

GR_GERICHTE S 2023 138 vom 12. Dezember 2024

GR Gerichte, 2024-12-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2023_138

FR: GR_GERICHTE S 2023 138 du 12 décembre 2024

IT: GR_GERICHTE S 2023 138 del 12 dicembre 2024

Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

A._____, Jahrgang 1957, war bei den C._____ angestellt und in dieser Eigenschaft gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Mit Schadensmeldung vom 17. März 2022 teilte sie der B._____ AG (nachfolgend: B._____) mit, dass sie am 27. Februar 2022 beim Skifahren auf einer vereisten Stelle ausgerutscht und auf die rechte Schulter gefallen sei. Die B._____ erbrachte vorläufig die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

E. 2

Wegen anhaltender Schulterbeschwerden konsultierte A._____ am 23. März 2022 erstmals ihre Hausärztin Dr. med. D._____, E._____. Diese befundete bei einer Schulterkontusion rechts infolge Skisturz einen schmerzhaften Schürzengriff und eine Abduktion bis 120°, pSMD (recte: pDMS [Anmerkung des Gerichts: periphere Durchblutung, Motorik, Sensibilität]) intakt; Innen- und Aussenrotation sowie Jobe Test bland und verordnete Physiotherapie.

E. 3

Anlässlich der Konsultation vom 19. August 2022 bei Dr. med. D._____ persistierten anterosuperiore Schulterschmerzen.

E. 3.1

Nach Art. 6 Abs. 1 UVG ist der Unfallversicherer, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten leistungspflichtig. Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Nach Art. 6 Abs. 2 UVG ist der Unfallversicherer auch bei bestimmten Körperschädigungen (Listen- verletzung gemäss lit. a-h) leistungspflichtig, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Der Zweck des Instituts der unfallähnlichen Körperverletzung besteht darin, die oft schwierige Abgrenzung zwischen Unfall und Krankheit zugunsten des Versicherten zu vermeiden (vgl. BGE 139 V 327 E.3.1, 123 V 43 E.2b), spielen doch bei Eintritt eines solchen Gesundheitsschadens praktisch immer krankheits- und/oder

degenerative (Teil-)Ursachen mit (vgl.

- 16 - BGE 146 V 51 E.8.4, 129 V 466 E.2.1 mit Hinweisen). Gemäss dem zu Art. 6 Abs. 2 UVG (in der seit 1. Januar 2017 geltenden, hier anwendbaren Fassung) ergangenen BGE 146 V 51 E.9.1 hat der Unfallversicherer nach Meldung einer Listenverletzung die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht (Urteile des Bundesgerichts 8C_62/2023 vom 16. August 2023 E.2.2, 8C_322/2021 vom 19. Oktober 2022 E.4.2).

E. 3.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst 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 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die

- 17 - blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 147 V 161 E.3.2, 142 V 435 E.1, 129 V 177 E.3.1). 3.3.1. Entsprechend dem Grundsatz, dass eine Leistungspflicht des Unfallversicherers bereits dann gegeben ist, wenn der Unfall nur eine Teilursache eines Gesundheitsschadens bildet, hat der Unfallversicherer dort, wo durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest wird, so lange Leistungen zu erbringen, bis der Gesundheitsschaden 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 (BGE 147 V 161 E.3.3 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_379/2023 vom 9. Januar 2024 E.2.2.3, 8C_179/2023 vom 20. Oktober 2023 E.4.1). Demnach hat der Unfallversicherer rechtsprechungsgemäss auch dort, wo durch den Unfall ein zuvor stumm gewesener degenerativer Vorzustand lediglich aktiviert, aber nicht verursacht worden ist, die Leistungen zu erbringen, bis der Status quo sine oder der Status quo ante erreicht ist, und zwar – in Anwendung der Regeln in Art. 36 UVG – auch dann, wenn die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der verschiedenen Teilursachen zum stark überwiegenden Teil dem Vorzustand zuzuschreiben ist. Nach der Rechtsprechung kann dies

zur Folge haben, dass der Unfallversicherer für eine Operation aufzukommen hat, die mutmasslich auch ohne den Unfall irgendwann notwendig geworden wäre, sofern die latente Operationsindikation durch den Unfall zu einer akuten Indikation geworden ist und der Unfall somit für den früheren Zeitpunkt der Notwendigkeit des Eingriffs verantwortlich ist (vgl.

- 18 - Urteil des Bundesgerichts 8C_423/2012 vom 26. Februar 2013 E.5.3; vgl. Urteile des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich UV.2023.00033 vom 13. November 2023 E.1.2.3 und UV.2021.00176 vom 4. April 2022 E.2.4). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für noch bestehende Beschwerden. 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 (vgl. BGE 146 V 51 E.5.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_734/2021 vom 8. Juli 2022 E.2.2.2, 8C_80/2021 vom 7. Juli 2021 E.2.2, 8C_224/2020 vom 13. Mai 2020 E.3.2). Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E.5.1 mit Hinweisen). Rechtssprechungsgemäss kommt dieser Beweisgrundsatz aber nur dann zum Zuge, wenn die Kausalität einmal gegeben war und anerkannt wurde. Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Versicherer bezieht sich auf das Unfallereignis und die dabei erlittenen Verletzungen wie auch die Tatsache, dass ein bestimmter Symptomkreis die Folge dieses Vorfalles darstellt. Der Wegfall der Kausalität kann sich 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 des Bundesgerichts 8C_363/2009 vom 20. August 2009 E.2.3.2; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 6/05 vom 27. April 2005 E.3.2). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie

- 19 - vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, ob diese also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (BGE 146 V 51 E.5.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_727/2022 vom 16. März 2023 E.3.2.4, 8C_80/2021 vom 7. Juli 2021 E.2.2 und 8C_68/2020 vom 11. März 2020 E.3.2). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus medizinischer Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so handelt es sich nach der Rechtsprechung um eine "richtunggebende Verschlimmerung". Solange der Status quo sine vel ante nicht erreicht ist, hat der Unfallversicherer damit gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteile des Bundesgerichts 8C_7/2022 vom 22. April 2022 E.5.1, 8C_781/2017 vom

E. 3.4

Der Unfallversicherer kann 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 Revision einstellen, etwa mit dem Argument, bei richtiger Betrachtungsweise liege kein versichertes Ereignis vor (BGE 130 V 380 E.2.3.1) oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und leistungsbegründendem Gesundheitsschaden habe gar nie bestanden oder sei dahingefallen. Eine solche Einstellung kann auch rückwirkend erfolgen, sofern der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordern will (nicht publ. E.3 von BGE 146 V 51; Urteile des Bundesgerichts 8C_62/2023 vom 16. August 2023 E.2.2 und 8C_474/2022 vom 29. März 2023 E.3.2, je mit Hinweisen).

- 21 -

E. 3.5

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 und Art. 61 lit. c ATSG) beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste erachtet (BGE 144 V 427 E.3.2, 138 V 218 E.6; Urteile des Bundesgerichts 8C_745/2020 vom 29. März 2021 E.1.3, 9C_439/2020 vom 18. August 2020 E.1.3). 3.6.1. Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. BGE 143 V 124 E.2.2.2 und 125 V 351

- 22 - E.3a; Urteile des Bundesgerichts 8C_879/2014 vom 26. März 2015 E.5.2 und 8C_419/2014 vom 23. September 2014 E.6.2). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 135 V 465 E.4.4, 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a; Urteile des Bundesgerichts 8C_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E.3.2, 8C_173/2021 vom 25. Oktober 2021 E.4.1, 8C_662/2020 vom 13. Januar 2021 E.3.2). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit 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 und 122 V 157 E.1c). Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E.3b mit zahlreichen Hinweisen). 3.6.2. Den Berichten (und Gutachten) versicherungsinterner Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E.3b/ee; statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_206/2024 vom 8. Oktober 2024 E.3.3). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungs- verhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der

- 23 - Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungs- recht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.4, 125 V 351 E.3b/ee, 122 V 157 E.1c). Beratende Ärztinnen und Ärzte eines Versicherungsträgers sind hinsichtlich der Beweiseignung ihrer ärztlichen Beurteilungen mit derjenigen von versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_143/2021 vom 7. Juni 2021 E.2.4). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxis- gemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger (Urteil des Bundesgerichts 8C_206/2024 vom 8. Oktober 2024 E.3.3). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 145 V 97 E.8.5, 142 V 58 E.5.1, 139 V 225 E.5.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_727/2022 vom 16. März 2023 E.3.2.1, 8C_355/2021 vom 25. November 2021 E.3.2, 8C_672/2020 vom 15. April 2021 E.2.3). 3.6.3. In Bezug auf behandelnde Ärztinnen und Ärzte, insbesondere Hausärzte, ist zu beachten, dass sie in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Da sie sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungs- ansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an

- 24 - ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E.3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (Urteile des Bundesgerichts 8C_819/2019 vom

E. 4

Gestützt auf die MR-Arthrographie der rechten Schulter vom 25. August 2022 beurteilte Dr. med. F._____, Facharzt Radiologie G._____, mit Bericht vom 30. August 2022 bei therapieresistenten Schmerzen einen transmuralen Riss der Supraspinatussehne mit etwa 11 mm Defektbreite im anterioren Abschnitt; zudem auch ausgeprägte Tendinopathie der

Bizepssehne bei deutlichen Signalstörungen; leichte Medialisierung der langen Bizepssehne, vereinbar mit einer Pulley-Läsion; Partialruptur der Subscapularissehne im cranialen Abschnitt.

- 3 -

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin anerkannte vorliegend ein Unfallereignis gemäss Art. 4 ATSG und erbrachte zumindest vorläufig die gesetzlichen Versicherungsleistungen (vgl. Vernehmlassung vom 21. Februar 2024

- 25 - [Gerichtsakte A2]). Mit Verfügung vom 28. Februar 2023 (Bg-act. A21) bzw. angefochtenem Einspracheentscheid vom 8. November 2023 (Bg-act. A28) stellte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 19. März 2022 mit Wirkung "ex nunc et pro futuro" in Ermangelung nachgewiesener primärer Unfallfolgen von Beginn weg ein. Eventualiter wären die Folgen der Kontusion bereits vor der ersten Arztkonsultation per 19. März 2022 abgeheilt und der Status quo sine erreicht gewesen. Zur Begründung ihres abschlägigen Einspracheentscheids stützte sie sich auf die Beurteilungen der beratenden Ärztin Dr. med. J._____ vom 22. Dezember 2022 (Bg-act. M8) und 13. Februar 2023 (Bg-act. M9). Letztere kam im Rahmen ihrer Beurteilungen zum Schluss, dass es durch den Sturz zu einer Prellung der rechten Schulter gekommen sei. Die beklagten Beschwerden/objektiven Befunde stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang zum gemeldeten Ereignis. Das Ereignis vom

E. 4.2

Die Beschwerdeführerin widerspricht den Einschätzungen von Dr. med. J._____. Sie geht davon aus, dass gemäss den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen davon ausgegangen werden müsse, dass der Unfall vom 27. Februar 2022 (zumindest) eine Teilursache für die von den behandelnden Ärzten festgestellten Befunde, für die von der Beschwerdeführerin als Folge des Unfalls erlittenen und anhaltenden Beschwerden sowie für die im November 2022 erforderliche Operation gewesen sei.

E. 4.3

Nachfolgend gilt es somit zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Beurteilungen der beratenden Ärztin Dr. med. J._____ abgestellt hat oder ob zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der ärztlichen

- 26 - Beurteilung bestehen. Den Aktenbeurteilungen von Dr. med. J._____ kommt der Beweiswert von versicherungsinternen Feststellungen zu. Falls auch nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen, sind demnach ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E.8.5 mit Hinweis). Unbestritten ist, dass an der beruflichen Kompetenz von Dr. med. J._____ als orthopädische Fachärztin keine Zweifel bestehen und eine reine Aktenbeurteilung im vorliegenden Fall ohne Weiteres zulässig ist. Es gilt jedoch zu prüfen, ob deren Einschätzungen für die Begründung der Leistungsablehnung genügen. 5. Zur Beurteilung der Unfallkausalität einer Rotatorenmanschettenläsion sind die einzelnen für oder gegen eine traumatische Genese sprechenden Aspekte aus medizinischer Sicht zu diskutieren und ein Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest überwiegend wahrscheinlich ist. Der Unfallmechanismus ist als einzelnes Indiz unter mehreren in die Gesamtwürdigung einzubeziehen (Urteile des Bundesgerichts 8C_401/2023 vom 19. Februar 2024 E.9.2.1, 8C_593/2021 vom 6. Januar 2022 E.5.2.3, 8C_167/2021 vom 16. Dezember 2021 E.4.1).

Weiter bildet das MRI ein wichtiges Mittel bei der Abklärung der Unfallkausalität einer Rotatorenmanschettenläsion (Urteil des Bundesgerichts 8C_401/2023 vom 19. Februar 2024 E.9.2.1). Die Akten enthalten zum relevanten Sachverhalt aus medizinischer Sicht im Wesentlichen die folgenden Angaben:

E. 5

In der konsiliarischen Beurteilung vom 29. September 2022 beurteilte Dr. med. H._____, Chefarzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, I._____, anhand der Anamnese, der klinischen Untersuchung und den vorliegenden Bildmaterialien, die von der Patientin beschriebenen rechtsseitigen anterosuperioren Schulterbeschwerden seien der klinisch imponierenden und MR-tomographisch dargestellten Rotatorenman- schettenintervallläsion unter Beteiligung der cranialen Subscapularis- sehne sowie der anterioren Supraspinatussehne mit konsekutiver Tendinopathie der Biceps longus-Sehne zuzuschreiben. Dabei handle es sich primär um eine mechanische Problematik bei rupturiertem medialen und lateralen Pulley-System und konsekutiver Reizung der langen Bizepssehne.

E. 5.1

Die Beschwerdeführerin war bereits am 6. Februar 2017 wegen eines Sturzes auf die rechte Schulter bei ihrer Hausärztin in Behandlung. Damals gab sie an, rund eine Woche zuvor ausgerutscht und auf die rechte Schulter und Hüfte gestürzt zu sein, wobei Schmerzen in der rechten Schulter resultierten, zeitweise habe sie den Arm nicht über die Schulter heben können. Dr. med. D._____ befundete keine Prellmarke, leichte Hochstellung Schulter rechts, Innen- und Aussenrotation bland;

- 27 - Jobe Test und Schürzengriff diskret schwächer; painful arc ab knapp 90°. Sie beurteilte ein Impingementsyndrom Schulter rechts mit Verdacht auf muskuläre Dysbalance LWS-Bereich (vgl. Verlaufseinträge Dr. med. D._____ vom 6. Februar 2017 [Bg-act. M4]). Nach zwei Physiotherapieverordnungen im 2017 (Februar und Mai) kam es zu keinen weiteren Behandlungen oder Konsultationen betreffend die rechte Schulter (vgl. E-Mail Dr. med. D._____ vom 4. Februar 2023 [Bg-act. A18]; Schreiben Beschwerdeführerin vom 20. Januar 2023 [Bg-act. A15]).

E. 5.2

Die Beschwerdeführerin rutschte am 27. Februar 2022 auf der Skipiste bei einer vereisten Stelle mit den Skis aus und fiel auf die rechte Seite bzw. den Bauch, wobei sie versuchte, den Sturz mit dem rechten Arm abzufangen. Dabei erlitt sie einen Schlag auf die rechte Seite (vgl. Unfallmeldung UVG vom 17. März 2022 [Bg-act. A1]; Bericht Dr. med. H._____ vom 29. September 2022 [Bg-act. M3]), Verlaufseinträge Dr. med. D._____ [Bg-act. M5]).

E. 5.3

Der Befund über die Erstkonsultation am 23. März 2022 von Hausärztin Dr. med. D._____ lautete bei anterosuperioren Schulterschmerzen rechts, "Schürzengriff schmerzhaft und Abduktion bis 120°. pSMD (recte: pDMS [Anmerkung des Gerichts: periphere Durchblutung, Motorik, Sensibilität]) intakt. Innen- und Aussenrotation sowie Jobe Test bland." Dr. med. D._____ beurteilte eine Kontusion der rechten Schulter bei Skisturz und verordnete Physiotherapie (Bg-act. M5).

E. 5.4

Am 19. August 2022 hielt Dr. med. D._____ bei persistierenden anterosuperioren Schulterschmerzen fest, "Schulter rechts Tiefstand, Schulterblatt stabil, Druckdolenz über Proc. Coracoideus. Bizeps Test, Jobe Test und Schürzengriff schmerzhaft, painful arc ab 110° positiv." (Bg- act. M5).

- 28 -

E. 5.5

Gestützt auf die MRI-Arthrographie vom 25. August 2022 befundete Dr. med F._____ am 30. August 2022, "Leichtes laterales downsloping des Acromions, prädestinierend für ein Impingement-Problem. Am Vorderrand der Supraspinatusmuskulatur sieht man einen etwa 11 mm breiten transmuralen Defekt der Supraspinatussehne. Die lange Bizeps- sehne liegt distal regelrecht im Sulcus intertubercularis. Sie ist vor allem am intraartikulären Übertritt erheblich signalalteriert und verdickt dargestellt und etwas nach medial verlagert. Die Subscapularissehne ist im kranialen Abschnitt eingerissen. Die Infraspinatussehne ist etwas signalalteriert und verdickt dargestellt. Intakte Teres-minor-Sehne. Keine Labrumläsion." Dr. med. F._____ beurteilte einen transmuralen Riss der Supraspinatussehne mit etwa 11 mm Defektbreite im anterioren Abschnitt. Zudem auch ausgeprägte Tendinopathie der Bizepssehne bei deutlichen Signalstörungen; leichte Medialisierung der langen Bizepssehne, vereinbar mit einer Pulley-Läsion; Partialruptur der Subscapularissehne im cranialen Abschnitt (Bg-act. M1).

E. 5.6

Mit konsiliarischem Bericht vom 29. September 2022 hielt Dr. med. H._____ anamnestisch fest, die 65-jährige aktive Pensionärin berichte über einen Sturz beim Skifahren am 28. (recte: 27.) Februar 2022. Sie habe versucht, den Sturz mit dem rechten Arm abzufangen. Schulterkontusion/-distorsion rechts. Sofortiges Reissgefühl. Unter der physiotherapeutischen Beübung Persistenz bzw. gar teils zunehmende Beschwerden. Ein längerer Aufenthalt in Malta mit verminderter Belastung der rechten Schulter habe zu regredienten Beschwerden geführt, wobei eine Beschwerdefreiheit nie habe etabliert werden können. Seit dem Skisturz persistiere eine bewegungs- und positionsabhängige Schmerzproblematik, je nach vorgängiger Belastung auch Ruhe- und Nachtschmerzen. Subjektiv werde eine diskrete Abnahme der Beweglichkeit geschildert bei noch gut erhaltener Funktion. Dr. med.

- 29 - H._____ befundete ein symmetrisches Schulterrelief ohne Anhaltspunkte für Atrophien, linksseitige Dymelie des Armes ab Ellbogen. An der rechten Schulter reizlose Hautverhältnisse, keine Druckdolenz im Bereiche des AC-Gelenkes, druckdolenter Sulcus intertubercularis. Annähernd freie glenohumerale und thorakoscapuläre Beweglichkeit, endphasig minim eingeschränkt. Problemlose Kombinationsbewegungen mit Nackengriff und Schürzengriff. Die einzelnen Komponenten der Rotatorenmanschette zeigten eine diskrete Schwäche für den 0°- Abduktionstest sowie für den Jobe-Test; der Lift-off-Test war gut möglich, deutlich pathologische Bizepssehnenzeichen; DMS intakt. Aufgrund der Anamnese, klinischen Untersuchung und den Bildmaterialien beurteilte Dr. med. H._____, die beschriebenen rechtsseitigen anterosuperioren Schulterbeschwerden seien der klinisch imponierenden und MR- tomographisch dargestellten Rotatorenmanschettenintervallläsion unter Beteiligung der cranialen Subscapularissehne sowie der anterioren Supraspinatussehne mit konsekutiver Tendinopathie der Biceps longus- Sehne zuzuschreiben. Er hielt fest, dass es sich hierbei primär um eine mechanische

Problematik bei rupturiertem medialen und lateralen Pulley- System und konsekutiver Reizung der langen Bizepssehne handle (Bg- act. M3). In Anbetracht der persistierenden Beschwerden in den vergangenen neun Monaten unter symptomatisch-konservativer Therapie einerseits sowie der Tatsache der fehlenden oberen Extremität auf der Gegenseite empfahl er eine Schulterarthroskopie rechts mit Tenotomie und Tenodese der langen Bizepssehne sowie Rekonstruktion der Supraspinatussehne, allenfalls auch der cranialen Subscapularissehne.

E. 5.7

Am 16. November 2022 führte Dr. med. H._____ eine Schulter- arthroskopie rechts mit Tenotomie/Tenodese der langen Bicepssehne, Rekonstruktion der Supraspinatussehne in Doppelreihentechnik und subacromiale Dekompression durch. Intraartikulär befundete Dr. med.

- 30 - H._____, "[...]. Der Bizepsanker zeigt sich leicht degenerativ verändert. Das Ligamentum glenohumerale medius ist unauffällig. Das Ligamentum glenohumerale superius ist partiell rupturiert. Die Biceps longus-Sehne ist in Kontinuität und verläuft orthotop, im Bereiche des medialen und lateralen Pulleys entzündlich imbibiert und delaminiert. Die mediale und laterale Begrenzung des Pulleys sind partiell rupturiert. Die Subscapularissehne zeigt lediglich ganz anterior eine ganz diskrete Alteration, ein substantieller Defekt besteht nicht. Die Supraspinatussehne zeigt eine ausgedehnte transmurale, ganz posterior gelenksseitige Läsion. Die Infraspinatussehne inseriert unauffällig. [...]" Subacromial befundete Dr. med. H._____, der Subacromialraum sei eher eng. Teils vernarbtes, teils entzündliches Bursagewebe. Das AC-Gelenk werde bei Asymptomatik nicht freigelegt (vgl. Operationsbericht Dr. med. H._____ vom 16. November 2022 [Bg-act. M6]). Diagnostisch hielt Dr. med. H._____ anterosuperiore Schulterschmerzen rechts mit/bei: – subtotale transmurale Supraspinatussehnenläsion, – craniale Alteration der Subscapularissehne (Fox u. Romeo Typ I), – konsekutive Tendinopathie der Biceps longus-Sehne bei medialer und lateraler Pulley-Läsion, – St.n. Skisturz mit Schultertraumatisierung am 28. (recte: 27.) Februar 2022, fest.

E. 5.8

Die beratende Ärztin Dr. med. J._____ beschrieb in ihrer Aktenbeurteilung vom 22. Dezember 2022 eine Prellung der rechten Schulter infolge des Sturzes beim Skifahren, bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen bei Impingement-Konstellation. Sie hielt fest, die Gesundheit der versicherten Person sei bereits vor dem Ereignis beeinträchtigt gewesen. So sei bereits im Jahr 2017 die Diagnose Impingement rechte Schulter gestellt worden. Auch im MRI sei eine Impingement-Konstellation beschrieben bei degenerativen Veränderungen der Bizepssehne. Das

- 31 - Ereignis vom 27. Februar 2022 habe demnach nur zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt und der Status quo sine sei drei Wochen nach dem Sturz erreicht gewesen Dr. med. J._____ stellte die Diagnosen ICD-10: S40.0 (Prellung der Schulter und des Oberarmes) und M75.4 (Impingement-Syndrom der Schulter) (vgl. Bg-act. M8; Aktenbeurteilung vom 13. Februar 2023 [Bg-act. M9]).

E. 5.9

Am 2. Januar 2023 berichtete Dr. med. H._____, sechs Wochen postoperativ zeige sich insgesamt ein sehr erfreulicher Verlauf. Die Mobilisation solle nach Massgabe der

Beschwerdefreiheit erfolgen und die Physiotherapie weitergeführt werden (Bg-act. M7).

E. 5.10

Am 13. Februar 2023 hielt Dr. med. J._____ an ihrer Beurteilung vom 22. Dezember 2022 fest (Bg-act. M9).

E. 5.11

In einem weiteren Verlaufsbericht vom 15. Februar 2023 hielt Dr. med. H._____ fest, an der Schulter rechts bestünden keine Druckdolenzen. Die aktive Beweglichkeit zeige eine annähernd freie glenohumerale und thorakoscapuläre Beweglichkeit. Die Flexion und Abduktion seien endphasig noch um ca. 10° eingeschränkt. Der Nacken- und Schürzengriff sei problemlos möglich. Die einzelnen Komponenten der Rotatoren- manschette seien klinisch intakt und kräftig. Er beurteilte den Verlauf drei Monate postoperativ als sehr erfreulich und empfahl weiterhin die Mobilisation nach Massgabe der Beschwerdefreiheit sowie den Abschluss der Physiotherapie in den kommenden Wochen (Bf-act. 1).

E. 6

Am 16. November 2022 führte Dr. med. H._____ eine Schulter- arthroskopie rechts mit Tenotomie/Tenodese der langen Bicepssehne, Rekonstruktion der Supraspinatussehne in Doppelreihentechnik und subacromialer Dekompression durch.

E. 6.1

Vorliegend kann von einem stattgehabten Kontusionsereignis am

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin bestreitet die Auffassung der beratenden Ärztin Dr. med. J._____, dass das Unfallereignis lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung bei der Beschwerdeführerin geführt habe und der Status quo sine vel ante spätestens drei Wochen nach dem Unfall eingetreten sei. Sie erachtet den Skisturz als zumindest teilursächlich für die ärztlich festgestellten Befunde sowie für die als Folge des Unfalls erlittenen und anhaltenden Beschwerden, welche eine Operation erforderlich gemacht hätten.

- 33 - 6.3.1. Somit ist zunächst auf den von der Beschwerdegegnerin festgehaltenen Vorzustand einzugehen. Die Hausärztin Dr. med. D._____ beurteilte im Februar 2017 ein Impingementsyndrom Schulter rechts mit Verdacht auf muskuläre Dysbalance LWS-Bereich (Bg-act. M4). Mit E-Mail vom 4. Februar 2023 bestätigte sie, dass im Februar und Mai 2017 jeweils Physiotherapie verordnet worden und es anschliessend zu keinen weiteren Behandlungen oder Konsultationen betreffend die rechte Schulter gekommen sei (Bg-act. A18). 6.3.2. Die behandelnden Ärzte Dr. med. D._____ und Dr. med. H._____ führten nach dem Skisturz vom 27. Februar 2022 jeweils den Supraspinatus-Test nach Jobe, kurz Jobe-Test, durch, womit im Rahmen der klinischen Untersuchung des Schultergelenks ein Impingement-Syndrom, besonders eine Mitbeteiligung des Musculus supraspinatus und der Supraspinatus- Sehne bestätigt oder ausgeschlossen werden kann (vgl. https://flexikon.doccheck.com/de/Supraspinatus-Test_nach_Jobe). Dr. med. D._____ als auch Dr. med. H._____ hielten einen positiven Jobe- Test fest (vgl. Verlaufseinträge Dr. med. D._____ vom 19. August 2022 [Bg-act. M5], Bericht Dr. med. H._____ vom 29. September 2022 [Bg-ct. M3]). Der bei der Erstuntersuchung von Dr. med. D._____ durchgeführte Jobe-Test war "bland", d.h. nicht auffällig. Erst derjenige Test vom 19.

August 2022 verlief schmerzhaft und dann derjenige bei Dr. med. H._____. Dies lässt sich mit der Persistenz bzw. Zunahme der Beschwerden in den Monaten nach dem Unfallereignis erklären. Zudem beschrieben die beiden Ärzte mit dem festgestellten "painful arc" das Leitsymptom des Schulterimpingements resp. Schulterschmerzen, die bei Abduktion zwischen 60° und 120° auftreten. Damit lagen klinische Hinweise für das Bestehen eines Impingement-Syndroms bei der Beschwerdeführerin vor (vgl. https://flexikon.doccheck.com/-_de/Schulterimpingement). Auch bildgebend wurden in der MR-Arthro-

- 34 - graphie vom 25. August 2022 Hinweise auf ein Impingement-Problem festgehalten (vgl. Bericht Dr. med. F._____ vom 30. August 2022 [Bg-act. M2]). 6.3.3. Hingegen äusserte sich Dr. med. H._____ nicht explizit zu einem seit 2017 allfällig bestehenden Vorzustand im Sinne eines Impingementsyndroms an der rechten Schulter, wie dies aus der Beurteilung von Dr. med. D._____ am 6. Februar 2017 hervorgeht (vgl. Verlaufseinträge Dr. med. D._____ [Bg-act. M4]). Da es diesbezüglich an einer bildgebenden Dokumentation mangelt, ist hierbei lediglich von einem klinischen Hinweis für ein vorhandenes Impingement-Syndrom durch die behandelnde Hausärztin auszugehen und nicht von einem objektivierbaren Ergebnis (vgl. BGE 138 V 248 E.5.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_391/2022 vom 10. Januar 2023 E.3.2.2, 8C_698/2021 vom 3. August 2022 E.4.2 und 8C_493/2021 vom 4. März 2022 E.3.3.2). Damit ist der Beweis des "stummen" Vorzustands in Form des Vorliegens eines Impingement- Syndroms gestützt auf den Vorfall vom 6. Februar 2017 bereits vor dem Unfallereignis vom 27. Februar 2022 nicht mit rechtsgenügender überwiegender Wahrscheinlichkeit erbracht. 6.3.4. Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass die geklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang mit dem gemeldeten Ereignis stünden, da sie ohne Skiunfall auch keine Schulterprobleme gehabt hätte, und die Arzttermine und die Operation nicht notwendig gewesen wären. Damit verfällt sie aber der beweisrechtlich unzulässigen Argumentation nach der Formel "post hoc ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung bereits dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Diese Argumentation ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 142 V 325 E.2.3.2.2, 119 V 335 E.2b/bb; Urteil des Bundesgerichts

- 35 - 8C_244/2023 vom 19. Oktober 2023 E.5.1 mit Hinweisen). Denn aus dem Umstand, dass ein allfällig stummer, unfallfremder Vorzustand erst nach einem Unfallereignis symptomatisch wird, lässt sich nicht auf einen unfallbedingten, anspruchsbegründenden Kausalzusammenhang schliessen (Urteil des Bundesgerichts 8C_241/2020 vom 29. Mai 2020 E.3 und E.6.1). 6.4.1. Weiter äusserte sich keiner der behandelnden Ärzte explizit dazu, ob die persistierenden anterosuperioren Schulterbeschwerden zumindest teilweise traumatisch und damit kausal zum Skisturz vom 27. Februar 2022 waren oder vielmehr nur degenerativ bedingt waren. Aus den ärztlichen Unterlagen ergibt sich aber, dass die behandelnden Ärzte von (zumindest teilweise) unfallursächlichen Beschwerden/Befunden nach dem Skisturz vom 27. Februar 2022 ausgingen. So hielt Dr. med. H._____ am 29. September 2022 anamnestisch eine Schulterkontusion/-distorsion rechts und ein sofortiges Reissgefühl fest und führte aus, es persistiere seit dem Skisturz eine bewegungs- und positionsabhängige Schmerz- problematik, je nachdem auch Ruhe- und Nachtschmerzen. Zudem beurteilte er u.a. gestützt auf diese Anamnese eine Rotatorenmanschettenintervallläsion unter Beteiligung der cranialen Subscapularis- sehne sowie der

anterioren Supraspinatussehne mit konsekutiver Tendinopathie der Biceps longus-Sehne (vgl. Bericht Dr. med. H._____ vom 29. September 2022 [Bg-act. M3]). Auch im Operationsbericht hielt Dr. med. H._____ an der bisherigen Diagnose Status nach Skisturz mit Schultertraumatisierung fest. Als Indikation zur Operation führte er den Sturz beim Skifahren vom 28. (recte: 27.) Februar 2022 an (Bg-act. M6). Es gilt diesbezüglich aber anzumerken, dass – soweit in den Arztberichten ein "St.n. Skisturz" festgehalten wird – rechtsprechungsgemäss zu beachten ist, dass diese Anmerkungen nur eine anamnestische Feststellung betreffen und als solche keiner hinreichenden Aussage zur

- 36 - Kausalität entsprechen (Urteil des Bundesgerichts 8C_102/2008 vom 26. September 2008 E.6.3 mit Hinweis). 6.4.2. Vorliegend sind keine klinischen Befunde unmittelbar nach dem Ereignis vom 27. Februar 2022 dokumentiert, erst knapp vier Wochen nach dem Ereignis erfolgte die Erstkonsultation bei Hausärztin Dr. med. D._____, die eine Kontusion der rechten Schulter festhielt. Die Beschwerdegegnerin bringt dazu vor, dass damit der Nachweis einer unfallkausalen Primärschädigung bzw. einer Prellungsverletzung fehle. Dem kann entgegengehalten werden, dass nachvollzogen werden kann, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Sturz im Jahr 2017 zunächst abgewartet hatte, ob die Schmerzen allenfalls nachliessen, bevor sie sich ärztlich behandeln oder erneut Physiotherapie verschreiben liess. Aufgrund der persistierenden Beschwerden konsultierte die Beschwerdeführerin anschliessend doch noch ihre Hausärztin. Diese hielt eine Einschränkung der Schulterfunktion ("Schürzengriff schmerzhaft und Abduktion bis 120°" [Bg-act. M4]) fest. Zudem schilderte die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. med. H._____ am 29. September 2022, dass sie versucht habe, den Sturz mit dem rechten Arm abzufangen, auf die Schulter gefallen sei und ein sofortiges Reissgefühl verspürt habe (vgl. Bg-act. M3). Schliesslich machte die Beschwerdeführerin eine sofortige Funktionseinbusse ("Schürzengriff und Armheben über Schulterhöhe machen Probleme" [Bg-act. M4]) als auch persistierende Beschwerden in Form von bewegungs- und positionsabhängiger Schmerzproblematik, je nachdem auch Ruhe- und Nachtschmerzen, geltend (vgl. Bericht Dr. med. F._____ vom 30. August 2022 [Bg-act. M2]); Bericht Dr. med. H._____ vom 29. September 2022 [Bg-act. M3]). 6.4.3. Aus dem Einwand der Beschwerdegegnerin, dass während vier Wochen weder eine Behandlungsbedürftigkeit noch eine Arbeitsunfähigkeit

- 37 - bestanden hätten, vermag sie nichts zu ihren Gunsten abzuleiten, wurde die Beschwerdeführerin doch per 1. März 2022 pensioniert, so dass sich eine Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit erübrigte (vgl. Beschwerde vom 11. Dezember 2023 [Gerichtsakte A1 S. 11]). Ausserdem ist – wie zuvor ausgeführt – nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin nach den im Jahr 2017 gemachten Erfahrungen allenfalls davon ausging, dass die Beschwerden wieder von alleine zurückgehen würden und deshalb zugewartet hat. Zudem ergibt sich aus der Publikation von Dr. med. LÄDERMANN et al. mit Verweis auf LOEW, dass nach einem Trauma, das zu einer Rotatorenmanschettenläsion geführt hat, initial ein sehr heftiger Schmerz bestehe, der nach drei Tagen tolerabel werde, weshalb Patienten initial oftmals keinen Arzt konsultierten (vgl. Swiss Medical Forum 2019, abrufbar unter: <https://smf.swisshealthweb.ch/de/article/doi/smf.2019.03247/>). Auch unter diesem Aspekt ist das Verhalten der Beschwerdeführerin nachvollziehbar. 6.5.1. Die Beschwerdegegnerin bringt weiter vor, der Unfallhergang sei für eine unfallkausale Verursachung der Rotatorenmanschettenläsion nicht geeignet. Gemäss Publikation von SCHÖNBERGER/MERTENS/VALENTIN setze eine Rotatorenmanschettenläsion

voraus, dass das Schultergelenk unter Einsatz der Rotatorenmanschette unmittelbar vor der Einwirkung muskulär fixiert gewesen sein und eine plötzliche passive Bewegung hinzukommen müsse, die überfallartig eine Zugbelastung der Sehnen der Rotatorenmanschette bewirke. Ein ungeeigneter Hergang sei die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag), da die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und Delta-Muskel gut abgeschirmt sei (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_446/2019 vom 22. Oktober 2019 E.5.2.3). 6.5.2. Die Autoren LÄDERMANN/JOST/WEISHAUPT/ELSIG/ZUMSTEIN führen in der Publikation "Degenerative oder traumatische Läsionen der

- 38 - Rotatorenmanschette" hingegen an, dass nur fünf Studien den zur Verletzung führenden Mechanismus einer traumatischen Läsion der Rotatorenmanschetten beschrieben. Am Häufigsten handle es sich um einen Sturz auf den ausgestreckten Arm. Andere Einflüsse bestünden in einer Krafteinwirkung bei aussenrotiertem Arm gegen Widerstand, starkem Zug beim Festhalten, Heben von schweren Gewichten oder einer Schulterluxation. Die Schweizer Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie von Swiss Orthopaedics geht davon aus, dass bei einem Direkttrauma der Schulter ohne explizit ausgestrecktem Arm ebenfalls eine Läsion der Rotatorenmanschette entstehen könne. LÄDERMANN et al. führen an, die einzigen eindeutigen Anzeichen für eine traumatische Läsion der Rotatorenmanschette seien Frakturen resp. Anzeichen, die auf eine glenohumerale Luxation oder eine AC- Gelenksprengung hinwiesen. Weiter seien Flüssigkeit oder ein Hämatom in der Bursa subacromialis/subdeltoidea bei einem akuten Riss häufiger vorhanden als bei einer chronischen Läsion und im Allgemeinen mit einem Sehnenriss und nicht mit einer Läsion des Knochen-Sehnenübergangs vergesellschaftet. Eine anteriore oder posteriore Ausdehnung einer Sehnenläsion bei einem zuvor asymptomatischen Patienten lasse ein Trauma vermuten. Perioperativ würden die folgenden Kriterien für eine traumatische Genese sprechen: das Hämarthros, ein auf dem Tuberculum majus verbliebener Sehnenstumpf, ein blutiger und ausgefranster Rand der Sehne und eine Lokalisation der Läsion im Bereich der Sehne des Musculus subscapularis (vgl. Swiss Medical Forum 2019, abrufbar unter:

<https://smf.swisshealthweb.ch/de/article/doi/smf.2019.03247/>). 6.5.3. Die Autoren NAGGAR/CIKES/LÄDERMANN halten weiter fest, die Annahme, dass die grosse Mehrheit der Rotatorenmanschettenläsionen degenerativen Ursprungs seien, sei falsch. Tatsächlich liege die Prävalenz traumatischer Läsionen zwischen 46 und 62 %. Ein bei einem Unfall

- 39 - wahrgenommenes reissendes Geräusch könne ein Zeichen für eine Sehnen- oder Bänderruptur, eine Labrum- oder Bizeps-Pulley-Läsion oder eine Fraktur sein. Werde kein Geräusch wahrgenommen, weise dies aber nicht darauf hin, dass die Läsion nicht traumatisch sei. Traumatische Läsionen könnten insbesondere nach einem Sturz auftreten, etwa bei einem Sturz aus dem Stand mit direktem Aufprall auf die Schulter, einem indirekten Aufprall bei einem Sturz auf die Hand oder den Ellbogen oder einem starken Zug am Arm. Die Autoren weisen auch darauf hin, dass diese Läsionsmechanismen bei den Versicherungsmedizinern umstritten seien, da diese der Auffassung seien, dass der Deltoideus und das Akromion die Rotatorenmanschette schütze. NAGGAR/CIKES/LÄDERMANN sehen es aber als biomechanisch erklärbar und wissenschaftlich erwiesen an, dass die angeführten Läsionsmechanismen adäquate Verletzungshergänge seien, um eine traumatische Rotatoren- manschettenruptur

auszulösen. Sie halten wie die vorhergehenden Autoren u.a. ein Hämatom in der Bursa als Zeichen einer traumatischen Läsion. Betreffend Lokalisation halten sie fest, asymptomatische Rotatorenmanschettenläsionen seien praktisch immer auf den Supraspinatus beschränkt. Läsionen des posterioren Anteils der Supraspinatussehne seien eher degenerativ, während anteriore und anterosuperiore Läsionen der Manschette (Subscapularis +/- anteriorer Bereich des Supraspinatus) in bis zu 92 % der Fälle traumatisch seien, wobei in 77 % der Fälle eine Bizeps-Pulley-Läsion zu beobachten sei (vgl. NAGGAR/-CIKES/LÄDERMANN, Traumatische versus degenerative Rotatorenmanschettenruptur, Swiss Medial Forum 2023; abrufbar unter: <https://smf.swisshealthweb.ch/de/article/doi/smf.2023.-09192/>). 6.5.4. Diesbezüglich ist weiter festzuhalten, dass aus der bundesgerichtlichen Rechtsprechung keine allgemeingültige Betrachtungsweise etabliert werden kann. Zwar bezog sich das Bundesgericht im Urteil 8C_446/2019

- 40 - vom 22. Oktober 2019 E.5.2.3 auf die Publikation von SCHÖNBERGER/MEHRTENS/VALENTIN, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte, 8. Aufl., S. 412, wonach ein ungeeigneter Hergang für eine Rotatorenmanschettenbeschädigung die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) sei, da die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und Delta- Muskel gut abgeschirmt sei. Im Urteil 8C_62/2023 vom 16. August 2023 E.5.2.1 hob das Bundesgericht aber hervor, dass eine Einzelfallbeurteilung unabdingbar sei. Unter Verweis auf die medizinische Literatur (Stellungnahme von swiss ortho-paedics vom 1. Oktober 2020 zum Urteil des Bundesgerichts 8C_446/2019, "Der Schultertrauma-Check, Ursachen von isolierten Schädigungen der Rotatorenmanschette und deren [versicherungs-] medizinische Beurteilung, in: Medinfo/Infoméd Nr. 2021/1; abrufbar unter <https://www.swissorthopaedics.ch/de/fachwelt/kommissionen-und-expertengruppen/empfehlungen-und-publikationen>), hatte das Bundesgericht mit Urteil 8C_672/2020 vom 15. April 2021 E.4.5 erwogen, die Haltung von swiss orthopaedics betreffend die Frage, ob auch ein Sturz mit direktem Schulteranprall geeignet sei, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen, sowie in Bezug auf den Einfluss des Alters, sei nicht unumstritten. Es sei nicht Aufgabe des Bundesgerichts, den Expertenstreit hinsichtlich des Nachweises der Unfallkausalität von Rotatorenmanschettenrupturen zu entscheiden (Urteil des Bundesgerichts 8C_62/2023 vom 16. August 2023 E.5.1-5.2.2). Im Urteil 8C_43/2022 vom 24. Mai 2022 E.5.1 hielt das Bundesgericht wiederum fest, für eine traumatisch verursachte Rotatorenmanschettenläsion sei eine sofortige erhebliche Funktionseinbusse typisch (unter Verweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_253/2021 vom 2. Juli 2021 E.5.3, wo eine sofortige Pseudoparalyse nebst der akromohumeralen Distanz als einziges typisches Merkmal genannt wird).

- 41 - 7. Nach dem Gesagten sind Läsionen der Rotatorenmanschette degenerativ bedingt, können aber auch (teilweise) durch ein Trauma bedingt oder verschlimmert worden sein. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind zur Beurteilung der Kausalitätsfrage die Vorgeschichte, der Unfallhergang, der Primärbefund, der Verlauf und die Interpretation der Bildgebung zu berücksichtigen und in einem Gesamtbild medizinisch zu bewerten (Urteile des Bundesgerichts 8C_258/2023 vom 6. Oktober 2023 E.4.4.1, 8C_672/2020 vom 15.

April 2021 E.4.1.3, 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E.5.3). Für die Einstellung der Leistungen bei Erreichen des Status quo sine gelten dieselben Anforderungen.

E. 7

Mit Aktenbeurteilung UVG vom 22. Dezember 2022 hielt die beratende Ärztin, Dr. med. J._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, die beklagten Beschwerden/objektiven Befunde stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (> 50 %) in natürlichem Kausalzusammenhang zum gemeldeten Ereignis. Durch den Sturz sei es zu einer Prellung der rechten Schulter bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen mit Impingement-Konstellation gekommen. Die Gesundheit der versicherten Person sei bereits vor dem Ereignis beeinträchtigt gewesen; bereits 2017 sei die Diagnose Impingement rechte Schulter gestellt worden. Im MRT werde eine Impingement-Konstellation beschrieben bei degenerativen Veränderungen der Bizepssehne. Die Indikation zur Operation habe sich zwecks subacromialer Dekompression, Tenotomie und Tenodese der

- 4 - langen Bizepssehne und zur Rekonstruktion der Rotatorenmanschette bei Teilrupturen ergeben. Das Ereignis habe nur zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt, der Status quo sine sei drei Wochen nach dem Sturz erreicht worden.

E. 7.1

Bildgebend zeigte sich am 25. August 2022 ein leicht laterales downsloping des Acromions, prädestinierend für ein Impingement- Problem (vgl. Bericht Dr. med. F.____ vom 25. August 2022 [Bg-act. M2]). Beim Schulterimpingement handelt es sich um ein Engpasssyndrom, das u.a. durch Einklemmung der Rotatorenmanschettensehnen unter dem Akromion hervorgerufen wird. Es führt bei Elevation und Innenrotation des Humerus zu starken Schulterschmerzen resp. zu einem subakromialen Impingement (vgl. <https://flexikon.doccheck.com/de/Schulter-impingement>). Ursächlich für ein Schulterimpingement sind beispielsweise Verschleisserscheinungen des Schultergelenks und der Schultersehnen (v.a. der Supraspinatussehne) sowie Verletzungen oder eine Schleimbeutelentzündung (vgl. <https://gelenk-klinik.de/orthopaedie-glossar/impingement-syndrom.html>; vgl. auch Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, Berlin/Boston 2020, S. 819). Dr. med. H.____ befand im Operationsbericht vom 16. November 2022 einen eher engen Subacromialraum; teils vernarbtes, teils entzündetes Bursagewebe (vgl. Operationsbericht vom 16. November 2022 [M6]).

E. 7.2

Dr. med. H.____ beurteilte am 29. September 2022 anhand der klinischen Untersuchung und dem Bildmaterial eine Rotatoren-

- 42 - manschettenintervallläsion unter Beteiligung der cranialen Subscapularis- sehne und der anterioren Supraspinatussehne (Bg-act. M3). Läsionen des Rotatorenintervalls schließen häufig eine Läsion der Subscapularis- oder Supraspinatussehne ein und gehen oft mit einer Pulley-Läsion einher. Letztere hat eine Tendinopathie und eine Dislokation der langen Bizepssehne zur Folge. Die häufigste Ursache einer Rotatoren- manschettenruptur sind chronisch-degenerative Veränderungen ohne vorheriges Trauma. In diesen Fällen sind die Sehnenstümpfe degeneriert und der Muskel zeigt gegebenenfalls eine Volumenatrophie oder eine fettige Degeneration (vgl. <https://flexikon.doccheck.com/de/Rotatoren-manschettenruptur>). Die Erkrankung beruht v.a. auf degenerativen Veränderungen oder

vermehrtem Verschleiss bei subakromialer Enge. Gelegentlich ist sie traumatisch bedingt (z.B. bei Schultergelenkluxation im höheren Lebensalter; vgl. Psyhyrembel, a.a.O., S. 1542). 7.3.1. Dr. med. H._____ befundete sodann operativ eine ausgedehnte transmurale, ganz posterior gelenkseitige Läsion der Supraspinatussehne (vgl. Operationsbericht vom 16. November 2022 [Bg-act. M6]). Die Degeneration der Sehne über viele Jahre kann einen Riss (Ruptur) der Supraspinatussehne auslösen. Eine gesunde Sehne reisst selten bei einem Unfall oder Stoß. Bei einer vorgeschädigten Supraspinatussehne genügt hingegen bereits ein plötzliches Abstützen mit den Händen, etwa bei einem Sturz. Die Wahrscheinlichkeit für einen Riss oder Teilriss der Supraspinatussehne steigt mit dem Alter (vgl. <https://gelenk-klinik.de/schulter/rotatorenmanschette/ruptur-der-supraspinatussehne.-html>). Die Subscapularissehne zeigte lediglich ganz anterior eine ganz diskrete Alteration, ein substantieller Defekt bestand nicht (vgl. Operationsbericht vom 16. November 2022 [Bg-act. M6]). Patienten mit frischer Verletzung der Subscapularissehne berichten häufig über ein "reißendes Geräusch" beim Unfallereignis. Die Schulter schmerzt stark,

- 43 - auch in Ruhe (Nachtschmerz). Beschwerden treten bei einfachen Alltagsbetätigungen auf (vgl. <https://schulter-zentrum.de/subscapularis-sehne>). 7.3.2. Dr. med. F._____ beurteilte anhand des MRI eine leichte Medialisierung der langen Bizepssehne, vereinbar mit einer Pulley-Läsion (Bg-act. M2). Auch Dr. med. H._____ befundete intraartikulär, die mediale und laterale Begrenzung des Pulleys sei partiell rupturiert (Bg-act. M6). Als Pulley-Läsion werden Verletzungen der Rotatorenintervallschlinge (Pulley- Komplex) bezeichnet. Eine Schädigung des Pulley-Komplexes tritt meist akut-traumatisch auf, v.a. beim Sturz auf den innen- oder außenrotierten extendierten Arm. Sie ist aber auch sekundär nach Rotatorenmanschettenrupturen und durch chronische Mikrotraumata möglich (vgl. <https://flexikon.doccheck.-com/de/Pulley-Läsion>). 7.3.3. Dr. med. H._____ stellte anlässlich der Schulterarthroskopie weiter eine leichte degenerative Veränderung des Bizepsankers fest (vgl. Operationsbericht vom 16. November 2022 [Bg-act. M6]). Zudem lag gemäss MR-Arthrographie eine ausgeprägte Tendinopathie der Bizepssehne vor (Bg-act. M2). Die Tendinopathie ist eine nichtentzündliche Sehnenerkrankung, die meist degenerativ oder durch Überlastung bedingt ist (vgl. <https://gelenk-klinik.de/orthopaedie-glossar/tendinopathie.html>). Als Tendinopathie der langen Bizepssehne werden degenerative Veränderungen der langen Bizepssehne (LBS) bezeichnet. Mit 95 % der Fälle sind ein Impingementsyndrom und eine Rotatorenmanschettenruptur die Ursache einer Tendinopathie der langen Bizepssehne (vgl. https://flexikon.doccheck.com/de/Tendinopathie_der_langen_Bizepssehne). Nach dem Gesagten ergeben sich vorliegend degenerative Veränderungen; aber auch ärztliche Befunde, die (teilweise) auch durch Traumata verursacht werden können.

- 44 -

E. 8

Mit Bericht vom 2. Januar 2023 schilderte Dr. med. H._____, sechs Wochen postoperativ zeige sich insgesamt ein sehr erfreulicher Verlauf. Es bestünden keine Schmerzen mehr. Aufgrund der Dysmelie des linken Armes sei vorzeitig mit einer schonenden Mobilisation rechts begonnen worden, die Physiotherapie werde regelmässig besucht.

E. 8.1

Nach Auffassung des streitberufenen Gerichts fiel die Aktenbeurteilung der Versicherungsmedizinerin Dr. med. J._____, welcher sämtliche für die Beurteilung der

Unfallkausalität vorhandenen ärztlichen Unterlagen vorlagen, äusserst kurz aus. Die Versicherungsmedizinerin begnügte sich mit der Feststellung, dass es durch den Sturz zu einer Prellung der rechten Schulter bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen bei einer Impingement-Konstellation gekommen sei, die bereits seit 2017 bestehe, und äusserte sich nicht resp. nur ungenügend – wie nachfolgend dargelegt – zu den bildgebenden bzw. den anlässlich der Operation festgehaltenen Befunden. So stützte sie sich betreffend (allfälliger) vorbestehender Impingement-Konstellation lediglich auf den Verlaufseintrag der Hausärztin Dr. med. D._____ aus dem Jahre 2017, welche die Diagnose eines Impingement-Syndroms an der rechten Schulter festhielt. Bildgebende medizinische Unterlagen zu dieser Feststellung sind aber nicht bekannt.

E. 8.2

Weiter kann festgehalten werden, dass bis zum 19. März 2022 gar keine ärztliche Untersuchung stattgefunden hatte und damit bis zum von Dr. med. J._____ festgehaltenen Status quo sine keine Unterlagen zum Unfallereignis vorhanden sind. Aus der Rechtsprechung ergibt sich in Bezug auf vergleichbare Unfallereignisse (Schulterkontusion) aber, dass durch die beurteilenden Ärzte bei einer nur vorübergehenden, nicht richtungsgebenden Verschlimmerung des in stummer oder manifester Weise vorbestehenden Gesundheitszustands, ohne objektivierbare unfallkausale Schädigung, die Unfallfolgen nach sechs bis acht Wochen, zwölf Wochen oder mehrere Monate nach dem Ereignis keine Rolle mehr spielen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_206/2022 vom 14. Juli 2022 E.3, 8C_169/2018 vom 31. August 2018 E.3.2; vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich UV.2020.00194 vom 6. September 2021 E.3.3 und 4.6). Wie die beratende Ärztin auf einen

- 45 - Status quo sine nach nur drei Wochen nach dem Ereignis schliesst, legt sie nicht weiter dar.

E. 8.3

Die Versicherungsmedizinerin Dr. med. J._____ hat nicht umfassend und schlüssig Stellung zur streitigen Frage einer allfälligen Unfallkausalität der Schulterbeschwerden rechts genommen. Sie legte nicht differenzierend dar, weshalb die über den 20. März 2022 hinaus noch bestehenden Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (lediglich) auf degenerative Gründe und nicht mehr auf das Unfallereignis vom 27. Februar 2022 zurückzuführen seien. Sie hat sich nicht einlässlich mit den Unterlagen, die Aufschluss über den Geschehensablauf geben, sowie den klinisch und bildgebend festgestellten Befunden auseinandergesetzt bzw. eine ausführliche medizinische Interpretation vorgenommen und das Gesamtbild unter Berücksichtigung aller Parameter bewertet, die zur Beurteilung der Kausalitätsfrage erforderlich waren, und unter Bezugnahme auf die medizinische Literatur schlüssig dargelegt, dass das geschilderte Ereignis nicht geeignet sei, eine Rotatorenmanschettenintervallläsion zu verursachen. Sie hat ihre Schlussfolgerungen, dass der Skiunfall lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen bei Impingement-Konstellation geführt habe und der Status quo sine drei Wochen nach dem Sturz erreicht gewesen sei, weder eingehend noch nachvollziehbar begründet. Diesbezüglich hat sie auch nicht nachvollziehbar dargelegt, weshalb bei der Beschwerdeführerin ein relevanter Vorzustand an der rechten Schulter bereits im Februar 2017 vorlag. Bezüglich Unfallmechanismus lassen sich den Stellungnahmen von Dr. med.

J. _____ keine konkreten auf den vorliegenden Fall bezogene Ausführungen entnehmen.

- 46 - Dr. med. J. _____ versuchte denn auch nicht, den Ursache- und Wirkungszusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der somatischen Gesundheitsstörung zu klären und namentlich dazu Stellung zu nehmen, ob ein bestimmtes Unfallgeschehen nach unfallmedizinischer Erfahrung physiologisch geeignet war – allenfalls als blosse Teilursache, aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit – zur fraglichen Gesundheitsstörung zu führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 161/04 vom 30. November 2004 E.3.1).

E. 8.4

Es bestehen vorliegend unüberbrückbare Differenzen zwischen den Feststellungen von Dr. med. H. _____, der von einem stattgehabten Unfallereignis und persistierenden Beschwerden seit dem Unfall ausgeht, die erst nach der Operation verschwanden, und denjenigen der beratenden Ärztin, die vielmehr nur von einer Kontusion der Schulter und einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes resp. einem Status quo sine nach drei Wochen ausgeht. Für das streitberufene Gericht erschliesst sich nicht, was die Beschwerdegegnerin angesichts der medizinischen Aktenlage und insbesondere der Beurteilung ihrer beratenden Ärztin Dr. med. J. _____ zur Argumentation führt, die Leistungseinstellung per 19. März 2022 sei "ex nunc et pro futuro" in Ermangelung eines hinreichend nachgewiesenen Kausalzusammenhangs von Beginn an erfolgt. Denn Dr. med. J. _____ stellte in ihren beiden Beurteilungen vom 22. Dezember 2022 und 13. Februar 2023 jeweils fest, die beklagten Beschwerden/objektiven Befunde stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (> 50 %) in natürlichem Zusammenhang zum gemeldeten Ereignis und dieses habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes geführt mit Status quo sine drei Wochen nach dem Sturz (Bg-act. M8 und M9). Die Beschwerdegegnerin stellt damit selbst nicht auf die medizinische

- 47 - Beurteilung ihrer beratenden Ärztin und damit auf deren medizinische Entscheidungsgrundlage ab. Überdies geht aus den vorhandenen ärztlichen Unterlagen und Beurteilungen nicht rechtsgenügend hervor, ob eine Degeneration aufgrund des Sturzes aus dem Jahr 2017 vorbestand, und es sich vorliegend um eine akute Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes handelte oder ob die Rotatorenmanschettenläsion (zumindest teilweise) traumatisch bedingt war. Für das Gericht ist es demnach nicht möglich zu beurteilen, ob eine (zumindest) teilweise unfallkausale Schädigung der Rotatorenmanschette ausgeschlossen werden kann. Bei dieser Aktenlage und den Einschätzungen der behandelnden Ärzte, welche die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden zumindest sinngemäss bejahten, ergeben sich zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Aktenbeurteilungen von Dr. med. J. _____, wonach das Unfallereignis nur zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt habe und der Status quo sine drei Wochen nach dem Sturz erreicht gewesen sei.

E. 8.5

Nach dem Gesagten erfüllen die Beurteilungen vom 22. Dezember 2022 und 13. Februar 2022 von Dr. med. J. _____ (Bg-act. M8 und M9) die Anforderungen an beweiskräftige Arztberichte nicht, weshalb auf diese nicht abgestellt werden kann. Zum Vorliegen des natürlichen Kausalzusammenhangs der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zum Unfallereignis (Tatfrage) liegen noch keine verlässlichen medizinischen Entscheidungsgrundlagen vor. Die ärztlichen Berichte von Dr. med. D. _____ und Dr. med.

H._____ als auch die versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung von Dr. med. J._____ enthalten nach dem Gesagten keine medizinisch schlüssige Bewertung eines Gesamtbildes. Es bedarf zunächst dieser Entscheidungsgrundlagen, welche mittels zusätzlicher medizinischer Abklärungen gutachterlich einzuholen sind. Wie bereits

- 48 - erwähnt, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen bzw. beratenden ärztlichen Feststellungen bestehen (vgl. vorstehend E.3.6.3). Solche geringen Zweifel sind im konkreten Fall mit Blick auf die voneinander abweichenden medizinischen Beurteilungen zu bejahen, womit zur abschliessenden Klärung der Frage der Unfallkausalität ergänzende medizinische Abklärungen erforderlich sind. Da es in erster Linie die Aufgabe des Unfallversicherers ist, von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen, um den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig festzustellen, ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese gemäss Art. 44 ATSG ein medizinisches Gutachten einholt und anschliessend über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfügt (vgl. BGE 132 V 368 E.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_62/2023 vom 16. August 2023 E.6.2).

E. 8.6

Damit erübrigt es sich, auf das Begehren der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die (uneingeschränkten) gesetzlichen Leistungen an die Beschwerdeführerin auszurichten, weiter einzugehen. Eine direkte Leistungszusprache gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte kommt denn auch kaum je in Frage (vgl. vorstehend E.3.6.3).

E. 8.7

Zusammenfassend ist die Beschwerde somit im Eventualbegehren gutzuheissen, der angefochtene Einspracheentscheid vom 8. November 2023 aufzuheben und die Angelegenheit zur Einholung eines medizinischen Gutachtens gemäss Art. 44 ATSG und zu neuem Entscheid über die versicherungsrechtlichen Ansprüche gemäss UVG an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

- 49 -

E. 9

Mit formlosem Schreiben vom 3. Januar 2023 stellte die B._____ die Leistungseinstellung per 19. März 2022 in Aussicht.

E. 9.1

Gemäss Art. 61 lit. fbis ATSG sind Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Die Sonderbestimmungen zur Rechtspflege gemäss Art. 105 ff. UVG sehen keine generelle Kostenpflicht vor. Damit sind unfallversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren über Leistungen in der Regel kostenlos. Vorbehalten bleibt die Kostenaufgabe infolge – in casu nicht vorliegenden – mutwilligen oder leichtsinnigen Verhaltens (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis in fine ATSG). Für das vorliegende Beschwerdeverfahren sind daher keine Kosten zu erheben.

E. 9.2

Die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zu erneuter Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt praxisgemäss als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob sie beantragt und ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wurde (vgl. dazu BGE 141 V 281 E.11.1, 137 V 210 E.7.1 und 132 V 215 E.6.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_214/2022 vom 16. Februar 2023 E.5 mit weiteren Hinweisen). Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin somit Anspruch auf einen angemessenen Parteikostenersatz, welcher vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG). Im Übrigen bestimmt sich die Bemessung der Parteientschädigung gemäss Art. 61 Ingress ATSG nach dem kantonalen Recht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_5/2022 vom 3. August 2022 E.5.1.1). Gemäss Art. 78 VRG i.V.m. Art. 2 der Verordnung über die Bemessung des Honorars der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (Honorarverordnung, HV; BR 310.250) wird die Parteientschädigung nach Ermessen des Gerichts festgesetzt, wobei es

- 50 - grundsätzlich von dem in der Honorarnote geltend gemachten (und als angemessen zu betrachtenden) Aufwand sowie (üblichen) Stundenansatz ausgeht. Ausgangspunkt ist die durch den Rechtsvertreter eingereichte Honorarnote. Als üblich gilt gemäss Art. 3 Abs. 1 HV ein Stundenansatz von CHF 210.-- bis CHF 270.--. Die Praxis des Verwaltungsgerichts (Praxisänderung vom 6. September 2017, vgl. dazu Urteile des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden [VGU] U 16 92 vom 25. Oktober 2017 E.13b, S 17 15 vom 27. September 2017 E.7b und R 18 17 vom 18. September 2019 E.9.2.1) geht gestützt auf die HV dahin, dass bei Einreichen einer Honorarvereinbarung der geltend gemachte Stundenansatz übernommen wird, sofern er den Ansatz von CHF 270.-- nicht überschreitet. Wird keine Honorarvereinbarung eingereicht, beträgt der Stundenansatz höchstens CHF 240.--.

E. 9.3

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reichte dem Gericht am 10. Mai 2024 seine Honorarnoten vom 13. Juni 2023 über CHF 2'342.80 (bestehend aus: 7.75 Stunden à CHF 280.-- [CHF 2'170.--] zzgl. Auslagen von CHF 5.30 und 7.7 % MWST [CHF 167.50]) und vom 8. Dezember 2023 über CHF 2'683.90 (bestehend aus: 8.9 Stunden à CHF 280.-- [CHF 2'492.--] zzgl. 7.7% MWST [CHF 191.88]) ein. Der zeitliche Aufwand von insgesamt 16.65 Stunden erscheint angemessen, ebenso die geltend gemachte Auslage (Frankierung Einschreiben) von CHF 5.30. Angesichts der obgenannten Praxis ist indes mangels Vorliegen einer Honorarvereinbarung die Honorarnote des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin anzupassen, indem nicht ein Stundenansatz von CHF 280.--, sondern ein solcher von CHF 240.-- zur Anwendung gelangt und das Honorar entsprechend zu kürzen ist. Die so korrigierte Honorarnote beläuft sich danach auf total CHF 4'309.40 (bestehend aus: 16.65 Stunden à CHF 240.00 [CHF 3'996.00] zzgl. Auslage von CHF 5.30 und 7.7% MWST [CHF 308.10]). In diesem Umfang hat die

- 51 - Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin einen Parteikostenersatz zu entrichten.
III. Demnach erkennt das Gericht:

E. 10

Mit Schreiben vom 20. Januar 2023 nahm A. _____ dazu Stellung. Sie führte darin aus, dass sie nach einem Sturz bei einem Spaziergang im Februar 2017 Schulterbeschwerden erlitten

habe. Es seien keine Röntgenaufnahmen oder ähnliches veranlasst worden, was auf die Diagnose Impingement-Syndrom hinweisen würde. Nach erfolgter Physiotherapie hätten keine Beschwerden mehr bestanden. Weiter hielt sie fest, dass sie ohne Skiunfall auch keine Schulterprobleme gehabt hätte und die Arzttermine und die Operation nicht notwendig gewesen wären. Die geklagten Beschwerden stünden deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang mit dem gemeldeten Ereignis.

E. 11

In ihrer Aktenbeurteilung UVG vom 13. Februar 2023 hielt die beratende Ärztin Dr. med. J._____ an der Beurteilung vom 22. Dezember 2022 fest.

E. 12

Dr. med. H._____ beurteilte am 15. Februar 2023, drei Monate postoperativ nach dem operativen Eingriff zeige sich ein sehr erfreulicher

- 5 - Verlauf bei weitgehender Beschwerdefreiheit; die Physiotherapie könne in den kommenden Wochen abgeschlossen werden.

E. 13

Februar 2023, wonach kein Zusammenhang zwischen den geltend gemachten Beschwerden und dem Unfallereignis zu erkennen sei.

E. 14

Hiergegen erhob A._____ am 29. März 2023 Einsprache und beantragte, es sei die Verfügung vom 28. Februar 2023 aufzuheben und die B._____ zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen auszurichten; eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zu weiteren Abklärungen und zur Neubeurteilung an die Einsprachegegnerin zurückzuweisen.

E. 15

Mit Einspracheentscheid vom 8. November 2023 wies die B._____ die Einsprache ab. In ihrer Begründung führte sie im Wesentlichen aus, hinsichtlich des Schadensmechanismus gehe aus den Akten hervor, dass A._____ am 27. Februar 2022 auf ihre rechte Seite gestürzt sei. Aufgrund der Tatsachen, dass A._____ erst knapp vier Wochen nach dem Skisturz die Hausärztin aufgesucht habe, der klinische Befund ohne Objektivierung einer Prellmarke oder einer Schürfwunde gewesen sei, sowie dem bewussten Verzicht der Hausärztin, eine Bildgebung zu erstellen, sei von einem stattgehabten Kontusionsereignis (Prellung) auszugehen. Dr. med. H._____ habe die bildgebend dargestellte Pathologie einer Rotatorenmanschettenintervallläsion unter Beteiligung der cranialen Subscapularissehne sowie der anterioren Supraspinatussehne mit konsekutiver

- 6 - Tendinopathie der Biceps longus-Sehne zugeordnet. Folgen einer Prellung seien keine festgestellt worden. Angesichts der verspätet eingereichten UVG-Schadensmeldung (Art. 45 UVG) seien in casu keine klinischen Befunde unmittelbar nach dem Ereignis dokumentiert, die eine unfallkausale Primärschädigung bzw. eine Prellungsverletzung nachwiesen. Dass Dr. med. J._____ von einer Aktivierung des Vorzustandes im Sinne einer Teilkausalität ausgegangen sei, gründe einzig auf der Aussage von A._____, dass sie gestürzt sei, ohne dass eine entsprechende Schädigung nachgewiesen worden wäre. Vorliegend sei keine entsprechende Brückensymptomatik dokumentiert, zumal während vier Wochen weder eine Behandlungsbedürftigkeit noch eine Arbeitsunfähigkeit

bestanden habe. Die Aussage anlässlich der Erstkonsultation, dass seit dem Sturzereignis eine Schmerzhaftigkeit bestanden habe, vermöge eine Brückensymptomatik nicht rechtsgenügend zu belegen. Dieser unbewiesene Sachverhalt wirke sich zu Ungunsten der Versicherten aus und begründe von Beginn an keinen Leistungsanspruch gemäss dem Unfallversicherungsgesetz UVG. Bis zur Erstkonsultation seien noch gar keine Leistungen erbracht worden, so dass es sich bei der Aussage von Dr. med. J._____, wonach die Folgen der Prellung spätestens am 19. März 2022 abgeheilt gewesen seien, um eine medizinische Würdigung handle davon ausgehend, dass allfällige Kosten bis zum 19. März 2022 von der Unfallversicherung zu erbringen gewesen wären. Selbst wenn, wie auch von Dr. med. J._____ erwähnt, von einer initialen Kausalität ausgegangen würde, habe zum Zeitpunkt des Sturzes vom 27. Februar 2022 an der rechten Schulter ein "stummer" Vorzustand (degenerative Veränderungen mit Impingement), der vor dem Skisturz keine Schmerzen verursacht habe und durch diesen erst symptomatisch geworden sei, bestanden. Der Schadensmechanismus (Anpralltrauma), die fehlenden Hinweise auf eine sofortige Funktionseinbusse der Schulter, die Arztkonsultation nach erst vier Wochen sowie die klinisch erhobenen

- 7 - Befunde (positive Impingement-Tests) würden deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für eine durch eine Prellung erfolgte Aktivierung des zuvor stummen Vorzustandes und nicht für eine unfallkausale Verursachung der Rotatorenmanschettenläsion sprechen. Ein Kausalzusammenhang zwischen der Rotatorenmanschettenintervall- läsion und dem Sturzereignis sei auch im Lichte der Rechtsprechung zu verneinen, wonach die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag), ein ungeeigneter Hergang sei, da die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe und Delta-Muskel gut abgeschirmt sei. So sei auch keine sofortige Funktionseinbusse unmittelbar nach dem Sturz im Sinne eines typischen Merkmals einer ereigniskausalen Rotatorenmanschettenläsion dokumentiert, was ebenfalls rechtsgenügend belege, dass durch den Sturz vom 27. Februar 2022 keine frische Schädigung an der Supraspinatussehne entstanden sein könne. Nach dem Gesagten ent falle ein Leistungsanspruch in Ermangelung eines hinreichend nachgewiesenen Kausalzusammenhangs von Beginn weg. Die Folgen des Sturzereignisses seien gemäss der nachvollziehbaren medizinischen Beurteilung von Dr. med. J._____ per 19. März 2022 abgeklungen resp. der Status quo sine eingetreten gewesen. Damit erübrige sich auch eine weitere medizinische Überprüfung. Der Einwand der Versicherten, dass sie vor dem Sturzereignis beschwerdefrei gewesen sei, stütze sich auf die unzulässige Beweisregel "post hoc ergo propter hoc".

E. 16

Dagegen erhob A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 11. Dezember 2023 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden und stellte folgende Rechtsbegehren: 1. Es sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 8. November 2023 vollumfänglich aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu

- 8 - verpflichten, die (uneingeschränkten) gesetzlichen Leistungen an die Beschwerdeführerin auszurichten. 2. Eventualiter sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 8. November 2023 aufzuheben und die Sache zu weiteren Abklärungen des Sachverhaltes und zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MwSt.) zulasten der Beschwerdegegnerin, soweit solche zu sprechen sind. In der Begründung hielt die

Beschwerdeführerin im Wesentlichen fest, der festgestellte Riss der Subscapularissehne führe zwingend zur Vermutung, dass es sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung (Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG) handle, deren Folgen die Beschwerdegegnerin als Unfallversicherung zu übernehmen habe. So habe die Beschwerdeführerin versucht, den Sturz mit dem rechten Arm abzufangen und habe daraufhin ein sofortiges "Reissgefühl" verspürt. Die Beschwerden seien mithin plötzlich und klar unfallbedingt aufgetreten. Die Beschwerdegegnerin könne sich nur dann aus der Leistungspflicht befreien, wenn sie den Beweis, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen sei, zu erbringen vermöge, was hier aber nicht der Fall sei. Die Beschwerdegegnerin verletze sowohl den Untersuchungsgrundsatz als auch die Regeln betreffend den Beweiswert von ärztlichen Zeugnissen, wenn sie ausführe, dass – selbst wenn von einer initialen Kausalität ausgegangen würden – zum Zeitpunkt des Sturzes mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit an der rechten Schulter ein "stummer" Vorzustand (degenerative Veränderungen mit Impingement) bestanden habe, der vor dem Unfallereignis keine Schmerzen verursacht habe und durch diesen erst symptomatisch geworden sei. Dasselbe gelte für die Erwägungen, wonach der Schadensmechanismus, die fehlenden Hinweise auf eine sofortige Funktionseinbusse der Schulter, die Arztkonsultation nach erst vier Wochen sowie die klinisch erhobenen Befunde mit überwiegender

- 9 - Wahrscheinlichkeit für eine durch die Prellung erfolgte Aktivierung des zuvor stummen Vorzustandes und nicht für eine unfallkausale Verursachung der Rotatorenmanschettenläsion sprechen würden. Der Unfall aus dem Jahre 2017 habe keinerlei Einschränkungen zur Folge gehabt, die Beschwerdeführerin sei bis zum Unfallereignis vom 27. Februar 2022 beschwerdefrei gewesen. Durch Dr. med. D. _____ sei damals ein Impingement-Syndrom vermutet, jedoch keine bildgebenden Untersuchungen dazu vorgenommen worden. Es liege kein bildgebendes Material bei den Akten, gestützt auf welches auf einen relevanten "stummen" Vorzustand geschlossen werden könne. Es treffe auch nicht zu, dass sich eine Impingement-Konstellation am 30. August 2022 bildgebend bestätigt habe; zumindest nicht eine solche, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall aus dem Jahre 2017 zurückzuführen sei. Zumal Dr. med. H. _____ in seinem Operationsbericht lediglich eine "leichte degenerative Veränderung des Bizepsankers" festgestellt habe. Auch die weiteren Befunde von Dr. med. H. _____ seien offensichtlich Anzeichen dafür, dass bei der Beschwerdeführerin bis zum Unfallereignis vom 27. Februar 2022 keine relevanten degenerativen Veränderungen vorgelegen hätten, zumindest nicht solche, gestützt auf die ein unfallkausales Geschehen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Schliesslich deute bereits der "Riss" der Sehne auf die Folgen eines Traumas hin und ebenfalls nicht auf eine degenerative Veränderung. Aus sämtlichen Berichten von Dr. med. H. _____ gehe ein Sturz mit "Schultertraumatisierung" hervor. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Operation vorwiegend auf eine traumatische Läsion zurückzuführen gewesen sei resp. diese auch im Vordergrund gestanden habe. Die Beschwerdegegnerin habe eine Rechtsverletzung begangen, indem sie die vorhandenen Beweise – insbesondere die Berichte von

- 10 - Dr. med. H. _____ als Operateur – ungenügend gewürdigt und beurteilt habe. Dass die Beschwerdeführerin ihre Hausärztin erst rund vier Wochen nach dem Unfallereignis aufgesucht habe, könne ihr nicht zum Vorwurf gemacht werden. Nach den Erfahrungen mit

dem Sturz im Jahr 2017 habe sie zunächst mit einer ärztlichen Konsultation abgewartet, wäre doch allenfalls auch vorerst Physiotherapie verschrieben und keine unmittelbare Bildgebung veranlasst worden. Aufgrund anhaltender Schmerzen habe sie dann Dr. med. D. _____ aufgesucht, die entgegen der Aussage der Beschwerdegegnerin sehr wohl Hinweise für eine Funktionseinbusse der Schulter festgestellt habe (Abduktion bis 120 Grad). Auch die persistierende bewegungs- und positionsabhängige Schmerzproblematik spreche für eine unmittelbar erlittene Funktionseinbusse. Weiter sei die Beschwerdeführerin per 1. März 2022 in Pension gegangen, weshalb eine ärztliche Attestierung der Arbeitsunfähigkeit nicht erforderlich gewesen sei. Gemäss Publikation der Schweizer Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie von Swiss Orthopäedics sei darüber hinaus erwiesen, dass nach einem Trauma, welches zu einer Rotatorenmanschettenläsion geführt habe, initial ein sehr heftiger Schmerz bestehe, der nach drei Tagen tolerabel werde, weshalb die Patienten oftmals initial keinen Arzt konsultierten. Damit ziele die Beschwerdegegnerin an der Sache vorbei, wenn sie zum Schluss gelange, dass die Stellungnahme der Beschwerdeführerin gegenüber ihrer Hausärztin rund drei Wochen nach dem Unfall eine Brückensymptomatik nicht rechtsgenügend zu belegen vermöge. Vielmehr führten die als Folge des Unfalls aufgetretenen Beschwerden letztendlich zur Operation. Die Beschwerdeführerin sei erst drei Monate nach der Operation wieder schmerzfrei gewesen. Demnach bestehe keine Grundlage für die Annahme, dass die Folgen des Unfalls spätestens am 19. März 2022 wieder abgeklungen gewesen sein sollen. Aus den medizinischen Akten ergäben sich auch keine Hinweise auf relevante Abnützungen respektive degenerative Veränderungen,

- 11 - weswegen die Kausalität ausgeschlossen werden könne. Vorliegend stütze sich die Beschwerdegegnerin einzig auf die Stellungnahmen von Dr. med. J. _____. Diese führe lediglich pauschal aus, dass die Gesundheit der Beschwerdeführerin bereits vor dem Ereignis beeinträchtigt gewesen sei, ohne sich hierzu jedoch weiter mit den Befunden der behandelnden Ärzte auseinanderzusetzen. Auch setze sie sich in keiner Weise mit dem allfälligen Vorliegen einer Teilkausalität auseinander. Von einer angeblich nachvollziehbaren medizinischen Beurteilung, gestützt auf die ohne weitere Abklärungen davon ausgegangen werden könne, dass der Status quo sine bereits drei Wochen nach dem Unfallereignis erreicht worden sei, könne folglich keine Rede sein. Gestützt auf die bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen müssten zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Aktenbeurteilung von Dr. med. J. _____ gestellt werden; es müsse davon ausgegangen werden, dass der Unfall vom 27. Februar 2022 zumindest eine Teilursache gewesen sei für die festgestellten Befunde, die als Folge des Unfalls erlittenen anhaltenden Beschwerden sowie für die erforderliche Operation. Eine Teilursache genüge für die Bejahung der Unfallkausalität. Zumal die Beschwerdeführerin bis zum Unfall vom 27. Februar 2022 nachweislich beschwerdefrei gewesen und ein relevanter "stummer" Vorzustand nicht aktenkundig sei. Der Hinweis auf die Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" vermöge deshalb nicht zu überzeugen. Sollte das Gericht das Unfallereignis nicht zumindest als Teilursache bejahen, wäre die Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks Vornahme weiterer Abklärungen, namentlich der Veranlassung eines externen fachärztlichen Gutachtens, zurückzuweisen.

E. 17

In ihrer Vernehmlassung vom 21. Februar 2024 schloss die B. _____ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) unter Verweis auf den Einspracheentscheid auf Abweisung der

Beschwerde. Sie machte im Wesentlichen geltend, vorliegend sei unbestrittenermassen von einem

- 12 - Unfallereignis gemäss Art. 4 ATSG auszugehen. Es bestehe kein Anspruch gestützt auf eine Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG. Weiter sei nicht (mehr) von einem natürlichen Kausalzusammenhang auszugehen. Dies gelte insbesondere für den Riss der Subscapularis- sehne. Damit sei nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung gleichzeitig auch erstellt, dass die allfällige Listenverletzung (Sehnenriss) vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 % auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sei, womit die Vermutung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG umgestossen werde. Als irrelevant erweise sich, dass kein Vorzustand dokumentiert sei, da die fehlende Dokumentation eines Vorzustandes keine Rückschlüsse auf die Genese einer Schädigung zulasse. Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts lasse sich aus dem Umstand, dass ein allfälliger stummer, unfallfremder Vorzustand erst nach einem Unfallereignis symptomatisch werde, nicht auf einen unfallbedingten, anspruchsbegründenden Kausalzusammenhang schliessen. Umso weniger, als, wie im vorliegenden Fall, echtzeitlich keine frischen, unfallbedingten/traumatischen Befunde dokumentiert seien. So habe Dr. med. D._____ bereits im Jahr 2017 ein Impingement-Syndrom rechts diagnostiziert, was einen relevanten Vorzustand darstelle und worauf sich Dr. med. J._____ bezogen habe. Auch aus dem Operationsbericht vom 16. November 2022 hätten sich einerseits klare (explizite) degenerative Veränderungen gezeigt und andererseits weitere Schädigungen, die bei jeglichem Fehlen echtzeitlicher Hinweise auf eine frische traumatische Genese nie als überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Verletzungen beurteilt worden seien und sich ebenso gut als eigenständige Degenerationen und/oder Folgen der seit vielen Jahren bekannten Impingementproblematik erklären liessen. Einzig die Erwähnung eines "Status nach Skisturz" oder dass vor dem Ereignis keine Beschwerden bestanden hätten, lasse keinerlei Aussage zur Unfallkausalität zu.

- 13 - Der längere Zeitraum von rund vier Wochen zwischen dem Unfall und dem ersten Arztbesuch habe einen Einfluss auf den Nachweis der Unfallkausalität einer nachträglich festgestellten Sehnenschädigung. So seien rechtsprechungsgemäss bei langer Latenz zwischen dem geltend gemachten Ereignis und dem dokumentierten Auftritt von Beschwerden resp. Arztbesuch grundsätzlich hohe Anforderungen an den Nachweis des Kausalzusammenhanges zu stellen. Bereits aus diesem Grund lasse sich eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nicht mit dem nötigen Beweisgrad begründen. Mit dem Arztbesuch erst vier Wochen nach dem Ereignis lägen gewichtige Indizien dafür vor, dass die Schädigung der Sehne eben nicht frisch/traumatisch entstanden sei, hätte doch in einem solchen Falle eine sofortige Funktionseinbusse resultieren müssen, die weder geltend gemacht werde, noch dokumentiert worden sei. Da es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache handle, trage die Beschwerde- führerin die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit. Eine Beweislastumkehr komme nur zum Zuge, wenn der Unfallversicherer die Kausalität eines konkreten Leidens (und nicht lediglich eines allgemeinen Beschwerdebilds) geprüft und anerkannt habe. Erfolge lediglich eine Leistungserbringung für das allgemeine Beschwerdebild (Kontusion), könne daraus noch keine Anerkennung konkreter (Zusatz-) Schädigungen (Sehnenschädigungen/Impingement) abgeleitet werden. Die Beschwerdegegnerin habe die Sehnenschädigungen nie als unfallkausal anerkannt. Die beratende Ärztin Dr. med. J._____ habe festgestellt, dass die initiale Kontusion (Prellung) als unfallkausal zu betrachten sei, es sich dabei aber um eine vorübergehende Verschlimmerung eines unfallfremden Vorzustandes handle. Weiter führte

die Beschwerdegegnerin an, dass sich in den Akten keine einzige medizinische Beurteilung finde, welche sich mit entsprechender Begründung für eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität der

- 14 - Schulterbeschwerden aussprechen würde. Folglich bestehe kein Grund für eine Unfallkausalität und mithin auch keine Grundlage für geringe Zweifel an den versicherungsinternen Beurteilungen der beratenden Ärztin. Weitere Abklärungen erübrigten sich damit.

E. 18

Mit Schreiben vom 9. April 2024 verzichtete die Beschwerdeführerin auf die Einreichung einer freigestellten Replik. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in den Rechtsschriften und auf den angefochtenen Einspracheentscheid sowie auf die im Recht liegenden Beweismittel wird, soweit rechtserheblich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. II. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 8. November 2023 (vgl. Beilagen zur Beschwerde; Akten der Beschwerdegegnerin [Bg-act.] A28). Gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen einen Einspracheentscheid innert 30 Tagen seit seiner Eröffnung Beschwerde an das Versicherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in welchem die versicherte Person im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Die Beschwerdeführerin ist im Kanton Graubünden wohnhaft, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden gegeben ist. Dessen sachliche und funktionelle Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100). Als im Einspracheverfahren unterlegene, formelle und materielle Adressatin des angefochtenen

- 15 - Einspracheentscheids ist die Beschwerdeführerin davon überdies berührt und weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Überprüfung auf (vgl. Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten (vgl. Art. 60 und Art. 61 ATSG). 2. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 27. Februar 2022 (Skisturz) zu Recht in Ermangelung eines natürlichen Kausalzusammenhangs oder Erreichens des Status quo sine per 19. März 2022 eingestellt hat oder ob sie verpflichtet gewesen wäre, Leistungen über den 20. März 2022 hinaus zu erbringen.

E. 21

September 2018 E.5.1 und 8C_421/2018 vom 28. August 2018 E.3.2). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. von dessen Wegfall ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteile des Bundesgerichts 8C_410/2022 vom 23. Dezember 2022 E.4.2, 8C_80/2021 vom 7. Juli 2021 E.2.2, 8C_548/2019 vom 10. Januar 2020 E.3.2). 3.3.2. Anders verhält es sich dann, wenn der Unfall lediglich eine Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein Risiko manifest werden lässt, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_206/2022 vom 14. Juli 2022 E.2.3, 8C_287/2020 vom

- 20 - 27. April 2021 E.3.1, 8C_269/2016 vom 10. August 2016 E.2.4, 8C_423/2012 vom 26. Februar 2013 E.5.3 und U 136/06 vom 2. Mai 2007 E.3.2, je mit Hinweisen). Bei

erstelltem Auslösezusammenhang entspricht die unfallbedingte Einwirkung einer (anspruchsbehindernden) Gelegenheits- oder Zufallsursache, wenn sie auf einen derart labilen, prekären Vorzustand trifft, dass jederzeit mit einem Eintritt der (organischen) Schädigung zu rechnen gewesen wäre, sei es aus eigener Dynamik der pathogenen Schadensanlage oder wegen Ansprechens auf einen beliebigen anderen Zufallsanlass. Hätte ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheits- schädigung bewirken können, erscheint der Unfall nicht als kausal signifikantes Ereignis, sondern vielmehr als austauschbarer Anlass, es entsteht daher keine Leistungspflicht des obligatorischen Unfall- versicherers (Urteile des Bundesgerichts 8C_206/2022 vom 14. Juli 2022 E.2.3, 8C_287/2020 vom 27. April 2021 E.3.1 und 8C_669/2019 vom

E. 25

März 2020 E.4.1 f.).

E. 26

Februar 2020 E.6.3.3, 8C_900/2017 vom 30. Mai 2018 E.4.2.2), wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommen (BGE 135 V 465 E.4.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_549/2021 vom 7. Januar 2022 E.7.2). Diese Erfahrungstatsache befreit das Gericht indessen nicht von seiner Pflicht zu einer korrekten Beweiswürdigung, bei der auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte mitzuberücksichtigen sind. Diese sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte zu wecken vermögen (BGE 135 V 465 E.4.5 f.; Urteile des Bundesgerichts 8C_658/2020 vom 14. Januar 2021 E.7, 8C_499/2020 vom 19. November 2020 E.4.2, 8C_397/2019 vom 6. August 2019 E.4.2). 3.6.4. Gemäss Rechtsprechung ist auch eine rein medizinische Aktenbeurteilung beweiskräftig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind, sodass ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_281/2021 vom 19. Januar 2022 E.3.2, 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E.3.2, 8C_322/2020 vom 9. Juli 2020 E.3).

E. 27

Februar 2022 ausgegangen werden; der Unfallhergang und damit der Sachverhalt (Sturz beim Skifahren auf die rechte Seite; Versuch, den Sturz mit dem Arm abzufangen; Schulterkontusion/-distorsion rechts; sofortiges Reissgefühl; Persistenz bzw. gar teils zunehmende Beschwerden) blieben

- 32 - unbestritten. Die Beschwerdegegnerin verneint gestützt auf die Beurteilungen der beratenden Ärztin Dr. med. J._____ im angefochtenen Einspracheentscheid einen Leistungsanspruch in Ermangelung eines hinreichend nachgewiesenen Kausalzusammenhangs von Beginn weg mit der Begründung, dass der Schadensmechanismus (Anpralltrauma), die fehlenden Hinweise auf eine sofortige Funktionseinbusse der Schulter, die Arztkonsultation nach erst vier Wochen sowie die klinisch erhobenen Befunde für eine durch eine Prellung erfolgte Aktivierung des zuvor stummen Vorzustandes sprechen würden und nicht für eine unfallkausale Verursachung der

Rotatorenmanschettenläsion. Selbst wenn von einer teilkausalen Schädigung ausgegangen würde, sei davon auszugehen, dass die Folgen des Sturzereignisses als solche per 19. März 2022 abgeklungen gewesen wären. Durch ein Anprallereignis verursachte Beschwerden klängen in aller Regel nach einigen Tagen, maximal zwei Wochen ab. Dabei gilt festzuhalten, dass es für das Vorbringen der Beschwerdegegnerin, wonach Dr. med. J. _____ einzig gestützt auf die Angabe der Beschwerdeführerin, dass sie gestürzt sei, ohne dass eine entsprechende Schädigung nachgewiesen worden wäre, von einer Aktivierung des Vorzustandes im Sinne einer Teilkausalität ausgegangen sei, keine Belege in den Aktenbeurteilungen von Dr. med. J. _____ gibt (vgl. Bg-act. M8 und M9).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.