den ersten Tagen kaum bewegen konnte vor Schmerzen, später dann bemerkte, dass sie die Hand nach dem Unfall noch maximal zur Brusthöhe heben, keine Fenster mehr putzen und auch den BH nicht mehr schliessen konnte, was doch auf eine relevante Funktionsbeeinträchtigung schliessen lässt.

5.2.2 Ein weiteres von den Parteien angerufenes Kriterium ist das Alter der Beigeladenen (Jg. 1964). Die Prävalenz degenerativer Veränderungen der Rotatorenmanschette nimmt mit dem Alter zu, wobei die Bedeutung für die Kausalitätsfrage durchaus unterschiedlich beurteilt wird (vgl. Lädemann et al, a.a.O., S. 2.6.2; Dubs et al., a.a.O.; Naggar et al., Traumatische versus degenerative Rotatorenmanschettenruptur, SMF 2023 S. 914 ff.). Ohnehin vermögen derart statistische Werte für sich noch keine Aussagen zum konkreten Einzelfall zu machen (Urteile BGer 8C_519/2020 vom 20.1.2021 E. 5.4; 8C_167/2018 vom 28.2.2019 E. 6.4).

5.2.3 Wenig hilfreich ist auch die Berücksichtigung des konkreten Unfallgeschehens. In der Bagatellunfall-Meldung UVG ist von einem Fallen auf die rechte Schulter die Rede, einem Anpralltrauma (oben E. 3.1.1). Auch in der Indikation zur Operation ist von Sturz auf die Schulter die Rede (oben E. 3.3). Das Arzzeugnis UVG vom 27. Dezember 2022 macht gar keine Aussage zum Unfallgeschehen (Vi-act. 34), in jenem vom 31. Oktober 2023 ist ein Ausrutschen und Hinfallen auf die rechte Schulter notiert (Vi-act. 86; vgl. auch 92 S. 4). Ausführlicher ist der Beschrieb der Beigeladenen vom 20. Dezember 2022, wonach sie rückwärts über einen Stein gestolpert ist, sich mit der Hand am erhöhten Betonrand abzufangen versuchte, wegen den dortigen Algen aber mit der Hand ausrutschte, was "meinen Arm schräg nach hinten weg [riss] und hoch bis ich mit

dem Schultergelenk auf dem Beton aufschlug" (vgl. oben E. 3.1.2). Damit aber bleibt der Unfallhergang unklar und daher für die Kausalitätsfrage von geringer Relevanz. Dem Kriterium des Unfallmechanismus zur Beurteilung der Unfallkausalität wird, gerade wenn der Hergang unklar bleibt, rechtsprechungsgemäss denn auch keine übergeordnete Bedeutung mehr beigemessen (vgl. Urteil BGer 8C_672/2020 vom 15.4.2021 E. 4.1.3).

5.2.4 Die behandelnden Ärzte Dr.med. E. _____ und Dr.med. F. _____ beurteilten die Supraspinatussehnenruptur mit Beteiligung des ventralen Anteiles der Infraspinatussehne aufgrund des Unfallhergangs, der Anamnese sowie der klinisch und bildgebend erhobenen Befunde als traumatischen Ursprungs, was sich ohne Weiteres aus ihrer Diagnosestellung (Vi-act. 34), der Indikation zur Operation und dem Operationsbericht ergibt (Vi-act. 20). Insofern steht ihre Beurteilung klar im Widerspruch zur versicherungsinternen Beurteilung. Gleichwohl ist zu konstatieren, dass diese behandelnden Ärzte ihre Beurteilung nicht weiter begründen.

5.2.5 Demgegenüber weist die beratende Ärztin der Beschwerdeführerin auf die wenig aussagekräftigen Punkte hin, welche gemäss Dr.med. H. _____ gegen ein traumatisches Geschehen sprechen. Wie vorstehend aufgezeigt, kann ihr insoweit beigespflichtet werden, dass im vorliegenden Fall weder der verzögerte Arztbesuch, noch das direkte Aufsuchen des Facharztes, noch der (nicht vollends klare) Unfallhergang, noch das Alter der Beschwerdeführerin ausschlaggebende Indizien für oder gegen ein Trauma darstellen (vgl. vorstehend E. 5.2.1 - 5.2.3).

Ein eigentlicher Widerspruch in der Beurteilung findet sich bezüglich Retraktion der Sehne. Medizinisch hebt Dr.med. I. _____ diese Retraktion der Sehne von knapp 1 cm als Begründung für die Unfallkausalität hervor, da dies die typische Reaktion der Sehne auf eine frische Schädigung sei (vgl. oben E. 4.1), wogegen gemäss Vorinstanz eine solche im Zeitraum von sechs Wochen (zwischen Unfall und MRT-Arthrographie) nicht möglich sei. Allerdings kann gemäss Lädemann et al. selbst eine Retraktion Grad 3 bis zum Glenoid ohne fettige Infiltration innerhalb weniger Wochen nach dem Trauma auftreten, was auf eine akute Läsion mit erheblicher muskulotendinöser Retraktion hinweise (a.a.O., S. 266), weshalb auch die Retraktion von 1cm vorliegend kein entscheidendes Kriterium darstellt.

Vor allem aber betont Dr.med. I. _____, bildgebend seien einzig Unfallfolgen beschrieben, aufgeführt seien keine degenerativen Veränderungen, womit sie Dr.med. H. _____ wesentlich widerspricht. Da die Beurteilung der beratenden Ärztin im MRT-Befund vom 31. August 2022 eine klare Stütze findet, bestehen

an der Beurteilung von Dr.med. H._____ mindestens geringe Zweifel. So dokumentiert der Radiologe einen Subacromialraum / ein osteoacromiales Outlet ausdrücklich ohne Einengung, was gegen die von Dr.med. H._____ genannte stempelartige Einengung spricht. Weiter erwähnt Dr.med. H._____ leichte Veränderungen des AC-Gelenks, wogegen sich gemäss MR-Befund bezüglich AC-Gelenk keine Auffälligkeiten zeigen, eine Omarthrose wird ausdrücklich ausgeschlossen. Gemäss Dr.med. H._____ bestehen Hinweise für eine fortgeschrittene Atrophie des Supraspinatusmuskels, wogegen der Radiologe explizit eine Rotatorenmanschettenmuskulatur ohne fettige Atrophie dokumentiert. In seiner Beurteilung notiert der Radiologe die transmurale Ruptur der Supraspinatussehne mit geringgradiger Retraktion der anterioren Zweidrittel als einzige Auffälligkeit, eine Omarthrose wird ausgeschlossen. Mithin nennt der Radiologe keine degenerativen Veränderungen. Wenn daher die beratende Ärztin der Vorinstanz zum Schluss gelangte, es würden keine degenerativen Veränderungen des Schultergelenkes aufgeführt, so trifft dies sowohl auf den Befund der MRT-Arthrographie zu wie auch auf die Berichte der behandelnden Ärzte. Namentlich im Operationsbericht werden keine degenerativen Veränderungen erwähnt. Diesbezüglich kann ergänzt werden, dass gemäss Operationsbericht die Ränder der Ruptur ausdrücklich frisch wirkten, was für eine traumatische Ursache spricht. Dem wird durch Dr.med. H._____ nur insofern widersprochen, als gemäss seiner Beurteilung die intraoperativen Bilder nicht aussagekräftig seien, was die Beurteilung des Operateurs nicht grundsätzlich in Zweifel zu ziehen vermag. Vielmehr stimmen die Beurteilungen der die Versicherung beratenden Ärztin und der behandelnden Ärzte überein und diese werden durch den bildgebenden Befund bekräftigt, womit an der Beurteilung von Dr.med. H._____, wonach das linke Schultergelenk degenerative Veränderungen zeige, welche für eine verschleissbedingte und nicht unfallbedingte Schädigung sprechen würden, mehr als nur geringe Zweifel bestehen.

5.3 Bestehen aber mehr als nur geringe Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung, so sind weitergehende Abklärungen notwendig. Es ist in erster Linie Aufgabe des Unfallversicherers, von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen, um den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig festzustellen (Art. 43 Abs. 1 ATSG; vgl. auch BGE 132 V 368 E. 5; Urteil 8C_51/2023 vom 15.6.2023 E. 8.2 mit Hinweis). Die Sache ist daher an die Suva zurückzuweisen, damit sie im Verfahren nach Art. 44 ATSG ein medizinisches Gutachten einhole und anschliessend über ihre Leistungspflicht gegenüber der Beigeladenen für die Folgen aus dem Unfallereignis vom 16. Juli 2022 neu verfüge.

6. Die Beschwerde erweist sich zusammenfassend als begründet und ist gutzuheissen. Der Einspracheentscheid vom 8. Januar 2024 wird aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen an die Suva zurückgewiesen, damit sie zur Frage der Unfallkausalität der Schulterbeschwerden links ein externes Gutachten einhole und gestützt auf dieses neu entscheide.

7. Es werden keine Kosten erhoben; Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht keiner (Art. 61 lit. f^{bis} und lit. g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 8. Januar 2024 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und neuem Entscheid im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. 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 82 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
4. Zustellung an:
 - die Beschwerdeführerin (R)
 - die Vorinstanz (R)
 - die Beigeladene (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A)

Schwyz, 10. Juni 2024

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***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: 1. Juli 2024