

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/58 vom 14. Juni 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-06-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2020_58

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/58 du 14 juin 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/58 del 14 giugno 2021

Regeste

Art. 6 UVG: Rückweisung zu weiteren Abklärungen der Unfallkausalität einer Supraspinatussehnenläsion (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Juni 2021, UV 2020/58).

Volltext

Entscheid vom 14. Juni 2021 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. UV 2020/58 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin MLaw Diane Günthart, Bahnhofstrasse 12, 8001 Zürich, gegen Visana Versicherungen AG, Weltpoststrasse 19, Postfach 253, 3000 Bern 16, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) war seit dem 1. April 2016 bei der B.____ AG, als Sachbearbeiterin (...) tätig und dadurch bei der Visana Versicherungen AG (nachfolgend: Visana) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am ____ . Oktober 2019 liess sie durch ihre Arbeitgeberin melden, sie sei am 29. September 2019 beim Hinunterlaufen ausgerutscht (Kies). Beim Sturz habe es ihr den Stockschaft hart an die linke Schulter geschlagen. Als Verletzung wurde eine Prellung angegeben (act. 5.1.1). Die Erstbehandlung hatte am 30. September 2019 bei Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, stattgefunden, der eine Schulterkontusion links (direktes Trauma) am 29. September 2019 nach Sturz beim Wandern diagnostiziert und der Versicherten Lyman Gel und Brufen verschrieben hatte (act. G 5.1.7, 5.1.20). Infolge einer Beschwerdeprogression stellte sich die Versicherte am 8. Oktober 2019 im Institut für Notfallmedizin des Universitätsspitals D.____ (nachfolgend: D.____) vor. Die dortigen Ärzte diagnostizierten nach einer Röntgenuntersuchung ohne Nachweis einer frischen ossären Läsion (act. G 5.1.4) eine Schulterdistorsion bei der Differentialdiagnose einer Läsion der Supraspinatussehne. Im gleichentags erstellten Untersuchungsbericht wurde festgehalten, dass bei Beschwerdepersistenz eine weiterführende Bildgebung mittels MRI indiziert sei. Der Versicherten wurde weiterhin Brufen verschrieben (act. G 5.1.2 f.). Mit Schreiben vom 10. Oktober 2019 anerkannte die Visana ihre Leistungspflicht für das Ereignis vom 29. September 2019 (act. G 5.1.5). Nachdem sich kein Beschwerderückgang gezeigt hatte, wies Dr. C.____ die Versicherte mit Schreiben vom 22. Oktober 2019 der Klinik E.____, Team Schulter, für eine Beurteilung der linken Schulter zu (act. G 5.1.7). Dort wurde die Versicherte am 4. November 2019 durch Dr. med. F.____, Chefarzt Orthopädische Chirurgie, untersucht, der einen Status nach direkter Schulterkontusion links nach Sturzereignis vom 29. September 2019 bei Verdacht auf eine undislozierte Tuberculum majus-Fraktur links diagnostizierte und eine weiterführende Abklärung mittels MRI zum

Ausschluss einer begleitenden Rotatorenmanschettenpathologie empfahl (act. G 5.1.8 f.). Die am 6. November 2019 in der Radiologie G.____, durchgeführte MRI-Untersuchung der linken Schulter zeigte laut Beurteilung des untersuchenden Radiologen, Dr. med. H.____, Facharzt FMH Radiologie, eine vollständige Ruptur der Supraspinatussehne mit Retraktion um ca. 2 cm, eine ansatznahe Partialruptur der Subscapularissehne am cranialen Rand und eine kleine superiore Labrumläsion (SLAP-Läsion Typ II), jedoch keinen Anhalt für eine stattgehabte Fraktur (act. G 5.1.10). Dr. F.____ hielt darauf im Bericht vom 8. November 2019 zur gleichentags durchgeführten Untersuchung fest, dass sich MR-tomographisch eine posttraumatische Totalruptur der Supraspinatussehne Schulter links mit deutlichem Kinking zeige, also Anzeichen für eine definitiv posttraumatische Situation gegeben seien. Aufgrund des deutlichen Befundes empfehle er der Versicherten ein operatives Vorgehen im Sinne einer arthroskopischen Supraspinatussehnenrekonstruktion und eine Behandlung der Bicepssehne bei Bedarf (act. G 5.1.11). Am selben Tag reichte die Klinik E.____ der Visana ein Kostengutsprachege such für einen Spitalaufenthalt mit Eintritt am 29. November 2019 zur Behandlung einer posttraumatischen Supraspinatussehnenruptur Schulter links ein (act. G 5.1.12). Nachdem der Schadenfall am 21. November 2019 durch den beratenden Arzt der Visana, Dr. med. I.____, Facharzt FMH Chirurgie, Facharzt FMH Intensivmedizin, beurteilt worden war (act. G 5.1.23 f.), stellte die Visana mit Schreiben vom 22. November 2019 ihre Leistungen per 10. November 2019 ein, da die noch bestehenden Beschwerden ab dem 11. November 2019 überwiegend wahrscheinlich nicht mehr auf das Ereignis vom 29. September 2019, sondern auf altersentsprechende degenerative bzw. unfallfremde Veränderungen zurückzuführen seien (act. G 5.1.25). Gleichentags teilte die Visana auch der Klinik E.____ mit, dass sie die Behandlungskosten ab dem 11. November 2019 nicht mehr übernehme (act. G 5.27). Am 29. November 2019 führte Dr. F.____ bei der Versicherten eine therapeutische Schulterarthroskopie links mit subacromialer Bursektomie, Acromioplastik und Supraspinatussehnenrekonstruktion (Speed bridge-Technik) durch (act. G 5.1.32 f.). Mit Arzzeugnis vom 2. Dezember 2019 bescheinigte Dr. F.____ der Versicherten vom 29. November 2019 bis 12. Januar 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 5.1.105). Nachdem die Versicherte in einer E-Mail an die Visana vom 4. Dezember 2019 erklärt hatte, mit der Leistungseinstellung per 10. November 2019 nicht einverstanden zu sein (act. G 5.1.36 f.), hielt die Visana mit Verfügung vom 26. Februar 2020 an ihrer Ablehnung weiterer Versicherungsleistungen fest (act. G 5.1.67 ff.). Inzwischen hatte Dr. F.____ am 6. Januar 2020 eine Verlaufsuntersuchung durchgeführt (act. G 5.1.39 f.), die 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Versicherten bis 28. Januar 2020 verlängert, bis 9. Februar 2020 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt und ab 10. Februar 2020 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (act. G 5.1.107). Zudem hatte Dr. C.____ mit Schreiben vom 9. Januar 2020 gegenüber der Visana erklärt, dass die infolge des Sturzereignisses erlittenen Verletzungen (die Totalruptur der Supraspinatussehne) klar unfallbedingt seien (act. G 5.1.41). Mit Eingabe vom 17. März 2020 erhob die Versicherte gegen die Verfügung vom 26. Februar 2020 Einsprache (Suva-act. 5.1.72). Nachdem die Visana den Schadenfall am 4. Juni 2020 nochmals durch Dr. I.____ hatte beurteilen lassen (act. G 5.1.86 f.), wies sie die Einsprache der Versicherten mit Einspracheentscheid vom 14. Juli 2020 ab (act. G 5.1.88 ff.). Gegen den Einspracheentscheid liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) durch Rechtsanwältin MLaw D. Günthart, Zürich, mit Eingabe vom 24. August 2020 Beschwerde erheben. Darin wurde beantragt, der Einspracheentscheid vom 14. Juli 2020 sei aufzuheben und es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen und allfälligen vertraglichen

Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache an die Visana (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zwecks Einholung eines orthopädischen und radiologischen Gutachtens zurückzuweisen, damit sie hernach nochmals über die gesetzlichen Ansprüche der Beschwerdeführerin entscheide, unter Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 22. Oktober 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 5). Zudem reichte sie eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, vom 29. September 2020 ein (act. G 5.1.108 ff.). In der Replik vom 17. November 2020 hielt die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin unverändert an ihren Anträgen fest (act. G 7). Zusammen mit der Replik reichte sie eine von vier Experten (Prof. Dr. med. K.____, Prof. Dr. med. L.____, Prof. Dr. med. M.____, Prof. Dr. med. N.____) im Namen der Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie Swiss Orthopaedics verfasste, auf den 1. Oktober 2020 datierte Stellungnahme [nachfolgend zitiert: Expertengruppe Schulter und Ellbogenchirurgie] zum Urteil des Bundesgerichts vom 22. Oktober 2019, 8C_446/2019, ein (act. G 7.1). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 8 f.). Erwägungen Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom 29. September 2019 und erstattete entsprechend Leistungen aus der Unfallversicherung. Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung per 10. November 2019. Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit des Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f. mit Hinweisen; siehe dazu André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 63 ff. zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Barbara Klett/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 112 V 32 f. E. 1 und 129 V 181 E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2008, 8C_522/2007, E. 4.3.2; KOSS UVG-Nabold, N 53, 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 74 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der

überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 N 58 f.). Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, so entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche (und adäquate) Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften oder andersartig geschädigten Vorzustands auch ohne den Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; KOSS UVG-Nabold, N 54 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 71 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht medizinisch fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, spricht die Rechtsprechung von einer richtungsgebenden Verschlimmerung (BSK UVG-Hofer, N 71 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Oktober 2007, 8C_467/2007, E. 3.1). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (Urteile des Bundesgerichts vom 15. Mai 2014, 8C_805/2013, E. 3.2, und 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss, zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (zum Ganzen BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 130 zu Art. 61). Auch den Berichten beratender Ärzte und Ärztinnen von Versicherungen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis von Abklärungen beratender Ärzte und Ärztinnen kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 229 E. 5.2, 135 V 469 f. E. 4.4 und 471 E. 4.7; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C_385/2014, E. 4.2.2). Die Rechtsprechung erachtet sodann Aktengutachten als zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte bzw. die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 31. März 2009, 8C_514/2008, E. 5, mit Hinweisen und 24. März 2017,

8C_780/2016, E. 6.1 mit Hinweis). Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formellrechtlichen Gründe gegen den Einbezug der Aktenbeurteilungen von Dr. I.____ vom 21. November 2019 (act. G 5.1.23 f.) und 4. Juni 2020 (act. G 5.1.86 f.) sowie von Dr. J.____ vom 29. September 2020 (act. G 5.1.108 ff.) Ob letztlich auf diese abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiellrechtlichen Beurteilung bzw. Beweiswürdigung zu prüfen. Dr. F.____ führte bei der Versicherten am 29. November 2019 eine therapeutische Schulterarthroskopie links mit subacromialer Burssektomie, Acromioplastik und Supraspinatussehnenrekonstruktion (Speed bridge-Technik) durch (act. G 5.1.32 f.). Sollte diese operative Behandlung einem (teil-)unfallkausalen Gesundheitsschaden gegolten haben, wäre die Beschwerdegegnerin dafür bis zur Heilung der Operationsfolgen leistungspflichtig. Zur Diskussion steht die Unfallkausalität der Supraspinatussehnenrekonstruktion bzw. der unbestrittenermassen bereits vor der Leistungseinstellung kernspintomographisch erhobenen und arthroskopisch bestätigten vollständigen Supraspinatussehnenruptur (act. G 5.1.10, G 5.1.32). In Bezug auf die Rotatorenmanschette und insbesondere deren Supraspinatussehne gilt es zu beachten, dass diese zur Degeneration neigen. Allerdings kann die Rotatorenmanschette auch als Folge eines Traumas ein- oder abreißen (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2005, S. 628, 724 f., 728 ff., 732; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. 2003, S. 225, 1681; Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 250). Allgemein ist vorwegzunehmen, dass die Ausdrücke "Ruptur" und "Läsion" nicht automatisch auf ein erlittenes Trauma hindeuten (Debrunner, a.a.O., S. 412, 628, 724 f., 728 ff; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1681; Psyhyrembel, a.a.O., S. 1576, 1646). Es ist mithin zu prüfen, ob es sich bei der von der Beschwerdeführerin erlittenen vollständigen Supraspinatussehnenruptur links um eine direkte Unfallfolge oder um einen degenerativen Vorzustand handelt. Während die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilungen ihrer beratenden Ärzte Dr. I.____ und Dr. J.____ von einer vorbestehenden Supraspinatussehnenruptur ausgeht, vertritt die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin gestützt auf die Beurteilungen der behandelnden Ärzte und des Radiologen sowie unter Hinweis auf die Stellungnahme der Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie vom 1. Oktober 2020 den Standpunkt, die Beschwerdeführerin habe sich diese beim Unfall vom 29. September 2019 zugezogen (vgl. act. G 5.1.88 ff., G 5, G 7). Der Vergleich bildgebender Untersuchungsergebnisse aus der Zeit vor und nach dem Unfall würde für die Abgrenzung eines Vorzustandes von einer unfallbedingten strukturellen Schädigung eine bedeutsame Beweisgrundlage darstellen (vgl. dazu BGE 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2). Im konkreten Fall liegen indes keine vor dem Unfall erstellten radiologischen Bilder vor, weshalb diesbezügliche Erkenntnisse fehlen. Die Schädigung der Supraspinatussehne links wurde bereits im Rahmen der MRI-Untersuchung vom 6. November 2019 erhoben (act. G 5.1.10), was als unfallnaher bildgebender Befund angesehen werden muss. Damit ist an sich nicht ausgeschlossen, dass sich die Beschwerdeführerin die vollständige Ruptur der Supraspinatussehne links beim Unfall vom 29. September 2019 zugezogen hat und diese somit eine traumatische Verletzung darstellt. Dr. I.____ und Dr. J.____ beleuchten in ihren Beurteilungen sowohl Komponenten, welche für als auch solche, die gegen eine traumatische Genese sprechen. Dr. J.____ diskutiert in seiner Beurteilung vom 29. September 2020 (act. G 5.1.108) zunächst den Unfallmechanismus und die initiale Unfalldiagnose. Gemäss den drei sehr ähnlich lautenden Sachverhaltsschilderungen in der Bagatellunfallmeldung UVG der Arbeitgeberin vom ____ . Oktober 2019 (act. G 5.1.1), der

E-Mail von Dr. C.____ vom 12. November 2019 (act. G 5.1.20) und der Einsprache vom 17. März 2020 (act. G 5.1.72) habe es sich beim Unfall vom 29. September 2019 ohne namhafte Zweifel um den Mechanismus einer direkten Kontusion der linken Schulter gehandelt. Eine Hebelwirkung durch den Stock und damit eine distorsielle Komponente, wie sie in der Beschwerdeschrift vom 24. August 2020 (act. G 1) geltend gemacht werde, liessen sich hingegen anamnestisch ausschliessen. Als Diagnose habe Dr. C.____ eine Schulterkontusion (direktes Trauma) am 29. September 2019 nach Sturz beim Wandern gestellt (act. G 5.1.20). Die MRI-Untersuchung vom 6. November 2019 habe sodann als Hauptbefund eine vollständige ossäre Ablösung der Supraspinatussehne gezeigt (act. G 5.1.10). Insbesondere für Rotatorenmanschettenläsionen, wie der vorliegenden vollständigen ossären Ablösung der Supraspinatussehne, werden in medizinischen Fachartikeln konkrete Verletzungsmechanismen beschrieben, welche zu einer traumatischen Sehnenruptur führen können. Als potenziell geeignete Verletzungsmechanismen werden namentlich genannt: das Abscheren des Sehnenansatzes von innen, sobald der maximal zulässige Rotationswinkel überschritten ist und der Sehnenansatz mit dem Pfannenrand in Konflikt gerät (sogenanntes inneres Impingement), z.B. bei einer Schulter(sub)luxation; die passive Traktion, z.B. nach unten (beim Versuch einen schweren fallenden Gegenstand aufzufangen), ventral oder medial; die exzentrische Belastung angespannter Anteile der Rotatorenmanschette, z.B. bei passiv forcierter Aussen- oder Innenrotation bei anliegendem oder abgespreiztem Arm, z.B. bei einem Sturz vom Gerüst nach vorn mit dem Versuch, den Fall durch Festhalten abzufangen (Alexandre Lädemann/Bernhard Jost/Dominik Weishaupt/Didier Elsig/Matthias Zumstein, Revidierte Unterscheidungskriterien, Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette in: Swiss Medical Forum, Ausgabe 2019/15-16, S. 260-267, zu finden unter: https://www.researchgate.net/publication/332331925_Degenerative_oder_traumatische_Läsionen_der_Rotatorenmanschette, [Download full-text PDF], abgerufen am 6. Mai 2021 [nachfolgend zitiert: Swiss Medical Forum]; S2e-Leitlinie "Rotatorenmanschette", Version vom März 2017, zu finden unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-0411_S2e_Rotatorenmanschette_2017-04-02.pdf, abgerufen am 6. Mai 2021 [nachfolgend zitiert: AWMF-Leitlinien]). Das Bundesgericht gab in seinem Urteil vom 22. Oktober 2019, 8C_446/2019, E. 5.2.2 f., die vorgenannten Unfallmechanismen wieder und ging gestützt auf eine weitere Publikation davon aus, dass die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) ein ungeeigneter Hergang für eine Rotatorenmanschettenschädigung sei, da die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und durch den Delta-Muskel gut abgeschirmt sei. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hat in seinen früheren Entscheiden gestützt auf das vorgenannte Bundesgerichtsurteil ein direktes Anpralltrauma der Schulter als bedeutsamen Faktor gegen eine traumatische Genese einer Rotatorenmanschettenläsion gewertet. In der Stellungnahme vom 1. Oktober 2020 widerspricht nun die Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie (act. G 7.1) der Auffassung des Bundesgerichts und gelangt zum Schluss, dass ein direktes Schultertrauma durchaus zu einer Rotatorenmanschettenruptur führen könne. Die Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie gibt an, die aktuelle, internationale Literatur nochmals genau gesichtet und systematisch nach Artikeln gesucht zu haben, die über akute, rein traumatisch bedingte Rotatorenmanschettenrupturen berichteten. Sie führt die von ihr durchgesehenen Artikel an und hält fest, ihnen könne zusammenfassend entnommen werden, dass ein direktes

Schultertrauma durchaus ein überwiegend wahrscheinlicher Mechanismus für eine akute/traumatische Rotatorenmanschettenruptur sein könne und sogar einer der häufigsten Mechanismen sei. Das Bundesgerichtsurteil sei demgegenüber nicht wissenschaftlich begründet, basiere auf einer veralteten Expertenmeinung und ignoriere aktuelle, auf neuester Literatur basierende Meinungen von Schulterexperten. Wenn das Bundesgericht seine Entscheide auf aktuellste wissenschaftliche Erkenntnisse höchstmöglicher Evidenz abstütze, könne das fragliche Bundesgerichtsurteil nicht als richtungsweisend angesehen werden. Bereits in dem im Swiss Medical Forum veröffentlichten Artikel (S. 263) hatten Experten, darunter wiederum Mitglieder der Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie, ihre Meinung kundgetan, wonach eine Rotatorenmanschettenläsion nicht nur durch die in fünf Studien beschriebenen, sondern auch durch andere Verletzungsmechanismen, namentlich auch durch ein Direkttrauma der Schulter, entstehen könne. Zur Begründung im Bundesgerichtsurteil - die Rotatorenmanschette sei durch das darüber liegende Schulterdach (Acromion) und den Deltoideusmuskel vor einer Gewalteinwirkung geschützt - führt die Expertengruppe in der Stellungnahme vom 1. Oktober 2020 aus, dass diese Hypothese in keinem der von ihr gesichteten Artikeln durch eine biomechanische oder klinische Studie untermauert werde. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hat zwar, wie gesagt, in seinen früheren Entscheiden hinsichtlich Verletzungsmechanismus auf die obgenannte bundesgerichtliche Rechtsprechung abgestellt. Es hat jedoch den Artikel im Swiss Medical Forum im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung von Rotatorenmanschettenläsionen grundsätzlich als wegweisend erachtet. Angesichts dessen, dass der Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs im Bereich der Medizin in der Regel basierend auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen zu erbringen ist (vgl. Erwägung 2.1) und die Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie in ihrer Stellungnahme vom 1. Oktober 2020 (act. G 7.1) die bereits im Swiss Medical Forum (S. 263) von einigen ihrer Experten geäußerte Meinung nochmals bekräftigt hat, wonach bei einem Direkttrauma der Schulter ohne explizit ausgestreckten Arm ebenfalls eine Rotatorenmanschettenläsion entstehen könne, hat das Versicherungsgericht in seinen Entscheiden UV 2020/22 vom 20. April 2021 und UV 2019/24 vom 21. April 2021 festgehalten, es sehe keinen Grund, künftig nicht auch die plausible und nachvollziehbare Stellungnahme der Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie vom 1. Oktober 2020 zu berücksichtigen. Das Bundesgericht hat in seinen erst nach diesen Entscheiden publik gewordenen Urteilen vom 7. April 2021, 8C_740/2020, E. 4, und 15. April 2021, 8C_672/2020, E. 4, ebenfalls auf die Stellungnahme der Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie vom 1. Oktober 2020 Bezug genommen. Dabei hat es darauf hingewiesen, dass deren Meinungsäußerung wissenschaftlich nicht belegt sei und die Frage, ob und inwiefern Anpralltraumen geeignet seien, Rotatorenmanschettenläsionen zu verursachen, in der medizinischen Literatur kontrovers diskutiert werde. Es sei nicht Aufgabe des Bundesgerichts, den Expertenstreit hinsichtlich des Nachweises der Unfallkausalität von Rotatorenmanschettenläsionen zu entscheiden. Zur Beurteilung der Unfallkausalität werde dem Kriterium des Unfallmechanismus keine übergeordnete Bedeutung mehr beigemessen (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2020, 8C_59/2020, E. 5.3. f.). Es gehe vielmehr darum, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprächen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich habe, der Wahrheit zu entsprechen. Dabei gelte es etwa, die bildgebenden Befunde, die Vorgeschichte, den Unfallhergang, den

Primärbefund und den Verlauf zu berücksichtigen (Urteile des Bundesgerichts vom 7. April 2021, 8C_740/2020, E. 4.2, und vom 15. April 2020, 8C_672/2020, E. 4.1.3). Im vorliegenden Fall besteht kein Anlass, auf die Ausführungen des Versicherungsgerichts in den in Erwägung 4.1.3 genannten Entscheiden zurückzukommen, zumal die Frage, ob bei einem Direkttrauma der Schulter ebenfalls eine Rotatorenmanschettenläsion entstehen könne, offengelassen werden kann. Wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen 4.1.6 f. ergibt, kann vorliegend nämlich auch der typische Bewegungsablauf einer Distorsion nicht ausgeschlossen werden. Die Beschwerdeführerin suchte einen Tag nach dem Unfall vom 29. September 2019 ihren Hausarzt Dr. C. ___ auf, der in der Krankengeschichte ein Ausrutschen beim Wandern und dabei einen Schlag mit dem Griff eines Wanderstocks gegen die linke Schulter notierte und eine Schulterkontusion (direktes Trauma) diagnostizierte (act. G 5.1.20). Gemäss der von der Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin am ___ . Oktober 2019 eingereichten Bagatellunfallmeldung UVG hatte es der Beschwerdeführerin bei einem Sturz beim Wandern den Stockschaft hart an die linke Schulter geschlagen (act. G 5.1.1). Am selben Tag hatte die Beschwerdeführerin den untersuchenden Ärzten im Institut für Notfallmedizin des D. ___ berichtet, sie sei auf den ausgestreckten linken Arm gestürzt. Die Ärzte diagnostizierten eine Schulterdistorsion links (act. G 5.1.2). Im Überweisungsschreiben vom 22. Oktober 2019 an die Klinik E. ___ hielt Dr. C. ___ fest, die Beschwerdeführerin sei beim Wandern gestürzt. Wie in der Krankengeschichte schrieb er, dass der Beschwerdeführerin dabei unglücklich der Griff des Wanderstocks gegen die linke ventrale Schulter geprallt sei, und diagnostizierte eine Schulterkontusion links (direktes Trauma) nach Sturz beim Wandern (act. G 5.1.7). Dr. F. ___ führte sodann im Untersuchungsbericht vom 4. November 2019 in der Anamnese an, dass sich die Beschwerdeführerin im Rahmen eines Wandersturzes eine direkte Schulterkontusion linksseitig zugezogen habe. Zum einen sei es zu einem Anpralltrauma direkt mit dem Wanderstock ventralseits der Schulter gekommen, zum anderen zu einem Sturz auf die Schulter. Entsprechend diagnostizierte Dr. F. ___ einen Status nach direkter Schulterkontusion links nach Sturzereignis (act. G 5.1.8). Für Dr. I. ___ zeigte die Analyse der verschiedenen erhobenen Anamnesen auf, dass die Beschwerdeführerin einen direkten Schlag auf ihre linke Schulter erlitten habe (act. G 5.1.23). Nach der formlosen Mitteilung der Leistungseinstellung vom 22. November 2019 durch die Beschwerdegegnerin per 10. November 2019 (act. G 5.1.25) schilderte die Beschwerdeführerin in der E-Mail vom 4. Dezember 2019, sie sei beim Wandern bzw. Hinunterlaufen auf einer Felsplatte mit Kieselsteinen ausgerutscht. Sie sei mit Wanderstöcken (nicht eingeschlaucht) unterwegs gewesen. Beim Ausrutschen habe es ihr den Stockgriff sehr heftig in die linke Schulter geschlagen. Weil der Arm nach hinten unter grosser Anspannung gewesen sei, habe es ihr leider das obere Schulterband abgerissen und ein seitliches Band angerissen (act. G 5.1.36). Nachdem die Leistungseinstellung per 10. November 2019 verfügt worden war, wiederholte die Beschwerdeführerin diese Unfallschilderung in der Einsprache vom 17. März 2020 (act. G 5.1.72). Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hielt schliesslich in der Beschwerde vom 24. August 2020 folgendes Unfallereignis fest: Die Beschwerdeführerin sei am 29. September 2019 verunfallt, als sie beim Hinunterlaufen auf Kies ausgerutscht und gestürzt sei. Sie sei an besagtem Tag mit Wanderstöcken wandern gewesen. Die Schlaufen seien nicht über die Handgelenke eingeschlaucht gewesen. Nichtsdestotrotz habe sich die Beschwerdeführerin an den Stöcken festgehalten, als es zum Sturz gekommen sei. Der Sturz habe durch den Stockschaft eine zusätzliche (Hebel-)Kraft auf die linke Schulter verursacht. Es sei somit nicht nur zu einem Anpralltrauma der linken

Schulter, sondern zudem durch den Stock zu einem Trauma mit Hebelwirkung auf die linke Schulter gekommen. Dr. I. ___ gehe demnach von einem falschen Sachverhalt aus (act. G 1 S. 4). Unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin am 29. September 2019 durch den Wanderstock einen direkten Schlag an die linke Schulter erlitten hat. Dr. J. ___ (act. G 5.1.108) und der Beschwerdegegnerin (act. G 5 B./3.) kann darin, dass sich eine Hebelwirkung durch den Stock und damit eine distorsionelle Komponente anamnestisch ausschliessen lasse, nicht gefolgt werden. Unter Berufung auf die Beweismaxime, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger seien als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein könnten (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts vom 22. September 2008, 8C_827/2007, E. 5.1, und 23. Oktober 2009, 8C_319/2009, E. 2; KOSS UVG-Nabold, N 11 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 10 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 29 f.), lässt sich jedenfalls eine Distorsion nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausschliessen. So beinhaltet bereits die Schilderung der Beschwerdeführerin gegenüber den Ärzten im Institut für Notfallmedizin des D. ___ ein Sachverhaltselement, welches zusätzlich zum Kontusionsmechanismus einen Distorsionsmechanismus (Sturz auf den ausgestreckten linken Arm) beschrieb. Dies belegt auch die ärztliche Distorsionsdiagnose (act. G 5.1.2). Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass für den konkreten Fall - entgegen der Auffassung von Dr. J. ___ - eine Kontusion und/oder eine Distorsion nicht ausgeschlossen werden können. Laut Anamnese könnte beim Unfall sogar in dreifacher Weise eine schädigende Kraft auf die linke Schulter - durch den Stockschlag, die Hebelwirkung sowie den Sturz - eingewirkt haben. Nachfolgend gilt es sodann - wie vom Bundesgericht gefordert - gestützt auf die vorliegenden medizinischen Beurteilungen die weiteren, im konkreten Fall bedeutsamen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Supraspinatussehnenruptur sprechen, gegeneinander abzuwägen. Der Hinweis von Dr. J. ___, die Diagnose von Dr. F. ___ basiere ausschliesslich auf der Formel "post hoc ergo propter hoc" (vgl. dazu Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 96 zu Art. 4; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205 [= Beweisführung nach der Formel "post hoc ergo propter hoc"]; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 ff. E. 2b/bb; act. G 5.1.109), ist zunächst kein überzeugendes Argument gegen eine traumatische Genese der Supraspinatussehnenläsion. Dr. C. ___ erhob anlässlich der Erstbehandlung vom 30. September 2019 eine auf die Schulterkontusion folgende (konsekutive) *functio laesa* der Schulter (act. G 5.1.20). Auch die Ergebnisse der klinischen Untersuchung vom 8. Oktober 2019 liessen die behandelnden Ärzte im Institut für Notfallmedizin des D. ___ bereits an eine Läsion der Supraspinatussehne denken (act. G 5.1.3; vgl. auch Swiss Medical Forum, S. 263; AWMF-Leitlinien, a.a.O., S. 17 ff.; Debrunner, a.a.O., S. 728; Pschyrembel, a.a.O., S. 1576), welche nachfolgend kernspintomographisch sowie arthroskopisch nachgewiesen wurde und operativ behandelt werden musste. Eine Rotatorenmanschettenproblematik trat bei der Beschwerdeführerin also offensichtlich zeitlich mit dem Unfall vom 29. September 2019 auf. Die Feststellung von Dr. J. ___ (act. G 5.1.110) - es stelle sich ihm die Frage, weshalb Dr. C. ___ nicht bereits umgehend nach seiner Erstbehandlung vom 30. September 2019 weitere Abklärungen veranlasst habe und stattdessen lediglich die lokale Applikation einer schmerzstillenden Salbe sowie Ibuprofen verordnet habe, wenn für ihn schon von Anfang an klar gewesen sei, dass sich die Beschwerdeführerin relevant verletzt haben könnte (vgl. dazu act. G 5.1.41, G 5.1.20) - mag teilweise berechtigt sein. Doch kann auch

sie die Ausführungen in der Erwägung 4.2.1 nicht aufweichen und für sich allein stichhaltig eine traumatische Genese der Supraspinatussehnenruptur nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausschliessen. Dass Dr. C.____ tatsächlich von Beginn weg von einer relevanten, insbesondere strukturellen, Verletzung ausgegangen ist, ist nicht belegt. In seinem Schreiben vom 9. Januar 2020 bejahte er jedenfalls in Kenntnis der gesamten medizinischen Aktenlage mit Nachdruck eine traumatische Kausalität (act. G 5.1.41). Insofern erscheint es irrelevant, von welcher Diagnose er anlässlich der Erstbehandlung genau ausgegangen ist. Dass ein Hausarzt im Verlauf einer Heilbehandlungsphase eines Patienten basierend auf nachfolgenden fachärztlichen Untersuchungsergebnissen seine Beurteilung ändert, weil er neue Erkenntnisse dazugewonnen hat, ist zudem keinesfalls fragwürdig oder unüblich. Tatsächlich therapierte zwar Dr. C.____ die Beschwerdeführerin zunächst nur konservativ und wies sie keiner radiologischen Untersuchung zu. Als die Beschwerden persistierten, wies er sie jedoch Facharzt Dr. F.____ zu (act. G 5.1.7), der eine weiterführende MRI-Untersuchung in die Wege leitete (act. G 5.1.8 ff.). Der von Dr. C.____ gewählte Therapieablauf erscheint damit - wie von der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin in der Replik vom 17. November 2020 (act. G 7) zutreffend beurteilt - weder augenscheinlich fehlerhaft noch widersprüchlich. Dr. J.____ (act. G 5.1.108 f.) und Dr. I.____ (act. G 5.1.86 f.) nahmen schliesslich persönlich Einsicht in die MRI-Bilder vom 6. November 2019 (act. G 5.1.10). MRI-Bilder liefern zwar grundsätzlich objektivierbare Befunde, doch deren Einordnung und Beurteilung enthält eine subjektive, d.h. persönliche Komponente, was bei verschiedenen Mediziner*innen zu unterschiedlichen und letztlich voneinander abweichenden Erkenntnissen führen kann. Daher kann sich eine differierende Zuordnung der Fakten ergeben. So kann ein und dieselbe strukturelle Schädigung als traumatische Verletzung oder als degenerativer Gesundheitsschaden imponieren (hinsichtlich der Rotatorenmanschettenläsion vgl. Erwägung 3.2; bezüglich Meniskusriss vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 1146; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1204, 1852; Debrunner, a.a.O., S. 1056 f., Evalotta Samuelsson, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung, Das Beispiel des Meniskusrisses, in: SZS 2018, S. 344 f.). Dr. J.____ erhebt bezüglich der Supraspinatussehne verschiedene MRI-Befunde - eine Retraktion Grad II nach Patte, eine Atrophie sowie eine beginnende Verfettung der Muskulatur - und beurteilt, dass diese in Kombination und angesichts dessen, dass sie gerade nur fünf Wochen nach dem Trauma zu finden gewesen seien, nach dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand eindeutig eine schon länger dauernde und somit chronisch-degenerative Entwicklung belegen würden (act. G 5.1.108 f.). Übereinstimmend dazu hält auch Dr. I.____ in seiner Beurteilung vom 4. Juni 2020 fest, dass die Ruptur der Supraspinatussehne in der MRI-Untersuchung vom 6. November 2019 mit bereits deutlicher Retraktion aufgrund der in der Bildgebung zur Darstellung kommenden Veränderungen - unregelmässige Ausfransungen und osteophytäre Ausziehungen an der Sehne und an der Muskulatur - überwiegend wahrscheinlich Ausdruck einer degenerativen Veränderung seien, wenn auch nur geringe Zeichen einer Atrophie und Verfettung der Muskulatur im Bilddatensatz vorliegen würden (act. G 5.1.87). Die von den beratenden Ärzten der Beschwerdegegnerin erhobenen radiologischen Kriterien können zur Unterscheidung zwischen einer degenerativen und traumatischen Rotatorenmanschettenläsion beitragen (vgl. Swiss Medical Forum, S. 264 ff.). Ausfransungen sowie osteophytäre Ausziehungen im Schulterbereich weisen nach der Lehre in der Regel auf eine Rotatorenmanschettedegeneration hin (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 58, 123, 583 f., 587, 725; Pschyrembel, a.a.O., S. 153 "Arthrose"; Roche Lexikon, a.a.O.,

S. 134). Laut dem im Swiss Medical Forum (S. 265 f.) veröffentlichten Artikel sind traumatische Rotatorenmanschettenläsionen in der koronalen Ebene oftmals in der Sehnensubstanz lokalisiert. Im Verlauf könne es zur Retraktion des proximalen Sehnenabschnitts nach Patte kommen. Dies geschehe im Allgemeinen langsam. Eine Studie zeige, dass innerhalb von zwölf Wochen nach einer traumatischen Sehnenläsion der proximale Sehnenstumpf sich nicht bis zum Glenoid oder darüber hinaus retrahiere. Es könne jedoch sehr wohl eine Retraktion Grad III bis zum Glenoid ohne fettige Infiltration innerhalb weniger Wochen nach dem Trauma auftreten, was auf eine akute Läsion mit erheblicher musklotendinöser Retraktion hinweise. Die von Dr. H. ___ im MRI-Untersuchungsbericht vom 6. November 2019 erhobene Retraktion der Supraspinatussehne um ca. 2 cm (act. G 5.1.10), welche Dr. J. ___ nach der Klassifikation von Patte dem Grad II zuordnet (act. G 5.1.108 f.), spricht demnach noch nicht gegen eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion. Laut Swiss Medical Forum (S. 264) unterscheidet sich sodann die Entwicklungsdauer der fettigen Infiltration je nachdem, ob eine traumabedingte oder eine allmählich fortschreitende Ausgangssituation vorliegt. Bei einer traumabedingten Ausgangssituation und bei massiven Läsionen (zwei oder mehr Sehnen) manifestiere sich die fettige Infiltration schneller. Ein Patient mit einer erheblichen fettigen Infiltration nach Goutallier (Grad III und IV) habe demzufolge wahrscheinlich eine bereits vorbestehende, nun dekompenzierte Läsion entwickelt oder es sei zu einer akuten Vergrösserung einer bereits vorbestehenden Läsion gekommen. Eine erhebliche fettige Infiltration nach einer traumatischen Massenruptur könne sich innerhalb weniger Monate entwickeln. Während die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin in der Replik vom 17. November 2020 (act. G 7) festhält, Dr. H. ___ beschreibe im MRI-Untersuchungsbericht vom 6. November 2019 eine leichte Verfettung Grad I nach Goutallier, vermag das Gericht aus dem Untersuchungsbericht nichts über eine Verfettung herauszulesen (vgl. act. G 5.1.10). Auch im Operationsbericht vom 29. November 2019, der für die Kausalitätsbeurteilung ebenso bedeutsam ist, weil die Arthroskopie gegenüber dem MRI durch direkten Einblick in die intraartikulären Strukturen in vielen Fällen eine nochmals feinere diagnostische Differenzierung zulässt (Pschyrembel, a.a.O., S. 153 f.; Debrunner, a.a.O., S. 247 f., 725 f.), wird von Dr. F. ___ keine Verfettung der Muskulatur erwähnt (vgl. act. G 5.1.32). Vor diesem Hintergrund ist festzuhalten, dass eine traumabedingte Rotatorenmanschettenruptur auch unter Berücksichtigung des radiologischen Unterscheidungskriteriums "Atrophie und Verfettung der Muskulatur" nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann. Ausfransungen und Ostophyten werden sodann von Dr. H. ___ im MRI-Untersuchungsbericht (act. G 5.1.10) und von Dr. F. ___ im Operationsbericht vom 29. November 2019 (act. G 5.1.32) ebenfalls nicht explizit erwähnt. Als entsprechender Befund erhob jedoch Dr. H. ___ eine moderate AC-Arthrose (act. G 5.1.10). Abgesehen davon, dass eine AC-Gelenksarthrose laut Swiss Medical Forum (S. 263 f.) nicht in kausalem Zusammenhang mit einer Rotatorenmanschettenläsion steht, dürfte zumindest in einer moderaten Arthrose kein ausschlaggebender Hinweis für eine nur degenerative Rotatorenmanschettenläsion gesehen werden. Im Operationsbericht von Dr. F. ___ wird im Übrigen eine Arthrose überhaupt nicht erwähnt (act. G 5.1.32). Gemäss MRI-Bericht von Dr. H. ___ wies das Acromion der Beschwerdeführerin vor der Operation eine Konfiguration Typ I nach Bigliani auf (act. G 5.1.10). Dr. F. ___ nahm am 29. November 2019 eine Acromioplastik vor (act. G 5.1.32). Laut dem im Swiss Medical Forum veröffentlichten Artikel wird die Morphologie des Acromions als ursächlicher Faktor für

die Entstehung einer Rotatorenmanschettenläsion in der Literatur kontrovers diskutiert. Die Morphologie des Acromions nach Bigliani und der abfallende Acromionverlauf würden nicht eindeutig mit Läsionen der Rotatorenmanschette assoziiert. Die einzige eindeutig mit Rotatorenmanschettenläsionen assoziierte Veränderung sei eine Azetabulisierung des Acromions. Eine solche Morphologie liegt im konkreten Fall aber nicht vor.

Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass sich auch aus den von Dr. J.____ und Dr. I.____ genannten radiologischen Kriterien und aus der übrigen konkreten radiologischen Befundsituation keine Hinweise auf bedeutsame Vorzustände ergeben, welche eine traumatisch verursachte Rotatorenmanschettenläsion als unwahrscheinlicher annehmen lassen als eine degenerative Rotatorenmanschetteläsion. Im Übrigen lässt sich aus allenfalls vorhandenen degenerativen Vorzuständen nicht ohne weiteres ableiten, der Unfall habe nicht zur Ruptur beigetragen. Denkbar ist auch, dass die Vorzustände zwar ein Einreißen erleichtern, es ohne Unfallereignis aber gleichwohl nicht zur Ruptur gekommen wäre. Auch aufgrund der Ausführungen von Dr. J.____ (act. G 5.1.109 f.) bezüglich einer Frozen shoulder und einer von Dr. F.____ MR-tomographisch gesehenen Totalruptur der Supraspinatussehne mit deutlichem Kinking als angeblichem Anzeichen einer definitiv posttraumatischen Situation (act. G 5.1.11) kann eine traumatische Verursachung der Supraspinatussehne nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Die Ausführungen bezüglich Frozen shoulder betreffen nicht die Frage der Kausalität der Supraspinatussehnenruptur, sondern die Operationsindikation und den Operationserfolg. Bei einer Frozen shoulder handelt es sich sodann um eine schmerzhafte Funktionseinschränkung der Gelenkbeweglichkeit, womit also grundsätzlich nur eine funktionelle, keine pathologisch-anatomische Diagnose vorliegt. Eine Frozen shoulder stellt keine degenerative oder eine traumatische Läsion dar, sondern entsteht durch degenerative Prozesse oder sekundär in Folge einer traumatischen Verletzung (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 733; Pschyrembel, a.a.O., S. 611; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1430). Insofern räumt selbst Dr. J.____ schlüssig ein (act. G 5.1.109 f.), dass sich aus dem allfälligen Vorliegen einer solchen sowie aus dem Umstand, dass sich drei Monate postoperativ noch keine objektiv erkennbare Verbesserung im Vergleich zum präoperativen Zustand zeige, kein direkter Zusammenhang zur Kausalität ableiten lasse. Es dürfe jedoch die Frage aufgeworfen werden, ob mit der durchgeführten Operation wirklich diejenigen Strukturen angegangen worden seien, welche für die Beschwerden der Beschwerdeführerin verantwortlich gewesen seien. Im vorliegenden Fall ist unbestritten, dass bei der Beschwerdeführerin eine symptomatische Totalruptur der Supraspinatussehne gegeben war, welche von Dr. F.____ am 29. November 2019 grundsätzlich therapeutisch nachvollziehbar arthroskopisch rekonstruiert wurde (act. G 5.1.32; vgl. dazu AWMF-Leitlinien, S. 26; Debrunner, a.a.O., S. 730; Pschyrembel, a.a.O., S. 1577). Ihre Genese gilt es hier zu beurteilen. Ob vor der Operation allenfalls eine Frozen shoulder vorgelegen hat, aufgrund welcher laut Dr. J.____ ein rekonstruktiver Eingriff an der Rotatorenmanschette kaum als lege artis anzusehen gewesen wäre, muss hier nicht beurteilt werden. Laut Dr. J.____ liegt es auf der Hand, dass eine abgelöste Supraspinatussehne in einem flüssigen Medium bzw. bei einer MRI-Untersuchung mit zuvor appliziertem intraartikulärem Kontrastmittel flottieren kann, so dass im vorliegenden Fall kaum von einem echten Kinking als vermeintlichem Zeichen einer posttraumatischen Situation die Rede sein könne (act. G 5.1.110). Abgesehen davon, dass damit offensichtlich auch Dr. J.____ ein Kinking nicht definitiv auszuschliessen vermag, kann die alleinige Unsicherheit bezüglich des Vorliegens eines solchen die Ausführungen in den Erwägungen 4.2 ff. nicht in Frage stellen oder beseitigen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass an der Zuverlässigkeit der Beurteilungen von Dr. J.____ und Dr. I.____, wonach die Supraspinatussehnenruptur links mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein degenerativer Vorzustand sei, bedeutsame Zweifel bestehen. Gegen die von den beratenden Ärzten der Beschwerdegegnerin an sich richtig beleuchteten Faktoren liegen im konkreten Fall Hinweise vor, aufgrund welcher eine traumatische Ursächlichkeit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann. Allerdings enthält der Untersuchungsbericht von Dr. F.____ vom 8. November 2019 (act. G 5.1.11) keine ausführliche und umfassende Kausalitätsbeurteilung, Dr. C.____ verfügt nicht über einen Facharztstitel, der ihn als Schulterspezialist ausweisen würde, und bei beiden Ärzten handelt es sich um behandelnde Ärzte (vgl. dazu BGE 135 V 470 E. 4.5; Urteile des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 8C_907/2009, E. 1.1, und vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.1). Gestützt auf diese medizinische Aktenlage ist es daher dem Gericht nicht möglich, abschliessend zu beurteilen, ob die Supraspinatussehnenläsion links durch den Unfall vom 29. September 2019 verursacht wurde oder ob ihr ein degenerativer Vorzustand zugrunde liegt. Die Beschwerdegegnerin wäre gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht [ATSG; SR 830.1]) zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen hinsichtlich Unfallkausalität gehalten gewesen. Nachdem bereits geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Feststellungen beratender Ärzte und Ärztinnen von Versicherern ergänzende Abklärungen erforderlich machen, wird sie solche nachzuholen haben (vgl. Erwägung 2.3). Die Angelegenheit ist deshalb zur Veranlassung einer versicherungsexternen fachmedizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 24. August 2020 (act. G 1) unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 14. Juli 2020 (act. G 5.1.88 ff.) dahingehend gutzuheissen, dass die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung hinsichtlich Anspruchsberechtigung der Beschwerdeführerin auf Versicherungsleistungen über den 10. November 2019 hinaus an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 83 ATSG noch anwendbaren Fassung). Die Beschwerdegegnerin hat bei diesem Verfahrensausgang Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, die Entschädigung - wie in vergleichbaren Fällen üblich - auf pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 14. Juli 2020 aufgehoben und die Sache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung hinsichtlich Anspruchsberechtigung der Beschwerdeführerin auf Versicherungsleistungen über den 10. November 2019 hinaus an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- auszurichten.

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