



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter
Gerichtsschreiber: MLaw Mauriz Müller

U R T E I L vom 15. Juli 2024 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführerin 1
vertreten durch RA MLaw Diane Günthart, ADVOMED, Bahnhofstrasse 12,
8001 Zürich

und

B. _____ **AG**
Beschwerdeführerin 2

gegen

Visana Versicherungen AG, Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 16
Beschwerdegegnerin

betreffend

Unfallversicherung
(Leistungen)

A. A. _____, geboren 1955, war seit dem 1. Juli 2011 bei der C. _____ AG angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Visana Versicherungen AG (fortan: Visana) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (UV-act. 1).

Die Versicherte rutschte am 28. Dezember 2020 auf Glatteis aus und verletzte sich beim Versuch, sich mit der rechten Hand am Geländer festzuhalten, unter anderem an der rechten Schulter (UV-act. 1 und 161). Gestützt auf eine MRT vom 8. Januar 2021 (UV-act. 159) und eine klinische Untersuchung nannte Dr. med. D. _____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, in seinem Bericht vom 13. Januar 2021 (UV-act. 156-157) als Diagnose ein Schultertrauma rechts mit posttraumatischer SLAP-II-Läsion und Teilruptur der vorderen Supraspinatussehne. Am 5. Februar 2021 wurde die Versicherte an ihrer rechten Schulter operiert (UV-act. 144-146).

Die Visana erbrachte nach dem Ereignis vom 28. Dezember 2020 die gesetzlichen Leistungen und stellte diese mit Verfügung vom 14. Mai 2021 (UV-act. 101-104) per 25. Januar 2021 gestützt auf die Beurteilungen des beratenden Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, vom 5. Februar 2021 (UV-act. 32-33) und vom 9. März 2021 (UV-act. 86-87) ein. Die von der Versicherten sowie der B. _____ AG dagegen erhobenen Einsprachen (UV-act. 104-107 und 118-119) wies die Visana mit Entscheidung vom 22. Juni 2022 ab (Bf-act. 2), nachdem sie die im Einspracheverfahren eingereichten Unterlagen – insbesondere die Stellungnahmen von PD Dr. med. F. _____, Facharzt für Radiologie FMH, vom 5. Mai 2021 (UV-act. 111-114) zur MRT vom 8. Januar 2021 und von Dr. med. G. _____, Fachärztin für Chirurgie FMH, vom 5. Mai 2021 (UV-act. 108-109), dem beratenden Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (vgl. Eidgenössisches Medizinalberuferegister), vorgelegt hatte (Stellungnahme vom 31. Dezember 2021; UV-act. 166-174).

B.

B.a Dagegen erhob die Versicherte am 25. Juli 2022 (act. 1) Beschwerde und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid vom 22. Juni 2022 sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen; eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks Einholung eines orthopädischen und radiologischen Gutachtens zurückzuweisen, damit sie hernach nochmals über ihre gesetzlichen Ansprüche entscheide (S. 2). Das Verfahren wurde am Verwaltungsgericht unter der Nummer S 2022 87 angelegt.

B.b Am 23. August 2022 (S 2022 100 act. 1) erhob die B._____ AG gegen den Einspracheentscheid vom 22. Juni 2022 Beschwerde und beantragte, dieser sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen UVG-Leistungen zu erbringen; eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Einholung eines externen Gutachtens (S. 2). Das Verfahren wurde unter der Nummer S 2022 100 angelegt.

C. Mit Verfügung vom 26. September 2022 wurden die Beschwerdeverfahren S 2022 87 und S 2022 100 vereinigt und unter der Verfahrensnummer S 2022 87 fortgeführt (act. 5).

D. In ihrer Vernehmlassung vom 7. Oktober 2022 (act. 6) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerden vom 25. Juli und 23. August 2022, was den Beschwerdeführerinnen 1 und 2 am 10. Oktober 2022 zur Kenntnis gebracht und ihnen zudem Frist zur Einreichung einer allfälligen Replik angesetzt wurde (act. 7). Die Beschwerdeführerin 1 liess sich nicht vernehmen.

E. Mit Replik vom 17. Oktober 2022 (act. 8) hielt die Beschwerdeführerin 2 an ihren Anträgen fest (S. 2).

F. Duplicando hielt die Visana am 10. November 2022 (act. 10) an ihrem Antrag gemäss Vernehmlassung fest (S. 2), was den Beschwerdeführerinnen 1 und 2 am 11. November 2022 (act. 11) zur Kenntnis gebracht wurde.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen Einspracheentscheide Beschwerde erhoben werden. Die Beschwerdefrist beträgt 30 Tage (Art. 60 ATSG). Örtlich zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG; hier: Kanton Zug, bei Wohnsitz der Beschwerdeführerin in I._____). Im Kanton Zug beurteilt gemäss Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Gesetzes über den Rechtsschutz in Verwaltungssachen

(VRG; BGS 162.1) sowie § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung (BGS 842.5) das Verwaltungsgericht als einzige kantonale Instanz Beschwerden auf dem Gebiet der eidgenössischen Sozialversicherung, für die das Bundesrecht eine kantonale Rechtsmittelinstanz vorsieht. Der angefochtene Entscheid datiert vom 22. Juni 2022 und ist den Beschwerdeführerinnen 1 und 2 frühestens am 23. Juni 2022 zugegangen. Die der Post am 25. Juli 2022 übergebene Beschwerde der Beschwerdeführerin 1 und die der Post am 23. August 2022 übergebene Beschwerde der Beschwerdeführerin 2 wurden unter Berücksichtigung des Fristenstillstands gemäss Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG somit rechtzeitig eingereicht. Sie entsprechen den formellen Anforderungen. Die Beschwerdeführerinnen 1 und 2 sind direkt betroffen und damit zur Beschwerde legitimiert (Art. 59 ATSG), diese sind demnach zu prüfen.

Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

2.

2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 beziehungsweise 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt

für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 125 V 456 E. 5a).

2.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer 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. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (BGer 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (BGer 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

2.4 Der Unfallversicherer hat die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung (und allenfalls Taggeld) anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, etwa mit dem Argument, der Kausalzusammenhang sei dahingefallen (BGer 8C_319/2020 vom 3. September 2020 E. 6.4). Eine solche Einstellung kann auch rückwirkend erfolgen, sofern der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordern will (BGer 8C_133/2021 vom 25. August 2021 E. 5.2.1 mit Hinweisen).

2.5 Nach der Rechtsprechung kommt den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). 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 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). Beratende Ärzte sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (BGer 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2).

Reine Aktengutachten sind 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 (BGer 8C_750/2020 vom 23. April 2021 E. 4 mit Hinweisen).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich für den Einspracheentscheid vom 22. Juni 2022 (Bf-act. 2) auf die Beurteilungen der beratenden Dr. E. _____ und Dr. H. _____ vom 5. Februar 2021, vom 9. März 2021 und vom 31. Dezember 2021. Deren Schlussfolgerungen seien ausreichend begründet, widerspruchsfrei und einleuchtend. Die Beschwerdeführerinnen 1 und 2 hätten keine Gesichtspunkte – Dr. H. _____ habe die Beurteilungen von PD Dr. F. _____ und Dr. G. _____ begründet widerlegen können – vorgebracht, welche geeignet wären, an den Beurteilungen der beratenden Ärzte Zweifel zu wecken, weshalb diesen volle Beweiskraft zuzuerkennen sei. Der Status quo sine sei demnach spätestens per 25. Januar 2021 eingetreten. Daher habe sie zu Recht den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den ab 26. Januar

2021 geltend gemachten Beschwerden verneint und die Leistungen per 25. Januar 2021 eingestellt (S. 2-7; vgl. auch die Vernehmlassung vom 7. Oktober 2022 [act. 6]).

3.2 Die Beschwerdeführerin 1 machte demgegenüber gestützt auf die Stellungnahmen von PD Dr. F. _____ und von Dr. G. _____ vom 5. Mai 2021 in ihrer Beschwerde (act. 1) geltend, in Bezug auf die Berichte von versicherungsinternen Ärzten sei zu beachten, dass bei auch nur geringen Zweifeln zusätzlich die Meinung versicherungsexterner Experten einzuholen sei. Vorliegend würden durch zwei Fachärzte (PD Dr. F. _____ und Dr. G. _____) erhebliche Zweifel an den medizinischen Abklärungen aufgeworfen. Zudem stützte sich Dr. E. _____ auf deutlich veraltete Literatur. Dass Dr. H. _____ die Bildgebung nicht mit dem Fachwissen eines Radiologen beurteilen könne, dürfte sich aufgrund seiner Fachqualifikation als gerichtsnotorisch erweisen. Dieser habe offenbar versucht, die Bildgebung klar zum Vorteil der Beschwerdegegnerin zu beurteilen. PD Dr. F. _____ habe evidenzbasiert aufgezeigt, weshalb das MRI eine traumatische Ursache der Ruptur begründe. Für die Bejahung der Unfallkausalität sei zu klären, ob der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine Teilursache des Gesundheitsschadens sei. Dies gelte auch bei Konstellationen, in welcher ein degenerativer Vorzustand eine bloss potenzielle Gesamtursache bilde. Schaffe der krankhafte Vorzustand eine erste latente Schadensneigung, entspreche er lediglich einer Teilursache. Es bestehe folglich Raum für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers. Das radiologische Konsilium von PD Dr. F. _____ sei durch das unrechtmässige Verhalten der Beschwerdegegnerin verursacht worden. Abklärungskosten, welche entstanden seien, seien dem Versicherungsträger aufzuerlegen, falls dieser die entsprechenden Abklärungen hätte vornehmen müssen oder aber die Parteiabklärungen durch ihre un schlüssigen Abklärungen veranlasst worden seien. Daher beantrage sie die Kostenübernahme des radiologischen Konsiliums durch die Beschwerdegegnerin (S. 5-9).

3.3 Die Beschwerdeführerin 2 brachte in ihrer Beschwerde (S 2022 100 act. 1) vor, die Berichte von Dr. G. _____ und von PD Dr. F. _____ unter Hinzunahme der Berichte der behandelnden Ärzte vermöchten eine Unfallkausalität der Beschwerden auch über den 25. Januar 2021 hinaus zu begründen. Eine traumatische Genese der Beschwerden er scheine in Anbetracht des Unfallhergangs und der gesamten medizinischen Akten als überwiegend wahrscheinlich. Selbst wenn gewisse degenerative Veränderungen vorhanden gewesen seien, sei der Unfall dennoch ursächlich für die Beschwerden und die Operation. Eine Leistungseinstellung nach knapp einem Monat erscheine auf jeden Fall verfrüht. Zumindest begründeten die Berichte von Dr. G. _____ und PD Dr. F. _____

berechtigte Zweifel an den Stellungnahmen der beratenden Ärzte. Die Abklärungspflicht und die Beweislast für den Wegfall der Kausalität mithin für die Einstellung von Leistungen liege bei der Beschwerdegegnerin. Sollte aufgrund der Akten die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den 25. Januar 2021 hinaus weiterhin unklar sein, so sei ein externes Gutachten einzuholen (S. 3 f.).

3.4 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin aufgrund des Unfalls vom 28. Dezember 2020 für die Beschwerden der rechten Schulter auch über den 25. Januar 2021 hinaus leistungspflichtig ist.

4.

4.1 Dem Bericht der Praxis J. _____ vom 29. Dezember 2020 (UV-act. 161-162), wo sich die Beschwerdeführerin gleichentags notfallmässig behandeln liess, lässt sich entnehmen, dass die rechte Schulter inspektorisch, der Belly-press- und der Palm-Up-Test unauffällig gewesen seien, sich über dem SC- und AC-Gelenk sowie der Kapsel kein Druckschmerz habe feststellen lassen, der Sulcus intertubercularis humeri schmerzfrei und die Innen-/Aussenrotation in 90°-Flexion gegen Widerstand seitengleich gewesen seien. Der Schürzengriff und die Abduktion/Elevation seien schmerzbedingt eingeschränkt gewesen.

4.2 Doktor med. K. _____, Fachärztin für Radiologie und Neuroradiologie FMH, führte am 8. Januar 2021 (UV-act. 131) über eine gleichentags erstellte MRT der rechten Schulter aus, feststellbar seien wenig Erguss im Schultergelenk und schmale Flüssigkeit in der Bursa subakromialis – subdeltoidea, eine leichtgradige hyperintense Signalalterationen und eine kleine gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne mit Betonung ventral (PASTA-Läsion) ohne signifikante Retraktion, eine leichtgradige hyperintense Signalalterationen der Infraspinatus- und weniger der Subscapularis-Sehnen ohne Rupturnachweis. Es bestünden ein irregulärer Flüssigkeitseintritt und eine Kontrastmittelanreicherung am anterosuperioren Labrum mit Betonung am Bizepssehnenanker, vereinbar mit einer SLAP-II-Läsion. Feststellbar sei eine AC-Gelenksarthrose mit subchondralen Zysten, Knochenmarks - und Weichteilödem sowie einer Kontrastmittelanreicherung der Synovia. Es bestehe ein Acromion Typ-II nach Bigliani. Feststellbar seien subchondrale Zysten im Humeruskopf dorsal.

4.3 Am 13. Januar 2021 (UV-act. 156-157) hielt Dr. D. _____ zum Status der rechten Schulter fest, es bestünden eine Flexion bis 80°, eine Innenrotation bis L4, eine Ab-

duktion von 50° und eine Aussenrotation von 80°. Der Lift-off-Test sei negativ. Die Abduktions- und die Aussenrotationskraft seien schmerzbedingt eingeschränkt. Es bestehe eine ausgeprägte Druckdolenz im Sulcus bicipitalis.

4.4 Am 23. Januar 2021 (UV-act. 153-154) notierte Dr. D. _____ zum Status der rechten Schulter [fälschlicherweise als linke Schulter bezeichnet], es bestünden eine Flexion von 150°, eine Innenrotation bis Gluteus, eine ausgeprägte Druckdolenz im Sulcus bicipitalis.

4.5 Im Bericht über die Operation der rechten Schulter vom 5. Februar 2021 (UV-act. 132-134) listete der Operateur Dr. D. _____ auf: 1. Craniales Labrum: SLAP II Läsion. 2. Bizepssehne: Pulley Schlinge medial und lateral zerrissen. 3. Intervall: Synovitis. 4. Subscapularissehne: intakt. 5. Supraspinatussehne: 80% gelenksseitige Ruptur ohne Retraktion, ohne Zeichen von Degeneration. 6. Infraspinatussehne: intakt. 7. Teres minor-Sehne: intakt. 8. Vorderes unteres Labrum: kleine Einrisse. 9. Hinteres Labrum inferior: intakt. 10. Humerusknorpel: Knorpelschaden zentral eng umschrieben. 11. Pfanne: intakt. 12. Subacromialraum: akute Bursitis. 13. Acromion: Unterfläche minimal aufgeraut. 14. AC-Gelenk: Diskus zerrissen.

4.6 Doktor E. _____ hielt am 5. Februar 2021 (UV-act. 32-33) fest, gemäss der MRT-Untersuchung der rechten Schulter lägen hier eine AC-Gelenksenge bei Typ Bigliani-II und eine PASTA-Läsion mit einer SLAP-Läsion in Bicepssehnenansatzhöhe proximal vor. Diese Läsionen seien überwiegend wahrscheinlich degenerativ entstanden und wiesen eine hohe Korrelation zu abnutzungsbedingten Veränderungen lediglich bei jüngeren Patienten und sehr sportlich belasteten Patienten auf. Der Zug am Arm anlässlich des Sturzes habe überwiegend wahrscheinlich vorbestehende degenerative Läsionen aktiviert, ohne dass eine frische Traumatisierung im Rahmen einer Verschlimmerung zeitnah zu dem Ereignis in der MRT erwähnt worden sei. Der Status quo ante vel sine derartiger Schmerzaktivierungen sei spätestens vier Wochen später wieder erreicht.

4.7 Am 9. März 2021 (UV-act. 86-87) führte Dr. E. _____ nach Vorlage des Operationsberichts vom 5. Februar 2021 (E. 4.5) und dem entsprechenden Austrittsbericht vom 9. Februar 2021 (UV-act. 45-46) aus, an seiner Beurteilung ändere sich nichts. Bei einer radiologischen AC-Gelenksarthrose und einer subacromialen Enge Typ Bigliani-II sei die nicht retrahierte Läsion der Supraspinatussehne mit den anderen pathologischen Befunden nicht überwiegend wahrscheinlich durch das Ereignis natürlich kausal verursacht wor-

den, sondern nur ausgelöst im Sinne von symptomatisch geworden. Vorliegend sei es weder bei bewusst fixierter Sehnen zu einem rissartigen "Überfall" gekommen, noch sei bei deutlicher subacromialer Enge ein Hämatom in der MRT-Untersuchung (nur 12 Tage nach dem Ereignis) beziehungsweise intraoperativ (39 Tage nach dem Ereignis) dokumentiert worden. Auch spreche die fehlende Retraktion der Sehne bei einer 80%igen gelenkseitigen Ruptur bei Bigliani Typ-II im 65igsten Lebensjahr überwiegend wahrscheinlich deutlich mehr für eine abnutzungsbedingte Sehnenruptur als für eine frische Sehnenruptur. Zudem sei im ärztlichen Erstbericht (E. 4.1) berichtet worden, dass eine – zwar schmerzhafte – jedoch uneingeschränkte Beweglichkeit der rechten Schulter vorgelegen habe. Dies sei weder typisch noch symptomatisch für eine frische traumatische Rotatorenmanschetten (RM)-Ruptur. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die RM-Läsion mit allen anderen Diagnosen und Befunden an der rechten Schulter einer krankhaften sowie mechanisch und histologischen Abnutzungssituation anzulasten.

4.8 PD Dr. F. _____ berichtete am 5. Mai 2021 (UV-act. 111-114) über die MRT vom 8. Januar 2021, die Supraspinatussehne weise im mittleren und posterioren Verlauf keinerlei degenerative Veränderungen auf. Eng umschrieben zeige sich eine artikulareseitige Unterflächenläsion am vorderen Ansatzbereich der Sehne, die nach morphologischen Kriterien frisch imponiere. Darüberliegend finde sich eine Flüssigkeitskollektion, die am ehesten als Hämorrhagie zu werten sei. Somit bestünden starke Hinweise für eine traumatisch ausgelöste, artikulareseitige Unterflächenpartialruptur der Sehne. Auch zeigten sich keinerlei Atrophie- oder Dystrophiezeichen im Musculus supraspinatus. Die Pulleyschlinge sei nicht abgrenzbar, dies sei als unspezifisch zu werten und nicht zuverlässig als bestehende Ruptur zu interpretieren. Die SLAP-Läsion sei zweifelsfrei abgrenzbar. Es zeige sich eine kräftige Anreicherung im Rupturbereich, was sehr gut erklärbar sei durch Granulationsgewebe und reparative Reaktion ca. 10 Tage nach bestehendem Trauma. Die Läsion sei umschrieben und wirke eher aufgetrieben, so dass morphologisch Hinweise für eine frische Läsion bestünden. Es zeigten sich keine angrenzenden, andere degenerativen Veränderungen, z.B. des hyalinen Gelenkknorpels. Insofern sei auch diese Läsion sehr gut mit dem bestehenden Trauma vereinbar.

4.9 Doktor G. _____ notierte in ihrer Stellungnahme vom 5. Mai 2021 (UV-act. 108-109), vorliegend könne nicht argumentiert werden, der Unfallmechanismus sei nicht geeignet gewesen, eine Läsion im Bereich der rechten Schulter zu verursachen. Der vorliegende Unfallmechanismus gehöre zu denjenigen, die seit Jahren in der Literatur als verursachend diskutiert würden, sowohl für die RM-Läsion als auch für die SLAP-Läsion. Die

Beschwerdeführerin sei zum Zeitpunkt des Unfalls 65 Jahre alt gewesen. Sie habe zuvor keine Probleme mit der rechten Schulter gehabt; diese sei asymptomatisch gewesen. Der Unfall habe unmittelbar zu einer Pseudoparalyse des rechten Armes geführt. Im sechsten Lebensjahrzehnt betrage der Prozentsatz asymptomatischer Komplettläsionen (hier liege keine Komplettläsion vor) im Bereich der RM bei 20 %. Daraus könne nicht geschlossen werden, dass eine RM-Läsion per se verschleisskausal sei. PD Dr. F. _____ habe das Vorliegen einer umschriebenen Unterflächenläsion der Supraspinatussehne im Umfang von mehr als 50 %, den Vorderrand/vorderes Viertel der Sehnenplatte im Ansatzbereich bestätigt. Darüber liegend habe eine Flüssigkeitskollektion im Sinne einer Einblutung/Kontusionsödem abgegrenzt werden können. Es handle sich dabei um eine direkt bildgebend sichtbare Begleitverletzung. Die Supraspinatussehne als auch die übrigen RM-Sehnen zeigten MR-tomographisch keine Tendinopathie. Es bestünden keine Muskelatrophie und keine Verfettung der zugehörigen Muskulatur. Ebenso sei keine Sehnenretraktion ersichtlich. Das superiore Labrum sei disloziert, der Bizepssehnenanker von inferior eingerissen. Der Unfallmechanismus einer Traktionsverletzung stelle den Bezug zu einer unfallkausalen traumatischen Läsion her. Es bestünden auch für diese Verletzung bildgebende morphologische Hinweise, die für eine frische traumatische Läsion sprächen. In diesem Fall könne aufgrund der Literatur nicht mit dem Alter der Beschwerdeführerin argumentiert werden. Es müsse der individuelle Fall betrachtet werden. Vorliegend fehlten degenerative Veränderungen im Bereich der RM. Bei den bildgebend diagnostizierten strukturellen Läsionen im Bereich der rechten Schulter (SLAP-Läsion und PASTA-Läsion) handle es sich mit dem Beweisgrad einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit um frische, traumatische, unfallkausale Läsionen im Rahmen des Unfalls vom 28. Dezember 2020. Die Leistungseinstellung durch die Visana mit Schreiben per 26. Januar 2021 sei nicht korrekt.

4.10 Der beratende Dr. H. _____ führte nach Vorlage der Unterlagen von PD Dr. F. _____ und Dr. G. _____ am 31. Dezember 2021 (UV-act. 166-174) zusammenfassend aus, die Beschwerdeführerin habe sich am 28. Dezember 2020 eine Traumatisierung der rechten Schulter zugezogen, am ehesten im Sinn einer forcierten Aussenrotation, allenfalls in Kombination mit einer Kontusion. Dies habe zu einer schmerzhaften Aktivierung von bereits zuvor bestehenden, allerdings offenbar symptomlosen leichten bis moderaten degenerativen Veränderungen geführt, nicht jedoch zu traumatisch bedingten strukturellen Veränderungen von potenziell dauerhaftem Charakter. Dies zeige sich einerseits an den initialen klinischen Befunden mit einer lediglich schmerzbedingt leicht eingeschränkten Beweglichkeit oberhalb der Horizontalen, die keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt habe. Andererseits spreche auch der Befund der MRT vom 8. Januar 2021

dafür, obwohl diese aufgrund des fehlenden Einsatzes von intraartikulärem Kontrastmittel nur eingeschränkt aussagekräftig sei. Von wesentlicher Relevanz für die Beurteilung sei wiederum die weitere Entwicklung der Situation, indem die Beschwerdeführerin innert weniger als vier Wochen eine nahezu uneingeschränkte Schulterfunktion erreicht habe. Obwohl bis dahin gerade einmal vier Sitzungen Physiotherapie durchgeführt und lediglich Novalgin und Ibuprofen als Schmerzmittel mit eher geringer Wirkung eingesetzt worden seien, habe sich eine fast normalisierte Beweglichkeit entwickelt. Wie sich jedoch aus dem von Dr. D. _____ am 23. Januar 2021 dokumentierten klinischen Zustand eine gute medizinische Indikation für ein derart rasches operatives Vorgehen ableiten lasse, sei deshalb nicht nachvollziehbar. Pathologische Befunde, die einer operativen Behandlung bedurft hätten, liessen sich jedenfalls auch beim Eingriff vom 5. Januar 2021 nicht finden. In den erwähnten ärztlichen Stellungnahmen werde kein einziges schlüssiges Argument dargelegt, das Anlass für eine veränderte Beurteilung des medizinischen Sachverhalts gäbe, welche die Grundlage für die Verfügung vom 14. Mai 2021 darstelle. Es könne somit daran festgehalten werden (S. 8 f.).

5.

5.1 Die Beschwerdegegnerin verneinte eine über den 25. Januar 2021 hinausgehende auf den Unfall vom 28. Dezember 2020 zurückgehende Leistungspflicht gestützt auf die Aktenbeurteilungen der beratenden Dr. E. _____ und Dr. H. _____ (E. 4.6-7 und E. 4.10).

5.2 Die Beurteilungen von Dr. E. _____ und Dr. H. _____ sind für die streitigen Belange umfassend und wurden in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten sowie den fachärztlichen Einschätzungen erstellt, soweit diese in ihrem jeweiligen Beurteilungszeitpunkt vorhanden waren. Beiden lagen die vollständigen Unterlagen der Behandler vor; so insbesondere der Erstbericht der Praxis J. _____ vom 29. Dezember 2020, die MRT vom 8. Januar 2021 und die Berichte des behandelnden Facharztes und Operateurs Dr. D. _____ (E. 4.1-5). Dr. H. _____ (E. 4.10) nahm sodann ausführlich Stellung zu den im Nachgang von Dr. E. _____s Beurteilungen von der Beschwerdeführerin eingebrachten Einschätzungen von PD Dr. F. _____ und von Dr. G. _____ vom 5. Mai 2021 (E. 4.8-9), welche von einer traumatisch-bedingten strukturellen Schädigung der rechten Schulter ausgingen. Die beratenden Ärzte legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar und beurteilte die medizinische Situation überzeugend.

5.3 Doktor E. _____ legte schlüssig dar, dass die vorliegenden PASTA- und SLAP-Läsionen überwiegend wahrscheinlich degenerativen Ursprungs sind und der Unfall am 28. Dezember 2020 diese degenerativen Läsionen lediglich aktivierte, wobei der Status quo ante vel sine bei einer derartigen Schmerzaktivierung nach spätestens vier Wochen wieder erreicht worden war. Doktor E. _____ begründete dies nachvollziehbar mit der anatomischen Konstitution (subacromialer Enge Bigliani Typ-II), der AC-Gelenksarthrose (Verschleiss des Verbindungsgelenks zwischen dem Schulterdach [Akromion] und Schlüsselbein), der fehlenden Dokumentation von Hämatomen in der MRT vom 8. Januar 2021 und anlässlich der Operation vom 5. Februar 2021, der freien Beweglichkeit des Schultergelenks während der Erstkonsultation einen Tag nach dem Unfall sowie – gestützt auf die wissenschaftliche Literatur – der Wahrscheinlichkeit von abnutzungsbedingten Verletzungen im fortgeschrittenen Alter (E. 4.6-7).

Die von der Beschwerdeführerin konkret an der Beurteilung von Dr. E. _____ vorgebrachte Kritik, dieser habe veraltete Literatur verwendet (act. 1 S. 5 oben), verfängt nicht. Sie hielt Dr. E. _____ vor, aus der 8. Auflage des Werkes «Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte» von Schönberger, Mehrtens und Valentin (Hrsg.) zu zitierten, obwohl eine neuere Auflage vorliege. Die 8. Auflage stammt aus dem Jahr 2010. Es ist zwar richtig, dass Dr. E. _____ auf diese verwies, er machte aber auch darauf aufmerksam, dass der aus der 8. Auflage zitierte Unfallmechanismus (u.a. Voraussetzung einer RM-Läsion ist, eine unmittelbar vor der Einwirkung muskulär fixierte RM und eine plötzliche passive Bewegung, die überfallartig eine Zugbelastung der Sehnen der RM bewirkt) in der 9. Auflage aus dem Jahr 2017 bestätigt wurde (UV-act. 85-87 S. 2 Mitte). Dies entspricht also immer noch dem aktuellen Erkenntnisstand der Wissenschaft. Die von der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang als aktuell angeführte Literatur "Lädemann et al." - womit der in der Stellungnahme von Dr. G. _____ erwähnte Artikel "Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette" von Lädemann et al. aus der Zeitschrift Swiss Med Forum 2019; 19 (15-16): 260-7 gemeint sein dürfte (vgl. UV-act. 108-110 S. 3) – basiert denn auch nicht auf aktuelleren medizinischen Studien. Ein Blick in dessen Literaturverzeichnis zeigt, dass für den Artikel auf Studien aus den Jahren bis 2016 – also älteren Datums als die 9. Auflage von Schönberger, Mehrtens und Valentin (Hrsg.) – abgestellt wurde.

5.4

5.4.1 Doktor H._____ bestätigte am 31. Dezember 2021 in eingehender Auseinandersetzung mit den Stellungnahmen von PD Dr. F._____ und Dr. G._____ überzeugend die Beurteilung von Dr. E._____ (E. 4.10).

5.4.2 Dabei zeigte Dr. H._____ nachvollziehbar auf, dass – wie von Dr. G._____ behauptet – der Unfallmechanismus vom 28. Dezember 2020 (Abduktion/Aussenrotation der Schulter beim Festhalten am Geländer nach Ausrutschen auf Glatteis) zwar grundsätzlich geeignet wäre, zu RM- und SLAP-Läsionen zu führen, dies im konkreten Fall jedoch ausgeschlossen werden kann, da die Subskapsularissehne, welche bei einer forcierten Abduktion/Aussenrotation fast immer zuerst betroffen ist, keine Auffälligkeiten aufweist. Zudem erläuterte Dr. H._____ schlüssig, dass die Kombination einer PASTA-Läsion und einer SLAP-Läsion typisch für degenerative Alterationen von nicht mehr ganz jungen Personen ist (UV-act. 166-174 S. 3 f.).

Zutreffend wies Dr. H._____ darauf hin, dass die Aussage von Dr. G._____, die Beschwerdeführerin habe vor dem Unfall keine Probleme mit der rechten Schulter gehabt und diese sei asymptomatisch gewesen, keine Aussagekraft bezüglich der Unfallkausalität hat (S. 4). Denn, soweit zur Begründung der Traumagenese auf die vorgängig vollständig asymptotische Schulter verwiesen wurde, liess sich Dr. G._____ von der unzulässigen Beweismaxime "post hoc, ergo propter hoc" leiten, woraus beweisrechtlich kein natürlicher Kausalzusammenhang abzuleiten ist (BGer 8C_411/2020 vom 26. Oktober 2020 E. 4.2).

Weiter legte Dr. H._____ plausibel dar, dass sich in den vorliegenden Unterlagen – im Gegensatz zu der von Dr. G._____ vertretenen Meinung – keine Hinweise auf eine für eine traumatische Verursachung einer RM-Läsion typische Pseudoparalyse (sofortige Beeinträchtigung der aktiven Mobilität bzw. "drop-arm-sign"; BGer 8C_401/2023 vom 19. Februar 2024 E. 8.2) finden lässt. So wies er zu Recht daraufhin, dass im Bericht der Praxis J._____ vom 29. Dezember 2020 (E. 4.1) bezüglich Bewegungsumfang eine seitengleiche Testung der Rotation bei gleichzeitiger Flexion des Armes von 90° beschrieben worden war und der Palm-Up-Test unauffällig durchgeführt werden konnte, sodass eine aktive Flexion und Abduktion zumindest bis zur Horizontalen ohne objektivierbare Einschränkungen gelangen. Damit lag keine Pseudoparalyse des rechten Arms, sondern lediglich eine rein schmerzbedingte geringe eingeschränkte Beweglichkeit vor, welche sich im zeitlichen Verlauf – Untersuchungen bei Dr. D._____ am 13. Januar 2021 mit einer Flexion von 80° und Innenrotation bis zum Wirbel L4 und am 23. Januar 2021 mit einer

Flexion von 150° und einer Innenrotation bis zum Gluteus (E. 4.3-4) – bis zu einer beinahe normalen Beweglichkeit innert kurzer Zeit verbessert hatte (UV-act. 166-174 S. 4 f.).

Schliesslich machte Dr. H. _____ zu Recht darauf aufmerksam, dass Dr. G. _____ bzgl. der zur Untermauerung ihrer Argumentation angeführten Studie der Fehler unterliefe, auf den Wert für Personen im 6. Lebensjahrzehnt, statt wie für die 65-jährige Beschwerdeführerin zutreffend, auf den Wert für Personen im 7. Lebensjahrzehnt zu verweisen, wo die Prävalenz um mehr als die Hälfte höher liegt (S. 5; vgl. Buess/Hackl, Epidemiologie der Rotatorenmanschettenruptur in: Schulter-Rotatorenmanschette, 2021, AGA-Komitee-Schulter-Rotatorenmanschette [Hrsg.], S. 8).

Insgesamt widerlegte Dr. H. _____ die von Dr. G. _____ für eine traumatische Genese vorgebrachten Argumente und damit die an der Beurteilung von Dr. E. _____ angebrachte Kritik überzeugend.

5.4.3 Was die Stellungnahme von PD Dr. F. _____ zur MRT vom 8. Januar 2021 angeht – diese zog auch Dr. G. _____ für ihre Argumentation einer unfallbedingten Schädigung der rechten Schulter bei (vgl. E. 4.9) – wies Dr. H. _____ zu Recht darauf hin, dass die Aussagekraft der MRT vom 8. Januar 2021 beschränkt ist, da es sich dabei nicht um den anerkannten goldenen Standard einer Arthrographie zur Diagnose für die vorliegend zu beurteilenden Verletzungen (PASTA- und SLAP-Läsionen) handelt (UV-act. 166-174 S. 6 f.). Dies deckt sich mit den Angaben des Medizinisch Radiologischen Instituts, welches für die Verletzungen an der Rotatorenmanschette bzw. am Bicepsanker (SLAP-Läsion) und am Labrum glenoidale (PASTA-Läsion) eine MRI mit und ohne Kontrastmittel als knapp geeignet, jedoch eine Arthrographie als Mittel der Wahl bezeichnet (Skala: Methode der Wahl (+++), geeignet (++) , knapp geeignet (+) und nicht geeignet (-); vgl. <https://www.mri-roentgen.ch/de/angebot/magnetresonanztomographie-mri/mri-der-schulter/>; besucht am 18. Juni 2024).

Doktor H. _____ machte zutreffend darauf aufmerksam, dass PD Dr. F. _____ für seine Stellungnahme an Unterlagen – im Gegensatz zu ihm – wohl einzig die zu beurteilende MRT vom 8. Januar 2021 vorlag, nicht jedoch die zahlreichen übrigen medizinischen Akten, insbesondere etwa die Foto- und Filmdokumentation der Operation vom 5. Februar 2021 (UV-act. 166-174 S. 2 unten und S. 7 Mitte). In seiner Abhandlung nahm PD Dr. F. _____ denn auch keinen Bezug auf irgendwelche anderen medizinischen Berichte oder hat solche überhaupt erwähnt (UV-act. 111-114).

Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin interpretierte Dr. H._____ die MRT nicht tendenziös zum Vorteil der Beschwerdegegnerin (act. 1 S. 6), sondern er tat dies nach objektiven Massstäben. Als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates gehört die Interpretation und kritische Gewichtung der klinischen und technisch-apparativen diagnostischen Verfahren – also auch das «Lesen» und interpretieren von MRT-Bildern zu Dr. H._____s Kernkompetenzen (vgl. Weiterbildungsprogramm für Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung FMH; akkreditiert durch das Eidgenössische Departement des Innern am 31. August 2018, S. 5). Doktor H._____ legte anschaulich dar, dass diverse Anhaltspunkte für degenerative Prozesse in der MRT vom 8. Januar 2021 ersichtlich sind und, dass gewisse vorliegende Veränderungen nicht eindeutig für die Begründung einer traumatischen Genese herangezogen werden können. Unter Berücksichtigung der Dokumentation der Operation (Fotos und Film) zeigte er auf, dass aufgrund der leicht blutigen Imbibierung der perifokalen Synovia bzw. des Peritendineums ohne Einriss des leicht ausgefranst wirkenden Labrums von einer SLAP-I-Läsion und nicht einer SLAP-II-Läsion auszugehen ist und, dass die von PD Dr. F._____ gemachte Beurteilung anhand der MRT bezüglich der Knorpeloberfläche an Humerus und Glenoid (PASTA-Läsion) zwar zuzustimmen ist, jedoch der intraoperativ fotodokumentierte Schaden zentral am Humeruskopf eindeutig auf eine Veränderung degenerativer Natur hinweist (UV-act. 166-174 S. 7 unten). Doktor H._____ erklärte weiter plausibel, dass sich die von PD Dr. F._____ beschriebenen Alterationen am ossären Ansatzbereich der Supraspinatussehne zwar abgrenzen lassen, doch auch zusätzlich eine veränderte Textur des Sehngewebes bis weit medial feststellbar ist, womit von einer leichten Tendinose der Supraspinatussehnen auszugehen ist. Ferner erläuterte Dr. H._____ schlüssig, dass weitere tendinotische Veränderungen auch an der Infraspinatussehne bestehen, die schon von Dr. K._____ als «leichtgradige hyperintense Singalalterationen» festgestellt worden waren (E. 4.2), womit die von PD Dr. F._____ aufgestellte Behauptung, die Läsion beschränke sich aufs vordere Viertel der Sehnenplatte, nicht korrekt ist. Doktor H._____ führte nachvollziehbar aus, dass sich vom Befund einer leicht mit Flüssigkeit gefüllten Bursa, wie von PD Dr. F._____ beschrieben, nichts über eine allfällige traumatische Ursache der Problematik herleiten lässt, da es sich bei einer subakromialen/subdeltoidalen Bursitis in der überwiegenden Mehrheit der Fälle um eine chronisch-degenerative Veränderung handelt (UV-act. 166-174 S. 6 f.). Daneben legte er plausibel dar, dass der Einschätzung von PD Dr. F._____, dass das AC-Gelenk mittelgradige Arthrosezeichen ohne wesentliche Entzündung zeige, zuzustimmen ist, aber

auch diese ebenfalls chronisch-degenerativen Ursprungs sein können und auch die kleinzystischen Veränderungen an der dorsalen Zirkumferenz des Humeruskopfes am Ansatz der Infraspinatussehne – ohne, dass diese Krankheitswert hätten – auch typische Zeichen eines degenerativen Prozesses darstellen (S. 7 f.).

Dr. H._____ legte weiter einleuchtend dar, dass aus dem Vorliegen einer normalen Muskeltrophik – wie von PD Dr. F._____ aus der MRT vom 8. Januar 2021 interpretiert (keinerlei Atrophie- oder Dystrophiezeichen im Musculus supraspinatus; E. 4.8) – keine traumatisch bedingte Schädigung abgeleitet werden kann und eine solche bei der Art der vorliegenden Verletzung auch nicht zu erwarten war. Dies, weil eine wesentliche mechanische Voraussetzung für die Entwicklung einer relevanten trophischen Veränderung vorliegend fehlt, da eine solche vor allem bei transmuralen Sehnenläsionen vorkommt, weil damit die Kraftübertragung vom Muskel auf den Knochen unterbrochen wird, wodurch der Muskel funktionslos wird. Im Fall der Beschwerdeführerin ist diese Verbindung aber noch intakt (S. 7 f.). Im Übrigen vermag auch das von Dr. G._____ erwähnte Fehlen einer Muskelverfettung eine degenerative Entwicklung im Schulterbereich nicht zwangsläufig auszuschliessen (BGer 8C_645/2022 vom 16. Februar 2023 E. 4.2).

Schliesslich ist gerade, was die Interpretation der MRT-Diagnostik durch PD Dr. F._____ zur Beurteilung der Kausalitätsfrage angeht, darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Interpretation einer MRT lediglich um ein Beurteilungskriterium unter vielen anderen handelt. Daneben werden die Vorgeschichte, der Unfallhergang, der Primärbefund und der Verlauf berücksichtigt und in einem Gesamtbild medizinisch bewertet (BGer 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.3), wie dies Dr. H._____ – und bereits zuvor Dr. E._____ (E. 5.3) – nachvollziehbar tat(en). Dr. H._____ zeigte unter Berücksichtigung des Verletzungsmusters (bei der vorliegenden Unfallmechanik zu erwartende Verletzungen [keine Verletzung der Subkapsularsehne], diverse Hinweise auf degenerative Veränderungen [leicht ausgefranst wirkendes Labrum, Schaden zentral am Humeruskopf, tendinoistische Veränderungen an der Supra- und Infraspinatussehne, AC-Gelenk mit Arthrosezeichen, kleinzystische Veränderungen an der Zirkumferenz des Humeruskopfes]), Verlauf (keine Pseudoparalyse, rasch zunehmende Beweglichkeit) – wie bereits zuvor Dr. E._____ – überzeugend auf, dass nicht von unfallbedingten strukturellen Schäden auszugehen ist, sondern lediglich ein kurzzeitig aktivierter stummer Vorzustand vorlag, der geringe schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen nach sich zog, die sich innert kurzer Zeit besserten. Zusammenfassend entkräftete Dr. H._____ die einzig auf der Interpretation der MRT vom 8. Januar 2021 basierende Stellungnahme von

PD Dr. F. _____, worin sich dieser für eine traumatische Genese der bestehenden strukturellen Schäden aussprach, überzeugend.

5.5 Nach dem Gesagten ist auf die beweiskräftigen Aktenbeurteilungen von Dr. E. _____ und von Dr. H. _____ abzustellen. Der medizinische Sachverhalt ist damit erstellt und die von der Beschwerdeführerinnen 1 und 2 eventualiter beantragten weiteren medizinischen Abklärungen (act. 1 S. 2; S 2022 100 act. 1 S. 2) erübrigen sich. Weitere entscheidungswesentliche Erkenntnisse sind davon nicht zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d). Die Einholung der Stellungnahme bei PD Dr. F. _____ war – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin 1 (act. 1 S. 8 f.; vgl. E. 5.4) – nicht notwendig, womit dafür keine Kostenübernahme zu erfolgen hat (BGer 8C_305/2018 vom 23. Januar 2019 E. 6).

Mit dem im Sozialversicherungsrecht massgeblichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist somit davon auszugehen, dass allfällige auf den Unfall vom 28. Dezember 2020 zurückgehende Beschwerden spätestens am 25. Januar 2021 abgeheilt waren respektive der status quo sine vel ante erreicht war. Treten im Anschluss an einen Unfall – wie vorliegend – davor nicht bestandene Beschwerden auf und ist davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein zuvor stummer Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (BGer 8C_1029/2012 vom 22. Mai 2013 E. 3.2.2). Damit hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 25. Januar 2021 zu Recht eingestellt. Dies führt in Abweisung der Beschwerden der Beschwerdeführerinnen 1 und 2 vom 25. Juli 2022 respektive vom 23. August 2022 zur Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids.

6. Bei sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten über Leistungen ist das Verfahren kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG). Eine solche Kostenpflicht ist im Bereich der Unfallversicherung nicht vorgesehen, so dass das Verfahren für die Parteien kostenlos ist. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG ist weder der vollständig unterliegenden Beschwerdeführerin noch der obsiegenden Sozialversicherungsträgerin eine Parteientschädigung zuzusprechen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde von A. _____ vom 25. Juli 2022 gegen den Einspracheentscheid der Visana Versicherungen AG vom 22. Juni 2022 wird abgewiesen.
2. Die Beschwerde der B. _____ AG vom 23. August 2022 gegen den Einspracheentscheid der Visana Versicherungen AG vom 22. Juni 2022 wird abgewiesen.
3. Es werden keine Kosten erhoben.
4. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
6. Mitteilung an den Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin 1 (im Doppel), an die Beschwerdeführerin 2, an die Beschwerdegegnerin sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 15. Juli 2024

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am