

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2025 30

## Entscheid vom 12. Januar 2026

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Präsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

---

Parteien

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

**gegen**

**C.** \_\_\_\_\_,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.** Mit Bagatellunfall-Meldung UVG vom 22. Juni 2022 wurde der C. \_\_\_\_\_ AG (nachfolgend C. \_\_\_\_\_) Anzeige gemacht, die bei ihr über die Arbeitgeberin obligatorisch unfallversicherte A. \_\_\_\_\_ (Jg. 1987) habe am 13. Juni 2022 in D. \_\_\_\_\_ einen Unfall erlitten: "Mit dem Velo kopfvoran über ein Stein auf Kopf, Schulter re und Ellbogen re gestürzt". Als Verletzung wurde Mehrfachverletzung (Polyblesse), Prellung notiert (Vi-act. 1). Am 15. Juni 2022 suchte A. \_\_\_\_\_ am Wohnort den Notfall des Spitals E. \_\_\_\_\_ auf, wo gemäss Notfallbericht vom 17. Juni 2022 die Diagnose einer Kontusion Ellbogen rechts mit oberflächlichen Schürfungen, Kontusion und Distorsion Schulter rechts gestellt wurde (Vi-act. 103). Am 22. Juni 2022 erfolgte eine MRT Arthrographie des rechten Schultergelenkes (Vi-act. 11). Anlässlich der Sprechstunde vom 30. Juni 2022 stellte Dr.med. F. \_\_\_\_\_ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) die Diagnose Velosturz am 13. Juni 2022 mit Distorsion der rechten, dominanten Schulter mit SLAP-II-Läsion mit Labrumläsion anterior bis 3 Uhr und Kontusionsödem des Humeruskopfes; er empfahl eine operative Sanierung (Vi-act. 9), welche in der Sprechstunde vom 15. August 2022 auf den 5. September 2022 terminiert wurde (Vi-act. 31).

**B.** Mit formlosem Schreiben vom 25. Oktober 2022 informierte die C. \_\_\_\_\_ A. \_\_\_\_\_, der sie beratende Arzt habe festgestellt, dass ab dem 14. September 2022 keine Unfallfolgen mehr vorliegen würden; sie könne daher ab diesem Datum keine Leistungen mehr erbringen; zudem sei die Operation vom 5. September 2022 nicht unfallbedingt indiziert, weswegen auch keine Leistungen für diese Operation übernommen würden (Vi-act. 47). Mit Schreiben vom 3. Februar 2023 erhob A. \_\_\_\_\_ Einsprache gegen die "Briefverfügung vom 25. Oktober 2022" (Vi-act. 96). Am 13. Juli 2023 ersuchte sie die C. \_\_\_\_\_ um Erlass einer einsprachefähigen Verfügung (Vi-act. 135). Mit Verfügung vom 26. Juli 2023 hielt die C. \_\_\_\_\_ an der Ablehnung vom 25. Oktober 2022 fest (Vi-act. 137).

**C.** Am 14. September 2023 erhob A. \_\_\_\_\_ Einsprache mit den Anträgen:

1. Es sei die Verfügung vom 26. Juli 2023 aufzuheben.
2. Es seien der Versicherten für das Unfallereignis vom 13. Juni 2022 die Leistungen nach UVG (insbesondere Übernahme der Heilungskosten und Taggelder) bis zur Erreichung des medizinischen Endzustandes auszurichten.
3. Eventualiter: Es sei ein neutrales, orthopädisches Gutachten durch einen ausgewiesenen Schulterspezialisten erstellen zu lassen.

Mit Entscheid vom 25. März 2025 wies die C. \_\_\_\_\_ die Einsprache ab.

**D.** Am 6. Mai 2025 lässt A. \_\_\_\_\_ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Es sei der Einsprache-Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 25. März 2025 aufzuheben.
2. Es sei[en] der Beschwerdeführerin für das Unfallereignis vom 13. Juni 2022 die Leistungen nach UVG (insbesondere Übernahme der Heilungskosten und Taggelder) bis zur Erreichung des medizinischen Endzustandes auszurichten.
3. Eventualiter: Es sei ein orthopädisches Gerichtsgutachten durch einen ausgewiesenen Schulterspezialisten erstellen zu lassen.
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zzgl. MwSt. zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 30. Juli 2025 beantragt die C. \_\_\_\_\_, es sei in Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheides vom 25. März 2025 die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen. Mit Replik vom 29. August 2025 beantragt die Beschwerdeführerin die vollumfängliche Gutheissung der Beschwerde vom 6. Mai 2025. Am 23. Oktober 2025 dupliziert die C. \_\_\_\_\_, wobei sie am Antrag der Vernehmlassung festhält. Hierzu nimmt die Beschwerdeführerin mit Triplik vom 30. Oktober 2025 Stellung.

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

1. Es ist zwischen den Parteien unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 13. Juni 2022 einen Fahrradsturz erlitt. Mit formlosem Schreiben vom 25. Oktober 2022 informierte die C. \_\_\_\_\_, ab dem 14. September 2022 würden keine Unfallfolgen mehr vorliegen; ab diesem Datum würden keine Leistungen mehr erbracht. Zudem sei die Operation vom 5. September 2022 nicht unfallbedingt indiziert, weshalb keine Leistungen für diese Operation übernommen würden (Vi-act. 47). Mit Verfügung vom 26. Juli 2023 hielt die C. \_\_\_\_\_ daran fest (Vi-act. 137) und mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 25. März 2025 bestätigte sie dies. Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin geltend, am 5. September 2022 seien Unfallfolgen operiert worden; die Versicherung habe die Heilkosten und Taggelder bis zur Erreichung des medizinischen Endzustandes auszurichten. Zwischen den Parteien ist dabei strittig, welcher Unfallhergang für die Leistungsprüfung beachtlich ist, ob die C. \_\_\_\_\_ den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt hat und dann insbesondere, welche Gesundheitsschäden durch das Unfallereignis vom 13. Juni 2022 verursacht wurden, unfallkausal sind, ob sich die C. \_\_\_\_\_ diesbezüglich zu Recht auf die Beurteilungen der sie beratenden Ärzte abstützen durfte oder ob diese nicht beweismässig sind, weil mehr als nur geringe Zweifel an deren Richtigkeit bestehen.

## 2.

**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). Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen sowie auf ein Taggeld, falls sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (vgl. Art. 16 Abs. 1 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 entfele (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; Urteile BGer 8C\_685/2024 vom 5.9.2025 E. 4.1; 8C\_640/2022 vom 9.8.2023 E. 3.2; 8C\_156/2025 vom 7.8.2025 E. 9.1 je mit Hinweisen).

**2.2.2** 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 mit Hinweisen).

**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 150 V 188 E. 4.2; BGE 146 V 51 E. 5.1; Urteile BGer 8C\_685/2024 vom 5.9.2025 E. 4.2; 8C\_694/2024 vom 14.8.2025 E. 3.2.1; 8C\_297/2024 vom 18.12.2024 E. 4.1).

Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Versicherer bezieht sich dabei auf das Unfallereignis und die dabei erlittenen Verletzungen wie auch auf den Umstand, dass ein bestimmter Symptomkreis die Folge dieses Vorfalles darstellt. Mithin kann sich der Wegfall der Kausalität nur auf Verletzungen und Beschwerden beziehen, die bei der ursprünglichen Anspruchsbeurteilung zur Diskussion standen und als kausal anerkannt wurden. Der Versicherer hat nicht auch das Nichtbestehen einer Unfallkausalität von gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu beweisen, welche ursprünglich nicht thematisiert worden waren (Urteil BGer 8C\_363/2009 vom 20.8.2009 E. 2.3.2; Urteil EVG U 6/05 vom 27.4.2005 E. 3.2; VGE I 2021 39 vom 24.8.2021 E. 1.3.3; AJP 2006 S. 1290 ff.).

Für die Frage, ob die Kausalität oder deren Wegfall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen ist resp. den Versicherten oder den Versicherer die Beweislast trifft, ist somit massgebend, ob die geklagten Beschwerden (für welche Leistungen des Versicherers beansprucht werden) dem Gesundheitsschaden und seinen Symptomen angehören, der beim anerkannten Unfall unmittelbar festgestellt wurde.

**2.4** Ob zwischen dem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage. Sowohl der leistungsbe gründende natürliche Kausalzusammenhang wie auch das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesund-

heitsschadens müssen mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (vgl. BSK-Hofer, Art. 4 ATSG, Rz. 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 E. 1; BGE 129 V 177 E. 3.1; vgl. BGE 119 V 335 E. 1). Da es sich beim Dahinfallen 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 (vgl. BGE 150 V 188 E. 4.2; BGE 146 V 51 E. 5.1; Urteil BGer 8C\_694/2024 vom 14.8.2025 E. 3.2.1).

**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; Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 43 Rz. 28). 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. Es ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 144 V 427 E. 3.2; 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 Entscheidung 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 Beweismwürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2; Urteil BGer 8C\_765/2020 vom 4.3.2021 E. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweismwürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Be-

weiswürdigung 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 ist (Urteil BGer 8C\_179/2023 vom 20.10.2023 E. 4.2). 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\_372/2024 vom 1.5.2025 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. 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 142 V 58 E. 5.1 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 (vgl. Urteil BGer 8C\_760/2023 vom 24.6.2024 E. 7.4 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\_760/2023 vom 24.6.2024 E. 7.4; 8C\_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; 8C\_180/2017 vom 21.6.2017 E. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 E. 2 mit Hinweisen).

**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.** Die Beschwerdeführerin rügt eine unvollständige Sachverhaltsabklärung; die C. \_\_\_\_\_ gehe von einem falschen Unfallhergang aus. Sie habe dadurch den Untersuchungsgrundsatz verletzt.

**3.1** Zum Hergang des Unfalls vom 13. Juni 2022 ergibt sich aus den Akten:

**3.1.1** Am 22. Juni 2022 wurde der C. \_\_\_\_\_ der eingangs wiedergegebene Bagatellunfall vom 13. Juni 2022 gemeldet: Mit dem Velo kopfvoran über einen Stein auf Kopf, Schulter re und Ellbogen re gestürzt; die Beschwerdeführerin ha-

be Prellungen erlitten (vgl. Ingress Bst. A). Im Notfallbericht zur Untersuchung im Spital E. \_\_\_\_\_ vom 15. Juni 2022 ist unter Anamnese aufgeführt, sie sei in Italien vor 2 Tagen mit dem Fahrrad gestürzt (Vi-act. 103) und auch im Bericht zur Röntgenuntersuchung vom 15. Juni 2022 wird unter Indikation "Velosturz vor 2 Tagen, Schmerzen re" notiert. Im Bericht zur MRT-Arthrographie vom 22. Juni 2022 wird unter klinischen Angaben ausgeführt "Z.n. Sturz auf den rechten Arm" (Vi-act. 11). Dr.med. F. \_\_\_\_\_ erhob in der Sprechstunde vom 30. Juni 2022 die Anamnese, die Beschwerdeführerin sei im Ausland am 13. Juni 2022 mit dem Fahrrad schwer gestürzt, anschliessend an den Sturz sei sie bewusstlos geworden; sie habe Schmerzen in der rechten oberen Extremität wie auch im rechten Hemithorax gehabt; initial starke Schmerzen im Ellbogen, die sich später in die Schulter verlagert hätten (Vi-act. 9).

**3.1.2** Am 27. Juli 2022 ersuchte die C. \_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin um Ergänzung der Unfallmeldung (Vi-act. 13, 14). Am 2. September 2022 antwortete die Beschwerdeführerin auf die Aufforderung, den Unfall ausführlich zu schildern: "D. \_\_\_\_\_, 13.6.22. Nachmittags Sturz beim Mountain-Biken → unerwartetes Loch gekommen & Sturz über Lenker Kopf voran auf den rechten Arm" (Vi-act. 15).

**3.1.3** In der "Einsprache" vom 3. Februar 2023 gegen die "Briefverfügung vom 25. Oktober 2022" führte die Beschwerdeführerin aus, sie sei am 13. Juni 2022 im Ausland - D. \_\_\_\_\_, Bergen - mit ihrem Fahrrad schwer gestürzt; den drohenden Sturz habe sie noch mit den Händen auffangen wollen, sei dennoch mit dem Kopf hart aufgeschlagen und sei bewusstlos geworden. Unmittelbar nach dem Wiedererwachen aus der Bewusstlosigkeit habe sie starke Schmerzen im Ellbogen rechts und an der Schulter gespürt (Vi-act. 94). Denselben Sachverhalt führte sie in der Einsprache vom 14. September 2023 aus (Vi-act. 154).

**3.2** In der Verfügung vom 26. Juli 2023 stützte sich die C. \_\_\_\_\_ wesentlich auf die Beurteilung des sie beratenden Arztes Dr.med. G. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie) ab (Vi-act. 139). Dieser führte in der Beurteilung vom 7. Mai 2023 aus, sowohl initial, als auch im weiteren Verlauf werde mehrfach ausgeführt, dass die Versicherte auf den Kopf, unmittelbar auf die rechte Schulter und den rechten Ellbogen gestürzt sei. Hierbei lasse sich biomechanisch und unfallmedizinisch eine direkte Kontusion, resp. Stauchung des rechten Schultergelenkes durch indirekte Krafteinleitung durch die Stauchung des Ellbogengelenkes ableiten. Ein solcher Ereignishergang sei biomechanisch nicht geeignet, die später festgestellten Veränderungen des rechten Schultergelenkes zu verursachen. Weder initial, noch im weiteren Verlauf würden sich Hinweise für

einen möglicherweise geeigneten Verletzungsmechanismus, im Sinne einer Luxation oder Subluxation des rechten Schultergelenkes ergeben (Vi-act. 126).

Für seine Beurteilung vom 27. Dezember 2024 stützte sich der die C.\_\_\_\_\_ beratende Arzt Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (Orthopädische Chirurgie FMH) auf den Unfallhergang gemäss Bagatellunfall-Meldung sowie die Hergangsschilderung der Beschwerdeführerin vom 2. September 2022 ab (vgl. oben E. 3.1.1 f.). Weiter hielt er fest, ein genauer Ereignishergang könne vorliegend gar nicht in die Beurteilung einbezogen werden, "weil der genaue Ereignisablauf zeitnah [Erstkonsultation am 30.6.2022] nicht dokumentiert wurde" (Vi-act. 211, 206). In seiner Stellungnahme vom 7. Juli 2025 bekräftigt er diese Aussage (Beilage zur Vernehmung).

Im angefochtenen Einspracheentscheid hält die C.\_\_\_\_\_ fest, mit Bagatellunfallmeldung sei ihr mitgeteilt worden, die Beschwerdeführerin sei am 13. Juni 2022 mit dem Fahrrad kopfvoran über einen Stein auf den Kopf, die rechte Schulter und den rechten Ellbogen gestürzt (Vi-act. 232). Weiter verweist sie auf die Unfallschilderung im Notfallbericht vom 17. Juni 2022 (vgl. oben E. 3.1.1).

**3.3** Vor Verwaltungsgericht schilderte die Beschwerdeführerin wie schon in der Einsprache, sie sei am 13. Juni 2022 mit dem Fahrrad schwer gestürzt; sie habe den drohenden Sturz noch mit den Händen auffangen wollen, dennoch mit dem Kopf hart aufgeschlagen und sei bewusstlos geworden. Unmittelbar nach dem Wiedererwachen habe sie starke Schmerzen im Ellbogen rechts und an der Schulter rechts verspürt. Weiter verweist sie auf eine Stellungnahme von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ vom 16. April 2025 (Bf-act. 3; Vi-act. 268). Demgemäss gehe Dr.med. H.\_\_\_\_\_ von einer reinen Kontusion aus. Es könne aber genauso argumentiert werden, dass die Versicherte auf den Ellbogen gelandet sei und sich ein axiales Trauma oder aber auch eine Distorsion zugezogen habe, was absolut möglich sei. Zudem müsse auch klargestellt werden, dass es sich hierbei nicht um ein niederenergetisches Trauma gehandelt habe, sei die Versicherte doch 'über den Lenker geflogen', was Dr.med. H.\_\_\_\_\_ ignoriere. Dr.med. F.\_\_\_\_\_ zog betreffend Unfallhergang das Fazit: "Der Unfallmechanismus wird vom Gutachter nicht genau wiedergegeben oder gemäss seinen Vorstellungen interpretiert. Der Unfallmechanismus kann, auch wenn er nicht auf die Entstehung der SLAP-Läsion eingeht, absolut durch eine Distorsion oder axiale Stauchung entstehen. Zudem darf gemäss neuen Studien das Vorliegen eines Ödems nicht zur Klärung der Ereigniskausalität verwendet werden." Die Beschwerdeführerin betont, anders als die die C.\_\_\_\_\_ beratenden Ärzte habe Dr.med. F.\_\_\_\_\_ sie untersucht und operiert; er sei am Besten über den medizinischen Sachverhalt informiert.

Replizierend bekräftigt die Beschwerdeführerin, die C.\_\_\_\_\_ habe den Unfallhergang nicht rechtsgenügend abgeklärt und damit gegen den Untersuchungsgrundsatz verstossen. Der natürliche Reflex bestehe darin, einen drohenden Aufprall mit den Händen aufzufangen. Hätte die C.\_\_\_\_\_ anlässlich einer persönlichen Befragung die Beschwerdeführerin eingehend über den exakten Unfallhergang befragt, so hätte sie die gleiche Unfallschilderung wie der sie befragende Rechtsvertreter erhalten.

### **3.4 Der Vorwurf der ungenügenden Sachverhaltsabklärung geht fehl.**

**3.4.1** In der zeitnah zum Unfall vom 13. Juni 2022 am 22. Juni 2022 ausgefüllten Bagatellunfallmeldung ist von einem Velosturz kopfvoran über einen Stein auf Kopf, Schulter re und Ellbogen re die Rede (Vi-act. 1). Wäre der Sturz - wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht - durch die Hände aufgefangen worden (oder aufzufangen versucht worden), wäre wohl eher ein Sturz kopfvoran auf Hände, Ellbogen, Schulter und Kopf die Rede gewesen. Im Notfallbericht ist lediglich ein Fahrradsturz beschrieben (Vi-act. 103), was keinerlei Hinweise auf einen genauen Unfallhergang enthält. Anlässlich der Erstkonsultation vom 30. Juni 2022 dokumentierte auch Dr.med. F.\_\_\_\_\_ einzig einen schweren Fahrradsturz mit anschliessender Bewusstlosigkeit. Weiter hält er fest, initial hätten starke Ellbogenschmerzen bestanden, die sich später in die Schulter verlagert hätten. Ein Unfallhergang lässt sich auch aus diesen anamnestischen Angaben nicht zweifelsfrei herleiten. Und wenn Dr.med. F.\_\_\_\_\_ dem beratenden Arzt vorwirft, er gebe den Unfallmechanismus ungenau wieder und es könne genauso argumentiert werden, dass die Versicherte auf den Ellbogen gelandet und sich ein axiales Trauma oder aber auch eine Distorsion zugezogen habe, was absolut möglich sei, so ist dem entgegenzuhalten, dass zum einen Dr.med. H.\_\_\_\_\_ nichts hinzuinterpretierte, sondern gerade festhielt, der Unfallhergang sei nicht genau klar. Zum andern finden sich für die von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ geäusserte "Möglichkeit" (welche im Übrigen auch von der neuen Schilderung der Beschwerdeführerin abweicht) in keinem Bericht Anhaltspunkte. Zudem vermag ein bloss möglicher Ablauf keine genügende Grundlage für eine Kausalitätsbeurteilung darzustellen.

**3.4.2** Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin hat die C.\_\_\_\_\_ vertiefte Abklärungen getätigt; weitere Abklärungen sind nicht angezeigt. Am 27. Juli 2022 wurde die Beschwerdeführerin persönlich um eine genaue Schilderung des Unfallhergangs ersucht (Vi-act. 13), am 29. August 2022 wurde sie an diese Aufforderung erinnert (Vi-act. 14). Dem kam sie am 2. September 2022 nach. Gemäss ihrer Darstellung stürzte sie kopfvoran über den Lenker auf den

rechten Arm (vgl. oben E. 3.1.2). Zu Recht stützten sich die beratenden Ärzte und die C.\_\_\_\_\_ auf diese echtzeitlichen Angaben und zu Recht stellte Dr.med. H.\_\_\_\_\_ fest, ein genauer Ereignisverlauf könne vorliegend mangels genauer Dokumentation gar nicht in die Beurteilung einbezogen werden. Abzulehnen ist insbesondere eine Befragung der Beschwerdeführerin. Zum einen ist dies bereits erfolgt und sie war aufgefordert, den Unfallverlauf ausführlich zu schildern. Warum ihre eigene Schilderung vom 2. September 2022 fehlerhaft sein sollte, erklärt auch die Beschwerdeführerin nicht. Zum andern gilt der Grundsatz der Aussage der ersten Stunde, wonach die ersten Aussagen unbefangener und zuverlässiger erscheinen als spätere Schilderungen, die bewusst oder unbewusst von Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (vgl. BGE 143 V 168 E. 5.2.2). Aus diesem Grunde kann nicht angenommen werden, dass neue Unfallverläufe, welche durch das ganze Versicherungsverfahren beeinflusst sein können, für den tatsächlichen Unfallverlauf - für welchen es keine Zeugen gibt - beweiskräftig wären. Damit bleibt es dabei, dass die C.\_\_\_\_\_ zu Recht auf die in den echtzeitlichen Unterlagen beschriebene Unfallverlauf abgestellt hat.

**4.** Strittig ist desweiteren, welche Verletzungen sich die Beschwerdeführerin beim Fahrradsturz vom 13. Juni 2022 zuzog. Diesbezüglich kann den Akten was folgt entnommen werden:

**4.1.1** Am zweiten Tag nach dem Unfall suchte die Beschwerdeführerin den Notfall des Spitals E.\_\_\_\_\_ auf (Vi-act. 103). Als klinischer Befund wurde u.a. erhoben: Schürzen- und Nackengriff Schultern beidseits sei frei; aktive Abduktion und Flexion beidseits 180°, rechts endgradig dorsal leicht schmerzhaft. Kein Druckschmerz über dem AC-Gelenk und über der Klavikula. Leichter Druckschmerz über dem vorderen Schulterbereich am Tuberculum minus und majus. Rotatorenmanschetten-Test negativ. Bizeps-Test negativ. Ellbogen rechts: Trockene oberflächliche Schürfwunden im dorsalen Ellbogenbereich. Keine Entzündungszeichen. FL/EX seitengleich frei. Keine Bandinstabilität. Im Rahmen der Untersuchung wurde ein Röntgen Schultergelenk rechts und Ellbogengelenk rechts durchgeführt, welches als Befund ein kongruentes AC-Gelenk und glenohumerales Gelenk, keine wesentlichen degenerativen Skelettveränderungen, Verkalkungen in Projektion auf die Infrapinatussehne sowie kongruente Verhältnisse im Ellbogengelenk und kein Nachweis einer frischen posttraumatischen Skelettläsion ergab (Vi-act. 164). Der Notfallbericht dokumentierte als Diagnose "Kontusion Ellbogen rechts mit oberflächlichen Schürfwunden sowie Kontusion und Distorsion Schulter rechts" (Vi-act. 103).

**4.1.2** Am 22. Juni 2022 erfolgte eine MRT Arthrographie des rechten Schultergelenkes bei klinischer Angabe Z.n. Sturz auf den rechten Arm, instabiles Gefühl mit Unsicherheit und teilweise Schnappen rechts sowie Z.n. unklarem arthroskopischem Eingriff Schulter rechts vor ca. 20 Jahren und der Fragestellung nach Rotatorenmanschette, Bizepspathologie. Der Radiologe dokumentierte folgenden Befund und Beurteilung (Vi-act. 11):

**Befund:**

AC-Gelenk kongruent ohne Veränderungen/Hypertrophie.  
Acromion Typ 2 ohne osteophytäre Knochenappositionen.  
Subacromialraum/osteoacromiales Outlet ohne Einengung.  
Bursa subacromialis/subdeltoidea mit minimal Flüssigkeit.

Glenohumerales Gelenk kongruent. Knochenmarksödem anterior und dorsal im Caput humeri. Kleine subcorticalis Zysten auf Höhe des Tuberculum minus/der Fossa intertubercularis und dorsalen Caput humeri. Keine Makrofraktur.

Glenoidrand ohne osteophytäre Appositionen oder vermehrte Sklerosierung. Kleine intraossäre Ganglionzyste anterior kranial im Glenoid.

Gelenkknorpel erhalten.

Gelenkrecessus gut entfaltet.

Supraspinatussehne mit geringgradiger Signalalteration intakt, minimale Auffassungen an der gelenkseitigen Oberfläche.

Infraspinatussehne intakt/regulär. Die im Röntgen Bild vom 15.06.2022 beschriebenen Verkalkungen in Projektion auf die Infraspinatussehne sind nicht sicher nachzuweisen.

Subscapularissehne intakt/regulär.

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

Rotatorenmanschettenmuskulatur ohne fettige Atrophie oder Ödem.

Labrum: Kontrast Unterminierung des Bizeps-Labrum-Komplexes und eine etwa max. 1,5 cm durchmessende paralabrale Ganglionzyste anterior superior. Labrale und ossäre Irregularitäten anterioren Glenoids an der anterioren und inferioren Zirkumferenz, DD postoperativ, zusätzlich kleiner Einriss ins Labrum.

Glenohumerale Ligamente intakt.

**Beurteilung:**

Knochenkontusionsödeme anterior-posterior im Caput humeri.

Rotatorenmanschette intakt.

Grosse SLAP-II-Läsion mit paralabraler Zyste.

Labrale und ossäre Irregularitäten anterioren Glenoids an der anterioren und inferioren Zirkumferenz, DD postoperativ, zusätzlich kleiner Einriss ins Labrum.

**4.1.3** Am 30. Juni 2022 untersuchte Dr.med. F. \_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin zur Beurteilung nach durchgeführtem MRT. Er stellte die Diagnosen (Vi-act. 9):

Velosturz am 13.6.2022 mit Distorsion der rechten, dominanten Schulter mit  
- SLAP-II-Läsion mit Labrumläsion anterior bis 3 Uhr  
- Kontusionsödem des Humeruskopfes

Zusätzlich zu den bereits dargestellten anamnestischen Angaben (vgl. oben E. 3.1.1) hielt er fest, sie sei rechtsdominant und arbeite als Physiotherapeutin. Mittlerweile könne sie die Schulter ca. 2 Wochen nach Unfall bewegen. Schmerzen im Verlauf des Bizepses "vom Extensionsbewegung und Aussenrotationsbewegung". Kein Instabilitätsgefühl. Klinisch zeigte sich ein symmetrisches Schulterrelief. Manipulation an der HWS mit lokaler Schmerzprovokation. Klinisch keine Radikulopathie. Nervus axillaris intakt. Flexion 150°, Abduktion 180°, Aussenrotation 60°, Innenrotation bis L1, identisch zur Gegenseite. Kein subacromiales Impingement auslösbar. Jobe-Test und Whipple-Test negativ. Yergason-Test und Palm-up Test deutlich positiv. Kein vorderes oder hinteres Apprehension. Aussenrotationskraft identisch zur Gegenseite. Lift-off-Test negativ. Kein hinteres Apprehension. AC-Gelenk indolent. Hyperabduktionstest negativ. Unter Mitberücksichtigung des Arthro-MRI vom 22. Juni 2022 gelangte Dr.med. F.\_\_\_\_\_ zur Beurteilung, die Beschwerdeführerin habe sich beim Velosturz eine SLAP-II-, möglicherweise III-Läsion zugezogen mit Labrumläsion bis 3 Uhr. Das glenohumerale Gelenk sei stabil, die Rotatorenmanschette intakt. Mittels konservativer Therapie sei keine vollständige Besserung zu erwarten bei der sehr sportlichen Patientin, die als Physiotherapeutin arbeite. Er empfahl eine Schulterarthroskopie mit Bizepsstenodese. Anlässlich der Sprechstunde vom 15. August 2022 klagte die Beschwerdeführerin über unveränderte Beschwerden und Dr.med. F.\_\_\_\_\_ erhob denselben Befund, weshalb die Indikation zur Schulterarthroskopie rechts mit suprapectoraler Bizepsstenodese gestellt wurde (Vi-act. 31).

**4.1.4** Am 5. September 2022 operierte Dr.med. F.\_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin bei Diagnose SLAP-II-Läsion mit Partialruptur der antero-superioren Rotatorenmanschette Schulter rechts bei St.n. Schulterdistorsion bei Velosturz am 13. Juni 2022 (Vi-act. 35). Er führte eine Schulter-Arthroskopie rechts, Bizepsstenotomie sowie mini-offene Bizepsstenodese suprapektoral durch. Weiter lässt sich dem Operationsbericht vom 7. September 2022 entnehmen:

Vorgehen:

[...] Eingang glenohumeral. Chondropathie im zentralen Bereich des Humerus sowie am Glenoid. SLAP-II-Läsion, Sublabral-Hole, restliches Labrum intakt, wenn auch aufgefasert. Subscapularis intakt. Supraspinatus mit Partialruptur. Pulley auf der Seite Supraspinatus rupturiert. Bizepssehne zeigt auch an der Insertion eine zusätzliche intramurale Ruptur. Infraspinatus intakt. IGHL, MGHL und SGHL intakt. Es erfolgt eine Bizepsstenotomie. Übergang zum mini-offenen Schnitt anterior. Darstellen der Bizepssehne oberhalb der Pectoralissehne. Mobilisation der Bizepssehne. Bohren eines 7.5 Lochs. Fixation der Bizepssehne mit einem 7.0 Swive-Lock Anker mit sehr gutem Halt. Intensive Spülung. Faszienverschluss mit Monocryl. Subkutane Wundverschluss mit Monocryl. Hautverschluss mit Prolene. Steriler Deckverband. Anlegen einer Mitella-Schlinge.

Nach der Operation war die Beschwerdeführerin bis am 15. Januar 2023 vollständig arbeitsunfähig, anschliessend bis 5. Februar 2023 zu 50% (Vi-act. 24, 48, 57).

**4.2** Im Verlauf wurden mehrere fachärztliche Beurteilungen vorgenommen:

**4.2.1** Basierend auf der Bagatellunfallmeldung, dem Sprechstundenbericht vom 30. Juni 2022, dem Bericht des Arthro-MRI vom 22. Juni 2022 sowie dem von der Beschwerdeführerin ausgefüllten Fragebogen nahm der beratende Arzt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ am 15. September 2022 eine Aktenbeurteilung vor. Als Diagnosen nannte er (Vi-act. 28):

Schädelprellung mit V.a. Commotio cerebri - Versicherte sei bewusstlos gewesen.

Prellung der rechten Schulter mit Kontusionsödem des Oberarmkopfes. Prellung des rechten Ellbogens.

Die Frage nach Vorzuständen bejahte Dr.med. G.\_\_\_\_\_ und er führte aus, röntgenologisch Verkalkungen der Rotatorenmanschette, SLAP-2-Läsion mit paralabraler Zyste, Labrale und ossäre Irregularitäten des anterioren Glenoids bei Z.n. unklarer Schulteroperation in der Vergangenheit. Die in der Diagnose aufgeführten gesundheitlichen Störungen seien überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt, die übrigen Veränderungen des rechten Schultergelenkes seien nicht mit der geforderten Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Der Status quo sine vel ante sei längstens drei Monate nach dem Unfall erreicht; eine unfallkausale AUF sei für eine Woche zu 100% und eine weitere Woche zu 50% in der konkreten Tätigkeit und dem konkreten Pensum (Anstellung in 85%-Pensum) zu begründen. Weiter führte Dr.med. G.\_\_\_\_\_ unter Bemerkungen aus: "Irritierend ist, dass von dem behandelnden Orthopäden offenbar keine Schulteranamnese erhoben wurde. Zumindest wurden die klar vorbestehenden Veränderungen der rechten Schulter und sogar die Voroperation nicht erwähnt. Dennoch wurde eine Operationsindikation gestellt. Diese kann weder krankheitsbedingt noch unfallkausal nachvollzogen werden und sollte im Sinne der Versicherten unbedingt vermieden werden" (Vi-act. 27).

**4.2.2** Am 22. September 2022 überliess die C.\_\_\_\_\_ Dr.med. G.\_\_\_\_\_ zusätzlich den Bericht zur Sprechstunde vom 15. August 2022, den Operationsbericht vom 5. September 2022 sowie das erste Arztzeugnis (Vi-act. 38). Hierauf ergänzte Dr.med. G.\_\_\_\_\_ am 23. September 2022 seine Aktenbeurteilung, auch der Operationsbericht, der ungewöhnlich knapp gehalten sei, beschreibe ausschliesslich degenerative Veränderungen; es fänden sich keine Hinweise für traumatische oder posttraumatische Veränderungen. Auch enthalte der Operationsbericht keine näheren Auskünfte zur Vorgeschichte. Weiter bestätigte

Dr.med. G.\_\_\_\_\_, der status quo sine vel ante sei längstens 3 Monate nach dem Unfall erreicht, wobei spezifische unfallkausale Therapiemassnahmen nicht erforderlich gewesen seien, namentlich die Operation sei sicher nicht unfallkausal indiziert gewesen (Vi-act. 44).

**4.2.3** Nach Eingang der "Einsprache" vom 3. Februar 2023 gelangte die C.\_\_\_\_\_ mit weiteren Unterlagen (namentlich Röntgenbilder vom 15.6.2022 sowie Operationsbericht 2005) an Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (Vi-act. 126). In seiner "ausführlichen Stellungnahme" vom 7. Mai 2023 fasste er den Verlauf zusammen und erwähnte dabei, die Berichte von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ enthielten keine Schulteranamnese und die Beschwerdeführerin habe im Fragebogen die Frage nach früheren ähnlichen Beschwerden oder ärztliche Behandlungen verneint. Er verwies auf die Unfallbeschriebe und erwog, es lasse sich biomechanisch und unfallmedizinisch eine direkte Kontusion, resp. Stauchung des rechten Schultergelenkes durch indirekte Krafteinleitung durch die Stauchung des Ellbogengelenkes ableiten, der Hergang sei biomechanisch nicht geeignet, die später festgestellten Veränderungen des rechten Schultergelenkes zu verursachen. Weder initial noch im weiteren Verlauf ergäben sich Hinweise für einen möglicherweise geeigneten Verletzungsmechanismus im Sinne einer Luxation oder Subluxation des rechten Schultergelenkes. Schon im Röntgen vom 17. Juni 2022 [recte 15.6.2022] hätten sich klar Hinweise für degenerative Veränderungen im Sinne von Verkalkungen dorsal in der Neeraufnahme gezeigt. Bereits 2005 habe die Beschwerdeführerin eine schwere Verletzung des rechten Schultergelenkes erlitten. Damals sei die Abrissverletzung des Labrums operativ refixiert worden, wogegen keine Behandlung der Kapselläsion dokumentiert sei. Und weiter: "Es ist mit der versicherungsmedizinisch überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen und davon auszugehen, dass die nun dargestellten Veränderungen des rechten Schultergelenkes, die sowohl in der MRI-Untersuchung vom 22.06.2022 als auch intraoperativ am 05.09.2022 beschrieben wurden, ursächlich auf die Verletzung im Jahre 2005 zurückzuführen ist. Unzweifelhaft handelte es sich hier seinerzeit um eine schwere Schulterverletzung, die geeignet war, eine schwere Kapselverletzung des rechten Schultergelenkes mit Kapselläsion und Abriss des ventralen Labrums zu verursachen. Entsprechend sind diese Veränderungen auch heute noch nachzuweisen, im Sinne der festgestellten SLAP-Läsion und der festgestellten Veränderungen des ventralen Labrums." Im Verlauf hätten sich typischerweise degenerative Veränderungen eingestellt, die dann in den in der Röntgenuntersuchung vom 15. Juni 2022 dargestellten Verkalkungsstrukturen ersichtlich seien. Es sei irritierend, dass Dr.med. F.\_\_\_\_\_ keine diesbezügliche Schulteranamnese erhoben habe und die Beschwerdeführerin keinerlei Vorschäden angegeben habe. Unklar sei, aus welchem Grunde im Rahmen der

Operation vom 5. September 2022 lediglich eine Bizepssehnenentodese durchgeführt worden sei und die übrigen Veränderungen nicht adressiert worden seien. Zusammenfassend hielt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin habe sich am 13. Juni 2022 eine Kontusion / Stauchung des rechten Schultergelenkes zugezogen; diese Verletzung sei auf schwere, fortgeschrittene, degenerative Veränderungen des rechten Schultergelenkes getroffen, die ursächlich auf eine schwere Schulterverletzung im Jahre 2005 zurückzuführen seien. Weiter bestätigte er seine frühere Beurteilung betreffend status quo sine vel ante und dass die Operation vom 5. September 2022 nicht an Unfallfolgen adressiert gewesen sei.

**4.2.4** Nachdem die Beschwerdeführerin am 14. September 2023 Einsprache gegen die Verfügung vom 26. Juli 2023 erhob (Vi-act. 139, 156), hat die C.\_\_\_\_\_ die Berichte der die Verletzung 2005 behandelnden Ärzte eingeholt (Vi-act. 97, 169 - 173). Aus diesen ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin 2005 beim Handballspielen plötzlich Schmerzen in der rechten Schulter beklagte. Ein Arthro-MRI Schulter rechts vom 5. April 2005 zeigte einen Einriss des Labrum glenoidale ventralseitig mit Nachweis zweier freier Gelenkkörper im dorsalen Anteil des Schultergelenks, signalalteredes Ligamentum glenohumerale-mediale im Ansatzbereich am Glenoid im Sinne einer ventralen Kapselbandläsion sowie eine intakte Rotatorenmanschette. Zudem konnte bei angedeuteter ventraler Subluxation der superioren Anteile der Sehne des Caput longum musculus biceps eine begleitende geringgradige Pulley-Läsion nicht mit letztendlicher Sicherheit ausgeschlossen werden (Vi-act. 172). Am 7. Juni 2005 stellte der Arzt die Diagnose einer Kapsel-Läsion Schulter rechts mit zwei freien Gelenkkörpern und es wurde eine arthroskopische Revision vereinbart (Vi-act. 171). Am 8. August 2005 erfolgte eine arthroskopische Labrumrefixation und Gelenkkörperentfernung. Intraoperativ zeigte sich, dass es sich um zwei Knorpelgelenkkörper handelte und dass das ventrale Labrum mit der Kapsel vom Glenoid abgerissen war, humeralseitig bestand keine Läsion. Das Labrum wurde refixiert (Vi-act. 97). Im weiteren Verlauf dokumentierte der behandelnde Arzt einen erfreulichen Verlauf und Beschwerdefreiheit. Im März 2006 wurde die Behandlung abgeschlossen. Nach der Wiederaufnahme des Handballsports klagte die Beschwerdeführerin bei Würfen über Kopf ein Stechen/Ziehen im Bereich des Oberarms ähnlich der Symptomatik vor der Operation. Zum Untersuch vom 7. September 2006 notierte der Arzt einen ausgezeichneten postoperativen Verlauf; Schmerzen beständen bei forcierter über Kopf Bewegung. Am 11. Mai 2007 klagte sie noch über Zwicken in der Schulter beim Sport (Handball, Volleyball), welches in den Oberarm ausstrahle. Der Arzt hielt fest, es liege ein Widerspruch zwischen objektiver Schulterfunktion und subjektivem Anspruch vor. Er habe ihr erklärt, "dass ihre Schulter ver-

letzt war und damit für immer geschädigt ist und die Operation das Ziel hat, die verletzten Strukturen am anatomisch korrekten Ort mit Narbe einheilen zu lassen. Die Schädigung sei damit nicht rückgängig gemacht und die Schulter habe nicht den Status wie vor dem Unfall. Es bleibt letztlich nur die Beanspruchung der Schulter zu verringern, durch z.B. Sportartwechsel." (Vi-act. 169).

**4.2.5** Im Einspracheverfahren unterbreitete die C.\_\_\_\_\_ das umfassende medizinische Dossier inkl. den Bildern ihrem beratenden Arzt Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (Vi-act. 191). Dieser fasste den aktenmässigen Verlauf sowohl zum Vorzustand von 2005 als auch zum Unfall vom 13. Juni 2022 zusammen (Vi-act. 211 ff.). Er bestätigt Dr.med. G.\_\_\_\_\_, dass Dr.med. F.\_\_\_\_\_ keine Schulteranamnese erhoben habe, womit dieser die notwendige Abgrenzung zwischen postoperativ und/oder natürlich alterskorrelierender Abnützung bzw. gegenüber einer anatomischen Normvariante (sublabral hole) nicht vornehmen oder hinreichend nachvollziehbar begründen könne. Weiter hielt Dr.med. H.\_\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin habe sich beim Fahrradsturz am 13. Juni 2022 mehrere Verletzungen zugezogen, nämlich eine Schädelprellung, wobei sich die Bewusstlosigkeit ohne Fremdanamnese oder unmittelbare ärztliche Untersuchung nicht beweisen lasse; eine Behandlungsnotwendigkeit habe offenbar nicht resultiert; die Kausalität zum Ereignis schein aber überwiegend wahrscheinlich. Zweitens starke rechtsseitige Ellbogenschmerzen und ebendortige Schwellung, welche initial offenbar dominant gewesen seien. Es habe sich aber keine nähere Abklärung/Untersuchung oder gar Therapie aufgedrängt. Auch hier erachtete Dr.med. H.\_\_\_\_\_ die Kausalität der lokalen Schmerzen als nachvollziehbar (auch ohne klinische oder radiologische Befunde). Und drittens "Mit an Sicherheit grenzender bzw. überwiegender Wahrscheinlichkeit sind die antero-posterioren Knochenmarködeme im Caput humeri ereigniskausal." Eine invasive Behandlungsnotwendigkeit bestand davon seines Erachtens aber nicht.

Weitere überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Veränderungen schloss Dr.med. H.\_\_\_\_\_ aus. Für eine SLAP-II-Läsion fehle ein hinreichend nachvollzieh- bzw. belastbarer Beleg; namentlich das intraoperative Bild mit dem Tasthaken stelle keinen solchen dar. Dass an der als SLAP-Läsion definierten Veränderung am Labrum keine Behandlung als notwendig erachtet worden sei, lasse den Schluss zu, dass es sich eher bzw. wahrscheinlicher um ein sublabral hole gehandelt habe müsse. Dass die Bizepssehne an der Insertion eine 'zusätzliche intramurale Ruptur' aufweise, sei und bleibe unklar; arthroskopisch könne diese natur-/definitionsgemäss nicht festgestellt werden. Da die Bizepssehne insgesamt als intakt beschrieben sei, sei auch unklar, was mit 'zusätzlich' gemeint sei. Die Veränderung am Pulley supraspinatusseitig sei bereits im MRI

2005 beschrieben und im MRI 2022 sei ebendort keine Pathologie gesehen worden, was gegen eine akute bzw. kausale Ereignisfolge für einen nota bene nicht behandlungsbedürftigen (Zufalls-)Befund spreche. Wenn die intakte Supraspinatussehne gemäss MRI vom 22. Juni 2022 eine geringgradige Signalalteration sowie minimale Auffaserungen an der gelenkseitigen Oberfläche aufweise, könne das zehn Tage nach dem Ereignis auch nicht möglicherweise auf eine Ereignisfolge schliessen lassen; bildgebend wären deutlich ausgeprägtere Veränderungen bzw. Strukturunterbrechungen/Läsionen zu erwarten und intraoperativ zu sehen. Es sei notorisch, dass eine derartige Auffaserung Ausdruck einer Abnutzung entspreche.

Dr.med. H. \_\_\_\_\_ gelangte zum Schluss:

Daraus folgt, weder am Labrum oder der ebendortigen Bicepssehnenverankerung noch am Pulley oder an der gelenknahen Seite bzw. fokal an der Supraspinatussehne sind weder teilweise noch ausschliessliche Ereignisfolgen erkennbar, schon gar nicht überwiegend wahrscheinlich akute/frische, was auch eine richtungsgebende Verschlimmerung des natürlichen bzw. postoperativen Vorzustandes ausschliesst und in casu deshalb im medizinischen Umkehrschluss von eindeutig auf natürliche Abnutzung (DD überdurchschnittliche Mehrbelastung) bzw. auf die Degeneration zurückzuführenden Veränderungen ausgegangen werden muss, ergo auch keine unfallähnliche Körperschädigung (Art. 6 Abs. 2 UVG) vorliegen kann.

[...]

Zusammengefasst sind, neben der Kopfprellung und der rechtsseitigen Ellenbogenkontusion das humerale Knochenmarködem/Bone bruise und die Mikroverletzungen in den Weichteilen der rechten Schulter ereigniskausal und der Status quo sine bzw. ante (letzterer i.S. der dokumentierten Vorschädigung und der Aussage von Dr. Leuzinger; 11.05.2007) in den schmerzinnervierten Weichteilen der rechten Schulter 3 bis maximal 4 Monaten nach dem inkriminierten Ereignis medizinisch-theoretisch als eingetreten zu bezeichnen.

Daran ändert sich auch nichts, dass bereits 11 Wochen nach dem Mountain-Bike-Sturz, ergo ohne dem Abwarten der natürlichen Heilung dieser schmerzverursachenden Mikroverletzungen, eine Operation an der langen Bicepssehne vorgenommen wurde, zumal an dieser Sehne keine überwiegend kausale und operativ zu therapierende Ereignisfolge erkannt werden kann.

Gestützt auf diese Beurteilung erliess die C. \_\_\_\_\_ den angefochtenen Einspracheentscheid (Vi-act. 233).

**4.2.6** Mit der Beschwerde reichte die Beschwerdeführerin eine medizinische Stellungnahme von Dr.med. F. \_\_\_\_\_ vom 16. April 2025 ein (Vi-act. 269). Wie bereits in E. 3.3 aufgezeigt, gibt Dr.med. H. \_\_\_\_\_ nach dessen Ansicht den Unfallmechanismus nicht genau wieder. Dieser könne absolut durch eine Distorsion oder axiale Stauchung entstehen und gemäss neuen Studien dürfe das Vorliegen eines Ödems nicht zur Klärung der Ereigniskausalität verwendet werden.

Weiter verfehle Dr.med. H. \_\_\_\_\_ eine entscheidende Tatsache im MRI vom 22. Juni 2022. Im Bild sei ein Kontrastmitteldurchtritt durch den Ansatz des Bizeps zu sehen, was klar einer SLAP-Läsion entspreche. Im andern Bild sei eine sublabral hole zu sehen, was einer physiologischen Variante entspreche. 2005 habe der Arzt die anteriore Kapsel fixiert, über eine Fixation des Ansatzes des mittleren glenohumeralen Ligamentes oder des Bizeps werde im Operationsbericht nicht gesprochen, weshalb es sich nicht um postoperative Veränderungen handeln könne. Dr.med. F. \_\_\_\_\_ schliesst daraus, trotz Durchsicht der Bilder habe Dr.med. H. \_\_\_\_\_ weder die SLAP-Läsion, noch das sublabral hole erkannt; auch das Ödem könne nicht als Beweis für eine traumatische Genese verwendet werden.

Soweit gemäss Dr.med. H. \_\_\_\_\_ mit dem Tasthaken eine Instabilität oder ein Nachweis einer SLAP-Läsion nicht erbracht werden könne, sei dies in keiner Weise nachvollziehbar. Genau diese Untersuchung zeige, dass es sich um eine SLAP-Läsion und nicht einen sublabralen Recessus handle, wie auch im MRI sichtbar sei. Um genau den Unterschied zwischen einer SLAP-Läsion und einem sublabral hole zu dokumentieren, habe er auch das sublabral hole mit einem Tasthaken unterfahren. Es sei absolut unverständlich, dass Dr.med. H. \_\_\_\_\_ das sublabral hole mit dem sublabralen Recessus verwechsle, weshalb eine Untersuchung mit dem Tasthaken entscheidend sei. Offenbar kenne er die intraoperative Vorgehensweise, eine SLAP-Läsion zu diagnostizieren, nicht, weshalb Dr.med. H. \_\_\_\_\_ ihm eine unnötige Operation unterstelle. Auch der Ausführung betreffend Bizepssehne und intramuraler Ruptur widerspricht Dr.med. F. \_\_\_\_\_. Intramural bedeute 'in der Organwand liegend'; eine Partialruptur sei intramural, eine komplette Ruptur transmural. Noch unverständlicher sei, dass Dr.med. H. \_\_\_\_\_ die Bizepssehne als normal einstufe; die Bildgebung zeige die beschriebenen Veränderungen. Dr.med. H. \_\_\_\_\_ habe die Läsionen der Bizepssehne nicht erkannt; diese seien bei fehlender transmuraler Ruptur des Supraspinatus und insbesondere Nahe der Insertion nicht als degenerativ zu verstehen. Bezüglich Pulley-Läsion führt Dr.med. F. \_\_\_\_\_ aus, Dr.med. H. \_\_\_\_\_ verwechsle die Pulley-Läsion auf der Seite des Subscapularis mit der intraoperativ gesehenen Pulley-Läsion auf der Seite des Supraspinatus. Schon rein diese Tatsache lege nahe, dass sich die Läsion nach dem Voreingriff 2005 und auch durch das Ereignis entwickelt haben könne. Zur Partialruptur des Supraspinatus bleibe zu erwähnen, dass sie 2005 nicht vorgelegen habe; sie habe sich anschliessend ereignet, worauf Dr.med. H. \_\_\_\_\_ nicht eingehe. Beim Sturz könne sich durch die axiale Stauchung über den Ellbogen oder Distorsion diese Ruptur ereignet haben. Die von Dr.med. H. \_\_\_\_\_ beschriebenen intra-

operativen Kriterien könnten nicht verstanden werden. Abschliessend hält Dr.med. F.\_\_\_\_\_ fest:

Der Gutachter hat bei seiner Beurteilung patho-anatomische und anatomische Strukturen verwechselt. Er hat die Anamnese bezüglich des Ereignisses nicht kritisch beurteilt. Er macht Aussagen zu den intraoperativen Aufnahmen, die in keiner Weise verstanden werden können. Deshalb kann ich der Folgerung des Gutachters nicht folgen. Für mich sind die Läsionen klar bedingt durch das Ereignis, wo die Versicherte eine Distorsion hatte und nicht nur eine direkte Kontusion.

**4.2.7** Diese medizinische Stellungnahme wurde Dr.med. H.\_\_\_\_\_ unterbreitet, der dazu am 7. Juli 2025 Stellung nimmt (Beilage Vernehmlassung). Die Kritik hinsichtlich nicht genauer Wiedergabe des Unfallmechanismus ziele ins Leere, habe er doch explizit darauf hingewiesen, dass dies in casu gar nicht möglich sei. Wenn Dr.med. F.\_\_\_\_\_ seinerseits erwähne, die Läsionen seien klar durch das Ereignis mit Distorsion und nicht nur einer direkten Kontusion erklärbar, so sei das eine nichtverwertbare Annahme, die in den Akten nicht abgebildet sei. Sodann habe Dr.med. F.\_\_\_\_\_ am 1. Juli 2022 selbst die Diagnose eines Kontusionsödems des Humeruskopfes gestellt und widerspreche sich mit dem Hinweis, das Knochenmarködem könne kein überwiegend wahrscheinlicher Hinweis auf eine Kontusion sein. Seine Annahme (Landen auf Ellbogen und Zuzug eines axialen Traumas oder einer Distorsion) könne wegen dem Fehlen einer exakten Ereignisanamnese nicht ausgeschlossen werden, sei aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Weiter geht Dr.med. H.\_\_\_\_\_ auf die Bildgebung ein, welche gemäss seiner Beurteilung zwar eine Kontrastmittelaufhellung 'im' (aber nur bis 'zum') Ansatzbereich der langen Bizepssehne, aber kein gesicherter Durchtritt zeige, weshalb es keiner SLAP-Läsion entspreche. Differenzialdiagnostisch könne es sich um eine "partielle" aber nicht überwiegend wahrscheinlich "frische" ereigniskausale Veränderung handeln, zumal keine perifokale Reaktion vorliege, was neun Tage nach dem Ereignis nicht nur zu erwarten, sondern geradezu eine *conditio sine qua non* sei, wenn ein kausaler Zusammenhang zum auslösenden Moment überwiegend wahrscheinlich sein solle. Übereinstimmung bestehe, dass auf Bild 14 ein sublabral hole abgebildet sei. Bezüglich des operativen Situs zitiere ihn Dr.med. F.\_\_\_\_\_ falsch. Er habe ausgeführt, das Bild an der labralen Bizepssehnenverankerung 'ziehend' fehle, das Bild 'unterfahren' könne den Unterschied zu einer angeblichen SLAP-Läsion mit Instabilität nicht hinreichend belegen. Dass keine signifikante Labrum-Instabilität bestanden haben könne, sei aufgrund der nicht notwendigen Fixierung abzuleiten. Intramural bedeute sodann nicht einfach 'in der Organwand liegend', sondern 'innerhalb der intakten Organwand'; eine partielle Läsion liege sowohl bei ausschliesslich intramuraler Veränderung als auch bei inkompletter "Originalwandverletzung" vor. Die Bizepssehne habe er als normal eingestuft, weil sie im intraartikulären Verlauf or-

thotop und intakt verlaufe; das Bild zeige faserige Anteile an der langen Bizepssehne, was kaum wahrscheinlich einer frischen Ereignisfolge entspreche. Dass sich eine ventrale Subluxation der Bizepssehne nur durch eine Pulley-Läsion auf der Seite des Subscapularis erklären liesse, sei zwar korrekt, ziele aber ins Leere, da eine derartige Subluxation nicht belegt sei, weshalb auch keine angebliche Verwechslung seinerseits vorliegen könne. Zudem sei falsch, dass im MRI 2005 eine Pulley-Läsion nicht erwähnt sei; der Radiologe halte explizit fest, eine Pulley-Läsion sei letztendlich nicht mit Sicherheit auszuschliessen. Einigkeit bestehe, dass sich die Supraspinatusveränderung irgendwann seit 2005 eingestellt habe; eine zeitliche Zuordnung bezüglich Entstehung sei aber unmöglich.

**4.2.8** Replizierend reicht die Beschwerdeführerin eine weitere Stellungnahme von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ vom 18. August 2025 ein. Bezüglich Knochenmarksödem mache Dr.med. H.\_\_\_\_\_ eine Fehlinterpretation; er habe in seiner Stellungnahme die Publikation Lädemann et al. erwähnt, wonach ein Ödem nicht zur Festlegung der Ereigniskausalität der Rotatorenmanschettenläsion verwendet werden könne. Weshalb ein axiales Trauma im Rahmen des Fahrradsturzes nicht möglich sei, könne Dr.med. H.\_\_\_\_\_ mit wissenschaftlichen Argumenten nicht beweisen. Bezüglich Interpretation der Bilder Ansatzbereich der langen Bizepssehne sei Dr.med. H.\_\_\_\_\_ entgangen, dass das Kontrastmittel einen Grossteil der Sehne abgelöst habe, was nicht der Definition eines sublabralen Recessus entspreche. Zudem würden sich die Labrumläsion nach posterior ausdehnen, was zwingend notwendig sei für die Definition einer SLAP-Läsion. Der Durchtritt des Kontrastmittels sei kein Kriterium. Dr.med. H.\_\_\_\_\_ verpasse wichtige Aspekte, die zur Definition der SLAP-Läsion gehören würden. Das Kriterium, dass ein Ödem mit absoluter Sicherheit zur Kausalität verwendet werden müsse, könne mit medizinischer Literatur in keiner Weise belegt werden. Auch könne seinem Argument bezüglich intraoperativer Bizepssehne nicht gefolgt werden. Er widerspreche sich selbst, indem er ein Bild einfüge, das eine offensichtliche Veränderung der Bizepssehne zeige; ob diese ereigniskausal sei oder nicht, könne nur eine Biopsie im Frühstadium nach Unfall zeigen. Allgemein lasse sich sagen, dass durch Dr.med. H.\_\_\_\_\_ Definitionen der Läsionen ungenau wiedergegeben worden seien und er seine Argumentation zu den anderen Punkten in keiner Weise widerlege, weshalb Dr.med. F.\_\_\_\_\_ klar bei seiner ursprünglichen Beurteilung bleibe.

## **5.**

**5.1** Bei der Beurteilung, dass eine Schädelkontusion, eine Ellbogenkontusion rechts sowie eine Schulterkontusion rechts mit antero-posterioren Knochenmarködemen im Caput humeri unfallkausal zum Ereignis vom 13. Juni 2022 seien, der

status quo sine vel ante spätestens nach drei bis vier Monaten erreicht worden sei und die Operation vom 5. September 2022 keine Unfallfolgen adressiert habe, weshalb die Versicherungsleistungen per 14. September 2022 eingestellt wurden, ohne dass Leistungen für den Eingriff vom 5. September 2022 geschuldet wären, stellte die C.\_\_\_\_\_ auf die Beurteilungen ihrer beratenden Ärzte ab. Es ist damit die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von versicherungsinternen Ärzten zu beachten (denen die beratenden Ärzte gleichgestellt sind; Urteil BGer 8C\_774/2020 vom 19.2.2021 E. 2.2), 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. 2.6.2).

**5.2** Vorliegend ist offenkundig, dass der behandelnde Arzt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ den Beurteilungen der beratenden Ärzte mit mehreren Stellungnahmen widerspricht. Trotz vorgetragener Vehemenz vermögen seine Beurteilungen an den Kausalitätsbeurteilungen von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ und Dr.med. H.\_\_\_\_\_ aber dennoch keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken.

**5.3** Der Vorwurf, Dr.med. H.\_\_\_\_\_ gehe von einem falschen Sachverhalt, einem falschen Unfallmechanismus aus, geht fehl. Bereits in E. 3 wurde dargelegt, dass der C.\_\_\_\_\_ (und den sie beratenden Ärzten) keine unvollständige Sachverhaltsabklärung vorgeworfen werden kann. Dr.med. H.\_\_\_\_\_ betont zu Recht, seitens des erstbehandelnden Arztes sei kein detaillierter Unfallhergang aufgenommen und dokumentiert worden. Selber hat er keine Interpretation vorgenommen, sondern ausschliesslich auf die ereignisnahen Beschriebe abgestellt. Weiter stellte Dr.med. H.\_\_\_\_\_ zu Recht fest, die von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ getroffenen Annahmen (Landung auf den Ellbogen und Zuzug eines axialen Traumas oder aber auch einer Distorsion) seien wohl möglich, aber für eine überwiegende Wahrscheinlichkeit dieses Unfallhergangs würden jegliche Belege fehlen. Damit aber nimmt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ seinerseits eine Beurteilung basierend auf einem Unfallereignis vor, das höchstens möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich und keineswegs sicher ist. Allein schon daher vermag seine Beurteilung keine Zweifel zu erwecken.

**5.4** Unbehilflich ist der Hinweis von Dr.med. F.\_\_\_\_\_, gemäss Lädemann et al. könne ein Knochenödem nicht zur Festlegung der Ereigniskausalität der Rotatorenmanschettenläsion verwendet werden. Dieses Argument ist nicht einschlägig. Ziel der Autoren der erwähnten Publikation war es, mit dem damaligen Wissensstand die Kriterien für wahrscheinlich unfallbedingte transmurale Läsionen der Rotatorenmanschette zu überarbeiten (vgl. Lädemann et al., Degenera-

tive oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette, SMF 2019 S. 260 ff.). Untersucht wurden dabei auch Kriterien der MRT und der CT, wobei die Autoren festhielten, obgleich ein Knochenmarködem am Tuberculum majus in der Vergangenheit mit einem Trauma und RM-Läsionen vergesellschaftet zu sein schien, werde dies in neueren Studien nicht bestätigt. Eine hiervon abweichende Aussage machte Dr.med. H.\_\_\_\_\_ nicht. Er stellte lediglich fest, die radiologisch festgehaltenen "Knochenkontusionsödeme anterior-posterior im Caput humeri" (Vi-act. 10) seien unfallkausal, was gemäss Diagnoseliste vom 1. Juli 2022 (zum Untersuch vom 30.6.2022) auch Dr.med. F.\_\_\_\_\_ selbst festgestellt habe (Vi-act. 9). Diese Beurteilung von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ ist aufgrund der Akten nachvollziehbar und schlüssig und wird durch Verweis auf die Publikation Lädermann et al., welche sich mit dem Knochenödem als Kriterium für eine traumatische resp. degenerative Rotatorenmanschettenläsion befasst, keineswegs in Zweifel gezogen.

**5.5** Zutreffend ist aber insbesondere die bereits von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ gemachte und von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ bestätigte Feststellung, wonach Dr.med. F.\_\_\_\_\_ als behandelnder Arzt keine über das Fahrradsturzereignis hinausgehende Schulteranamnese erhob. Tatsächlich ergaben sich einzig aus dem Bericht der MRT-Arthrographie vom 22. Juni 2022 Hinweise auf eine Vorgeschichte, indem unter klinischer Angabe ein Zustand nach unklarem arthroskopischem Eingriff Schulter rechts vor ca. 20 Jahren erwähnt wird und die Beurteilung für einen Teil der Befunde von "DD postoperativ" ausgeht (Vi-act. 11). In Widerspruch zu diesem Bericht und insbesondere zu den später von der C.\_\_\_\_\_ eingeholten medizinischen Akten der Jahre 2005 ff. machte die Beschwerdeführerin am 2. September 2022 gegenüber der C.\_\_\_\_\_ keine Angaben zur Frage, ob sie früher bereits an ähnlichen Beschwerden gelitten habe, ob sie in ärztlicher Behandlung gestanden habe, sondern verneinte mittels Strich (Vi-act. 15). Und auch der Bericht von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ zur Sprechstunde vom 30. Juni 2022 enthält gar keine Hinweise auf eine Vorgeschichte der rechten Schulter. Auch unter der Wiedergabe der Arthro-MRI-Untersuchung vom 22. Juni 2022 wird kein Vorzustand erwähnt. Der gesamte Bericht blendet damit aber eine wesentliche Tatsache für eine korrekte Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Kausalitätsfrage aus. Nichts anderes ergibt sich aus dem Bericht vom 16. August 2022 zur Sprechstunde vom 15. August 2022, als die Operationsindikation gestellt wurde. Die Beurteilung durch Dr.med. F.\_\_\_\_\_ erfolgt, wie wenn ausser dem Fahrradsturz vom 13. Juni 2022 keine Vorgeschichte bestünde. Wenn daher Dr.med. H.\_\_\_\_\_ äusserte, dass Dr.med. F.\_\_\_\_\_ ohne Erhebung einer vollständigen Schulteranamnese die notwendige Abgrenzung zwischen postoperativ und/oder natürliche alterskorrelierende Abnützung (im Verlauf seit der ers-

ten Operation) nicht habe vornehmen können, so ist dies überzeugend. Tatsächlich fällt denn auch in den weiteren Stellungnahmen von Dr.med. F. \_\_\_\_\_ auf, dass er auf diesen wesentlichen Vorwurf gar nicht eingeht. Er erklärt auch nicht, dass ihm der Vorzustand sehr wohl bekannt gewesen sei, dieser Vorzustand aber an der Kausalitätsbeurteilung gar nichts zu ändern vermöchte. Dr.med. F. \_\_\_\_\_ geht auf jene Veränderungen, welche gemäss den beratenden Ärzten auf die Gesundheitsschädigung 2005 und die damalige operative Sanierung zurückzuführen sind, nicht ein und vermag damit die Beurteilungen der beratenden Ärzte nicht zu widerlegen. Wenn die Beschwerdeführerin ihrerseits ausführt, die Vorgeschichte sei über 20 Jahre alt und für die jüngsten Beschwerden daher ohne Bedeutung, so kann dem mit Verweis auf die Erklärung von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ von 2007 nicht gefolgt werden. Er hielt schon damals fest, mit der Operation 2005 sei die Schädigung nicht rückgängig gemacht worden und die Schulter habe nicht den Status wie vor dem Unfall; die Schulter bleibe für immer geschädigt (Vi-act. 169). Auch mit dieser Aussage befasst sich Dr.med. F. \_\_\_\_\_ nicht.

**5.6** Weder der Bericht zur Sprechstunde vom 30. Juni 2022 (Vi-act. 9), noch jener zur Sprechstunde vom 15. August 2022 (Vi-act. 31), noch der Operationsbericht (Vi-act. 35) enthalten nachvollziehbare Ausführungen zur Ursächlichkeit der an der rechten Schulter festgestellten Veränderungen. Dass Dr.med. F. \_\_\_\_\_ ausschliesslich in der Diagnosestellung eine Verbindung zum Fahrradsturz vom 13. Juni 2022 herstellt (Status nach Schulterdistorsion bei Velosturz 13.6.2022) vermag an den ausführlichen Begründungen der beratenden Ärzte keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken. Soweit Dr.med. F. \_\_\_\_\_ in den weiteren Stellungnahmen (Beilage zur Beschwerde und zur Replik) verschiedene Ausführungen von Dr.med. H. \_\_\_\_\_ als falsch bezeichnet, so mangelt es seinen Stellungnahmen an nachvollziehbaren Begründungen, warum seine eigene Darstellung den Nachweis einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität der operierten Gesundheitsschädigung erbringen kann. Im Gegensatz zu den Ausführungen der beratenden Ärzte enthalten seine Beurteilungen keine nachvollziehbaren Begründungen zur Ursächlichkeit der an der Schulter festgestellten Veränderungen; mit der strittigen Frage der Kausalität setzt sich Dr.med. F. \_\_\_\_\_ nicht, auf jeden Fall nicht substantiiert und nachvollziehbar auseinander. Mit dem Vorwurf, Dr.med. H. \_\_\_\_\_ habe auf den Bildern weder die SLAP-Läsion noch das sublabral hole erkannt, er verwechsle das sublabral hole mit dem sublabralen Recessus, er kenne die intraoperative Vorgehensweise zur Diagnosestellung einer SLAP-Läsion nicht, er habe mangelnde Kenntnisse von Anatomie und Pathoanatomie, er habe die Läsion der Bizepssehne nicht erkannt und er verwechsle die Pulley-Läsion auf der Seite Subscapulars mit der

Pulley-Läsion auf der Seite Supraspinatus, vermag Dr.med. F. \_\_\_\_\_ - unabhängig der Frage, ob die Vorwürfe berechtigt sind oder nicht - nicht zu begründen, dass die von ihm erkannten Veränderungen überwiegend wahrscheinlich durch den Fahrradsturz vom 13. Juni 2022 verursacht wurden. Mit der Kausalitätsfrage setzt er sich in seinen Stellungnahmen nicht auseinander. Keinesfalls vermag seine Aussage - das Bild der Bizepssehne (von Dr.med. H. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 7.7.2025 S. 3 eingefügt) zeige offensichtlich eine Veränderung der Bizepssehne, ob diese ereigniskausal sei oder nicht, könne nur eine Biopsie im Frühstadium nach Unfall zeigen - die Unfallkausalität nicht mehr als nur möglich erscheinen lassen. Wenn Dr.med. F. \_\_\_\_\_ abschliessend festhält, beim Sturz könne sich durch die axiale Stauchung über den Ellbogen oder Distorsion diese Verletzung ereignet haben und für ihn seien die Läsionen klar bedingt durch das Ereignis, wo die Beschwerdeführerin eine Distorsion und nicht nur eine direkte Kontusion gehabt habe, gilt es zum einen zu wiederholen, dass er von einem Unfallereignis ausgeht, für welches keine Nachweise vorliegen (vgl. oben E. 3), und zum andern er seine "Überzeugung", das Ereignis sei die Ursache, nicht nachvollziehbar und schlüssig erläutert. Kommt hinzu, dass die Beurteilung, das Ereignis 'könne' die Gesundheitsschädigung verursacht haben, für einen Nachweis mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohnehin nicht ausreicht.

**5.7** In seinen Stellungnahmen geht Dr.med. F. \_\_\_\_\_ sodann nicht auf die Feststellungen von Dr.med. H. \_\_\_\_\_ ein, wonach an der als SLAP-Läsion definierten Veränderung am Labrum gemäss Operationsbericht keine Behandlung, z.B. (Re)Fixierung oder Resektion als notwendig erachtet wurde, ergo keiner Behandlung bedurfte (Vi-act. 206) und dass auch die intraoperativ beschriebene 'Supraspinatussehne mit Partialruptur' nicht revidiert wurde, womit es sich um einen unbedeutenden/bagatellären (Zufalls-)Befund handeln müsse (Vi-act. 205). Aus dem Operationsbericht ergibt sich in der Tat nicht, dass diese Veränderungen behandelt worden wären, was die Beurteilung von Dr.med. H. \_\_\_\_\_ stützt.

**5.8** Die Berichte und Stellungnahmen von Dr.med. F. \_\_\_\_\_ enthalten somit keine nachvollziehbaren und schlüssigen Begründungen dafür, dass der Fahrradsturz vom 13. Juni 2022 zusätzlich zu den anerkannten Verletzungen (Schädelprellung, starke rechtsseitige Ellbogenschmerzen und ebendortige Schwellung, antero-posteriore Knochenmarködeme im Caput humeri) weitere Gesundheitsschädigungen überwiegend wahrscheinlich verursacht hat. Namentlich vermag er in seinen Beurteilungen keine auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung zu erwecken, dass die Operation vom 5. September 2022 nicht an Unfallfol-

gen adressiert war. Seine an der Beurteilung von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ geäusser-  
ten Vorwürfe vermögen einen Kausalzusammenhang nicht als überwiegend  
wahrscheinlich nachzuweisen. Soweit sich die beratenden Ärzte und Dr.med.  
F.\_\_\_\_\_ in weiteren Punkten widersprechen, so zielen diese an der Kernfrage  
der Unfallkausalität vorbei. Wenn aber hinsichtlich die strittige Frage der Un-  
fallkausalität an den Beurteilungen der beratenden Ärzte keine auch nur geringen  
Zweifel bestehen, so besteht für das Gericht auch keine Veranlassung, das even-  
tualiter beantragte Gerichtsgutachten einzuholen.

**6.** Was den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Leistungsan-  
spruch aus unfallähnlicher Körperschädigung (Art. 6 Abs. 2 UVG) anbelangt, so  
ist mit der C.\_\_\_\_\_ festzuhalten, dass eine Leistungspflicht ausscheidet,  
wenn ein Unfallereignis - wie vorliegend - anerkannt ist, die Listenverletzung aber  
nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch diesen  
Unfall verursacht wurde. Denn damit ist gleichzeitig auch erstellt, dass die Listen-  
verletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung  
zurückzuführen ist, soweit kein Hinweis auf ein nach dem anerkannten Unfall  
eingetretenes initiales Ereignis besteht, das Anlass zu Weiterungen geben könn-  
te. Die Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ist diesfalls  
umgestossen und der Unfallversicherer von seiner Pflicht befreit. Mithin erübrigt  
sich bei fehlendem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem aner-  
kannten Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG und einer Listenverletzung eine  
Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, wenn kein anderes initiales  
Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt (BGE 146 V 51 E. 9.2; vgl. auch  
Urteil BGer 8C\_530/2024 vom 22.5.2025 E. 5).

**7.** Zusammenfassend vermag die Beschwerdeführerin resp. die von ihr ins  
Recht gelegten Stellungnahmen von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ an den Kausalitätsbe-  
urteilungen von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ und Dr.med. H.\_\_\_\_\_ keine auch nur  
geringen Zweifel zu erwecken. Damit aber ist die von der C.\_\_\_\_\_ verfügte  
Leistungseinstellung per 14. September 2022 und Verweigerung der Leistungs-  
übernahme für die Operation vom 5. September 2022 und deren Folgen nicht zu  
beanstanden. Diesem Ergebnis entsprechend ist die Beschwerde abzuweisen.

**8.** Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG). Anspruch auf eine  
Parteientschädigung besteht keiner; namentlich besteht kein Anspruch auf Ent-  
schädigung der Kosten für die Stellungnahmen Dr.med. F.\_\_\_\_\_.

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann unter den Voraussetzungen von Art. 42 ff., Art. 82 ff. sowie Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) vom 17. Juni 2005 innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden.
4. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. Januar 2026

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Präsident:

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: 26. Januar 2026