

SO_GERICHTE VSBES.2021.87 vom 23. April 2021

SO Obergericht, 2021-04-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.87

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.87 du 23 avril 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.87 del 23 aprile 2021

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1959 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) war im Unfallzeitpunkt vom 26. Mai 2020 seit dem 1. Juni 2015 bei der Firma C.____, [...], als [...] angestellt und in dieser Funktion gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch bei der B.____ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) versichert (vgl. Unfallmeldung vom 2. Juni 2020, Akten der Beschwerdegegnerin [B.____] Nr. 36). 1.2 Mit Unfallmeldung vom 2. Juni 2020 (B.____-Nr. 36) wurde der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, die Beschwerdeführerin habe am 26. Mai 2020 einen Nichtberufsunfall erlitten. Sie sei über eine Bordsteinkante auf das Trottoir gestürzt. Dem Bericht des Spitals D.____ vom 26. Mai 2020 über die gleichentags erfolgte chirurgische Behandlung sind die Diagnosen Luxation im PIP Dig III Hand links sowie Schulterkontusion rechts nach Stolpersturz am 26. Mai 2020 zu entnehmen (B.____-Nr. 8). Die Beschwerdegegnerin anerkannte mit Schreiben vom 4. Juni 2020 (B.____-Nr. 2) ihre Leistungspflicht und richtete Taggelder aus. 1.3 Anlässlich der Sprechstunde bei Dr. med. E.____, Leitender Arzt Orthopädie, Spital D.____, vom 16. Juli 2020 wurde die Beschwerdeführerin darüber aufgeklärt, dass an der Schulter ein operativer Eingriff (Rekonstruktion der Rotatorenmanschette in Verbindung mit einer Bizepsstenotomie) durchgeführt werden müsse (siehe Sprechstundenbericht vom 16. Juli 2020, B.____-Nr. 10). Die Beschwerdegegnerin wurde um eine Bestätigung der Kostenübernahme gebeten (B.____-Nr. 5). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin medizinische Unterlagen ein und gab bei Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Chirurgie und beratender Experte der Beschwerdegegnerin, eine Aktenbeurteilung in Auftrag (B.____-Nr. 11). Dr. med. F.____ gelangte in seiner Beurteilung vom 2. August 2020 (B.____-Nr. 15) zum Ergebnis, das Unfallereignis vom 26. Mai 2020 sei für die Luxation des Mittelgelenks des linken Mittelfingers zweifelsohne eine überwiegend wahrscheinliche Ursache der gesundheitlichen Störung. Für die Veränderungen im Schultergelenk sei das Unfallereignis eine bloss mögliche Ursache. 1.4 Mit Schreiben vom 4. August 2020 (B.____-Nr. 18) teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, dass die gesetzlichen Versicherungsleistungen per 23. Juni 2020 eingestellt würden. 1.5 Nach Eingang der Stellungnahme von Dr. med. E.____ vom 12. August 2020 (B.____-Nr. 20) gab die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. F.____ einen Nachtrag zur Aktenbeurteilung vom

E. 2

Die Beschwerdegegnerin habe für das Unfallereignis vom 26. Mai 2020 die gesetzlichen Leistungen gemäss Unfallversicherungsgesetz (UVG) zu erbringen.

E. 3

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1 mit Hinweis).

3.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis; RKUV 2003 U 485 S. 259 E. 5; Urteil des Bundesgerichts 8C_17/2017 vom 4. April 2017 E. 2.2).

3.3 Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten

Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1). Einem eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärztinnen und -ärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt worden ist und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, ist in der Beweiswürdigung indessen volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3bb mit Verweis auf BGE 104 V 212).

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin hält in ihrem Einspracheentscheid vom 23. April 2021 (A.S. 1 ff.) fest, es liege unstreitig eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG (Sehnenrisse) vor. Ausgehend von einem Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG mangle es betreffend die Listendiagnose gemäss Aktenbeurteilungen von Dr. med. F.____ vom 2. August 2020 und 18. August 2020 an der natürlichen Kausalität, zumal eine bloss mögliche Ursache dafür nicht genüge, weshalb betreffend die Listendiagnose keine Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG bestehe, ausser für die erlittene Fingerluxation links und die Schulterprellung rechts, welche nach vier Wochen per 23. Juni 2020 abgeheilt sei. Die unstreitig gegebene Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG sei gemäss Aktenbeurteilung von Dr. med. F.____ vom 29. März 2021 im gesamten Ursachenspektrum vorwiegend (über 50 %) auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen, weshalb auch keine Leistungspflicht gemäss Art.

E. 4.2

Dagegen wendet die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ein, sie habe vor dem Unfallereignis keine Schulterbeschwerden gehabt. Wie sich aus der Behandlungsgeschichte klar ergebe, habe sie nach dem Unfall im Spital sofort auf die durch den Unfall verursachten Schulterbeschwerden hingewiesen. Anders als durch ein plötzliches, eingreifendes Ereignis, könne eine Läsion der Schulter (Sehnenriss) nicht eingetreten sein. Es liege ein offensichtlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Schädigung der Schulter vor, weshalb die entsprechenden Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen seien. Dies ergebe sich im Übrigen auch klar aus der Stellungnahme von Dr. med. E.____ vom 12. August 2020. Die Aktenbeurteilungen von Dr. med. F.____ stellten blosse Aktengutachten dar. Dr. med. F.____ habe die Beschwerdeführerin weder untersucht noch befragt. Die Beurteilungen beruhten in erster Linie auf subjektiven Beweismitteln wie Sprechstunden- und Notfallberichten. Als einziges objektives Beweismittel habe dem Versicherungsarzt ein Arthro-MRI des rechten Schultergelenks zur Verfügung gestanden. Es sei allgemein bekannt, dass medizinische Berichte oft kurz gehalten seien, weshalb sich daraus nicht klare Schlüsse ziehen liessen. So habe auch Dr. med. E.____ in seiner Stellungnahme betreffend den Notfallbericht festgehalten, dass dieser rudimentär sei. Das vorliegende Gutachten sei in keiner Art und Weise geeignet, den Nachweis dafür zu erbringen, dass die Verletzung der Beschwerdeführerin mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen seien. Die von der Beschwerdegegnerin eingeholten Aktenbeurteilungen erfüllten die vom Bundesgericht gestellten Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten nicht, weshalb die Einholung eines Gerichtsgutachtens unumgänglich erscheine. Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei ihren Schlussfolgerungen auf die Meinung von Dr. med. F.____, welcher im Schreiben vom 31. Juli 2020 als beratender Expertenarzt bezeichnet werde. Der Beschwerdeführerin sei die Wahl nicht

mitgeteilt worden und sie habe sich hierzu nicht äussern können. Dr. med. F.____ könne damit nicht als unabhängiger Sachverständiger im Sinne von Art. 44 ATSG bezeichnet werden. Ihm komme bloss die Stellung eines Versicherungsarztes zu. Aus der Erkenntnis, dass die vorliegenden medizinischen Berichte nicht von einem von der Versicherung unabhängigen Arzt stammen, ergebe sich ein bedeutsamer Anspruch: Nach BGE 135 V 465, E. 4, sei eine versicherungsexterne Begutachtung anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestünden. Dr. med. F.____ verfüge über den Facharzttitel «Chirurgie». Bei der Rotatorenmanschettenläsion handle es sich jedoch klarerweise um ein orthopädisches Problem. Bereits dieser Umstand wecke Zweifel an der Beweiskraft der Stellungnahmen von Dr. med. F.____, mangle es ihm doch am erforderlichen orthopädischen Fachwissen. Vorliegend sei im Mindesten eine Stellungnahme eines Facharztes für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH zu fordern gewesen. Der behandelnde Arzt, Dr. med. E.____, dessen Schlussfolgerungen von der Beschwerdegegnerin verworfen worden seien, verfüge im Übrigen über einen entsprechenden Facharzttitel. Man werde den Eindruck nicht los, dass Dr. med. F.____ die ihm vorliegenden Sachverhaltselemente jeweils zu Ungunsten der Beschwerdeführerin gewürdigt habe. Es lägen damit in Anbetracht der unmissverständlichen Stellungnahme von Dr. med. E.____ nicht nur geringe, sondern erhebliche Zweifel an den Ausführungen des Versicherungsarztes vor. Die Anordnung eines unabhängigen Gutachtens im Sinne des Verfahrensart. 5. Vorab ist auf die Rüge betreffend die Verletzung des rechtlichen Gehörs einzugehen. Die Beschwerdeführerin macht diesbezüglich geltend, die Beschwerdegegnerin habe das rechtliche Gehör verletzt, indem sie ihr die Stellungnahme von Dr. med. F.____ vom 29. März 2021 vor Erlass des Einspracheentscheids nicht zugestellt habe und sie somit keine Gelegenheit gehabt habe, eigene Fragen an den Gutachter zu stellen. Diese Unterlassung wiege schwer. Ein zentraler Teilgehalt des rechtlichen Gehörs besteht im Recht auf Akteneinsicht sowie dem Recht, sich zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 370 f.). Bei der Stellungnahme von Dr. med. F.____ vom 29. März 2021 handelt es sich im Wesentlichen um eine Aktenzusammenfassung und um die Beantwortung der Fragen der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit einer ergänzenden Prüfung eines möglichen Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG (vgl. Schreiben der Beschwerdegegnerin an Dr. med. F.____ vom 26. März 2021, B.____-Nr. 42). Auch wenn darin kaum Neues enthalten ist, hätte die ärztliche Beurteilung der Versicherten vor Erlass der Verfügung zur Stellungnahme zugestellt werden müssen. Mit der unterlassenen Zustellung liegt folglich eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor. Bei der besagten Gehörsverletzung handelt es sich jedoch um einen leichten und heilbaren Mangel. Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung im Sinne einer Heilung des Mangels ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wäre (BGE 132 V 387 E. 5.1). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, kann eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend als geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen), zumal sich die Beschwerdeführerin in ihren Rechtsschriften zur

umstrittenen Stellungnahme von Dr. med. F.____ hat äussern können. 6. In materieller Hinsicht ist streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin auch nach dem 23. Juni 2020 Anspruch auf Leistungen für das Unfallereignis vom 26. Mai 2020 hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

6.1 Dem Notfallbericht des Spitals J.____ vom 26. Mai 2020 (B.____-Nr. 8) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: 1. Luxation im PIP Dig III Hand links nach Stolpersturz am 26. Mai 2020 2. Schulterkontusion rechts nach Stolpersturz am 26. Mai 2020 Die Beschwerdeführerin sei am 26. Mai 2020 gestolpert und nach vorne gestützt, ohne Kopfanprall, Bewusstlosigkeit, Kopfschmerzen, Amnesie, Erbrechen oder neurologische Beschwerden. Kontusion der rechten Schulter sowie Luxation Dig III, PIP der linken Hand. Keine Bauch- oder Thoraxschmerzen. Keine weiteren Beschwerden. Kein Fieber oder Husten. Bezüglich der rechten Schulter wird Folgendes ausgeführt: pDMS intakt (A. radialis kräftig. Motorik der Hand intakt. Schulter-Motorik grobkursorisch intakt. Innenrotation im Vergleich zur Gegenseite wenig eingeschränkt. Sensibilität unauffällig).

Kleine Exkoration Hand rechts. Keine Druckdolenz über den ossären Orientierungspunkten. Zur linken Hand lässt sich dem Bericht Folgendes entnehmen: pDS intakt (Rekapillarierungszeit prompt. A. radialis kräftig. Sensibilität intakt. Motorik des Fingers nicht testbar). Nach Reponierung mit normaler pDMS (Motorik in der Akutphase noch nicht abschliessend beurteilbar, Flexion und Extension jedoch gut möglich). Im Röntgen habe sich die Luxation bestätigt und es hätten keine ossären Läsionen nachgewiesen werden können. Reposition durch Dr. med. K.____. In der Röntgenkontrolle keine ossären Läsionen und korrekte Artikulation. Im Röntgen Schulter rechts zeigten sich eine Beugung des Subakromialraumes und mässiggradige Zeichen der Omarthrose, jedoch keine frische Fraktur. 6.2 Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 4. Juni 2020 (siehe Verlaufsbericht des Spitals D.____ vom 4. Juni 2020, B.____-Nr. 3) berichtete die Beschwerdeführerin, an Dig III Hand links keine Beschwerden zu haben. Sie klage noch über persistierende Schmerzen an der rechten Schulter. Konventionell-radiologisch sei dort am Unfalltag keine ossäre Läsion diagnostiziert worden. Keine Schmerzmitteleinnahme.

6.3 Am 30. Juni 2020 fand eine MRI-Untersuchung des rechten Schultergelenks im Spital D.____ statt. Im gleichentags erstellten Bericht wurde in der Befunderhebung aufgeführt, es bestehe eine moderate Arthrose im AC-Gelenk mit Irregularität des Gelenkspalts mit periartikulärem Knochenmarksödem und diskretem umgebendem Weichteilödem. Aufgetriebene lange Bizepssehne am Ansatz. Vollständige Ruptur des Rotatorenintervalls mit Luxation der Sehne nach ventral. Subtotale, transmurale Ruptur der Supraspinatussehne bei vorbestehender Ansatzdendinopathie mit Geröllzysten am Ansatz. Verdacht auf transmurale Partialruptur der Subscapularissehne. Longitudinaler Einriss der Infraspinatussehne. Intaktes Labrum und Glenoid (B.____-Nr. 9).

6.4 Dem Bericht von Dr. med. E.____, Leitender Arzt Orthopädie, Spital D.____, vom 16. Juli 2020 (B.____-Nr. 10), lässt sich folgende Diagnose entnehmen: - Schulterkontusionstrauma rechts nach Stolpersturz vom 26. Mai 2020 mit vollständiger Ruptur Supraspinatus, Teilläsion infraspinatus, Luxation der Bizepssehne mit Oberrandläsion Subscapularis, beginnende Omarthrose Es sei eine initiale Beurteilung vor über vier Wochen auf der Notfallstation erfolgt. Dort habe keine grosse Abklärung der Schulter stattgefunden, sondern Hauptpathologie sei der Finger gewesen. In der Befunderhebung wird aufgeführt, es bestehe eine reizlose Schulter. Aktive Beweglichkeit Flexion / Abduktion 160°, Aussenrotation 60°, Innenrotation eingeschränkt bis ISG. Aktiv-assistiert lasse sich aber eine volle Innenrotation herstellen. Die Beschwerdeführerin sei nicht steif und habe einen

negativen Lift off-Test. Schmerzen bei allen Bewegungen gegen Widerstand. Keine AC-Beschwerden. In der Bildgebung sei eine beginnende Omarthrose zu sehen. MRI mit fortgeschrittener Läsion der Rotatorenmanschette, Luxation der Bizepssehne, Oberrandläsion Subscapularis. Es bestehe eine erstaunlich gute Funktion. Allerdings gebe es mit der luxierten Bizepssehne ein mechanisches Problem, was einen permanenten Reiz verursache und für die Beschwerdeführerin nicht zu kompensieren sei. Es werde daher eine Rekonstruktion der Rotatorenmanschette in Verbindung mit einer Bizepsstenotomie vorgeschlagen.

6.5 Im Bericht des Spitals D.____ vom 20. Juli 2020 (B.____-Nr. 4) wurde beschrieben, anlässlich der Verlaufskontrolle knapp zwei Monate nach dem Unfallereignis gehe es der Beschwerdeführerin bezüglich der Finger gut. Schmerzen würden kaum bemerkt. Es werde von geplanten Kontrollen bezüglich des Fingers abgesehen.

6.6 Die Beschwerdegegnerin gab bei Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Chirurgie, eine Aktenbeurteilung zum Unfallereignis vom 26. Mai 2020 in Auftrag (B.____-Nr. 11). Dr. med. F.____ kam in seinem Bericht vom 2. August 2020 (B.____-Nr. 15) zum folgenden Ergebnis: Die von der Beschwerdeführerin subjektiv beklagten Beschwerden seien hinreichend durch die Untersuchungsberichte und MRI objektiviert. Der Behandlungsverlauf sei zeitgerecht und korrekt gewesen, die Prognose für den Finger sei sehr gut, die Prognose für die rechte Schulter müsse aufgrund der degenerativen Veränderungen als eher schlecht beurteilt werden. Das Unfallereignis vom 26. Mai 2020 sei für die Luxation des Mittelgelenks des linken Mittelfingers zweifelsohne überwiegend wahrscheinliche Ursache der gesundheitlichen Störung. Für die Veränderungen im Schultergelenk sei das Unfallereignis eine bloss mögliche Ursache. Schon das geschilderte Unfallereignis sei nicht geeignet gewesen, eine Rotatorenmanschette zu verletzen. Ausserdem sei es traumatologisch nicht nachvollziehbar, dass nach einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion die Beschwerdeführerin angegeben habe, sie habe während der Behandlung des Fingers auch mal über Schulterbeschwerden berichtet. Bei einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion trete umgehend eine Pseudoparalyse des Arms auf, das heisse, die betroffene Person könne den Arm im Schultergelenk schmerzbedingt nicht mehr bewegen. Bei der Untersuchung der Schulter habe sich jedoch eine nahezu seitengleiche freie Beweglichkeit gezeigt. Das MRI zeige eine AC-Gelenksarthrose sowie den Verdacht auf eine Teilläsion des Infraspinatus, vollständige Ruptur des Supraspinatus und eine Oberrandläsion des Subscapularis. Durch die AC-Gelenksarthrose werde die darunter laufende Sehne des Supraspinatus bei jeder Abduktionsbewegung kompromittiert und dies erkläre die Degeneration der Sehne. Die Beschwerdeführerin sei sportlich sehr aktiv und im Alter von 61 Jahren nehme die Häufigkeit der degenerativ veränderten Rotatorenmanschetten massiv zu. So auch in diesem Fall. Ein status quo ante könne für die Luxation im Fingergelenk nicht definiert werden, eine vorbestehende Gesundheitsschädigung sei hier nicht dokumentiert. Für die Schädigung der Rotatorenmanschette könne ebenfalls kein status quo ante definiert werden, hier liege eine progredient verlaufende, degenerative Veränderung vor. Eine Prellung der rechten Schulter oder leichte Zerrung der Rotatorenmanschette angenommen, für die es im MRI jedoch keinen Anhalt gebe, wäre es aufgrund der degenerativen Veränderungen mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auch ohne das Unfallereignis vom 26. Mai 2020 zu dieser durch dieses Unfallereignis verursachten Verschlechterung des vorbestehenden Gesundheitszustandes nach spätestens vier Wochen (status quo sine) im gegenwärtigen Umfang gekommen. Nach den vorliegenden Unterlagen sei die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne

somit keine Verbesserung der unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigung mehr erwartet werden. Aus traumatologischer Sicht könne bis einschliesslich drei Monate nach dem Luxationsereignis noch eine Verbesserung am Mittelfinger der linken Hand erwartet werden. Für die Veränderungen am Schultergelenk bestehe keine Unfallkausalität mehr.

6.7 Im Anschluss an die Aktenbeurteilung von Dr. med. F.____ verfasste Dr. med. E.____ am 12. August 2020 eine Stellungnahme (B.____-Nr. 20). Darin führte er aus, es handle sich um eine Behauptung des Vertrauensarztes (Dr. med. F.____), wonach das Unfallereignis vom 26. Mai 2020 nicht geeignet gewesen sei, die Rotatorenmanschette zu verletzen. Es handle sich um einen Stolpersturz. Wenn sich die Beschwerdeführerin bei diesem Sturz eine proximale Humerusfraktur zugezogen hätte, würde niemand behaupten, dass dieses Trauma inadäquat sei. Es reiche allemal aus, um die Rotatorenmanschette substanziell zu verletzen. Es sei auch nicht korrekt, dass die Beschwerdeführerin schon einmal über die Schulterbeschwerden berichtet habe. Schon bei der Notfalluntersuchung sei dies entsprechend abgeklärt worden. Hier sei auch schon eine eingeschränkte Innenrotation aufgefallen, welche pathognomisch für die Subscapularissehnen-Läsion und die Bizepssehnen-Luxation sei. Ebenfalls sei unkorrekt, dass bei einer traumatischen Rotatorenmanschetten-Läsion umgehend eine Pseudoparalyse auftrete. Dies sei eine komplett falsche Aussage. Dazu komme, dass die Definition des Vertrauensarztes einer Pseudoparalyse, dass der Arm schmerzbedingt nicht bewegt werden könne, inkorrekt sei. Zusätzlich zeige die Untersuchung nicht eine schmerzbedingt seitengleiche Beweglichkeit, der Notfallbericht sei rudimentär. Die Bewegung sei nicht korrekt erfasst worden, lediglich eine Einschränkung der Innenrotation sei bemängelt worden. Es könne aber nicht darauf rückgeschlossen werden, dass die Beschwerdeführerin eine seitengleiche Beweglichkeit habe. Die Luxation der Bizepssehne und die Pathologie im Bereich des Subscapularis seien in keiner Art und Weise mit dem vom Versicherungsarzt angegebenen Veränderungen im Bereich des AC-Gelenkes oder des Subacromialraumes zu erklären. Der Zusammenhang, dass eine sportliche Aktivität mit einer Rotatorenmanschetten-Läsion einhergehe, sei erfunden. Es sei bezüglich der Schulter eine komplett frei erfundene Behauptung, dass eine Subscapularissehnen-Läsion und eine Luxation der Bizepssehne in Verbindung mit einer zusätzlichen posterosuperioren Rotatorenmanschette innerhalb von vier Wochen einen Status quo sine erreiche. Es bestehe eine klare Unfallkausalität bezüglich der Schulter. Dies müsse von der Versicherung unbedingt neu evaluiert werden.

6.8 In seiner Stellungnahme vom 18. August 2020 (B.____-Nr. 24) zu den Anführungen von Dr. med. E.____ vom 12. August 2020 führte Dr. med. F.____ aus, der erste Satz des Orthopäden (Dr. med. E.____) sei inkomplett, solle jedoch anscheinend bedeuten, das Unfallereignis sei geeignet gewesen, eine Rotatorenmanschette zu verletzen. Eine isolierte Verletzung der Rotatorenmanschette sei die Ausnahme, werde hingegen das Schultergelenk in seiner Gesamtheit geschädigt, könne es zur Mitverletzung der Rotatorenmanschette kommen. Als ungeeignete Hergänge würden die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) sowie aktive Tätigkeiten, die zu einer abrupten aber planmässigen Muskelkontraktion führten und plötzliche Muskelanspannungen in den Muskeln der Rotatorenmanschette angesehen. Nur Bewegungen im Schultergelenk mit Zugbelastung der Rotatorenmanschette könnten diese zerreissen, in erster Linie Rotationsbewegungen aber auch Abspreizbewegungen. Liege ein Rotatorenmanschettendefekt mit Ein- bzw. Abriss der Rotatorenmanschette in davon verschiedenen Anteilen vor, könne nicht eine bestimmte Bewegung – etwa im Sinne einer Aussendrehung – diesen Schaden verursacht haben. Die Rissmorphologie müsse zum Unfallmechanismus passen. Als geeigneter

Unfallmechanismus werde z.B. das massive plötzliche Rückwärtsreißen oder Heranführen des Arms, z.B. bei einem Absturz beim Fensterputzen mit noch Festhalten der Hand und / oder eine starke Zugbelastung bei gewaltsamer Rotation des Arms angesehen. Der überwiegend als vermeintliche Ursache von Rotatorenmanschettenveränderungen angegebenen – eindeutig ungeeigneten – direkten Gewalteinwirkungen liessen vermuten, dass ausserordentlich häufig der Zeitpunkt, zudem erstmals Beschwerden verspürt würden, als Schadensursache benannt werde. Kausalitätsüberlegungen könnten an diesem Zeitpunkt nicht anknüpfen. Zwischen der Entstehung der Veränderungen und der Manifestation des Schadens im Bereich der Rotatorenmanschette fehle in aller Regel nicht nur der zeitliche Zusammenhang. Insbesondere die kausalen Zusammenhänge seien andere. Während die Veränderungen weitgehend allein anlagebedingt und / oder durch die Lebensführung bedingt seien, sei die Manifestation der Beschwerden häufig akut belastungsabhängig. Ebenso wie bei Menisken und Bandscheiben verliefen auch im Bereich der Sehnen degenerative Veränderungen weitgehend klinisch stumm, sie machten keine Beschwerden und wirkten sich funktionell nicht aus. Weiter behaupte der Orthopäde, wenn sich die Beschwerdeführerin eine proximale Humerusfraktur beim Sturz zugezogen hätte, dann würde niemand die Unfallkausalität bezweifeln. Dies sei völlig richtig, stehe aber in keinerlei Zusammenhang mit der Verletzung einer Rotatorenmanschette. Dem Orthopäden sei sicher die überwiegende Zahl der proximalen Humerusfrakturen bekannt, die ohne jegliche Läsion der Rotatorenmanschette einhergingen. Hier einen Zusammenhang herstellen zu wollen, sei lediglich willkürlich und nicht nachvollziehbar. Zur Argumentation der Kausalität taue diese Aussage sicher nicht. Es sei nicht korrekt, dass die Beschwerdeführerin schon einmal über Schulterbeschwerden berichtet habe. Hier empfehle es sich, die Beschwerdeführerin selbst zu fragen und sich nochmals die Telefonnotiz vom 24. Juli 2020 (siehe B.____-Nr. 6) zu vergegenwärtigen: «Die [Beschwerdeführerin] teilte uns mit, dass sie über diesen Entscheid zur Operation auch sehr überrascht war. Sie hätte nicht damit gerechnet, dass die Schulter operiert werden muss. Erst war sie nur in Behandlung wegen der Hand und hat sich dann auch mal über Schulterbeschwerden beklagt». Das MRI zeige eine AC-Gelenkarthrose sowie den Verdacht auf eine Teilläsion des Infraspinatus, vollständige Ruptur des Supraspinatus und eine Oberrandläsion des Subscapularis. Durch die AC-Gelenksarthrose werde die darunter laufende Sehne des Supraspinatus bei jeder Abduktionsbewegung kompromittiert und dies erkläre die Degeneration der Sehne. Dies erkläre hinreichend, dass die Beschwerdeführerin mit über 60 Jahren schon einmal über Schulterbeschwerden geklagt habe. Weiter behaupte der Orthopäde, es sei nicht korrekt, dass bei einem traumatischen Riss der Rotatorenmanschette eine Pseudoparalyse auftreten würde. Hierzu dürfe auf einen Artikel, Orthopädische Klinik und Poliklinik Klinikum der Universität München, hingewiesen werden: «Bei einem frischen Riss einer Sehne der Rotatorenmanschette klagt der Betroffene über plötzlich einsetzende stechende Schmerzen, vor allem bei Bewegungen des Armes nach oben über den Kopf. Häufig ist auch die Kraft des Armes beim Heben vermindert und es können Arbeiten oberhalb der Schulter nicht mehr ausgeführt werden. Eine vollständige Unfähigkeit den Arm bis auf Schulterhöhe anzuheben bezeichnet man auch als Pseudoparalyse, diese tritt in der Regel bei grossen traumatischen Rissen auf». Weshalb der Aufnahmebericht des Spitals D.____ vom 26. Mai 2020 rudimentär sein solle, sei nicht nachvollziehbar, liege zumindest in einer Teilverantwortung des leitenden Arztes für Orthopädie. Es werde zumindest klar beschrieben, dass die Innenrotation im Vergleich zur Gegenseite wenig eingeschränkt sei. Dies spreche eindeutig gegen eine traumatische

Läsion der Subscapularissehne. Weiter behaupte der Orthopäde, dass schulterbelastende Sportarten wie zum Beispiel Tennisspielen, Rudern oder Speerwerfen die Rotatorenmanchette nicht belasteten. Diese banale Erkenntnis, dass dies so sei, solle hier nicht weiter ausgeführt werden. Weiter behaupte der Orthopäde, die Festlegung des Status quo sine sei bei einer Subscapularissehnenläsion und Luxation der Bizepssehne frei erfunden. Hier scheine der Orthopäde nicht zu verstehen, dass keine Unfallkausalität bestehe und somit lediglich von einer leichten Prellung der Schulter ausgegangen werde und diese sei sehr wohl nach vier Wochen abgeheilt. 6.9 Am 17. August 2020 unterzog sich die Beschwerdeführerin im Spital D. ___ einer Operation (Schulterarthroskopie rechts, intraartikuläre Beurteilung, Débridement, Bizepsstenotomie, Rekonstruktion Subscapularis mit 1 x Y-Knot 3-fach beladen, Rekonstruktion Supraspinatus mit 2 x Y-Knot und 1 x Quattro Link; siehe Operationsbericht vom 18. August 2020, B. ___-Nr. 41). Am 5. Oktober 2020 erfolgte die erste postoperative Verlaufskontrolle. Dem dazugehörigen Bericht von Dr. med. E. ___ vom 9. Oktober 2020 (B. ___-Nr. 38) lässt sich entnehmen, es zeige sich eine reizlose Schulter, sehr schöne Narben. Halten des 90° abduzierten Armes sei problemlos möglich. 6.10 Dr. med. F. ___ erstattete am 29. März 2021 eine weitere Aktenbeurteilung (B. ___-Nr. 45). Dem Bericht lässt sich entnehmen, es liege eine Schädigung gemäss der Liste in Art. 6 Abs. 2 UVG (Sehnenrisse) vor. Bei der Beschwerdeführerin müsse schon alleine aufgrund des Alters von 61 Jahren eine Degeneration der Rotatorenmanchette angenommen werden. Zudem liege kein Ereignis vor, das geeignet gewesen wäre, eine Rotatorenmanchette zu verletzen. Es lasse sich daraus der Schluss ziehen, dass, wenn eine traumatische Schädigung wie in diesem Fall ausgeschlossen werden könne, zwingend eine Degeneration der Rotatorenmanchette vorliegen müsse. Eine andere Möglichkeit sei traumatologisch nicht vorstellbar. In der MRT des rechten Schultergelenks vom 30. Juni 2020 zeige sich eine Ansatzendinopathie der langen Bizepssehne sowie eine ACG-Arthrose als deutliche Zeichen der Degeneration. Zusammenfassend liege somit eine Schädigung vor, die im gesamten Ursachenspektrum vorwiegend (über 50 %) auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei. 6.11 Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin eine weitere Stellungnahme von Dr. med. E. ___ vom 25. Juni 2021 ein (BB 4). Der behandelnde Orthopäde führte darin aus, die Aussage des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin, wonach das Ereignis vom 26. Mai 2020 nicht geeignet gewesen sei, eine Rotatorenmanchette zu verletzen und dass ausschliesslich eine degenerative Veränderung im Bereich der Schulter ausgewiesen sei, sei nicht medizinisch, sondern juristisch begründet. Die medizinische Begründung sei von ihm (Dr. med. E. ___) bereits ausführlich geliefert worden. Die Behauptung des Versicherungsarztes, dass es sich bei der Verletzung der Beschwerdeführerin um eine leichte Prellung handle und der operierte Schaden eine Vorschädigung sei, sei medizinisch nicht nachvollziehbar. Es gebe keine Studien, die den genauen Traumamechanismus resp. die genaue Energie ausgewertet hätten, die benötigt werde, um die Sehnen der Rotatorenmanchette abzureissen. Erschwerend komme hinzu, dass die meisten Unfälle in ihrem ganzen Bewegungsausmass und in ihrer Energie vom der versicherten Person niemals in der oben beschriebenen detaillierten Form wiedergegeben werden könnten. Die Patienten seien einfach gestürzt, meistens mit einem völligen Kontrollverlust. Bei einem 60-jährigen Patienten, welcher nicht regelmässig einer koordinativ höchst anspruchsvollen sportlichen Betätigung nachgehe, könne man auch davon ausgehen, dass Abwehr- / Abrollbewegungen nur rudimentär durchgeführt würden und damit die genaue Zug-, Schlag- oder Druckbelastung der Schulter eigentlich nicht nachvollziehbar sei. Um die oben

genannten Kriterien korrekt wiederzugeben, bräuchte es eine Slow-Motion-Video-Dokumentation mit einer Spezialkamera des Sturzes. Dieses sei im gegebenen Fall selbstverständlich nicht passiert. Bei der in der Aktenbeurteilung von Dr. med. F. ___ erwähnten Publikation (Alfred Schönenberger / Gerhard Mehrrens / Helmut Valentin; Arbeitsunfall und Berufskrankheit, Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Beratung und Gerichte) enthaltenen Aussage, die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) sei ein ungeeigneter Hergang, die bei der Beschwerdeführerin festgestellte Rotatorenmanschettenverletzung zu bewirken, da die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und den Deltamuskel gut abgeschirmt sei, handle es sich lediglich um eine Behauptung, die in keinsten Art und Weise jemals belegt worden sei. Wie in der initialen Beurteilung schon berichtet, sei es auch so, dass sowohl das Acromion als auch der Deltamuskel nicht in der Lage seien, den proximalen Humerus vor einer Fraktur zu schützen. Hierbei handle es sich immerhin um die zweithäufigste Fraktur der oberen Extremitäten, also eine wirklich häufige Pathologie mit der häufigsten Ursache eines Niedrig-Energie-Traumas im Sinne eines Stolpersturzes. Es handle sich um eine versicherungsmedizinische Behauptung und nicht um eine medizinisch bewiesene Tatsache. Degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette seien vermehrt mit zunehmenden Alter zu sehen. Damit sei die Aussage korrekt, wonach es medizinisch richtig sei, bei der Beschwerdeführerin müsse schon allein aufgrund des Alters von 61 Jahren eine Degeneration der Rotatorenmanschette angenommen werden und dass eine solche Degeneration geeignet gewesen wäre, eine Verletzung der hier zur Diskussion stehenden Art zu bewirken. Man könne aber nicht zwingend behaupten, dass dies auf einen Einzelfall zutreffe. In der Bildgebung hätten sich keine degenerativen Veränderungen der Muskulatur gezeigt, welche zwangsläufig nach einer längeren Sehnenpathologie einträten. Vom Versicherungsarzt sei in seinem Gutachten auch schon angesprochen worden, dass bei proximalen Humerusfrakturen, welche eine typische Verletzung bei älteren Menschen (60 plus) seien, die Rotatorenmanschette häufig intakt sei. Man könne also nicht behaupten, dass bei einem 60-jährigen prinzipiell die Rotatorenmanschette stark degeneriert sei. Bei einer deutlichen Degeneration sei es sicherlich gut möglich, dass ein Trauma einen Riss bewirke. Es treffe nicht zu, dass in der MRT der rechten Schulter der Beschwerdeführerin vom 30. Juni 2020 deutliche Zeichen der Degeneration der Bizepssehne zu entnehmen seien, die als Ursache der eingetretenen Verletzung im Vordergrund stünden. Sowohl in der Bildgebung als auch während der Operation habe sich gezeigt, dass die Bizepssehne aus ihrem Halteapparat gerissen worden sei und in die Subscapularissehne luxiert sei. Degenerative Veränderungen dieser Art liessen sich häufig mit dem «Magic angle-Effekt» im MRI erklären, seien aber nicht die Ursache für die hier beschriebene Verletzung. 6.12 Im vom Versicherungsgericht in Auftrag gegebenen orthopädischen Gerichtsgutachten von Dr. med. G. ___ und Dr. med. H. ___ (A.S. 75 ff.) wird zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin festgehalten, sie sei am 26. Mai 2020 nach vorne gestürzt, nachdem sie die Kante des Trottoirs übersehen habe und dann gestolpert sei. Hierbei sei sie zuerst auf die linke Hand gefallen und dann auf die rechte Schulter. Direkt nach dem Unfall hätten Schmerzen im Bereich des linken Mittelfingers bestanden, welcher auch deformiert gewesen sei. Zusätzlich hätten sich sofort nach dem Sturz rechtsseitige Schulterschmerzen eingestellt. Am selben Tag sei auf dem Notfall des Spitals J. ___ der luxierte Finger der linken Hand reponiert worden. Betreffend der rechten Schulter sei empfohlen worden, bei Beschwerdepersistenz im Rahmen der handchirurgischen Nachkontrollen bei Bedarf eine weitere Abklärung zu veranlassen. Im

weiteren Verlauf seien die Beschwerden tagsüber einigermaßen kompensiert gewesen, aber vor allem nachts hätten noch recht starke Schmerzen bestanden. Insbesondere das Liegen auf der betroffenen, rechten Seite sei nicht mehr möglich gewesen. Der Bewegungsumfang sei von Anfang an recht gut erhalten gewesen, wobei die Innenrotation wie zum Beispiel beim Anziehen des Büstenhalters sowie die Mobilisation oberhalb der Horizontalen noch schmerzhaft gewesen seien. Der gewohnten Bürotätigkeit habe die Beschwerdeführerin nach kurzer Auszeit ab dem 30. Mai 2020 wieder nachgehen können. Bei persistierenden Schulterschmerzen sei die Indikation zum operativen Vorgehen gestellt worden. Nach dem Eingriff am 17. August 2020 hätten initial recht starke Schmerzen bestanden, welche im weiteren Verlauf jedoch zunehmend regredient gewesen seien. Vier Wochen nach dem Eingriff habe die Schmerzmedikation abgesetzt werden können. Vor Abschluss der Physiotherapie sei bereits wieder mit Sport begonnen worden. Die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit als [...] im gewohnten Pensum von 50 % sei ab dem 1. Januar 2021 erfolgt. Aktuell bestehe lediglich noch eine gewisse Bewegungseinschränkung, welche die Beschwerdeführerin im Alltag, im Beruf sowie bei den sportlichen Tätigkeiten nur noch diskret beeinträchtigt (A.S. 78 f.). Die Gutachter erheben folgende Befunde: Schulter rechts: Die klinische Untersuchung zeige reizlose Narben der Arthroskopieportale. Keine Hinweise für eine relevante Myoatrophie der Schultergürtelmuskulatur. Die ossären Strukturen inklusive des acromioclaviculären Gelenks und Processus coracoideus seien unauffällig. Die passive glenohumerale Abduktion betrage 70°, 75° auf der Gegenseite. Die aktive und passive Flexion betrage 160°, seitensymmetrisch. Die aktive und passive globale Abduktion betrage 120°, seitensymmetrisch. Die Aussenrotation bei 0° Abduktion betrage 60°, 70° auf der Gegenseite. Die Aussenrotation / Innenrotation bei 90° Abduktion betrage 90/0/40°. Der Nackengriff sei problemlos möglich. Der Schürzengriff sei bis L3 möglich, auf der Gegenseite bis Th12. Kein Aussenrotations-Lag. Das Drop-Arm-Sign und Hornblower-Sign sowie der Lift-off Test seien negativ. Die Aussenrotation gegen Widerstand könne mit seitensymmetrischer Kraft gehalten werden. Die Impingement Testung nach Hawkins / Neer sei negativ wie auch der Cross-over Test. Es zeige sich ein diskretes Popeye-Zeichen im Vergleich zur Gegenseite. Keine Scapuladyskinesie (A.S. 79). Weiter haben die Gutachter die nach dem Unfall erfolgten bildgebenden Untersuchungen gewürdigt (A.S. 80): · Schulter rechts a.p. und Y-Aufnahme vom 26. Mai 2020: Korrekt zentriertes glenohumerales Gelenk mit intakter Shenton-Linie. Diskreter Osteophyt am inferioren Humeruskopf. Sklerosesaum am inferioren Acromionrand mit Sporn. Zystische Veränderungen im Bereich des Tuberculum majus. Acromio-humerale Distanz von 8 mm. Kritischer Schulterwinkel von 37°. Arthrotische Veränderungen des Acromioklavikulargelenkes. · Arthro-MRT Schulter rechts vom 30. Juni 2020: Arthrose des Akromioklavikulargelenkes ohne Aktivitätszeichen. Acromion Typ II nach Bigliani. Subacromialer Sporn. Die minimale acromio-humerale Distanz betrage 7 mm. Transmurale Oberrandläsion der Subscapularissehne von circa 50 % der gesamten Sehnenhöhe (Lafosse II-III) mit «Kinking». Tendinopathie-Zeichen der langen Bizepssehne, weit nach medial luxiert. Fast transmurale Läsion der Supraspinatussehne mit Retraktion zweiten Grades nach Patte, dorsal schienen noch einige Fasern zu stehen. «Kinking» im ventralen Anteil. Partielle Oberrandläsion der Infraspinatussehne artikularseitig mit klassischer intralaminärer Läsion. Intakter und unauffälliger Teres minor. Keine nennenswerte fettige Degeneration der Rotatorenmanschettenmuskulatur. Das Tangenzzeichen als Indikator einer relevanten Atrophie der Supraspinatussehne sei nicht beurteilbar. In der weiter nach medial gefahrenen Bildgebung coronal und axial sei die Fossa supraspinata physiologisch

gefüllt. Humeruskopf zentriert auf dem Glenoid. Normale Version des Glenoids. Intakter Gelenksknorpel glenohumeral. Kleiner inferiorer Osteophyt. Regelgerechte Darstellung des Labrum glenoidale. Keine Läsion des Bizepsankers. Zystenbildung im Ansatzbereich der posterosuperioren Rotatorenmanschette. Regelgerechte Darstellung der periartikulären Weichteile mit am ehesten iatrogenen Kontrastmittelanreicherung im Bereich des anterioren Deltoideus. Es werden folgende Diagnosen an der rechten Schulter erhoben: (A.S. 80) - Status nach Kontusion am 26. Mai 2020 nach Stolpersturz mit Arthro MR-tomographisch (30. Juni 2020) diagnostizierter anterosuperiorer bis posterosuperiorer Rotatorenmanschetten-Läsion mit o Transmuraler Oberrandruptur der Subscapularissehne o Instabilität mit Tendinopathie der langen Bizepssehne o Transmuraler Ruptur der Supraspinatussehne o Partieller Oberrandruptur der Infraspinatussehne o Asymptomatischer acromioclaviculärer Gelenksarthrose - Status nach arthroskopischer Tenotomie der langen Bizepssehne, subacromialer Bursektomie und Rekonstruktion der Rotatorenmanschette in Doppelreihentechnik am 17. August 2020 Nebendiagnose am Mittelfinger Hand links (A.S. 81): - Dorsale Luxation proximales interphalangeales Gelenk am 26. Mai 2020 nach Stolpersturz - Geschlossene Reposition am 26. Mai 2020 mit anschliessend konservativer Behandlung 7. Die Beschwerdegegnerin hält dafür, dass der Beschwerdeführerin per 23. Juni 2020 keine Leistungen mehr zustehen, da es ab diesem Zeitpunkt an einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 26. Mai 2020 und den anhalten Schulterbeschwerden fehle. Dabei stützt sie sich auf die Berichte ihres beratenden Expertenarztes, Dr. med. F.____ vom 2. August 2020, 18. August 2020 und 29. März 2021. Im Gerichtsgutachten kommen Dr. med. G.____ und Dr. med. H.____ zu einem anderen Ergebnis. Es ist somit nachfolgend der Beweiswert des externen Gutachtens zu prüfen. Dazu kann einleitend festgehalten werden, dass dieses in Kenntnis der Aktenlage, nach eingehender Untersuchung, unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und von auf dem entsprechenden Gebiet ausgewiesenen Fachärzten erstellt wurde. Insofern erfüllt es die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise. 7.1 Inhaltlich kommen die Gutachter zur folgenden, nachvollziehbaren Beurteilung: Nach dem direkten Anpralltrauma der linken Hand und dann der rechten Schulter am 26. Mai 2020 sei die ebenfalls schmerzhaft rechte Schulter klinisch und radiologisch abgeklärt worden. Bei unauffälliger Bildgebung und bei grobkursorisch grösstenteils erhaltener Beweglichkeit habe man diagnostisch eine Kontusion festgehalten. Die Beschwerdeführerin habe im Rahmen der Begutachtung glaubhaft versichert, dass vor dem Unfall zu keinem Zeitpunkt Schulterbeschwerden bestanden hätten. Die Angaben hierzu seien kohärent und würden durch die Akten gestützt. Dies korreliert mit den Angaben, die die Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin gemäss Telefonnotiz vom 24. Juli 2020 (B.____-Nr. 6) gemacht hat, wie gutachterlich zu Recht festgehalten wird. Auch darin lässt sich lesen, die «vP hatte noch nie Probleme mit der Schulter». Die Gutachter nehmen sodann Bezug auf die von der Beschwerdeführerin getätigte Aussage, von der Empfehlung zur Operation überrascht gewesen zu sein, da seit dem Unfall die Behandlung des Mittelfingers im Vordergrund gestanden habe und sie sich im Rahmen dessen «dann auch mal» über Schulterschmerzen beklagt habe. Im Gegensatz zu dieser eher harmlosen Darstellung der Schulterbeschwerden werde später erwähnt, dass vor allem nachts starke Schmerzen bestünden. Einen Monat nach dem Unfall habe ein Arthro-MRT dann eine ausgedehnte Ruptur der Rotatorenmanschette mit Beteiligung des Oberrandes der Subscapularissehne, der Supraspinatussehne und des Oberrandes der Infraspinatussehne mit instabiler und entzündlich veränderter langer Bizepssehne gezeigt, des Weiteren eine klinisch nicht

auffällige Arthrose des acromioclaviculären Gelenkes. Nach der Operation habe sich ein regelrechter weiterer Verlauf eingestellt. Der Endzustand sei sechs Monate nach dem Eingriff erreicht gewesen, nachdem die Beschwerdeführerin dreieinhalb Monate nach der Operation die Arbeit teilweise wieder aufgenommen, viereinhalb Monate nach der Operation das gewohnte Arbeitspensum wieder geleistet und nach sechs Monaten die meisten sportlichen Aktivitäten wieder problemlos durchgeführt habe. Die Gutachter legen mit Bezug auf ihre Befunderhebung einleuchtend dar, dass in der klinischen Untersuchung über zwei Jahre nach dem Eingriff im Vergleich zur gesunden, linken Schulter eine gewisse Einschränkung des Bewegungsumfanges der rechten Schulter bestehe, welche die Beschwerdeführerin im Alltag allerdings kaum limitiere. So kommen sie nach Würdigung der Aktenlage und ihrer Untersuchungsergebnisse zum Ergebnis, dass sich medizinisch ein kohärentes Bild ergebe (A.S. 81 f.). Zum Zeitpunkt der Untersuchung wie auch bereits zum Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids vom 23. April 2021 sei die Beschwerdeführerin bereits wieder grösstenteils beschwerdefrei (A.S. 83). Zur Streitfrage, ob die Diagnosen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dem Unfall vom 26. Mai 2020 zugeordnet werden könnten, halten die Gutachter fest, dass die Differenzierung zwischen einer vorwiegend durch Abnützung und einer durch ein traumatisches Ereignis entstandenen Läsion der Rotatorenmanschette oft eine Herausforderung darstelle. Idealerweise würde ein MRT vor dem Unfall vorliegen, um dies mit eventuellen Schäden nach dem Unfall vergleichen zu können. Dies sei jedoch nur äussert selten der Fall (A.S. 83). Der Umstand, dass auch im vorliegenden Fall keine Vorakten betreffend die Schulter bestehen, stellt indessen ein Indiz dafür dar, dass vor dem Unfall keine vorbestehenden Schulterprobleme bestanden haben. Die Gutachter gehen anschliessend darauf ein, dass es gestützt auf den heutigen Wissensstand mehrere allgemeingültige Kriterien gebe, die zur Unterscheidung herangezogen werden sollten und die Differenzierung erleichterten. Dabei wird auf drei deutschsprachige Übersichtsarbeiten verwiesen, die in den letzten Jahren dazu publiziert wurden (A.S. 83 f.). Unter Berücksichtigung dieses aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes erläutern die Gutachter plausibel, weshalb die Rotatorenmanschettenläsion im konkreten Fall als überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingt beurteilt wird. Dabei wird auch Bezug genommen auf die aktenanamnestische und gutachterlich erhobene Vorgeschichte, den Geschehensablauf, das Verhalten der Beschwerdeführerin nach dem Unfall, den klinischen Befund, die vorhandenen bildgebenden Untersuchungen und den Operationsbericht (A.S. 84). Wie vom die Beschwerdegegnerin beratenden Dr. med. F.____ und dem behandelnden Dr. med. E.____ angeführt, komme es mit zunehmendem Alter zu einer höheren Wahrscheinlichkeit einer degenerativen Schädigung der Rotatorenmanschette. Veränderungen der Rotatorenmanschette bei wenig oder nicht symptomatischen Patientin träten ab einem Alter von 40 Jahren häufig auf und sollten daher nicht mehr berücksichtigt werden, um eine degenerative von einer traumatischen Läsion zu unterscheiden. Ein Alter von über 40 Jahren werde teilweise immer noch als Argument für eine relevante Vorerkrankung angesehen. Diesbezüglich wird aber darauf hingewiesen, dass die Prävalenz von die gesamte Sehnendicke betreffenden Läsionen in neueren Studien eher nach unten korrigiert wurde. Aktuell werde angenommen, dass diese bei unter 70-Jährigen ohne Symptome in maximal 15 % der Population nachweisbar seien. Zusammengefasst könne gesagt werden, dass zwischen 5,7 % und 15,2 % der allgemeinen Population zwischen 60 und 70 Jahren eine transmurale Ruptur der Rotatorenmanschette zeigten, welche sich grösstenteils (85 %) nur auf die Supraspinatussehne beziehe (A.S. 85). Zum Traumamechanismus halten die

Gutachter fest, die Beschwerdeführerin sei aus Eigenhöhe zuerst auf die linke Hand und dann die rechte Schulter gestürzt. Ob es auch zu indirekten Krafteinwirkungen wie z.B. einem Torsionstrauma im Bereich der rechten oberen Extremität gekommen sei, lasse sich aktenanamnestisch und auch im Rahmen der Befragung nicht eruieren. Es gebe zwar diverse Theorien darüber, welche Rotatorenmanschettenläsion wie entstehen könne, es wird aber darauf hingewiesen, dass wenige solide, wissenschaftliche Belege dazu vorhanden seien. Die Schweizerische versicherungsmedizinische Expertengruppe sehe eine direkte Kontusion als starkes Argument gegen eine traumatische Rotatorenmanschettenverletzung, während dem die Schweizer Expertenkommission der Swiss Orthopaedics ein direktes Trauma als möglichen Mechanismus für eine Rotatorenmanschettenläsion nenne. Mit Blick über die Landesgrenze hinaus halten die Gutachter fest, dass die deutsche Expertenkommission einen direkten Anprall als Ursache a priori nicht ausschliesse. Dabei gehe die deutsche Kommission explizit auf die von Dr. med. F.____ zitierte These von Schönberger, Mehrstens und Valentin ein, dass nur eine durchgängig und einheitlich dokumentierte Zugbelastung der Rotatorenmanschette als Indiz für eine traumatische Verletzung in Frage komme. Die Aussagekraft dieser Feststellung werde dort als schwach beurteilt, da es keine solide wissenschaftliche Grundlage gebe und es sich eher um eine Expertenmeinung handle. Schlussendlich legen die Gutachter dazu dar, dass es bisher keiner wissenschaftlichen Studie gelungen sei, einen spezifischen Unfallmechanismus zu finden, der solide auf eine Verletzung der Rotatorenmanschette rückschliessen lässt oder Mechanismen als Ursache ausschliesst. Der häufigste Grund für eine traumatische Verletzung der Rotatorenmanschette sei indessen der Sturz auf den ausgestreckten Arm. Diverse weitere Unfallhergänge würden dabei als mögliche Ursachen gesehen, so z.B. passive Rotationsbewegungen gegen Widerstand, plötzliches Reißen des Armes nach vorne oder hinten oder Zug am Arm. Der im konkreten Fall wahrscheinlichste Ablauf eines direkten Anpralltraumas der Schulter sei in der Literatur ebenso als möglicher Mechanismus beschreiben. Hiernach nehmen die Gutachter Bezug auf das vom behandelnden Arzt Dr. med. E.____ vorgebrachte Argument, dass ein direktes Anpralltrauma eine Fraktur verursachen könne. Dazu wird erklärt, dass dieselben Strukturen (Acromion, Deltamuskel), die die Rotatorenmanschette vor einer Verletzung bei direktem Trauma schützen sollten, theoretisch auch den darunter liegenden Knochen vor einer Fraktur schützen müssten, was erwiesenermassen nicht der Fall sei. Passend hierzu habe eine Studie über professionelle Footballspieler gezeigt, dass nach videotechnisch bestätigten Anpralltraumata der Schulter im MRT diverse, am ehesten frische Läsionen der Rotatorenmanschette inklusive kompletter Risse zu sehen gewesen seien, ohne dass es zu einer Fraktur gekommen sei. Ausserdem komme es bei einem simplen Sturz neben dem direkten Anprall durch vorgängige Hebelwirkungen (z.B. beim Abfangen auf die Hand) oft zu nicht unerheblichen, zusätzlichen Kräften. Schutzreflexe führten zudem unweigerlich zu Kontrakturen und damit einer Vorspannung der Muskulatur, die Verletzungen bei einem direkten Trauma begünstigen könnten. Diesbezüglich könnten sich Patienten jedoch häufig nicht erinnern, ob es vor dem Aufprall zu einem vorgängigen Auffangen mit der Hand, Ausweichbewegungen oder anderen Mechanismen gekommen sei, die eine Läsion der Rotatorenmanschette begünstigten. Unter Berücksichtigung all dieser Umstände erweist sich die zusammenfassende Beurteilung, dass es keine wissenschaftlich soliden Belege gibt, die gegen ein direktes Trauma als Ursache einer Rotatorenmanschettenläsion sprechen und einige Indizien bestehen, dass es zu einer Verletzung der Rotatorenmanschette nach einem direkten Anprall kommen kann, als schlüssig. Daraus wird dann abgeleitet, dass der im

vorliegenden Fall beschriebene Unfallhergang isoliert betrachtet zumindest als mögliche Ursache der Rotatorenmanschettenläsion zu sehen ist (A.S. 85 f.). Dies wurde auch von der Beschwerdegegnerin beratenden Experten Dr. med. F.____ nicht per se verneint (vgl. B.____-Nr. 15). Sodann ziehen die Gutachter klinische Kriterien heran: Die Beschwerdeführerin habe nach dem Sturz über ein sofortiges Auftreten von Schulterschmerzen berichtet, die sich im weiteren Verlauf nur teilweise gebessert hätten, da es vor allem nachts noch zu Einschränkungen gekommen sei. Die Beschwerden hätten sich zudem in einer Limitation der aktiven Innenrotation geäußert, wobei vor dem Unfall über keine Beschwerden berichtet worden sei. Plausibel wird dargelegt, dass das akute Auftreten der Beschwerden ohne vorgängige Symptome für eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette der Beschwerdeführerin spricht. Dies korrespondiert auch mit der Literatur, wie die Gutachter festhalten, wo der direkte Schmerz und eine Beeinträchtigung der aktiven Mobilität als typisches Bild einer Rotatorenmanschettenläsion nach einem Unfall beschrieben worden seien und bei Patienten mit akuten Schmerzen und Bewegungseinschränkungen aufgrund einer Rotatorenmanschettenläsion bei einem signifikanten Anteil ein Trauma vorliege. Auch die hier erst verzögert stattgefundene notwendige bildgebende MRT-Untersuchung findet in der Literatur eine Erklärung, da auch demgemäss die erste, notfallmässige Abklärung mittels Röntgen unauffällig sei und die Schmerzen innert einiger Tage nachliessen, dann aber auf einem gewissen Niveau verharrten und nicht komplett verschwinden würden. Weiter wird darauf hingewiesen, dass die klinische Untersuchung allein nicht geeignet ist, um zwischen einer akuten oder chronischen Verletzung zu unterscheiden. Daraus wird nachvollziehbar geschlossen, dass die von Dr. med. F.____ und Dr. med. E.____ diskutierte Frage, ob die initiale Untersuchung ausreichend gewesen sei oder nicht, keinen Einfluss auf die Differenzierung zwischen einer traumatischen oder degenerativen Läsion der Rotatorenmanschette habe. Zudem erwähnen die Gutachter, dass eine limitierte Innenrotation nicht pathogonomisch für eine Verletzung der Subscapularissehne sei, da diese auch durch andere Pathologien der Schulter verursacht werden könne. Schliesslich nehmen die Gutachter Bezug auf die zwischen dem behandelnden Arzt und dem die Beschwerdegegnerin beratenden Arzt diskutierte Frage, ob die sportlichen Tätigkeiten der Beschwerdeführerin einen degenerativen Rotatorenmanschettenschaden begünstigt haben. Hierzu wird erklärt, dass keine belastbare wissenschaftliche Arbeit vorliege, die den Einfluss von Hobbysport untersuche. Die Beschwerdeführerin gehe einer die Schulter nicht belastenden Bürotätigkeit nach und auch die von ihr genannten sportlichen Aktivitäten fielen nicht in Risikokategorien. Zusammengefasst schlussfolgern die Experten, dass die Anamnese eher auf eine traumatische Genese der Rotatorenmanschette hinweist, weil die Symptome akut nach dem Unfall auftraten, ohne dass vorher Einschränkungen bestanden hätten (A.S. 86 f.). Bei der Würdigung der radiologischen Kriterien gehen die Gutachter darauf ein, dass sich auf der Röntgenaufnahme vom 26. Mai 2020 ein subacromialer Sporn sowie degenerative Veränderungen des AC-Gelenks sowie eine beginnende Arthrose des Schultergelenks, ein erhöhter kritischer Schulterwinkel und zystische Veränderungen im Bereich des posterioren Tuberculum majus zeigten. Diese würden von Dr. med. F.____ und der versicherungsmedizinischen Expertengruppe als starke Argumente für eine gleichzeitig vorliegende degenerative Vorschädigung der Rotatorenmanschette genannt. Diese Einschätzung werde von der Schweizer Expertengruppe nicht geteilt und auch die deutsche Kommission widerspreche dieser Aussage. Der aktuelle Erkenntnisstand unterstütze eher letztere Einschätzung. Weder die Entstehung eines knöchernen Anbaus an der Unterfläche

des Acromions im Sinne eines Sporns noch die degenerative Abnutzung des acromioclaviculären Gelenks stünden nach wissenschaftlichen Beurteilungen im kausalen Zusammenhang mit einer Rotatorenmanschettenläsion. Im Bereich der Schulter träten hauptsächlich zwei verschiedene Typen von Abnutzung bzw. Arthrose auf. Einerseits existiere die Defektarthropathie, bei der eine defekte Rotatorenmanschette zu einer abnormalen Belastung des Schultergelenks führe, was letztendlich in einer Arthrose resultiere. Ein Zeichen hierfür sei ein verringerter Abstand zwischen Humeruskopf und Schulterdach, dem Acromion. Dieser liege bei der Beschwerdeführerin bei 7 – 8 mm und befinde sich damit in der Norm. Im Gegensatz dazu stehe die Omarthrose, bei der eine schleichende Abnutzung des Knorpels, z.B. aufgrund einer Instabilität des Schultergelenks, ursächlich sei. Ein klassisches Zeichen sei der auch in diesem Fall sichtbare Osteophyt am unteren Rand des Humeruskopfes. Bei einer Omarthrose sei eine Läsion der Rotatorenmanschette im Vergleich zur allgemeinen Inzidenz von (Teil-)Läsionen eher niedriger und würde in diesem Fall eher gegen vorbestehende degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette sprechen. Zystische Veränderungen im Bereich des Tuberculum majus hätten nach aktuellem Erkenntnisstand keine relevante Aussagekraft für das gleichzeitige Vorliegen einer chronischen Abnutzung der Rotatorenmanschette. Zur Argumentation von Dr. med. F.____, dass ein arthrotisch verändertes AC-Gelenk die darunter verlaufende Supraspinatussehne verletzen könnte, erklären die Gutachter nachvollziehbar, dass solche nur schwer die Verletzungen der restlichen Rotatorenmanschette erklären würden. Daher wird zusammengefasst festgehalten, dass basierend auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen im konventionellen Röntgen einzig ein verringerter Abstand zwischen Acromion und Humeruskopf und eventuell zystische Veränderungen im anterioren aber nicht posterioren Bereich des Tuberculum majus ein sicheres Zeichen einer vorbestehenden degenerativen Läsion der Rotatorenmanschette sind. Solche wurden im konkreten Fall jedoch nicht gesehen (A.S. 87 f.). Zu den MRT-Aufnahmen vom 30. Juni 2020 und der dort zusätzlich zu den Röntgenbildern festgestellten Ruptur der anterosuperioren bis posterosuperioren Rotatorenmanschette und instabilen langen Bizepssehne halten die Gutachter fest, dass beides in Zusammenhang mit der restlichen Rotatorenmanschettenläsion zu sehen sei. Die gesehene Tendinopathie der langen Bizepssehne sei nicht unbedingt ein Zeichen einer vorgängigen Degeneration, sondern könne auch durch die Luxation und damit nicht mehr physiologische Belastung erklärt werden. Ebenfalls gegen eine relevante Vorschädigung spreche die geringe Verfettung der Muskulatur. Durchschnittlich dauere es zweieinhalb bis vier Jahre, bis eine mässige beziehungsweise fortgeschrittene Verfettung zu sehen sei. Dies konnte jedoch im konkreten Fall nicht erkannt werden. So deute auch die Lokalisation der Verletzung in diesem Fall mit Beteiligung der posterioren und vor allem anterioren Rotatorenmanschette auf eine traumatische Genese hin. Degenerative Läsionen, die sich meist zuerst im Bereich der Supraspinatussehne bildeten, könnten schwerer auf die Subscapularissehne übergreifen. Ausserdem sei ein «Kinking» (Schlängeln des proximalen Sehnenstumpfes der Supraspinatussehne im vorderen Anteil und der Subscapularissehne im oberen Anteil) im MRT gesehen worden. Dieses werde als Zeichen einer erhaltenen Elastizität der zurückgezogenen Sehne und somit einer zeitnahen Läsion interpretiert. Andere Zeichen einer akuten Läsion, welche in manchen Fällen gesehen werden könnten, wie z.B. einer Knochenkontusion, Einblutungen oder eines Ödems der Muskulatur, lägen nicht vor. Dies wird indessen plausibel mit der langen Zeitspanne zwischen dem Unfall und dem MRT erklärt. Zusammengefasst liegen nach schlüssiger gutachterlicher Einschätzung

in diesem Fall somit keine zuverlässigen Zeichen einer relevanten degenerativen Vorerkrankung vor (A.S. 88 f.). Was die intraoperativen Kriterien, also die während des am 17. August 2020 stattgefundenen Eingriffs erhobenen Befunde, anbelangt, so wird diesen gutachterlich keine Relevanz beigemessen, da der Eingriff Wochen nach dem Unfall stattgefunden hat (A.S. 89). Gestützt auf die ausführliche gutachterliche Herleitung, in welcher die bestehende Literatur und die in der Fachmedizin vorhandenen Meinungen in Bezug auf den hier vorliegenden Fall diskutiert werden, kann somit gesagt werden, dass die Diagnose betreffend die rechte Schulter mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dem Unfall vom 26. Mai 2020 zugeordnet werden kann (A.S. 89).

7.2 Die Beschwerdegegnerin bringt in ihrer Stellungnahme zum Gerichtsgutachten (A.S. 100 ff.) vor, das Gutachten sei widersprüchlich und nicht schlüssig, basiere auf einer unzulässigen «post hoc ergo propter»-Argumentation und sei insbesondere gestützt auf die vom Bundesgericht verworfene Ansicht der Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie von Swiss Orthopaedics erstellt worden. Einerseits werde bei Frage

E. 6

Abs. 2 UVG bestehe. Festzuhalten sei, dass die Aktenbeurteilungen von Dr. med. F.____ vom 2. August 2020, 18. August 2020 und 29. März 2021 für die streitigen Belange umfassend seien, die geklagten Beschwerden berücksichtigten, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden seien, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchteten, begründet seien und somit den Anforderungen der Rechtsprechung an ein Gutachten vollumfänglich entsprächen (BGE 122 V 160); deshalb sei für die Beurteilung der Leistungspflicht darauf abzustellen. Bei Dr. med. F.____ handle es sich um einen beratenden Expertenarzt. Dieser habe in seiner Aktenbeurteilung vom 18. August 2020 Stellung zur Stellungnahme des behandelnden Orthopäden Dr. med. E.____ vom 12. August 2020 genommen und habe nachvollziehbar und unter Berücksichtigung der Rechtsprechung zur Rotatorenmanschettenverletzung (Urteil des Bundesgerichts 8C_446/2019 vom 22. Oktober 2019, E. 5.2.2.f.) begründet, dass das vorliegende Ereignis vom 26. Mai 2020 nicht geeignet gewesen sei, eine Rotatorenmanschette zu verletzen und vorliegend ausschliesslich degenerative Veränderungen im Bereich der Schulter ausgewiesen seien, weshalb für die Veränderungen am Schultergelenk rechts keine Unfallkausalität bestehe. Da somit in Bezug auf die Listenverletzung mangels natürlicher Kausalität nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt seien und keine Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG bestehe, sei rechtsprechungsgemäss zu prüfen, ob eine Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG bestehe, weshalb die Beschwerdegegnerin eine Aktenbeurteilung bei Dr. med. F.____ betreffend Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG veranlasst habe. Aufgrund der Aktenbeurteilungen von Dr. med. F.____ vom 2. August 2020, 18. August 2020 und 29. März 2021 sei der Beweis der Beschwerdegegnerin mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbracht, dass betreffend die Schulterbeschwerden rechts, insbesondere die Operation vom 17. August 2020, weder eine Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG noch eine Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG bestehe.

4.2 Dagegen wendet die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ein, sie habe vor dem Unfallereignis keine Schulterbeschwerden gehabt. Wie sich aus der Behandlungsgeschichte klar ergebe, habe sie nach dem Unfall im Spital sofort auf die durch den Unfall verursachten Schulterbeschwerden hingewiesen. Anders als durch ein plötzliches, eingreifendes Ereignis, könne eine Läsion der Schulter (Sehnenriss) nicht eingetreten sein.

Es liege ein offensichtlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Schädigung der Schulter vor, weshalb die entsprechenden Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen seien. Dies ergebe sich im Übrigen auch klar aus der Stellungnahme von Dr. med. E. ___ vom 12. August 2020. Die Aktenbeurteilungen von Dr. med. F. ___ stellten blosse Aktengutachten dar. Dr. med. F. ___ habe die Beschwerdeführerin weder untersucht noch befragt. Die Beurteilungen beruhten in erster Linie auf subjektiven Beweismitteln wie Sprechstunden- und Notfallberichten. Als einziges objektives Beweismittel habe dem Versicherungsarzt ein Arthro-MRI des rechten Schultergelenks zur Verfügung gestanden. Es sei allgemein bekannt, dass medizinische Berichte oft kurz gehalten seien, weshalb sich daraus nicht klare Schlüsse ziehen liessen. So habe auch Dr. med. E. ___ in seiner Stellungnahme betreffend den Notfallbericht festgehalten, dass dieser rudimentär sei. Das vorliegende Gutachten sei in keiner Art und Weise geeignet, den Nachweis dafür zu erbringen, dass die Verletzung der Beschwerdeführerin mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen seien. Die von der Beschwerdegegnerin eingeholten Aktenbeurteilungen erfüllten die vom Bundesgericht gestellten Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten nicht, weshalb die Einholung eines Gerichtsgutachtens unumgänglich erscheine. Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei ihren Schlussfolgerungen auf die Meinung von Dr. med. F. ___, welcher im Schreiben vom 31. Juli 2020 als beratender Expertenarzt bezeichnet werde. Der Beschwerdeführerin sei die Wahl nicht mitgeteilt worden und sie habe sich hierzu nicht äussern können. Dr. med. F. ___ könne damit nicht als unabhängiger Sachverständiger im Sinne von Art. 44 ATSG bezeichnet werden. Ihm komme bloss die Stellung eines Versicherungsarztes zu. Aus der Erkenntnis, dass die vorliegenden medizinischen Berichte nicht von einem von der Versicherung unabhängigen Arzt stammen, ergebe sich ein bedeutsamer Anspruch: Nach BGE 135 V 465, E. 4, sei eine versicherungsexterne Begutachtung anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestünden. Dr. med. F. ___ verfüge über den Facharztstitel «Chirurgie». Bei der Rotatorenmanschettenläsion handle es sich jedoch klarerweise um ein orthopädisches Problem. Bereits dieser Umstand wecke Zweifel an der Beweiskraft der Stellungnahmen von Dr. med. F. ___, mangle es ihm doch am erforderlichen orthopädischen Fachwissen. Vorliegend sei im Mindesten eine Stellungnahme eines Facharztes für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH zu fordern gewesen. Der behandelnde Arzt, Dr. med. E. ___, dessen Schlussfolgerungen von der Beschwerdegegnerin verworfen worden seien, verfüge im Übrigen über einen entsprechenden Facharztstitel. Man werde den Eindruck nicht los, dass Dr. med. F. ___ die ihm vorliegenden Sachverhaltselemente jeweils zu Ungunsten der Beschwerdeführerin gewürdigt habe. Es lägen damit in Anbetracht der unmissverständlichen Stellungnahme von Dr. med. E. ___ nicht nur geringe, sondern erhebliche Zweifel an den Ausführungen des Versicherungsarztes vor. Die Anordnung eines unabhängigen Gutachtens im Sinne des Verfahrensantrags sei zwingend.

5. Vorab ist auf die Rüge betreffend die Verletzung des rechtlichen Gehörs einzugehen. Die Beschwerdeführerin macht diesbezüglich geltend, die Beschwerdegegnerin habe das rechtliche Gehör verletzt, indem sie ihr die Stellungnahme von Dr. med. F. ___ vom 29. März 2021 vor Erlass des Einspracheentscheids nicht zugestellt habe und sie somit keine Gelegenheit gehabt habe, eigene Fragen an den Gutachter zu stellen. Diese Unterlassung wiege schwer.

Ein zentraler Teilgehalt des rechtlichen Gehörs besteht im Recht auf Akteneinsicht sowie dem Recht, sich zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 370 f.). Bei der Stellungnahme von Dr. med. F.____ vom 29. März 2021 handelt es sich im Wesentlichen um eine Aktenzusammenfassung und um die Beantwortung der Fragen der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit einer ergänzenden Prüfung eines möglichen Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG (vgl. Schreiben der Beschwerdegegnerin an Dr. med. F.____ vom 26. März 2021, B.____-Nr. 42). Auch wenn darin kaum Neues enthalten ist, hätte die ärztliche Beurteilung der Versicherten vor Erlass der Verfügung zur Stellungnahme zugestellt werden müssen. Mit der unterlassenen Zustellung liegt folglich eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor. Bei der besagten Gehörsverletzung handelt es sich jedoch um einen leichten und heilbaren Mangel. Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung im Sinne einer Heilung des Mangels ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wäre (BGE 132 V 387 E. 5.1). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, kann eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend als geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen), zumal sich die Beschwerdeführerin in ihren Rechtsschriften zur umstrittenen Stellungnahme von Dr. med. F.____ hat äussern können.

6. In materieller Hinsicht ist streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin auch nach dem 23. Juni 2020 Anspruch auf Leistungen für das Unfallereignis vom 26. Mai 2020 hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

6.1 Dem Notfallbericht des Spitals J.____ vom 26. Mai 2020 (B.____-Nr. 8) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Die Beschwerdeführerin sei am 26. Mai 2020 gestolpert und nach vorne gestützt, ohne Kopfanprall, Bewusstlosigkeit, Kopfschmerzen, Amnesie, Erbrechen oder neurologische Beschwerden. Kontusion der rechten Schulter sowie Luxation Dig III, PIP der linken Hand. Keine Bauch- oder Thoraxschmerzen. Keine weiteren Beschwerden. Kein Fieber oder Husten. Bezüglich der rechten Schulter wird Folgendes ausgeführt: pDMS intakt (A. radialis kräftig. Motorik der Hand intakt. Schulter-Motorik grobkursorisch intakt. Innenrotation im Vergleich zur Gegenseite wenig eingeschränkt. Sensibilität unauffällig). Kleine Exkoration Hand rechts. Keine Druckdolenz über den ossären Orientierungspunkten. Zur linken Hand lässt sich dem Bericht Folgendes entnehmen: pDS intakt (Rekapillarisierungszeit prompt. A. radialis kräftig. Sensibilität intakt. Motorik des Fingers nicht testbar). Nach Reponierung mit normaler pDMS (Motorik in der Akutphase noch nicht abschliessend beurteilbar, Flexion und Extension jedoch gut möglich). Im Röntgen habe sich die Luxation bestätigt und es hätten keine ossären Läsionen nachgewiesen werden können. Reposition durch Dr. med. K.____. In der Röntgenkontrolle keine ossären Läsionen und korrekte Artikulation. Im Röntgen Schulter rechts zeigten sich eine Beengung des Subakrominalraumes und mässiggradige Zeichen der Omarthrose, jedoch keine frische Fraktur.

6.2 Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 4. Juni 2020 (siehe Verlaufsbericht des Spitals D.____ vom 4. Juni 2020, B.____-Nr. 3) berichtete die Beschwerdeführerin, an Dig III Hand links keine Beschwerden zu haben. Sie klagte noch über persistierende Schmerzen an der rechten Schulter. Konventionell-radiologisch sei dort am Unfalltag keine ossäre Läsion diagnostiziert worden. Keine Schmerzmitteleinnahme.

6.3 Am 30. Juni 2020 fand eine MRI-Untersuchung des rechten Schultergelenks im Spital D.____ statt. Im gleichentags erstellten Bericht wurde in der Befunderhebung aufgeführt, es bestehe eine moderate Arthrose im AC-Gelenk mit Irregularität des Gelenkspalts mit periartikulärem Knochenmarksödem und diskretem umgebendem Weichteilödem. Aufgetriebene lange Bizepssehne am Ansatz. Vollständige Ruptur des Rotatorenintervalls mit Luxation der Sehne nach ventral. Subtotale, transmurale Ruptur der Supraspinatussehne bei vorbestehender Ansatzdysplasie mit Geröllzysten am Ansatz. Verdacht auf transmurale Partialruptur der Subscapularissehne. Longitudinaler Einriss der Infraspinatussehne. Intaktes Labrum und Glenoid (B.____-Nr. 9).

6.4 Dem Bericht von Dr. med. E.____, Leitender Arzt Orthopädie, Spital D.____, vom 16. Juli 2020 (B.____-Nr. 10), lässt sich folgende Diagnose entnehmen:

Es sei eine initiale Beurteilung vor über vier Wochen auf der Notfallstation erfolgt. Dort habe keine grosse Abklärung der Schulter stattgefunden, sondern Hauptpathologie sei der Finger gewesen. In der Befunderhebung wird aufgeführt, es bestehe eine reizlose Schulter. Aktive Beweglichkeit Flexion / Abduktion 160°, Aussenrotation 60°, Innenrotation eingeschränkt bis ISG. Aktiv-assistiert lasse sich aber eine volle Innenrotation herstellen. Die Beschwerdeführerin sei nicht steif und habe einen negativen Lift off-Test. Schmerzen bei allen Bewegungen gegen Widerstand. Keine AC-Beschwerden. In der Bildgebung sei eine beginnende Omarthrose zu sehen. MRI mit fortgeschrittener Läsion der Rotatorenmanschette, Luxation der Bizepssehne, Oberrandläsion Subscapularis. Es bestehe eine erstaunlich gute Funktion. Allerdings gebe es mit der luxierten Bizepssehne ein mechanisches Problem, was einen permanenten Reiz verursache und für die Beschwerdeführerin nicht zu kompensieren sei. Es werde daher eine Rekonstruktion der Rotatorenmanschette in Verbindung mit einer Bizepsstenotomie vorgeschlagen.

6.5 Im Bericht des Spitals D.____ vom 20. Juli 2020 (B.____-Nr. 4) wurde beschrieben, anlässlich der Verlaufskontrolle knapp zwei Monate nach dem Unfallereignis gehe es der Beschwerdeführerin bezüglich der Finger gut. Schmerzen würden kaum bemerkt. Es werde von geplanten Kontrollen bezüglich des Fingers abgesehen.

6.6 Die Beschwerdegegnerin gab bei Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Chirurgie, eine Aktenbeurteilung zum Unfallereignis vom 26. Mai 2020 in Auftrag (B.____-Nr. 11). Dr. med. F.____ kam in seinem Bericht vom 2. August 2020 (B.____-Nr. 15) zum folgenden Ergebnis: Die von der Beschwerdeführerin subjektiv beklagten Beschwerden seien hinreichend durch die Untersuchungsberichte und MRI objektiviert. Der Behandlungsverlauf sei zeitgerecht und korrekt gewesen, die Prognose für den Finger sei sehr gut, die Prognose für die rechte Schulter müsse aufgrund der degenerativen Veränderungen als eher schlecht beurteilt werden. Das Unfallereignis vom 26. Mai 2020 sei für die Luxation des Mittelgelenks des linken Mittelfingers zweifelsohne überwiegend wahrscheinliche Ursache der gesundheitlichen Störung. Für die Veränderungen im Schultergelenk sei das Unfallereignis eine bloss mögliche Ursache. Schon das geschilderte Unfallereignis sei nicht geeignet gewesen, eine Rotatorenmanschette zu verletzen.

Ausserdem sei es traumatologisch nicht nachvollziehbar, dass nach einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion die Beschwerdeführerin angegeben habe, sie habe während der Behandlung des Fingers auch mal über Schulterbeschwerden berichtet. Bei einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion trete umgehend eine Pseudoparalyse des Arms auf, das heisse, die betroffene Person könne den Arm im Schultergelenk schmerzbedingt nicht mehr bewegen. Bei der Untersuchung der Schulter habe sich jedoch eine nahezu seitengleiche freie Beweglichkeit gezeigt. Das MRI zeige eine AC-Gelenksarthrose sowie den Verdacht auf eine Teilläsion des Infraspinatus, vollständige Ruptur des Supraspinatus und eine Oberrandläsion des Subscapularis. Durch die AC-Gelenksarthrose werde die darunter laufende Sehne des Supraspinatus bei jeder Abduktionsbewegung kompromittiert und dies erkläre die Degeneration der Sehne. Die Beschwerdeführerin sei sportlich sehr aktiv und im Alter von 61 Jahren nehme die Häufigkeit der degenerativ veränderten Rotatorenmanschetten massiv zu. So auch in diesem Fall. Ein status quo ante könne für die Luxation im Fingergelenk nicht definiert werden, eine vorbestehende Gesundheitsschädigung sei hier nicht dokumentiert. Für die Schädigung der Rotatorenmanschette könne ebenfalls kein status quo ante definiert werden, hier liege eine progredient verlaufende, degenerative Veränderung vor. Eine Prellung der rechten Schulter oder leichte Zerrung der Rotatorenmanschette angenommen, für die es im MRI jedoch keinen Anhalt gebe, wäre es aufgrund der degenerativen Veränderungen mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auch ohne das Unfallereignis vom 26. Mai 2020 zu dieser durch dieses Unfallereignis verursachten Verschlechterung des vorbestehenden Gesundheitszustandes nach spätestens vier Wochen (status quo sine) im gegenwärtigen Umfang gekommen. Nach den vorliegenden Unterlagen sei die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne somit keine Verbesserung der unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigung mehr erwartet werden. Aus traumatologischer Sicht könne bis einschliesslich drei Monate nach dem Luxationsereignis noch eine Verbesserung am Mittelfinger der linken Hand erwartet werden. Für die Veränderungen am Schultergelenk bestehe keine Unfallkausalität mehr.

6.7 Im Anschluss an die Aktenbeurteilung von Dr. med. F. ___ verfasste Dr. med. E. ___ am 12. August 2020 eine Stellungnahme (B. ___-Nr. 20). Darin führte er aus, es handle sich um eine Behauptung des Vertrauensarztes (Dr. med. F. ___), wonach das Unfallereignis vom 26. Mai 2020 nicht geeignet gewesen sei, die Rotatorenmanschette zu verletzen. Es handle sich um einen Stolpersturz. Wenn sich die Beschwerdeführerin bei diesem Sturz eine proximale Humerusfraktur zugezogen hätte, würde niemand behaupten, dass dieses Trauma inadäquat sei. Es reiche allemal aus, um die Rotatorenmanschette substanziell zu verletzen. Es sei auch nicht korrekt, dass die Beschwerdeführerin schon einmal über die Schulterbeschwerden berichtet habe. Schon bei der Notfalluntersuchung sei dies entsprechend abgeklärt worden. Hier sei auch schon eine eingeschränkte Innenrotation aufgefallen, welche pathognomisch für die Subscapularissehnen-Läsion und die Bizepssehnen-Luxation sei. Ebenfalls sei unkorrekt, dass bei einer traumatischen Rotatorenmanschetten-Läsion umgehend eine Pseudoparalyse auftrete. Dies sei eine komplett falsche Aussage. Dazu komme, dass die Definition des Vertrauensarztes einer Pseudoparalyse, dass der Arm schmerzbedingt nicht bewegt werden könne, inkorrekt sei. Zusätzlich zeige die Untersuchung nicht eine schmerzbedingt seitengleiche Beweglichkeit, der Notfallbericht sei rudimentär. Die Bewegung sei nicht korrekt erfasst worden, lediglich eine Einschränkung der Innenrotation sei bemängelt worden. Es könne aber nicht darauf rückgeschlossen werden, dass die Beschwerdeführerin eine seitengleiche Beweglichkeit

habe. Die Luxation der Bizepssehne und die Pathologie im Bereich des Subscapularis seien in keiner Art und Weise mit dem vom Versicherungsarzt angegebenen Veränderungen im Bereich des AC-Gelenkes oder des Subacromialraumes zu erklären. Der Zusammenhang, dass eine sportliche Aktivität mit einer Rotatorenmanschetten-Läsion einhergehe, sei erfunden. Es sei bezüglich der Schulter eine komplett frei erfundene Behauptung, dass eine Subscapularissehnen-Läsion und eine Luxation der Bizepssehne in Verbindung mit einer zusätzlichen posterosuperioren Rotatorenmanschette innerhalb von vier Wochen einen Status quo sine erreiche. Es bestehe eine klare Unfallkausalität bezüglich der Schulter. Dies müsse von der Versicherung unbedingt neu evaluiert werden.

6.8 In seiner Stellungnahme vom 18. August 2020 (B.____-Nr. 24) zu den Anführungen von Dr. med. E.____ vom 12. August 2020 führte Dr. med. F.____ aus, der erste Satz des Orthopäden (Dr. med. E.____) sei inkomplett, solle jedoch anscheinend bedeuten, das Unfallereignis sei geeignet gewesen, eine Rotatorenmanschette zu verletzen. Eine isolierte Verletzung der Rotatorenmanschette sei die Ausnahme, werde hingegen das Schultergelenk in seiner Gesamtheit geschädigt, könne es zur Mitverletzung der Rotatorenmanschette kommen. Als ungeeignete Hergänge würden die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) sowie aktive Tätigkeiten, die zu einer abrupten aber planmässigen Muskelkontraktion führten und plötzliche Muskelanspannungen in den Muskeln der Rotatorenmanschette angesehen. Nur Bewegungen im Schultergelenk mit Zugbelastung der Rotatorenmanschette könnten diese zerreißen, in erster Linie Rotationsbewegungen aber auch Abspreizbewegungen. Liege ein Rotatorenmanschettendefekt mit Ein- bzw. Abriss der Rotatorenmanschette in davon verschiedenen Anteilen vor, könne nicht eine bestimmte Bewegung ■ etwa im Sinne einer Aussendrehung ■ diesen Schaden verursacht haben. Die Rissmorphologie müsse zum Unfallmechanismus passen. Als geeigneter Unfallmechanismus werde z.B. das massive plötzliche Rückwärtsreißen oder Heranführen des Arms, z.B. bei einem Absturz beim Fensterputzen mit noch Festhalten der Hand und / oder eine starke Zugbelastung bei gewaltsamer Rotation des Arms angesehen.

Der überwiegend als vermeintliche Ursache von Rotatorenmanschettenveränderungen angegebenen ■ eindeutig ungeeigneten ■ direkten Gewalteinwirkungen liessen vermuten, dass ausserordentlich häufig der Zeitpunkt, zudem erstmals Beschwerden verspürt würden, als Schadensursache benannt werde. Kausalitätsüberlegungen könnten an diesem Zeitpunkt nicht anknüpfen. Zwischen der Entstehung der Veränderungen und der Manifestation des Schadens im Bereich der Rotatorenmanschette fehle in aller Regel nicht nur der zeitliche Zusammenhang. Insbesondere die kausalen Zusammenhänge seien andere. Während die Veränderungen weitgehend allein anlagebedingt und / oder durch die Lebensführung bedingt seien, sei die Manifestation der Beschwerden häufig akut belastungsabhängig. Ebenso wie bei Menisken und Bandscheiben verliefen auch im Bereich der Sehnen degenerative Veränderungen weitgehend klinisch stumm, sie machten keine Beschwerden und wirkten sich funktionell nicht aus.

Weiter behaupte der Orthopäde, wenn sich die Beschwerdeführerin eine proximale Humerusfraktur beim Sturz zugezogen hätte, dann würde niemand die Unfallkausalität bezweifeln. Dies sei völlig richtig, stehe aber in keinerlei Zusammenhang mit der Verletzung einer Rotatorenmanschette. Dem Orthopäden sei sicher die überwiegende Zahl der proximalen Humerusfrakturen bekannt, die ohne jegliche Läsion der Rotatorenmanschette einhergingen. Hier einen Zusammenhang herstellen zu wollen, sei lediglich willkürlich und nicht nachvollziehbar. Zur Argumentation der Kausalität taue

diese Aussage sicher nicht.

Es sei nicht korrekt, dass die Beschwerdeführerin schon einmal über Schulterbeschwerden berichtet habe. Hier empfehle es sich, die Beschwerdeführerin selbst zu fragen und sich nochmals die Telefonnotiz vom 24. Juli 2020 (siehe B.____-Nr. 6) zu vergegenwärtigen: «Die [Beschwerdeführerin] teilte uns mit, dass sie über diesen Entscheid zur Operation auch sehr überrascht war. Sie hätte nicht damit gerechnet, dass die Schulter operiert werden muss. Erst war sie nur in Behandlung wegen der Hand und hat sich dann auch mal über Schulterbeschwerden beklagt». Das MRI zeige eine AC-Gelenkarthrose sowie den Verdacht auf eine Teilläsion des Infraspinatus, vollständige Ruptur des Supraspinatus und eine Oberrandläsion des Subscapularis. Durch die AC-Gelenksarthrose werde die darunter laufende Sehne des Supraspinatus bei jeder Abduktionsbewegung kompromittiert und dies erkläre die Degeneration der Sehne. Dies erkläre hinreichend, dass die Beschwerdeführerin mit über 60 Jahren schon einmal über Schulterbeschwerden geklagt habe. Weiter behaupte der Orthopäde, es sei nicht korrekt, dass bei einem traumatischen Riss der Rotatorenmanschette eine Pseudoparalyse auftreten würde. Hierzu dürfe auf einen Artikel, Orthopädische Klinik und Poliklinik Klinikum der Universität München, hingewiesen werden: «Bei einem frischen Riss einer Sehne der Rotatorenmanschette klagt der Betroffene über plötzlich einsetzende stechende Schmerzen, vor allem bei Bewegungen des Armes nach oben über den Kopf. Häufig ist auch die Kraft des Armes beim Heben vermindert und es können Arbeiten oberhalb der Schulter nicht mehr ausgeführt werden. Eine vollständige Unfähigkeit den Arm bis auf Schulterhöhe anzuheben bezeichnet man auch als Pseudoparalyse, diese tritt in der Regel bei grossen traumatischen Rissen auf».

Weshalb der Aufnahmebericht des Spitals D.____ vom 26. Mai 2020 rudimentär sein solle, sei nicht nachvollziehbar, liege zumindest in einer Teilverantwortung des leitenden Arztes für Orthopädie. Es werde zumindest klar beschrieben, dass die Innenrotation im Vergleich zur Gegenseite wenig eingeschränkt sei. Dies spreche eindeutig gegen eine traumatische Läsion der Subscapularissehne. Weiter behaupte der Orthopäde, dass schulterbelastende Sportarten wie zum Beispiel Tennisspielen, Rudern oder Speerwerfen die Rotatorenmanschette nicht belasteten. Diese banale Erkenntnis, dass dies so sei, solle hier nicht weiter ausgeführt werden. Weiter behaupte der Orthopäde, die Festlegung des Status quo sine sei bei einer Subscapularissehnenläsion und Luxation der Bizepssehne frei erfunden. Hier scheine der Orthopäde nicht zu verstehen, dass keine Unfallkausalität bestehe und somit lediglich von einer leichten Prellung der Schulter ausgegangen werde und diese sei sehr wohl nach vier Wochen abgeheilt.

6.9 Am 17. August 2020 unterzog sich die Beschwerdeführerin im Spital D.____ einer Operation (Schulterarthroskopie rechts, intraartikuläre Beurteilung, Débridement, Bizepsstenotomie, Rekonstruktion Subscapularis mit 1 x Y-Knot 3-fach beladen, Rekonstruktion Supraspinatus mit 2 x Y-Knot und 1 x Quattro Link; siehe Operationsbericht vom 18. August 2020, B.____-Nr. 41). Am 5. Oktober 2020 erfolgte die erste postoperative Verlaufskontrolle. Dem dazugehörigen Bericht von Dr. med. E.____ vom 9. Oktober 2020 (B.____-Nr. 38) lässt sich entnehmen, es zeige sich eine reizlose Schulter, sehr schöne Narben. Halten des 90° abduzierten Armes sei problemlos möglich.

6.10 Dr. med. F.____ erstattete am 29. März 2021 eine weitere Aktenbeurteilung (B.____-Nr. 45). Dem Bericht lässt sich entnehmen, es liege eine Schädigung gemäss der Liste in Art. 6 Abs. 2 UVG (Sehnenrisse) vor. Bei der Beschwerdeführerin müsse schon alleine aufgrund des Alters von 61 Jahren eine Degeneration der Rotatorenmanschette

angenommen werden. Zudem liege kein Ereignis vor, das geeignet gewesen wäre, eine Rotatorenmanschette zu verletzen. Es lasse sich daraus der Schluss ziehen, dass, wenn eine traumatische Schädigung wie in diesem Fall ausgeschlossen werden könne, zwingend eine Degeneration der Rotatorenmanschette vorliegen müsse. Eine andere Möglichkeit sei traumatologisch nicht vorstellbar. In der MRT des rechten Schultergelenks vom 30. Juni 2020 zeige sich eine Ansatzentzündung der langen Bizepssehne sowie eine ACG-Arthrose als deutliche Zeichen der Degeneration. Zusammenfassend liege somit eine Schädigung vor, die im gesamten Ursachenspektrum vorwiegend (über 50 %) auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sei.

6.11 Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin eine weitere Stellungnahme von Dr. med. E.____ vom 25. Juni 2021 ein (BB 4). Der behandelnde Orthopäde führte darin aus, die Aussage des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin, wonach das Ereignis vom 26. Mai 2020 nicht geeignet gewesen sei, eine Rotatorenmanschette zu verletzen und dass ausschliesslich eine degenerative Veränderung im Bereich der Schulter ausgewiesen sei, sei nicht medizinisch, sondern juristisch begründet. Die medizinische Begründung sei von ihm (Dr. med. E.____) bereits ausführlich geliefert worden. Die Behauptung des Versicherungsarztes, dass es sich bei der Verletzung der Beschwerdeführerin um eine leichte Prellung handle und der operierte Schaden eine Vorschädigung sei, sei medizinisch nicht nachvollziehbar. Es gebe keine Studien, die den genauen Traumamechanismus resp. die genaue Energie ausgewertet hätten, die benötigt werde, um die Sehnen der Rotatorenmanschette abzureissen. Erschwerend komme hinzu, dass die meisten Unfälle in ihrem ganzen Bewegungsausmass und in ihrer Energie vom der versicherten Person niemals in der oben beschriebenen detaillierten Form wiedergegeben werden könnten. Die Patienten seien einfach gestürzt, meistens mit einem völligen Kontrollverlust. Bei einem 60-jährigen Patienten, welcher nicht regelmässig einer koordinativ höchst anspruchsvollen sportlichen Betätigung nachgehe, könne man auch davon ausgehen, dass Abwehr- / Abrollbewegungen nur rudimentär durchgeführt würden und damit die genaue Zug-, Schlag- oder Druckbelastung der Schulter eigentlich nicht nachvollziehbar sei. Um die oben genannten Kriterien korrekt wiederzugeben, bräuchte es eine Slow-Motion-Video-Dokumentation mit einer Spezialkamera des Sturzes. Dieses sei im gegebenen Fall selbstverständlich nicht passiert. Bei der in der Aktenbeurteilung von Dr. med. F.____ erwähnten Publikation (Alfred Schönenberger / Gerhard Mehrrens / Helmut Valentin; Arbeitsunfall und Berufskrankheit, Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Beratung und Gerichte) enthaltenen Aussage, die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) sei ein ungeeigneter Hergang, die bei der Beschwerdeführerin festgestellte Rotatorenmanschettenverletzung zu bewirken, da die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und den Deltamuskel gut abgeschirmt sei, handle es sich lediglich um eine Behauptung, die in keinsten Art und Weise jemals belegt worden sei. Wie in der initialen Beurteilung schon berichtet, sei es auch so, dass sowohl das Acromion als auch der Deltamuskel nicht in der Lage seien, den proximalen Humerus vor einer Fraktur zu schützen. Hierbei handle es sich immerhin um die zweithäufigste Fraktur der oberen Extremitäten, also eine wirklich häufige Pathologie mit der häufigsten Ursache eines Niedrig-Energie-Traumas im Sinne eines Stolpersturzes. Es handle sich um eine versicherungsmedizinische Behauptung und nicht um eine medizinisch bewiesene Tatsache. Degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette seien vermehrt mit zunehmenden Alter zu sehen. Damit sei die Aussage korrekt, wonach es medizinisch richtig sei, bei der Beschwerdeführerin müsse

schon allein aufgrund des Alters von 61 Jahren eine Degeneration der Rotatorenmanschette angenommen werden und dass eine solche Degeneration geeignet gewesen wäre, eine Verletzung der hier zur Diskussion stehenden Art zu bewirken. Man könne aber nicht zwingend behaupten, dass dies auf einen Einzelfall zutreffe. In der Bildgebung hätten sich keine degenerativen Veränderungen der Muskulatur gezeigt, welche zwangsläufig nach einer längeren Sehnenpathologie einträten. Vom Versicherungsarzt sei in seinem Gutachten auch schon angesprochen worden, dass bei proximalen Humerusfrakturen, welche eine typische Verletzung bei älteren Menschen (60 plus) seien, die Rotatorenmanschette häufig intakt sei. Man könne also nicht behaupten, dass bei einem 60-jährigen prinzipiell die Rotatorenmanschette stark degeneriert sei. Bei einer deutlichen Degeneration sei es sicherlich gut möglich, dass ein Trauma einen Riss bewirke. Es treffe nicht zu, dass in der MRT der rechten Schulter der Beschwerdeführerin vom 30. Juni 2020 deutliche Zeichen der Degeneration der Bizepssehne zu entnehmen seien, die als Ursache der eingetretenen Verletzung im Vordergrund stünden. Sowohl in der Bildgebung als auch während der Operation habe sich gezeigt, dass die Bizepssehne aus ihrem Halteapparat gerissen worden sei und in die Subscapularissehne luxiert sei. Degenerative Veränderungen dieser Art liessen sich häufig mit dem «Magic angle-Effekt» im MRI erklären, seien aber nicht die Ursache für die hier beschriebene Verletzung.

6.12 Im vom Versicherungsgericht in Auftrag gegebenen orthopädischen Gerichtsgutachten von Dr. med. G.____ und Dr. med. H.____ (A.S. 75 ff.) wird zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin festgehalten, sie sei am 26. Mai 2020 nach vorne gestürzt, nachdem sie die Kante des Trottoirs übersehen habe und dann gestolpert sei. Hierbei sei sie zuerst auf die linke Hand gefallen und dann auf die rechte Schulter. Direkt nach dem Unfall hätten Schmerzen im Bereich des linken Mittelfingers bestanden, welcher auch deformiert gewesen sei. Zusätzlich hätten sich sofort nach dem Sturz rechtsseitige Schulterschmerzen eingestellt. Am selben Tag sei auf dem Notfall des Spitals J.____ der luxierte Finger der linken Hand reponiert worden. Betreffend der rechten Schulter sei empfohlen worden, bei Beschwerdepersistenz im Rahmen der handchirurgischen Nachkontrollen bei Bedarf eine weitere Abklärung zu veranlassen. Im weiteren Verlauf seien die Beschwerden tagsüber einigermaßen kompensiert gewesen, aber vor allem nachts hätten noch recht starke Schmerzen bestanden. Insbesondere das Liegen auf der betroffenen, rechten Seite sei nicht mehr möglich gewesen. Der Bewegungsumfang sei von Anfang an recht gut erhalten gewesen, wobei die Innenrotation wie zum Beispiel beim Anziehen des Büstenhalters sowie die Mobilisation oberhalb der Horizontalen noch schmerzhaft gewesen seien. Der gewohnten Bürotätigkeit habe die Beschwerdeführerin nach kurzer Auszeit ab dem 30. Mai 2020 wieder nachgehen können. Bei persistierenden Schulterschmerzen sei die Indikation zum operativen Vorgehen gestellt worden. Nach dem Eingriff am 17. August 2020 hätten initial recht starke Schmerzen bestanden, welche im weiteren Verlauf jedoch zunehmend regredient gewesen seien. Vier Wochen nach dem Eingriff habe die Schmerzmedikation abgesetzt werden können. Vor Abschluss der Physiotherapie sei bereits wieder mit Sport begonnen worden. Die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit als [] im gewohnten Pensum von 50 % sei ab dem 1. Januar 2021 erfolgt. Aktuell bestehe lediglich noch eine gewisse Bewegungseinschränkung, welche die Beschwerdeführerin im Alltag, im Beruf sowie bei den sportlichen Tätigkeiten nur noch diskret beeinträchtige (A.S. 78 f.).

Die Gutachter erheben folgende Befunde: Schulter rechts: Die klinische Untersuchung zeige reizlose Narben der Arthroskopieportale. Keine Hinweise für eine relevante Myoatrophie der Schultergürtelmuskulatur. Die ossären Strukturen inklusive des acromioclaviculären Gelenks und Processus coracoideus seien unauffällig. Die passive glenohumerale Abduktion betrage 70°, 75° auf der Gegenseite. Die aktive und passive Flexion betrage 160°, seitensymmetrisch. Die aktive und passive globale Abduktion betrage 120°, seitensymmetrisch. Die Aussenrotation bei 0° Abduktion betrage 60°, 70° auf der Gegenseite. Die Aussenrotation / Innenrotation bei 90° Abduktion betrage 90/0/40°. Der Nackengriff sei problemlos möglich. Der Schürzengriff sei bis L3 möglich, auf der Gegenseite bis Th12. Kein Aussenrotations-Lag. Das Drop-Arm-Sign und Hornblower-Sign sowie der Lift-off Test seien negativ. Die Aussenrotation gegen Widerstand könne mit seitensymmetrischer Kraft gehalten werden. Die Impingement Testung nach Hawkins / Neer sei negativ wie auch der Cross-over Test. Es zeige sich ein diskretes Popeye-Zeichen im Vergleich zur Gegenseite. Keine Scapuladyskinesie (A.S. 79).

Weiter haben die Gutachter die nach dem Unfall erfolgten bildgebenden Untersuchungen gewürdigt (A.S. 80):

Es werden folgende Diagnosen an der rechten Schulter erhoben: (A.S. 80)

Nebendiagnose am Mittelfinger Hand links (A.S. 81):

7. Die Beschwerdegegnerin hält dafür, dass der Beschwerdeführerin per 23. Juni 2020 keine Leistungen mehr zustehen, da es ab diesem Zeitpunkt an einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 26. Mai 2020 und den anhalten Schulterbeschwerden fehle. Dabei stützt sie sich auf die Berichte ihres beratenden Expertenarztes, Dr. med. F.____ vom 2. August 2020, 18. August 2020 und 29. März 2021. Im Gerichtsgutachten kommen Dr. med. G.____ und Dr. med. H.____ zu einem anderen Ergebnis. Es ist somit nachfolgend der Beweiswert des externen Gutachtens zu prüfen. Dazu kann einleitend festgehalten werden, dass dieses in Kenntnis der Aktenlage, nach eingehender Untersuchung, unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und von auf dem entsprechenden Gebiet ausgewiesenen Fachärzten erstellt wurde. Insofern erfüllt es die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

7.1 Inhaltlich kommen die Gutachter zur folgenden, nachvollziehbaren Beurteilung: Nach dem direkten Anpralltrauma der linken Hand und dann der rechten Schulter am 26. Mai 2020 sei die ebenfalls schmerzhafte rechte Schulter klinisch und radiologisch abgeklärt worden. Bei unauffälliger Bildgebung und bei grobkursorisch grösstenteils erhaltener Beweglichkeit habe man diagnostisch eine Kontusion festgehalten. Die Beschwerdeführerin habe im Rahmen der Begutachtung glaubhaft versichert, dass vor dem Unfall zu keinem Zeitpunkt Schulterbeschwerden bestanden hätten. Die Angaben hierzu seien kohärent und würden durch die Akten gestützt. Dies korreliert mit den Angaben, die die Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin gemäss Telefonnotiz vom 24. Juli 2020 (B.____-Nr. 6) gemacht hat, wie gutachterlich zu Recht festgehalten wird. Auch darin lässt sich lesen, die «vP hatte noch nie Probleme mit der Schulter». Die Gutachter nehmen sodann Bezug auf die von der Beschwerdeführerin getätigte Aussage, von der Empfehlung zur Operation überrascht gewesen zu sein, da seit dem Unfall die Behandlung des Mittelfingers im Vordergrund gestanden habe und sie sich im Rahmen dessen «dann auch mal» über Schulterschmerzen beklagt habe. Im Gegensatz zu dieser eher harmlosen Darstellung der Schulterbeschwerden werde später erwähnt, dass vor allem nachts starke

Schmerzen beständen. Einen Monat nach dem Unfall habe ein Arthro-MRT dann eine ausgedehnte Ruptur der Rotatorenmanschette mit Beteiligung des Oberrandes der Subscapularissehne, der Supraspinatussehne und des Oberrandes der Infraspinatussehne mit instabiler und entzündlich veränderter langer Bizepssehne gezeigt, des Weiteren eine klinisch nicht auffällige Arthrose des acromioclaviculären Gelenkes. Nach der Operation habe sich ein regelrechter weiterer Verlauf eingestellt. Der Endzustand sei sechs Monate nach dem Eingriff erreicht gewesen, nachdem die Beschwerdeführerin dreieinhalb Monate nach der Operation die Arbeit teilweise wieder aufgenommen, viereinhalb Monate nach der Operation das gewohnte Arbeitspensum wieder geleistet und nach sechs Monaten die meisten sportlichen Aktivitäten wieder problemlos durchgeführt habe. Die Gutachter legen mit Bezug auf ihre Befunderhebung einleuchtend dar, dass in der klinischen Untersuchung über zwei Jahre nach dem Eingriff im Vergleich zur gesunden, linken Schulter eine gewisse Einschränkung des Bewegungsumfanges der rechten Schulter bestehe, welche die Beschwerdeführerin im Alltag allerdings kaum limitiere. So kommen sie nach Würdigung der Aktenlage und ihrer Untersuchungsergebnisse zum Ergebnis, dass sich medizinisch ein kohärentes Bild ergebe (A.S. 81 f.). Zum Zeitpunkt der Untersuchung wie auch bereits zum Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids vom 23. April 2021 sei die Beschwerdeführerin bereits wieder grösstenteils beschwerdefrei (A.S. 83).

Zur Streitfrage, ob die Diagnosen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dem Unfall vom 26. Mai 2020 zugeordnet werden könnten, halten die Gutachter fest, dass die Differenzierung zwischen einer vorwiegend durch Abnützung und einer durch ein traumatisches Ereignis entstandenen Läsion der Rotatorenmanschette oft eine Herausforderung darstelle. Idealerweise würde ein MRT vor dem Unfall vorliegen, um dies mit eventuellen Schäden nach dem Unfall vergleichen zu können. Dies sei jedoch nur äussert selten der Fall (A.S. 83). Der Umstand, dass auch im vorliegenden Fall keine Vorakten betreffend die Schulter bestehen, stellt indessen ein Indiz dafür dar, dass vor dem Unfall keine vorbestehenden Schulterprobleme bestanden haben. Die Gutachter gehen anschliessend darauf ein, dass es gestützt auf den heutigen Wissensstand mehrere allgemeingültige Kriterien gebe, die zur Unterscheidung herangezogen werden sollten und die Differenzierung erleichterten. Dabei wird auf drei deutschsprachige Übersichtsarbeiten verwiesen, die in den letzten Jahren dazu publiziert wurden (A.S. 83 f.). Unter Berücksichtigung dieses aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes erläutern die Gutachter plausibel, weshalb die Rotatorenmanschettenläsion im konkreten Fall als überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingt beurteilt wird. Dabei wird auch Bezug genommen auf die aktenanamnestische und gutachterlich erhobene Vorgeschichte, den Geschehensablauf, das Verhalten der Beschwerdeführerin nach dem Unfall, den klinischen Befund, die vorhandenen bildgebenden Untersuchungen und den Operationsbericht (A.S. 84). Wie vom die Beschwerdegegnerin beratenden Dr. med. F.____ und dem behandelnden Dr. med. E.____ angeführt, komme es mit zunehmendem Alter zu einer höheren Wahrscheinlichkeit einer degenerativen Schädigung der Rotatorenmanschette. Veränderungen der Rotatorenmanschette bei wenig oder nicht symptomatischen Patientin träten ab einem Alter von 40 Jahren häufig auf und sollten daher nicht mehr berücksichtigt werden, um eine degenerative von einer traumatischen Läsion zu unterscheiden. Ein Alter von über 40 Jahren werde teilweise immer noch als Argument für eine relevante Vorerkrankung angesehen. Diesbezüglich wird aber darauf hingewiesen, dass die Prävalenz von die gesamte Sehnendicke betreffenden Läsionen in neueren Studien eher nach unten korrigiert wurde. Aktuell werde angenommen, dass diese bei unter 70-Jährigen ohne

Symptome in maximal 15 % der Population nachweisbar seien. Zusammengefasst könne gesagt werden, dass zwischen 5,7 % und 15,2 % der allgemeinen Population zwischen 60 und 70 Jahren eine transmurale Ruptur der Rotatorenmanschette zeigten, welche sich grösstenteils (85 %) nur auf die Supraspinatussehne beziehe (A.S. 85). Zum Traumamechanismus halten die Gutachter fest, die Beschwerdeführerin sei aus Eigenhöhe zuerst auf die linke Hand und dann die rechte Schulter gestürzt. Ob es auch zu indirekten Krafteinwirkungen wie z.B. einem Torsionstrauma im Bereich der rechten oberen Extremität gekommen sei, lasse sich aktenanamnestisch und auch im Rahmen der Befragung nicht eruieren. Es gebe zwar diverse Theorien darüber, welche Rotatorenmanschettenläsion wie entstehen könne, es wird aber darauf hingewiesen, dass wenige solide, wissenschaftliche Belege dazu vorhanden seien. Die Schweizerische versicherungsmedizinische Expertengruppe sehe eine direkte Kontusion als starkes Argument gegen eine traumatische Rotatorenmanschettenverletzung, während dem die Schweizer Expertenkommission der Swiss Orthopaedics ein direktes Trauma als möglichen Mechanismus für eine Rotatorenmanschettenläsion nenne. Mit Blick über die Landesgrenze hinaus halten die Gutachter fest, dass die deutsche Expertenkommission einen direkten Anprall als Ursache a priori nicht ausschliesse. Dabei gehe die deutsche Kommission explizit auf die von Dr. med. F.____ zitierte These von Schönberger, Mehrrens und Valentin ein, dass nur eine durchgängig und einheitlich dokumentierte Zugbelastung der Rotatorenmanschette als Indiz für eine traumatische Verletzung in Frage komme. Die Aussagekraft dieser Feststellung werde dort als schwach beurteilt, da es keine solide wissenschaftliche Grundlage gebe und es sich eher um eine Expertenmeinung handle. Schlussendlich legen die Gutachter dazu dar, dass es bisher keiner wissenschaftlichen Studie gelungen sei, einen spezifischen Unfallmechanismus zu finden, der solide auf eine Verletzung der Rotatorenmanschette rückschliessen lässt oder Mechanismen als Ursache ausschliesst. Der häufigste Grund für eine traumatische Verletzung der Rotatorenmanschette sei indessen der Sturz auf den ausgestreckten Arm. Diverse weitere Unfallhergänge würden dabei als mögliche Ursachen gesehen, so z.B. passive Rotationsbewegungen gegen Widerstand, plötzliches Reißen des Armes nach vorne oder hinten oder Zug am Arm. Der im konkreten Fall wahrscheinlichste Ablauf eines direkten Anpralltraumas der Schulter sei in der Literatur ebenso als möglicher Mechanismus beschreiben. Hiernach nehmen die Gutachter Bezug auf das vom behandelnden Arzt Dr. med. E.____ vorgebrachte Argument, dass ein direktes Anpralltrauma eine Fraktur verursachen könne. Dazu wird erklärt, dass dieselben Strukturen (Acromion, Deltamuskel), die die Rotatorenmanschette vor einer Verletzung bei direktem Trauma schützen sollten, theoretisch auch den darunter liegenden Knochen vor einer Fraktur schützen müssten, was erwiesenermassen nicht der Fall sei. Passend hierzu habe eine Studie über professionelle Footballspieler gezeigt, dass nach videotechnisch bestätigten Anpralltraumata der Schulter im MRT diverse, am ehesten frische Läsionen der Rotatorenmanschette inklusive kompletter Risse zu sehen gewesen seien, ohne dass es zu einer Fraktur gekommen sei. Ausserdem komme es bei einem simplen Sturz neben dem direkten Anprall durch vorgängige Hebelwirkungen (z.B. beim Abfangen auf die Hand) oft zu nicht unerheblichen, zusätzlichen Kräften. Schutzreflexe führten zudem unweigerlich zu Kontrakturen und damit einer Vorspannung der Muskulatur, die Verletzungen bei einem direkten Trauma begünstigen könnten. Diesbezüglich könnten sich Patienten jedoch häufig nicht erinnern, ob es vor dem Aufprall zu einem vorgängigen Auffangen mit der Hand, Ausweichbewegungen oder anderen Mechanismen gekommen sei, die eine Läsion der Rotatorenmanschette

begünstigten. Unter Berücksichtigung all dieser Umstände erweist sich die zusammenfassende Beurteilung, dass es keine wissenschaftlich soliden Belege gibt, die gegen ein direktes Trauma als Ursache einer Rotatorenmanschettenläsion sprechen und einige Indizien bestehen, dass es zu einer Verletzung der Rotatorenmanschette nach einem direkten Anprall kommen kann, als schlüssig. Daraus wird dann abgeleitet, dass der im vorliegenden Fall beschriebene Unfallhergang isoliert betrachtet zumindest als mögliche Ursache der Rotatorenmanschettenläsion zu sehen ist (A.S. 85 f.). Dies wurde auch vom die Beschwerdegegnerin beratenden Experten Dr. med. F.____ nicht per se verneint (vgl. B.____-Nr. 15). Sodann ziehen die Gutachter klinische Kriterien heran: Die Beschwerdeführerin habe nach dem Sturz über ein sofortiges Auftreten von Schulterschmerzen berichtet, die sich im weiteren Verlauf nur teilweise gebessert hätten, da es vor allem nachts noch zu Einschränkungen gekommen sei. Die Beschwerden hätten sich zudem in einer Limitation der aktiven Innenrotation geäußert, wobei vor dem Unfall über keine Beschwerden berichtet worden sei. Plausibel wird dargelegt, dass das akute Auftreten der Beschwerden ohne vorgängige Symptome für eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette der Beschwerdeführerin spricht. Dies korrespondiert auch mit der Literatur, wie die Gutachter festhalten, wo der direkte Schmerz und eine Beeinträchtigung der aktiven Mobilität als typisches Bild einer Rotatorenmanschettenläsion nach einem Unfall beschrieben worden seien und bei Patienten mit akuten Schmerzen und Bewegungseinschränkungen aufgrund einer Rotatorenmanschettenläsion bei einem signifikanten Anteil ein Trauma vorliege. Auch die hier erst verzögert stattgefunden notwendige bildgebende MRT-Untersuchung findet in der Literatur eine Erklärung, da auch demgemäss die erste, notfallmässige Abklärung mittels Röntgen unauffällig sei und die Schmerzen innert einiger Tage nachliessen, dann aber auf einem gewissen Niveau verharren und nicht komplett verschwinden würden. Weiter wird darauf hingewiesen, dass die klinische Untersuchung allein nicht geeignet ist, um zwischen einer akuten oder chronischen Verletzung zu unterscheiden. Daraus wird nachvollziehbar geschlossen, dass die von Dr. med. F.____ und Dr. med. E.____ diskutierte Frage, ob die initiale Untersuchung ausreichend gewesen sei oder nicht, keinen Einfluss auf die Differenzierung zwischen einer traumatischen oder degenerativen Läsion der Rotatorenmanschette habe. Zudem erwähnen die Gutachter, dass eine limitierte Innenrotation nicht pathogonomisch für eine Verletzung der Subscapularissehne sei, da diese auch durch andere Pathologien der Schulter verursacht werden könne. Schliesslich nehmen die Gutachter Bezug auf die zwischen dem behandelnden Arzt und dem die Beschwerdegegnerin beratenden Arzt diskutierte Frage, ob die sportlichen Tätigkeiten der Beschwerdeführerin einen degenerativen Rotatorenmanschettenschaden begünstigt haben. Hierzu wird erklärt, dass keine belastbare wissenschaftliche Arbeit vorliege, die den Einfluss von Hobbysport untersuche. Die Beschwerdeführerin gehe einer die Schulter nicht belastenden Bürotätigkeit nach und auch die von ihr genannten sportlichen Aktivitäten fielen nicht in Risikokategorien. Zusammengefasst schlussfolgern die Experten, dass die Anamnese eher auf eine traumatische Genese der Rotatorenmanschette hinweist, weil die Symptome akut nach dem Unfall auftraten, ohne dass vorher Einschränkungen bestanden hätten (A.S. 86 f.).

Bei der Würdigung der radiologischen Kriterien gehen die Gutachter darauf ein, dass sich auf der Röntgenaufnahme vom 26. Mai 2020 ein subacromialer Sporn sowie degenerative Veränderungen des AC-Gelenks sowie eine beginnende Arthrose des Schultergelenks, ein erhöhter kritischer Schulterwinkel und zystische Veränderungen im Bereich des posterioren Tuberculum majus zeigten. Diese würden von Dr. med. F.____ und der

versicherungsmedizinischen Expertengruppe als starke Argumente für eine gleichzeitig vorliegende degenerative Vorschädigung der Rotatorenmanschette genannt. Diese Einschätzung werde von der Schweizer Expertengruppe nicht geteilt und auch die deutsche Kommission widerspreche dieser Aussage. Der aktuelle Erkenntnisstand unterstütze eher letztere Einschätzung. Weder die Entstehung eines knöchernen Anbaus an der Unterfläche des Acromions im Sinne eines Sporns noch die degenerative Abnutzung des acromioclaviculären Gelenks stünden nach wissenschaftlichen Beurteilungen im kausalen Zusammenhang mit einer Rotatorenmanschettenläsion. Im Bereich der Schulter träten hauptsächlich zwei verschiedene Typen von Abnutzung bzw. Arthrose auf. Einerseits existiere die Defektarthropathie, bei der eine defekte Rotatorenmanschette zu einer abnormalen Belastung des Schultergelenks führe, was letztendlich in einer Arthrose resultiere. Ein Zeichen hierfür sei ein verringerter Abstand zwischen Humeruskopf und Schulterdach, dem Acromion. Dieser liege bei der Beschwerdeführerin bei 7 ■ 8 mm und befinde sich damit in der Norm. Im Gegensatz dazu stehe die Omarthrose, bei der eine schleichende Abnutzung des Knorpels, z.B. aufgrund einer Instabilität des Schultergelenks, ursächlich sei. Ein klassisches Zeichen sei der auch in diesem Fall sichtbare Osteophyt am unteren Rand des Humeruskopfes. Bei einer Omarthrose sei eine Läsion der Rotatorenmanschette im Vergleich zur allgemeinen Inzidenz von (Teil-)Läsionen eher niedriger und würde in diesem Fall eher gegen vorbestehende degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette sprechen. Zystische Veränderungen im Bereich des Tuberculum majus hätten nach aktuellem Erkenntnisstand keine relevante Aussagekraft für das gleichzeitige Vorliegen einer chronischen Abnutzung der Rotatorenmanschette. Zur Argumentation von Dr. med. F.____, dass ein arthrotisch verändertes AC-Gelenk die darunter verlaufende Supraspinatussehne verletzen könnte, erklären die Gutachter nachvollziehbar, dass solche nur schwer die Verletzungen der restlichen Rotatorenmanschette erklären würden. Daher wird zusammengefasst festgehalten, dass basierend auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen im konventionellen Röntgen einzig ein verringerter Abstand zwischen Acromion und Humeruskopf und eventuell zystische Veränderungen im anterioren aber nicht posterioren Bereich des Tuberculum majus ein sicheres Zeichen einer vorbestehenden degenerativen Läsion der Rotatorenmanschette sind. Solche wurden im konkreten Fall jedoch nicht gesehen (A.S. 87 f.).

Zu den MRT-Aufnahmen vom 30. Juni 2020 und der dort zusätzlich zu den Röntgenbildern festgestellten Ruptur der anterosuperioren bis posterosuperioren Rotatorenmanschette und instabilen langen Bizepssehne halten die Gutachter fest, dass beides in Zusammenhang mit der restlichen Rotatorenmanschettenläsion zu sehen sei. Die gesehene Tendinopathie der langen Bizepssehne sei nicht unbedingt ein Zeichen einer vorgängigen Degeneration, sondern könne auch durch die Luxation und damit nicht mehr physiologische Belastung erklärt werden. Ebenfalls gegen eine relevante Vorschädigung spreche die geringe Verfettung der Muskulatur. Durchschnittlich dauere es zweieinhalb bis vier Jahre, bis eine mässige beziehungsweise fortgeschrittene Verfettung zu sehen sei. Dies konnte jedoch im konkreten Fall nicht erkannt werden. So deute auch die Lokalisation der Verletzung in diesem Fall mit Beteiligung der posterioren und vor allem anterioren Rotatorenmanschette auf eine traumatische Genese hin. Degenerative Läsionen, die sich meist zuerst im Bereich der Supraspinatussehne bildeten, könnten schwerer auf die Subscapularissehne übergreifen. Ausserdem sei ein «Kinking» (Schlängeln des proximalen Sehnenstumpfes der Supraspinatussehne im vorderen Anteil und der Subscapularissehne im oberen Anteil) im

MRT gesehen worden. Dieses werde als Zeichen einer erhaltenen Elastizität der zurückgezogenen Sehne und somit einer zeitnahen Läsion interpretiert. Andere Zeichen einer akuten Läsion, welche in manchen Fällen gesehen werden könnten, wie z.B. einer Knochenkontusion, Einblutungen oder eines Ödems der Muskulatur, lägen nicht vor. Dies wird indessen plausibel mit der langen Zeitspanne zwischen dem Unfall und dem MRT erklärt. Zusammengefasst liegen nach schlüssiger gutachterlicher Einschätzung in diesem Fall somit keine zuverlässigen Zeichen einer relevanten degenerativen Vorerkrankung vor (A.S. 88 f.).

Was die intraoperativen Kriterien, also die während des am 17. August 2020 stattgefundenen Eingriffs erhobenen Befunde, anbelangt, so wird diesen gutachterlich keine Relevanz beigemessen, da der Eingriff Wochen nach dem Unfall stattgefunden hat (A.S. 89).

Gestützt auf die ausführliche gutachterliche Herleitung, in welcher die bestehende Literatur und die in der Fachmedizin vorhandenen Meinungen in Bezug auf den hier vorliegenden Fall diskutiert werden, kann somit gesagt werden, dass die Diagnose betreffend die rechte Schulter mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dem Unfall vom 26. Mai 2020 zugeordnet werden kann (A.S. 89).

7.2 Die Beschwerdegegnerin bringt in ihrer Stellungnahme zum Gerichtsgutachten (A.S. 100 ff.) vor, das Gutachten sei widersprüchlich und nicht schlüssig, basiere auf einer unzulässigen «post hoc ergo propter»-Argumentation und sei insbesondere gestützt auf die vom Bundesgericht verworfene Ansicht der Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie von Swiss Orthopaedics erstellt worden. Einerseits werde bei Frage

E. 9

9.1 Grundsätzlich ist das Beschwerdeverfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

9.2 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen (s. Art. 45 Abs. 1 ATSG, BGE 143 V 269 E. 6.2.1 S. 279 f.), sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Dies ist namentlich dann der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2 S. 75, 139 V 496 E. 4.4 S. 502).

Als die Beschwerdegegnerin den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschaden verneinte, stützte sie sich auf die Aktenbeurteilungen ihres Arztes Dr. med. F.____. Dieser argumentierte zwar nicht ausschliesslich mit dem Unfallhergang, mass ihm aber eine zentrale Bedeutung bei, obwohl dies nach der neuen Bundesgerichtspraxis nicht mehr statthaft ist (s. Bundesgerichtsurteile 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.3 und 5.4, 8C_672/2020 vom 15. April 2021 E. 4.1.3 und 8C_593/2021 vom 6. Januar 2022 E. 5.2.3). Andererseits übte der behandelnde Arzt Dr. med. E.____ am 12. August 2020 eingehende Kritik an der Beurteilung von Dr. med. F.____ (E. II. 6.7 hiervor). Diese Differenz zwischen den beiden Ärzten lässt sich nicht ohne weiteres

ausräumen. Die Beschwerdegegnerin hätte folglich zumindest geringe Zweifel an den Stellungnahmen von Dr. med. F. ___ hegen und, wie es das Gericht getan hat, ein unabhängiges Gutachten einholen müssen, um den entscheiderelevanten Sachverhalt zu klären, bevor sie einen Leistungsanspruch verneint. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 6'300.00 zu tragen. Gegen die Höhe dieser Kosten erhob sie keine Einwände, nachdem sie die fragliche Rechnung zugestellt erhalten hatte (E. I. 9 hiervor).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Haldemann

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