

SO_GERICHTE VSBES.2022.14 vom 30. November 2021

SO Obergericht, 2021-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.14

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.14 du 30 novembre 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.14 del 30 novembre 2021

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1977 geborene A.____ ist als Automechanikerin bei der D.____ angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert.

1.2 Gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 6. März 2019 erlitt A.____ am 19. Februar 2019 eine Verletzung an der linken Schulter, als sie bei Haushaltsarbeiten bei der Treppe ausgerutscht sei (Suva-Nummer [Suva-Nr.] 1). Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

1.3 Mit Schadenmeldung UVG vom 24. Juli 2020 machte A.____ einen Rückfall geltend (Suva-Nr. 4).

1.4 Zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht legte die Suva dem Kreisarzt med. pract. E.____, Facharzt Chirurgie, die eingeholten medizinischen Akten vor. Med. pract. E.____ verneinte in seinen Beurteilungen vom 14. Dezember 2020 und 24. März 2021 einen überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen den Schulterbeschwerden und dem Unfallereignis vom 19. Februar 2019 (Suva-Nrn. 24 und 39). Gestützt darauf stellte die Suva ihre Leistungen mit Verfügung vom 30. März 2021 per 10. November 2020 ein (Suva-Nr. 41). Nach Eingang der Einsprache von A.____ nahm med. pract. E.____ mit Beurteilung vom 6. Mai 2021 erneut Stellung, insbesondere unter Berücksichtigung des im Auftrag der Rechtsschutzversicherung erstellten Gutachtens von Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie FMH (Suva-Nr. 54). Zudem verfassten die Versicherungsärzte Prof. Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, und Assistenzärztin H.____ am 26. / 29. November 2021 eine orthopädisch-chirurgische Beurteilung (Suva-Nr. 80). Gestützt darauf wies die Beschwerdegegnerin die Einsprache mit Einspracheentscheid vom 30. November 2021 ab (Akten-Seite [A.S.] 1 ff.).

E. 2

2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Kann von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden, erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann.

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 188, 123 V 98 E. 3d S. 103, 122 V 415 E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49 mit Hinweisen).

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 der Versicherungsträger und das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 157 E. 1.b S. 159). Diese medizinischen Unterlagen hat das Versicherungsgericht nach dem im Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) umfassend, objektiv und inhaltsbezogen zu würdigen (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 399 f.). Das bedeutet, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Bewertung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3.a S. 352).

3.4 Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens 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, in der Beweiswürdigung 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). Andererseits

ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc). Ferner haben rechtsprechungsgemäss Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen Beweiswert, doch kommt ihnen nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem Gutachten, das der Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG von einer externen Fachperson eingeholt hat oder einem Gerichtsgutachten. Zwar lässt der Umstand, dass versicherungsinterne Fachpersonen in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger stehen, für sich allein noch nicht auf mangelnde Objektivität und Befangenheit dieser Personen schliessen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen zugunsten der Beschwerdeführerin zu Recht per 10. November 2020 eingestellt hat.

E. 4

Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen zu treffen. 2.2 Mit Beschwerdeantwort vom 2. Februar 2022 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (A.S. 21). 2.3 Die Beschwerdeführerin verzichtete auf das Einreichen einer Replik (A.S. 36). 3. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Kann von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden, erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). 2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. 2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 188, 123 V 98 E. 3d S. 103, 122 V 415

E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49 mit Hinweisen). 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 der
Versicherungsträger und das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen
festzustellen. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte ist die rechtsanwendende Behörde
regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur
Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 157 E. 1.b S. 159). Diese medizinischen Unterlagen
hat das Versicherungsgericht nach dem im Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz
der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) umfassend, objektiv und inhaltsbezogen
zu würdigen (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 399 f.). Das bedeutet, dass das Gericht alle
Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu
entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen
Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden
medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu
würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere
medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also
entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen
Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der
Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen
Zusammenhänge und in der Bewertung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die
Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V
351 E. 3.a S. 352). 3.4 Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien
Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und
Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). So ist
einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens 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, in der Beweiswürdigung 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). Andererseits
ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im
Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu
Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc). Ferner haben
rechtsprechungsgemäss Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen
Beweiswert, doch kommt ihnen nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem Gutachten, das der
Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG von einer externen Fachperson
eingeholt hat oder einem Gerichtsgutachten. Zwar lässt der Umstand, dass
versicherungsinterne Fachpersonen in einem Anstellungsverhältnis zum
Versicherungsträger stehen, für sich allein noch nicht auf mangelnde Objektivität und
Befangenheit dieser Personen schliessen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung
eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge
Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und
Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende
Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen). 4. Streitig und zu
prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen zugunsten der Beschwerdeführerin
zu Recht per 10. November 2020 eingestellt hat.

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid die Versicherungsleistungen per 10. November 2020 eingestellt. Dabei stützte sie sich auf die Beurteilung von Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____. Es sei davon auszugehen, dass die von der Beschwerdeführerin über den 10. November 2020 hinaus noch geklagten Schulterbeschwerden links mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf das Ereignis vom 19. Februar 2019 zurückzuführen seien. Die Beschwerdegegnerin habe die Kosten der Stellungnahmen von Dr. med. F.____ nicht zu übernehmen. Sie habe diese nicht angeordnet und diese seien für die Beurteilung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen weder unerlässlich gewesen noch hätten sie Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen gebildet.

5.2 Dagegen wendet die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ein, es liege eine Teilkausalität zwischen dem Unfallereignis und den Schulterbeschwerden vor, weshalb die gesetzlichen Leistungen weiter auszurichten seien. Dr. med. F.____ habe in seiner Beurteilung sowohl die Vorzustände als auch den Verlauf, die Anamnese, das Verhalten der versicherten Person sowie die weiteren beachtlichen Umstände berücksichtigt. Er habe dabei nicht per se dem Unfallmechanismus eine übergeordnete Bedeutung zukommen lassen, auch wenn dieser Umstand im Rahmen der Gesamtbeurteilung sicherlich einer der ausschlaggebenden Beurteilungspunkte gewesen sei. Im Rahmen der telefonischen Besprechung habe Dr. med. F.____ zudem verlauten lassen, dass eine vorlädierte Schulter noch anfälliger für eine Ruptur sei, weshalb zumindest eine Teilkausalität bestehe. Die Suva habe durch ihre unvollständigen, nicht konsistenten medizinischen Abklärungen die beigelegten medizinischen Abklärungen bei Dr. med. F.____ unumgänglich gemacht. Die vorhandenen medizinischen Unterlagen stellten keine ausreichende Grundlage für eine abschliessende Beurteilung des fraglichen Anspruchs dar und es hätten sich weitergehende sorgfältige medizinische Abklärungen aufgedrängt. Deshalb seien die verfahrensnotwendigen Abklärungen im Umfang von CHF 750.00 zu erstatten. Med. pract. E.____ sei von einem falschen Sachverhalt ausgegangen und habe die kernspintomografischen Befunde falsch gewürdigt. Schliesslich sei, sofern nicht bereits anhand der nachvollziehbaren Darlegungen von Dr. med. F.____ eine Leistungspflicht bestätigt werde, eine versicherungsexterne Abklärung der Unfallkausalität zu veranlassen wegen erheblichen Zweifeln an der Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilungen. Die Beurteilung von Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____ könne diesen Mangel nicht heilen. Vielmehr wäre ein externes medizinisches Gutachten zu veranlassen gewesen.

6. Hinsichtlich der vorliegend umstrittenen Fragen bezüglich des medizinischen Sachverhalts und der Beurteilung des Unfallkausalzusammenhangs sind im Wesentlichen folgende medizinischen Akten relevant:

7.1 Gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 6. März 2019 sei die Versicherte am 19. Februar 2019 bei Haushaltsarbeiten bei der Treppe ausgerutscht und habe sich die linke Schulter verdreht bzw. verstaucht (Suva-Nr. 1).

7.2 Im Sprechstundeneintrag vom 6. März 2019 hielt der Hausarzt Dr. med. I.____, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, fest, dass die Versicherte am 19. Februar 2019 von der Treppe gestürzt sei. Sie sei rückwärts ausgerutscht und habe sich mit der linken Hand am Geländer gehalten. Distorsion Schulter links. Schmerz ventral der Schulter links, Schmerz bei Schürzengriff. Objektiv liege ein Schmerz am AC-Gelenk links vor, dieses sei

aber klinisch stabil. Unter «Analyse» vermerkte Dr. med. I.____ eine AC-Gelenksdistorsion links. Therapeutisch sei eine Belastung nach Massgabe der Beschwerden angezeigt. Zum Prozedere hielt er fest, je nach Verlauf lokale Infiltration, Patientin möchte noch zuwarten (Suva-Nr. 75).

7.3 Mit Sprechstundeneintrag vom 28. Mai 2019 stellte Dr. med. I.____ weiter bestehende Schmerzen der linken Schulter fest. Unter «Analyse» vermerkte er einen St. n. Schulterdistorsion/AC-Gelenksdistorsion links (Suva-Nr. 75). Am 28. Mai 2019 verordnete er Physiotherapie (Suva-Nr. 2).

7.4 Gemäss Schadenmeldung UVG vom 24. Juli 2020 erlitt die Versicherte am 24. Juli 2020 einen Rückfall. Seit Anfang Jahr 2020 bestünden immer mehr Schmerzen, mittlerweile sehr starke Schmerzen (Suva-Nr. 4).

7.5 Im Sprechstundeneintrag vom 24. Juli 2020 stellte Dr. med. I.____ fest, dass die Versicherte wieder vermehrt Schmerzen an der linken Schulter habe. Gemäss Krankenakte habe die Orthopädie J.____ hinsichtlich der vom Unfall nicht betroffenen rechten Schulter folgende Diagnosen gestellt: (1.) St. n. arthroskopischer Re-Resektion AC-Gelenk und Acromioplastik Schulter rechts am 08.09.2016 und (2.) Symptomatische AC-Gelenksarthrose mit freiem intraartikulärem Ossikel bei (-) St. n. AC-Gelenksdebridement und Claviculaverkürzung rechts 2003 (Suva-Nr. 75). Dr. med. I.____ verordnete erneut Physiotherapie (Suva-Nr. 22).

7.6 Im Arztzeugnis UVG vom 4. August 2020 diagnostizierte Dr. med. I.____ einen posttraumatischen Schulterschmerz links, DD Reizung der langen Bizepssehne. Die Versicherte habe wieder vermehrt Schmerzen an der linken Schulter. Elevation sei vor allem dolent und eingeschränkt. Sie führe dies auf den Sturz im Februar 2019 zurück. Unter objektivem Befund vermerkt Dr. med. I.____ eine Druckdolenz entlang der langen Bizepssehne. Passive Beweglichkeit i.O. Der objektive Befund sei mit dem von der Patientin geltend gemachten Ereignis vereinbar und erscheine plausibel. Verordnung einer Serie Physiotherapie (Suva-Nr. 9).

7.7 Gemäss Radiologiebericht des J.____ vom 11. November 2020 sei im MR Schulter Arthro links folgendes festgestellt worden: AC-Gelenk mit irregulärer Gelenkfläche, angrenzenden T2w hyperintensiven Signalalterationen und intraartikulärer Flüssigkeit. Geringe Mengen Flüssigkeit in der Bursa subacromialis/subdeltoidea. Kleine Osteophyten subacromial. Normales ossäres Signal. Rotatorenmanschette mit normaler Trophik. Degeneration nach Goutallier Grad 1. Supraspinatussehne mit Diskontinuität im anterioren Drittel mit Ausdehnung entlang des Faserverlaufs. Sehnenansatz diskret T2w hyperintensiv alteriert. M. infraspinatus, M. teres minor und M. subscapularis normal. Lange Bizepssehne normal. Irreguläre Diskontinuität des superioren Labrums. Labrum anterosuperior nicht abgrenzbar bei prominentem MGHL. Posterosuperiores Labrum degenerativ deutlich signalalteriert. Knorpel intakt. Periartikulär wenig Ödem iatrogen entlang des Stichkanals. Im Rahmen der Beurteilung wurde festgehalten: (-) Transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne im anterioren Anteil, (-) Supraspinatussehnenansatztendinopathie bei subakromialen Osteophyten, DD subakromiales Impingement, (-) SLAP-Läsion mit Ausdehnung nach posterosuperior, zusätzliche Normvariante im Sinne eines Buford-Komplexes und (-) Hypertrophe AC-Gelenksarthrose (Suva-Nr. 20).

7.8 Im Radiologiebericht des J.____ vom 2. Dezember 2020 wurde folgendes festgehalten: MRT vom 10. November 2020 zum Vergleich vorliegend. AC-Gelenksarthrose. ACHD

Normbereich. Kein Frakturnachweis. Keine wesentlichen degenerativen Veränderungen glenohumeral. Normale Knochenmineralisation. Unauffällige Weichteile (Suva-Nr. 26).

7.9 Im Bericht des J.____ vom 3. Dezember 2020 diagnostizierte Dr. med. K.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine hochgradige Ruptur der Supraspinatussehne, einen Verdacht auf mediale und laterale Pulleyläsion und eine AC-Gelenksarthrose Schulter links, bei St. n. Treppensturz am 19. Februar 2019. Zur Anamnese hielt Dr. med. K.____ fest, dass die Versicherte berichtet habe, am 19. Februar 2019 die Treppe hinab gestürzt zu sein und sich mit der linken Hand am Geländer festgehalten zu haben. Unmittelbar danach habe sie einschiessende Schmerzen im Bereich der linken Schulter verspürt. Die Versicherte sei als Automechanikerin zu 100 % arbeitstätig. Nachtschmerzen bestünden positionsabhängig beim Liegen auf der linken Schulter. Insbesondere die belastete Abduktion mache ihr Schmerzen. Im Rahmen der Beurteilung führte Dr. med. K.____ aus, bei der Versicherten zeige sich eine hochgradige Partialruptur artikularseitig von mehr als 50 %. Diese sei pulleynah, so dass eine Mitbeteiligung des Pulleys und eine Instabilität der langen Bizepssehne zu postulieren sei. Es bestehe daher bei der jungen schwer arbeitenden Patientin die Indikation zum arthroskopischen Rotatorenmanschettenrepair. In gleicher Sitzung werde je nach Befund die Subscapularissehne und das AC-Gelenk mitadressiert. Eine Bizepsstenodese sei bei zu vermutender Instabilität und Pulleyläsion wahrscheinlich (Suva-Nr. 25).

7.10 Mit kreisärztlicher Beurteilung vom 14. Dezember 2020 kam med. pract. E.____ zum Schluss, dass die geltend gemachten Beschwerden an der linken Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 19. Februar 2020 zurückzuführen seien. Es sei anzunehmen, dass die Distorsionsfolgen innerhalb von sechs bis acht Wochen vollständig abheilten und die aktuellen Beschwerden einem anderen Prozess zuzuordnen seien (Suva-Nr. 24).

7.11 Im Operationsbericht vom 2. Februar 2021 stellte Dr. med. K.____ folgende Diagnosen: Intervallnahe PASTA-Läsion Typ Ellman I-II mit Ruptur des lateralen Pulley und lateraler LBS-Instabilität, symptomatische AC-Arthrose Schulter links. Bei persistierenden Beschwerden nach initialem Traumaereignis 2019 sei bei MR-tomographischen Anhaltspunkten für eine laterale Intervallläsion die Indikation eines operativen Eingriffs gestellt worden. Anlässlich der Operation seien eine Schulter-AKO links mit subpektoraler LBS-Tenodese (2.6mm Endobutton), Debridement PASTA-Läsion, subacromialer Bursektomie und sparsamer anterolateraler Akromioplastik sowie AC-Resektion durchgeführt worden. Dr. med. K.____ führte hinsichtlich des diagnostischen Rundgangs folgendes aus: Etwas Reizsynovialitis postero-superior des Bizepsankers. Der Bizepsanker selbst zeige sich intakt. Buford Komplex. Unauffällige Knorpelverhältnisse glenoidal wie auch humeral. Intakte SSC-Sehne mit regelrechter Insertion und Spannung am Tuberculum minus. Intaktes mediales Pulley-System. Unauffällige LBS im intraartikulären Verlauf. Rupturiertes laterales Pulley-System sowie direkt angrenzend die im MR ersichtliche SSP-Partialruptur. Unauffällige Darstellung der restlichen gelenkseitigen Rotatorenmanschette. Unauffälliger inferiorer Rezessus. Unauffälliges restliches Labrum. Setzen des ventralen Arbeits-portals und Débridement im Bereich der gelenkseitigen SSP-Partiälläsion. Hier zeigten sich nur wenige intervallnahe Fasern rupturiert, ganz ventral ca. 4 bis 5 mm, entsprechend einer Typ Ellman I bis II ■ Läsion, gegen posterior immer kleiner werdend, so dass hier rein vom gelenkseitigen Befund her keine Rekonstruktion notwendig erscheine. Zunächst Fixation der LBS intraartikulär und

Absetzen am Bizepsanker. Nun Wechsel zur subpectoralen LBS-Tenodese. (...) Nun Wechsel nach subacromial. Hier zeige sich doch eine deutlich verdickte und teils blutig imbibierte Bursa, welche zunächst reseziert werde. Subacromial bestünden nur antero-lateral diskrete Schleifspuren. Bursaseitig lasse sich bis auf eine leichte Aufrauung, am ehesten im Rahmen des mechanischen subacromialen Konflikts, keine Schwachstelle oder Ruptur der Manschette erkennen, entsprechend werde auf eine SSP-Rupturkomplettierung und Refixation verzichtet. Durchführen einer sparsamen anterolateralen Acromioplastik und Aufsuchen des AC-Gelenkes. Dieses sei deutlich degenerativ verändert, der Diskus sei aufgebraucht, auch die Gelenkflächen wiesen kaum mehr Knorpelbelag auf. Es folge die Resektion () (Suva-Nr. 61).

7.12 Gemäss Telefonnotiz vom 12. Februar 2021 habe die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, dass sie vor dem Ereignis vom 19. Februar 2019 nie Probleme mit der linken Schulter gehabt habe. Sie habe vielleicht nach dem Vorfall vom 19. Februar 2019 den Fehler gemacht, dass sie nicht sofort den Arzt aufgesucht habe. Sie sei zu diesem Zeitpunkt beruflich sehr eingespannt gewesen und habe «funktionieren» müssen. Schmerzen habe sie eigentlich immer verspürt. Sie habe wenige Wochen später den Hausarzt aufgesucht. Er habe zwei Serien Physio verordnet. Beschwerdefrei sei sie auch nach diesen Therapien nie gewesen. Als es nicht mehr gegangen sei, habe sie erneut Dr. med. I.____ aufgesucht (Suva-Nr. 34).

7.13 Im Bericht vom 25. Februar 2021 stellte Dr. med. K.____ folgende Diagnosen: Schulter links (dominant): St. n. Schulterarthroskopie mit subpektoraler LBS-Tenodese (2.6 mm Endobutton), Debridement PASTA-Läsion, subacromialer Burssektomie und sparsamer anterolateraler Akromioplastik sowie AC-Resektion vom 1. Februar 2021 bei (-) Intervallnaher PASTA-Läsion Typ Ellmann I-II mit Ruptur des lateralen Pulley und lateraler LBS-Instabilität und (-) symptomatischer AC-Arthrose (Suva-Nr. 62).

7.14 Mit kreisärztlicher Beurteilung vom 24. März 2021 hielt med. pract. E.____ daran fest, dass die aktuell geltend gemachten Schulterschmerzen links einem vorbestehenden degenerativ bedingten Prozess zuzuordnen seien (Suva-Nr. 39).

7.15 Am 17. April 2021 verfasste Dr. med. F.____ im Auftrag der Protekta Rechtsschutz-Versicherung AG eine Beurteilung des kausalen Zusammenhangs. Dr. med. F.____ führte aus, dass der im vorliegenden Fall beschriebene Unfallmechanismus, ein Festhalten am Treppengeländer mit der betreffenden Hand, in der Fachliteratur als typischer Auslöser einer traumatischen Läsion der Rotatorenmanschette beschrieben werde. Im zu beurteilenden Fall hätten zwar erhebliche degenerative Veränderungen im Bereich der linken Schulter vorgelegen. Die nach dem Ereignis vom 19. Februar 2019 nachgewiesene transmurale Ruptur der Supraspinatussehne im anterioren Bereich sei jedoch überwiegend wahrscheinlich bei diesem entstanden oder zumindest verschlimmert worden. Somit handle es sich im vorliegenden Fall mindestens um eine Teilkausalität zwischen der bildgebend nachgewiesenen Ruptur der Supraspinatussehne und dem für diesen Schaden typischen Auslösemechanismus. Aufgrund dieser Situation, i.S. einer richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustandes, könne der Status quo sine nicht mehr vollständig erreicht werden (Suva-Nr. 52).

7.16 In der erneuten kreisärztlichen Beurteilung vom 6. Mai 2021 hielt med. pract. E.____ an seiner Einschätzung vom 24. März 2021 fest. Gegen eine Unfallkausalität sprächen die multiplen vorbestehenden degenerativen Veränderungen der linken Schulter, die fehlenden

Hinweise für frische strukturelle Läsionen in der kernspintographischen Untersuchung, das Zeitintervall zwischen Unfallereignis und der ersten ärztlichen Untersuchung von 18 Monaten, der erhöhte «critical shoulder angle»-Wert (CSA-Wert) und die deutlich unter der Norm liegende acromiohumorale Distanz (ACHD; Suva-Nr. 54).

7.17 Mit Stellungnahme vom 19. August 2021 hielt Dr. med. F.____ an seiner Erstbeurteilung vom 17. April 2021 fest. Zur kreisärztlichen Beurteilung vom 6. Mai 2021 sei festzuhalten, dass nach einem Zeitraum von fast zwei Jahren zwischen dem Unfall und der Bildgebung keine posttraumatischen Befunde mehr nachweisbar seien (Suva-Nr. 71).

7.18 In der orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 26./29. November 2021 kamen die Versicherungsärzte Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____ zum Schluss, dass es sich in der Gesamtschau bei den geklagten Schulterbeschwerden um ein degeneratives Krankheitsbild handle. Das Unfallereignis vom 19. Februar 2019 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen strukturellen Läsionen der linken Schulter geführt. Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____ gelangen zum Ergebnis, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das AC-Gelenk degenerativ verändert, die Strukturveränderung im Bereich des Labrums angeboren und die Rotatorenmanschettenläsion vorbestehend sei (Suva-Nr. 80).

7.19 In der Stellungnahme vom 8. Januar 2022 stimmte Dr. med. F.____ der Ansicht von Prof. Dr. G.____ und Assistenzärztin H.____ soweit zu, dass es sich bei den Schulterbeschwerden um ein degeneratives Krankheitsbild gehandelt habe. Dieses sei jedoch durch das Ereignis vom 19. Februar 2019, einen Treppensturz mit Festhalten an einem Treppengeländer, als überwiegend wahrscheinliche Teilursache dieser bei der Versicherten festgestellten Läsion (transmurale Ruptur der Supraspinatussehne) richtungsgebend verschlimmert worden (Beschwerdebeilage 5).

8. Hauptstreitpunkt ist im vorliegenden Fall die Frage, ob zwischen dem Unfallereignis vom 19. Februar 2019 und den Schulterbeschwerden links ein Kausalzusammenhang besteht.

8.1 Die Beschwerdegegnerin verneint im angefochtenen Einspracheentscheid die Unfallkausalität in Bezug auf die linken Schulterbeschwerden. Dabei stützt sie sich im Wesentlichen auf die versicherungsinterne Beurteilung von Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____, weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Beweiswürdigung entscheidungsrelevanter versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen strenge Anforderungen gelten. Bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit derselben müssen ergänzende Abklärungen vorgenommen werden (vgl. Erwägung II. 3.4 hiavor).

8.2 Gemäss der orthopädisch-chirurgischen Beurteilung von Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____ vom 26./29. November 2021 sind die Schulterbeschwerden nicht auf das Unfallereignis vom 19. Februar 2019, sondern auf ein degeneratives Krankheitsbild zurückzuführen (Suva-Nr. 80). In ihrer Beurteilung stützen sich die Versicherungsärzte im Wesentlichen auf die eigene Einsichtnahme in die Bildgebung vom 10. November 2020 und die intraoperativen Befunde von Dr. med. K.____ vom 2. Februar 2021. Dr. med. K.____ stellte unter anderem eine gelenksseitige Partilläsion der Supraspinatussehne von ca. 4 bis 5 mm bzw. eine intervallnahe PASTA-Läsion Typ Ellman I-II fest; eine direkt angrenzende Ruptur des lateralen Pulley und eine laterale Instabilität der langen Bizepssehne; einen Buford Komplex mit unauffälligen Knorpelverhältnissen glenoidal wie auch humeral;

sowie eine symptomatische AC-Arthrose, wobei das AC-Gelenk deutlich degenerativ verändert sei, der Diskus sei aufgebraucht und die Gelenkflächen wiesen kaum mehr Knorpelbelag auf. Basierend auf den vorstehenden Befunden nehmen Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____ eine ausführliche Erörterung der medizinischen Grundlagen zu den Themen Rotatorenmanschette, PASTA-Läsion, lange Bizepssehne und Bizeps Pulley sowie SLAP-Läsion und Buford Complex vor. Gestützt darauf gelangen sie in ihrer speziellen Fallbetrachtung zum Schluss, dass es sich bei den Schulterbeschwerden links mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um ein degeneratives Krankheitsbild handle. Dieses Ergebnis erweist sich aus nachstehenden Gründen als nachvollziehbar. Das AC-Gelenk ist vorliegend unbestrittenermassen deutlich degenerativ verändert. Die Strukturveränderung im Bereich des Labrums ordnen Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____ in überzeugender Weise dem angeborenen Buford Komplex zu. Diese Einschätzung deckt sich mit dem intraoperativen Befund von Dr. med. K.____ und wird von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht angezweifelt. Umstritten ist vorliegend vielmehr die Frage, ob die Rotatorenmanschettenläsion vorbestehend oder auf das Ereignis vom 19. Februar 2019 zurückzuführen ist. Zu diesem Hauptstreitpunkt führen Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____ zunächst zutreffend aus, dass die Beurteilung des Einzelfalles immer umfassend erfolgen müsse. Es reiche nicht, wenn nur einzelne Aspekte wie z.B. der Unfallmechanismus oder der MRI-Befund alleine zur Beurteilung der Kausalität beigezogen würden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_672/2020 vom 15. April 2021 E. 5.1.2 mit Hinweis). Bei der Beurteilung der Unfallkausalität von Schulterbeschwerden seien folgende Aspekte zu diskutieren: Vorgeschichte, Alter beim Unfallereignis mit Prävalenz-Daten zu asymptomatischen Schädigungen, Unfallmechanismus, initiale Beschwerden, Zeitpunkt des Aufsuchens eines Arztes, objektiver Befund bei Erstkonsultation, Beschwerden im Verlauf, Bildgebende strukturelle Veränderungen und Zeitpunkt der Bildgebung. Im Zusammenhang mit der Vorgeschichte stellen die Versicherungsärzte fest, dass nicht nur in der linken Schulter, sondern auch in der rechten Schulter seit Jahren eine AC-Gelenksarthrose vorliege, deren Ursachen degenerativer Natur seien. Des Weiteren lasse das Alter der Versicherten von 42 Jahren zusammen mit den degenerativen Veränderungen im Bereich der AC-Gelenke eine vorbestehende Rotatorenmanschettenläsion als wahrscheinlich erscheinen. Hingegen werde der Unfallmechanismus ■ die Versicherte sei rückwärts ausgerutscht, von der Treppe gestürzt und habe sich mit der linken Hand am Treppengeländer festgehalten ■ in der Literatur als typisch für eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur beschrieben. Ausserdem habe ■ entgegen der Feststellung des Kreisarztes ■ eine ereignisnahe ärztliche Untersuchung 15 Tage nach dem Unfallereignis stattgefunden. Die anlässlich der Erstkonsultation festgehaltenen initialen Beschwerden und der objektive Befund passten allerdings nicht zu einer akuten Rotatorenmanschettenruptur. Die Versicherte habe bei der Erstuntersuchung Schmerzen ventral der Schulter links angegeben sowie Schmerzen beim Schürzengriff. Sie habe jedoch weder über massive Schmerzen noch über einen Funktionsverlust (Pseudoparalyse) geklagt, was bei einer akuten Rotatorenmanschettenruptur zu erwarten gewesen wäre. Der Hausarzt habe objektiv einen Schmerz am AC-Gelenk links festgehalten, welches klinisch stabil gewesen sei. Er habe das Beschwerdebild als AC-Gelenksdistorsion links interpretiert, Physiotherapie verordnet und auf eine weitere bildgebende Abklärung verzichtet. Die klinische Präsentation, die Interpretation des Hausarztes sowie die ausbleibende weitere Abklärung und lediglich Physiotherapie passten nicht zu einem akuten Geschehen einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur. Im

Verlauf seien erst am 24. Juli 2020 zunehmende Schulterschmerzen festgestellt worden. Die Elevation sei vor allem dolent und eingeschränkt gewesen. Als Untersuchungsbefund habe der Hausarzt eine Druckdolenz entlang der langen Bizepssehne vermerkt. Im MRI-Bericht vom 10. November 2020 sei unter anderem eine transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne im anterioren Anteil und eine Supraspinatussehnenansatztendinopathie bei subakromialem Osteophyten festgehalten worden. Dr. med. K. ___ habe zunächst eine hochgradige Ruptur der Supraspinatussehne diagnostiziert. Intraoperativ habe er dann aber lediglich eine Typ Ellman I bis II ■ Läsion diagnostiziert, also eine niedrig- bis mittelgradige PASTA-Läsion (Partial Articular Supraspinatus Tendon Avulsion), die seiner Ansicht nach vom gelenkseitigen Befund her keine Rekonstruktion benötigt habe. Bursaseitig habe sich bis auf eine leichte Aufrauhung keine Schwachstelle oder Ruptur der Manschette gezeigt, so dass auf eine SSP-Ruptur-Komplettierung und Refixation habe verzichtet werden können. Gemäss Prof. Dr. med. G. ___ und Assistenzärztin H. ___ könne die im Zeitraum von fast zwei Jahren nach dem Ereignis erfolgte Bildgebung keine Zeichen mehr für eine akute Verletzung nachweisen. Gestützt auf die eigene Einsicht in die Bildgebung und den intraoperativen Befund sei von einer gelenksseitigen Partialruptur der Supraspinatussehne, die nicht transmural verlaufe, auszugehen. Die vorstehende fachärztliche Würdigung und Abwägung der einzelnen entscheiderelevanten Parameter ist schlüssig und nachvollziehbar. Insgesamt gelangen Prof. Dr. med. G. ___ und Assistenzärztin H. ___ aufgrund der Beurteilung aller relevanten Sachumstände, mithin nach objektiven Gesichtspunkten, zur Überzeugung, dass eine degenerative Pathologie des linken Schultergelenkes wahrscheinlicher sei als eine unfallkausale Schädigung. Dem erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit wird damit Genüge getan. Soweit der Kausalzusammenhang nicht mit wissenschaftlicher Genauigkeit nachgewiesen werden kann, genügt, dass er als überwiegend wahrscheinlich erscheint bzw. bei zwei möglichen Sachverhaltsvarianten der wahrscheinlichere ist (Urteile des Bundesgerichts 9C_717/2009 vom 20. Oktober 2009 E. 3.3 und 4A_275/2013 vom 30. Oktober 2013 E. 4 je mit weiteren Hinweisen).

Die hiervon abweichende medizinische Einschätzung von Dr. med. F. ___ überzeugt nicht. Wie die Versicherungsärzte zu Recht bemängeln, führt Dr. med. F. ___ die Annahme einer Teilkausalität einzig auf den Unfallmechanismus zurück. Nach der neuen bundesgerichtlichen Praxis darf bei der Beurteilung der Unfallkausalität bei Schulterbeschwerden dem Kriterium des Unfallmechanismus keine übergeordnete Bedeutung beigemessen werden. Es geht vielmehr darum, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprechen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen. Zu berücksichtigen sind etwa die bildgebenden Befunde, die Vorgeschichte, der Unfallhergang, der Primärbefund und der Verlauf (Urteil des Bundesgerichts 8C_672/2020 vom 15. April 2021 E. 5.1.2 mit Verweis auf 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.3). Mangels einer hinreichenden Auseinandersetzung und Abwägung der einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Verletzung sprechen, ist die Beurteilung von Dr. med. F. ___ nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der orthopädisch-chirurgischen Beurteilung von Prof. Dr. med. G. ___ und Assistenzärztin H. ___ hervorzurufen.

Aus den dargelegten Gründen kann somit festgestellt werden, dass die orthopädisch-chirurgischen Beurteilung von Prof. Dr. med. G. ___ und Assistenzärztin

H.____ vom 26./29. November 2021 auf einer einlässlichen Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten und einer überzeugend begründeten Würdigung basiert. Das Gericht kommt daher zum Schluss, dass die Schlussfolgerung von Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zutreffend ist. Die versicherungsärztliche Beurteilung erweist sich somit als beweiskräftig. Die Beschwerdegegnerin durfte somit auf die Einholung einer versicherungsexternen Abklärung der Unfallkausalität verzichten.

8.3 Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass mit der Partialruptur der Supraspinatussehne eine sogenannte Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vorliegt. Für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG wird der Unfallversicherer grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Im hier zu beurteilenden Fall hat die Beschwerdegegnerin das Ereignis vom 19. Februar 2019 als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG anerkannt und für dessen Folgen zunächst Leistungen erbracht. In der Folge hat sie jedoch den Nachweis dafür erbracht, dass das Ereignis vom 19. Februar 2019 keine auch nur geringe Teilursache des partiellen Sehnenrisses bildet (vgl. Erwägung 8.2 hiavor). Da es ausserdem keinen Hinweis auf ein nach dem Unfall vom 19. Februar 2019 eingetretenes initiales Ereignis gibt, ist erstellt, dass die hier interessierende Listenverletzung vorwiegend ■ d.h. zu mehr als 50 % ■ auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Die Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ist demnach umgestossen und die Beschwerdegegnerin von ihrer Leistungspflicht befreit (BGE 146 V 51 E. 9.1 f).

9. Aus all diesen Gründen ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht mit Einspracheentscheid vom 30. November 2021 per 10. November 2020 eingestellt hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 5.2

Dagegen wendet die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ein, es liege eine Teilkausalität zwischen dem Unfallereignis und den Schulterbeschwerden vor, weshalb die gesetzlichen Leistungen weiter auszurichten seien. Dr. med. F.____ habe in seiner Beurteilung sowohl die Vorzustände als auch den Verlauf, die Anamnese, das Verhalten der versicherten Person sowie die weiteren beachtlichen Umstände berücksichtigt. Er habe dabei nicht per se dem Unfallmechanismus eine übergeordnete Bedeutung zukommen lassen, auch wenn dieser Umstand im Rahmen der Gesamtbeurteilung sicherlich einer der ausschlaggebenden Beurteilungspunkte gewesen sei. Im Rahmen der telefonischen Besprechung habe Dr. med. F.____ zudem verlauten lassen, dass eine vorlädierte Schulter noch anfälliger für eine Ruptur sei, weshalb zumindest eine Teilkausalität bestehe. Die Suva habe durch ihre unvollständigen, nicht konsistenten medizinischen Abklärungen die beigelegten medizinischen Abklärungen bei Dr. med. F.____ unumgänglich gemacht. Die vorhandenen medizinischen Unterlagen stellten keine ausreichende Grundlage für eine abschliessende Beurteilung des fraglichen Anspruchs dar und es hätten sich weitergehende sorgfältige medizinische Abklärungen aufgedrängt. Deshalb seien die verfahrensnotwendigen Abklärungen im Umfang von CHF 750.00 zu erstatten. Med. pract. E.____ sei von einem falschen Sachverhalt ausgegangen und habe die kernspintomografischen Befunde falsch gewürdigt. Schliesslich sei, sofern nicht bereits anhand der nachvollziehbaren Darlegungen von Dr. med. F.____ eine Leistungspflicht bestätigt werde, eine versicherungsexterne Abklärung der Unfallkausalität zu veranlassen wegen erheblichen Zweifeln an der

Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilungen. Die Beurteilung von Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____ könne diesen Mangel nicht heilen. Vielmehr wäre ein externes medizinisches Gutachten zu veranlassen gewesen. 6. Hinsichtlich der vorliegend umstrittenen Fragen bezüglich des medizinischen Sachverhalts und der Beurteilung des Unfallkausalzusammenhangs sind im Wesentlichen folgende medizinischen Akten relevant:

7.1 Gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 6. März 2019 sei die Versicherte am 19. Februar 2019 bei Haushaltsarbeiten bei der Treppe ausgerutscht und habe sich die linke Schulter verdreht bzw. verstaucht (Suva-Nr. 1). 7.2 Im Sprechstundeneintrag vom 6. März 2019 hielt der Hausarzt Dr. med. I.____, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, fest, dass die Versicherte am 19. Februar 2019 von der Treppe gestürzt sei. Sie sei rückwärts ausgerutscht und habe sich mit der linken Hand am Geländer gehalten. Distorsion Schulter links. Schmerz ventral der Schulter links, Schmerz bei Schürzengriff. Objektiv liege ein Schmerz am AC-Gelenk links vor, dieses sei aber klinisch stabil. Unter «Analyse» vermerkte Dr. med. I.____ eine AC-Gelenksdistorsion links. Therapeutisch sei eine Belastung nach Massgabe der Beschwerden angezeigt. Zum Prozedere hielt er fest, je nach Verlauf lokale Infiltration, Patientin möchte noch zuwarten (Suva-Nr. 75). 7.3 Mit Sprechstundeneintrag vom 28. Mai 2019 stellte Dr. med. I.____ weiter bestehende Schmerzen der linken Schulter fest. Unter «Analyse» vermerkte er einen St. n. Schulterdistorsion/AC-Gelenksdistorsion links (Suva-Nr. 75). Am 28. Mai 2019 verordnete er Physiotherapie (Suva-Nr. 2). 7.4 Gemäss Schadenmeldung UVG vom 24. Juli 2020 erlitt die Versicherte am 24. Juli 2020 einen Rückfall. Seit Anfang Jahr 2020 bestünden immer mehr Schmerzen, mittlerweile sehr starke Schmerzen (Suva-Nr. 4). 7.5 Im Sprechstundeneintrag vom 24. Juli 2020 stellte Dr. med. I.____ fest, dass die Versicherte wieder vermehrt Schmerzen an der linken Schulter habe. Gemäss Krankenakte habe die Orthopädie J.____ hinsichtlich der vom Unfall nicht betroffenen rechten Schulter folgende Diagnosen gestellt: (1.) St. n. arthroskopischer Re-Resektion AC-Gelenk und Acromioplastik Schulter rechts am 08.09.2016 und (2.) Symptomatische AC-Gelenksarthrose mit freiem intraartikulärem Ossikel bei (-) St. n. AC-Gelenksdebridement und Claviculaverkürzung rechts 2003 (Suva-Nr. 75). Dr. med. I.____ verordnete erneut Physiotherapie (Suva-Nr. 22). 7.6 Im Arztzeugnis UVG vom 4. August 2020 diagnostizierte Dr. med. I.____ einen posttraumatischen Schulterschmerz links, DD Reizung der langen Bizepssehne. Die Versicherte habe wieder vermehrt Schmerzen an der linken Schulter. Elevation sei vor allem dolent und eingeschränkt. Sie führe dies auf den Sturz im Februar 2019 zurück. Unter objektivem Befund vermerkt Dr. med. I.____ eine Druckdolenz entlang der langen Bizepssehne. Passive Beweglichkeit i.O. Der objektive Befund sei mit dem von der Patientin geltend gemachten Ereignis vereinbar und erscheine plausibel. Verordnung einer Serie Physiotherapie (Suva-Nr. 9). 7.7 Gemäss Radiologiebericht des J.____ vom 11. November 2020 sei im MR Schulter Arthro links folgendes festgestellt worden: AC-Gelenk mit irregulärer Gelenksfläche, angrenzenden T2w hyperintensiven Signalalterationen und intraartikulärer Flüssigkeit. Geringe Mengen Flüssigkeit in der Bursa subacromialis/subdeltoidea. Kleine Osteophyten subacromial. Normales ossäres Signal. Rotatorenmanschette mit normaler Trophik. Degeneration nach Goutallier Grad 1. Supraspinatussehne mit Diskontinuität im anterioren Drittel mit Ausdehnung entlang des Faserverlaufs. Sehnenansatz diskret T2w hyperintens alteriert M. infraspinatus, M. teres minor und M. subscapularis normal. Lange Bizepssehne normal. Irreguläre Diskontinuität des superioren Labrums. Labrum anterosuperior nicht abgrenzbar bei prominentem MGHL. Posterosuperiores Labrum degenerativ deutlich signalalteriert.

Knorpel intakt. Periartikulär wenig Ödem iatrogen entlang des Stichkanals. Im Rahmen der Beurteilung wurde festgehalten: (-) Transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne im anterioren Anteil, (-) Supraspinatussehnenansatztendinopathie bei subakromialen Osteophyten, DD subakromiales Impingement, (-) SLAP-Läsion mit Ausdehnung nach posterosuperior, zusätzliche Normvariante im Sinne eines Buford-Komplexes und (-) Hypertrophe AC-Gelenksarthrose (Suva-Nr. 20). 7.8 Im Radiologiebericht des J.____ vom 2. Dezember 2020 wurde folgendes festgehalten: MRT vom 10. November 2020 zum Vergleich vorliegend. AC-Gelenksarthrose. ACHD Normbereich. Kein Frakturachweis. Keine wesentlichen degenerativen Veränderungen glenohumeral. Normale Knochenmineralisation. Unauffällige Weichteile (Suva-Nr. 26). 7.9 Im Bericht des J.____ vom 3. Dezember 2020 diagnostizierte Dr. med. K.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine hochgradige Ruptur der Supraspinatussehne, einen Verdacht auf mediale und laterale Pulleyläsion und eine AC-Gelenksarthrose Schulter links, bei St. n. Treppensturz am 19. Februar 2019. Zur Anamnese hielt Dr. med. K.____ fest, dass die Versicherte berichtet habe, am 19. Februar 2019 die Treppe hinab gestürzt zu sein und sich mit der linken Hand am Geländer festgehalten zu haben. Unmittelbar danach habe sie einschiessende Schmerzen im Bereich der linken Schulter verspürt. Die Versicherte sei als Automechanikerin zu 100 % arbeitstätig. Nachtschmerzen beständen positionsabhängig beim Liegen auf der linken Schulter. Insbesondere die belastete Abduktion mache ihr Schmerzen. Im Rahmen der Beurteilung führte Dr. med. K.____ aus, bei der Versicherten zeige sich eine hochgradige Partialruptur artikulärseitig von mehr als 50 %. Diese sei pulleynah, so dass eine Mitbeteiligung des Pulleys und eine Instabilität der langen Bizepssehne zu postulieren sei. Es bestehe daher bei der jungen schwer arbeitenden Patientin die Indikation zum arthroskopischen Rotatorenmanschettenrepair. In gleicher Sitzung werde je nach Befund die Subscapularissehne und das AC-Gelenk mitadressiert. Eine Bizepsstenodese sei bei zu vermutender Instabilität und Pulleyläsion wahrscheinlich (Suva-Nr. 25). 7.10 Mit kreisärztlicher Beurteilung vom 14. Dezember 2020 kam med. pract. E.____ zum Schluss, dass die geltend gemachten Beschwerden an der linken Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 19. Februar 2020 zurückzuführen seien. Es sei anzunehmen, dass die Distorsionsfolgen innerhalb von sechs bis acht Wochen vollständig abheilen und die aktuellen Beschwerden einem anderen Prozess zuzuordnen seien (Suva-Nr. 24). 7.11 Im Operationsbericht vom 2. Februar 2021 stellte Dr. med. K.____ folgende Diagnosen: Intervallnahe PASTA-Läsion Typ Ellman I-II mit Ruptur des lateralen Pulley und lateraler LBS-Instabilität, symptomatische AC-Arthrose Schulter links. Bei persistierenden Beschwerden nach initialem Traumaereignis 2019 sei bei MR-tomographischen Anhaltspunkten für eine laterale Intervallläsion die Indikation eines operativen Eingriffs gestellt worden. Anlässlich der Operation seien eine Schulter-AKO links mit subpektoraler LBS-Tenodese (2.6mm Endobutton), Debridement PASTA-Läsion, subacromialer Bursektomie und sparsamer anterolateraler Akromioplastik sowie AC-Resektion durchgeführt worden. Dr. med. K.____ führte hinsichtlich des diagnostischen Rundgangs folgendes aus: Etwas Reizsynovialitis postero-superior des Bizepsankers. Der Bizepsanker selbst zeige sich intakt. Buford Komplex. Unauffällige Knorpelverhältnisse glenoidal wie auch humeral. Intakte SSC-Sehne mit regelrechter Insertion und Spannung am Tuberculum minus. Intaktes mediales Pulley-System. Unauffällige LBS im intraartikulären Verlauf. Rupturiertes laterales Pulley-System sowie direkt angrenzend die im MR ersichtliche SSP-Partialruptur. Unauffällige Darstellung der restlichen

gelenkseitigen Rotatorenmanschette. Unauffälliger inferiorer Rezessus. Unauffälliges restliches Labrum. Setzen des ventralen Arbeits-ports und Débridement im Bereich der gelenkseitigen SSP-Partialläsion. Hier zeigten sich nur wenige intervallnahe Fasern rupturiert, ganz ventral ca. 4 bis 5 mm, entsprechend einer Typ Ellman I bis II – Läsion, gegen posterior immer kleiner werdend, so dass hier rein vom gelenkseitigen Befund her keine Rekonstruktion notwendig erscheine. Zunächst Fixation der LBS intraartikulär und Absetzen am Bizepsanker. Nun Wechsel zur subpectoralen LBS-Tenodese. (...) Nun Wechsel nach subacromial. Hier zeige sich doch eine deutlich verdickte und teils blutig imbibierte Bursa, welche zunächst reseziert werde. Subacromial bestünden nur antero-lateral diskrete Schleifspuren. Bursaseitig lasse sich bis auf eine leichte Aufrauung, am ehesten im Rahmen des mechanischen subacromialen Konflikts, keine Schwachstelle oder Ruptur der Manschette erkennen, entsprechend werde auf eine SSP-Rupturkomplettierung und Refixation verzichtet. Durchführen einer sparsamen anterolateralen Acromioplastik und Aufsuchen des AC-Gelenkes. Dieses sei deutlich degenerativ verändert, der Diskus sei aufgebraucht, auch die Gelenkflächen wiesen kaum mehr Knorpelbelag auf. Es folge die Resektion (...) (Suva-Nr. 61).

7.12 Gemäss Telefonnotiz vom 12. Februar 2021 habe die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, dass sie vor dem Ereignis vom 19. Februar 2019 nie Probleme mit der linken Schulter gehabt habe. Sie habe vielleicht nach dem Vorfall vom 19. Februar 2019 den Fehler gemacht, dass sie nicht sofort den Arzt aufgesucht habe. Sie sei zu diesem Zeitpunkt beruflich sehr eingespannt gewesen und habe «funktionieren» müssen. Schmerzen habe sie eigentlich immer verspürt. Sie habe wenige Wochen später den Hausarzt aufgesucht. Er habe zwei Serien Physio verordnet. Beschwerdefrei sei sie auch nach diesen Therapien nie gewesen. Als es nicht mehr gegangen sei, habe sie erneut Dr. med. I. ___ aufgesucht (Suva-Nr. 34).

7.13 Im Bericht vom 25. Februar 2021 stellte Dr. med. K. ___ folgende Diagnosen: Schulter links (dominant): St. n. Schulterarthroskopie mit subpektoraler LBS-Tenodese (2.6 mm Endobutton), Debridement PASTA-Läsion, subacromialer Bursektomie und sparsamer anterolateraler Akromioplastik sowie AC-Resektion vom 1. Februar 2021 bei (-) Intervallnaher PASTA-Läsion Typ Ellmann I-II mit Ruptur des lateralen Pulley und lateraler LBS-Instabilität und (-) symptomatischer AC-Arthrose (Suva-Nr. 62).

7.14 Mit kreisärztlicher Beurteilung vom 24. März 2021 hielt med. pract. E. ___ daran fest, dass die aktuell geltend gemachten Schulterschmerzen links einem vorbestehenden degenerativ bedingten Prozess zuzuordnen seien (Suva-Nr. 39).

7.15 Am 17. April 2021 verfasste Dr. med. F. ___ im Auftrag der Protekta Rechtsschutz-Versicherung AG eine Beurteilung des kausalen Zusammenhangs. Dr. med. F. ___ führte aus, dass der im vorliegenden Fall beschriebene Unfallmechanismus, ein Festhalten am Treppengeländer mit der betreffenden Hand, in der Fachliteratur als typischer Auslöser einer traumatischen Läsion der Rotatorenmanschette beschrieben werde. Im zu beurteilenden Fall hätten zwar erhebliche degenerative Veränderungen im Bereich der linken Schulter vorgelegen. Die nach dem Ereignis vom 19. Februar 2019 nachgewiesene transmurale Ruptur der Supraspinatussehne im anterioren Bereich sei jedoch überwiegend wahrscheinlich bei diesem entstanden oder zumindest verschlimmert worden. Somit handle es sich im vorliegenden Fall mindestens um eine Teilkausalität zwischen der bildgebend nachgewiesenen Ruptur der Supraspinatussehne und dem für diesen Schaden typischen Auslösemechanismus. Aufgrund dieser Situation, i.S. einer richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustandes, könne der Status quo sine nicht mehr vollständig erreicht werden (Suva-Nr. 52).

7.16 In der erneuten kreisärztlichen Beurteilung vom 6.

Mai 2021 hielt med. pract. E.____ an seiner Einschätzung vom 24. März 2021 fest. Gegen eine Unfallkausalität sprächen die multiplen vorbestehenden degenerativen Veränderungen der linken Schulter, die fehlenden Hinweise für frische strukturelle Läsionen in der kernspintographischen Untersuchung, das Zeitintervall zwischen Unfallereignis und der ersten ärztlichen Untersuchung von 18 Monaten, der erhöhte «critical shoulder angle»-Wert (CSA-Wert) und die deutlich unter der Norm liegende acromiohumerale Distanz (ACHD; Suva-Nr. 54).

7.17 Mit Stellungnahme vom 19. August 2021 hielt Dr. med. F.____ an seiner Erstbeurteilung vom 17. April 2021 fest. Zur kreisärztlichen Beurteilung vom 6. Mai 2021 sei festzuhalten, dass nach einem Zeitraum von fast zwei Jahren zwischen dem Unfall und der Bildgebung keine posttraumatischen Befunde mehr nachweisbar seien (Suva-Nr. 71).

7.18 In der orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 26./29. November 2021 kamen die Versicherungsärzte Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____ zum Schluss, dass es sich in der Gesamtschau bei den geklagten Schulterbeschwerden um ein degeneratives Krankheitsbild handle. Das Unfallereignis vom 19. Februar 2019 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen strukturellen Läsionen der linken Schulter geführt. Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____ gelangen zum Ergebnis, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das AC-Gelenk degenerativ verändert, die Strukturveränderung im Bereich des Labrums angeboren und die Rotatorenmanschettenläsion vorbestehend sei (Suva-Nr. 80).

7.19 In der Stellungnahme vom 8. Januar 2022 stimmte Dr. med. F.____ der Ansicht von Prof. Dr. G.____ und Assistenzärztin H.____ soweit zu, dass es sich bei den Schulterbeschwerden um ein degeneratives Krankheitsbild gehandelt habe. Dieses sei jedoch durch das Ereignis vom 19. Februar 2019, einen Treppensturz mit Festhalten an einem Treppengeländer, als überwiegend wahrscheinliche Teilursache dieser bei der Versicherten festgestellten Läsion (transmurale Ruptur der Supraspinatussehne) richtungsgebend verschlimmert worden (Beschwerdebeilage 5).

8. Hauptstreitpunkt ist im vorliegenden Fall die Frage, ob zwischen dem Unfallereignis vom 19. Februar 2019 und den Schulterbeschwerden links ein Kausalzusammenhang besteht.

8.1 Die Beschwerdegegnerin verneint im angefochtenen Einspracheentscheid die Unfallkausalität in Bezug auf die linken Schulterbeschwerden. Dabei stützt sie sich im Wesentlichen auf die versicherungsinterne Beurteilung von Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____, weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Beweiswürdigung entscheidungsrelevanter versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen strenge Anforderungen gelten. Bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit derselben müssen ergänzende Abklärungen vorgenommen werden (vgl. Erwägung II. 3.4 hiervor).

8.2 Gemäss der orthopädisch-chirurgischen Beurteilung von Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____ vom 26./29. November 2021 sind die Schulterbeschwerden nicht auf das Unfallereignis vom 19. Februar 2019, sondern auf ein degeneratives Krankheitsbild zurückzuführen (Suva-Nr. 80). In ihrer Beurteilung stützen sich die Versicherungsärzte im Wesentlichen auf die eigene Einsichtnahme in die Bildgebung vom 10. November 2020 und die intraoperativen Befunde von Dr. med. K.____ vom 2. Februar 2021. Dr. med. K.____ stellte unter anderem eine gelenksseitige Partialläsion der Supraspinatussehne von ca. 4 bis 5 mm bzw. eine intervallnahe PASTA-Läsion Typ Ellman I-II fest; eine direkt angrenzende Ruptur des lateralen Pulley und eine laterale Instabilität der langen Bizepssehne; einen Buford Komplex mit unauffälligen Knorpelverhältnissen glenoidal wie auch humeral; sowie eine symptomatische AC-Arthrose, wobei das AC-Gelenk deutlich degenerativ verändert sei, der Diskus sei

aufgebraucht und die Gelenkflächen wiesen kaum mehr Knorpelbelag auf. Basierend auf den vorstehenden Befunden nehmen Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____ eine ausführliche Erörterung der medizinischen Grundlagen zu den Themen Rotatorenmanschette, PASTA-Läsion, lange Bizepssehne und Bizeps Pulley sowie SLAP-Läsion und Buford Complex vor. Gestützt darauf gelangen sie in ihrer speziellen Fallbetrachtung zum Schluss, dass es sich bei den Schulterbeschwerden links mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um ein degeneratives Krankheitsbild handle. Dieses Ergebnis erweist sich aus nachstehenden Gründen als nachvollziehbar. Das AC-Gelenk ist vorliegend unbestrittenermassen deutlich degenerativ verändert. Die Strukturveränderung im Bereich des Labrums ordnen Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____ in überzeugender Weise dem angeborenen Buford Komplex zu. Diese Einschätzung deckt sich mit dem intraoperativen Befund von Dr. med. K.____ und wird von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht angezweifelt. Umstritten ist vorliegend vielmehr die Frage, ob die Rotatorenmanschettenläsion vorbestehend oder auf das Ereignis vom 19. Februar 2019 zurückzuführen ist. Zu diesem Hauptstreitpunkt führen Prof. Dr. med. G.____ und Assistenzärztin H.____ zunächst zutreffend aus, dass die Beurteilung des Einzelfalles immer umfassend erfolgen müsse. Es reiche nicht, wenn nur einzelne Aspekte wie z.B. der Unfallmechanismus oder der MRI-Befund alleine zur Beurteilung der Kausalität beigezogen würden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_672/2020 vom 15. April 2021 E. 5.1.2 mit Hinweis). Bei der Beurteilung der Unfallkausalität von Schulterbeschwerden seien folgende Aspekte zu diskutieren: Vorgeschichte, Alter beim Unfallereignis mit Prävalenz-Daten zu asymptomatischen Schädigungen, Unfallmechanismus, initiale Beschwerden, Zeitpunkt des Aufsuchens eines Arztes, objektiver Befund bei Erstkonsultation, Beschwerden im Verlauf, Bildgebende strukturelle Veränderungen und Zeitpunkt der Bildgebung. Im Zusammenhang mit der Vorgeschichte stellen die Versicherungsärzte fest, dass nicht nur in der linken Schulter, sondern auch in der rechten Schulter seit Jahren eine AC-Gelenksarthrose vorliege, deren Ursachen degenerativer Natur seien. Des Weiteren lasse das Alter der Versicherten von 42 Jahren zusammen mit den degenerativen Veränderungen im Bereich der AC-Gelenke eine vorbestehende Rotatorenmanschettenläsion als wahrscheinlich erscheinen. Hingegen werde der Unfallmechanismus – die Versicherte sei rückwärts ausgerutscht, von der Treppe gestürzt und habe sich mit der linken Hand am Treppengeländer festgehalten – in der Literatur als typisch für eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur beschrieben. Ausserdem habe – entgegen der Feststellung des Kreisarztes – eine ereignisnahe ärztliche Untersuchung 15 Tage nach dem Unfallereignis stattgefunden. Die anlässlich der Erstkonsultation festgehaltenen initialen Beschwerden und der objektive Befund passten allerdings nicht zu einer akuten Rotatorenmanschettenruptur. Die Versicherte habe bei der Erstuntersuchung Schmerzen ventral der Schulter links angegeben sowie Schmerzen beim Schürzengriff. Sie habe jedoch weder über massive Schmerzen noch über einen Funktionsverlust (Pseudoparalyse) geklagt, was bei einer akuten Rotatorenmanschettenruptur zu erwarten gewesen wäre. Der Hausarzt habe objektiv einen Schmerz am AC-Gelenk links festgehalten, welches klinisch stabil gewesen sei. Er habe das Beschwerdebild als AC-Gelenksdistorsion links interpretiert, Physiotherapie verordnet und auf eine weitere bildgebende Abklärung verzichtet. Die klinische Präsentation, die Interpretation des Hausarztes sowie die ausbleibende weitere Abklärung und lediglich Physiotherapie passten nicht zu einem akuten Geschehen einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur. Im Verlauf seien erst am 24. Juli 2020 zunehmende Schulterschmerzen festgestellt worden. Die

Elevation sei vor allem dolent und eingeschränkt gewesen. Als Untersuchungsbefund habe der Hausarzt eine Druckdolenz entlang der langen Bizepssehne vermerkt. Im MRI-Bericht vom 10. November 2020 sei unter anderem eine transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne im anterioren Anteil und eine Supraspinatussehnenansatztendinopathie bei subakromialem Osteophyten festgehalten worden. Dr. med. K. ___ habe zunächst eine hochgradige Ruptur der Supraspinatussehne diagnostiziert. Intraoperativ habe er dann aber lediglich eine Typ Ellman I bis II – Läsion diagnostiziert, also eine niedrig- bis mittelgradige PASTA-Läsion (Partial Articular Supraspinatus Tendon Avulsion), die seiner Ansicht nach vom gelenkseitigen Befund her keine Rekonstruktion benötigt habe. Bursaseitig habe sich bis auf eine leichte Aufrauhung keine Schwachstelle oder Ruptur der Manschette gezeigt, so dass auf eine SSP-Ruptur-Komplettierung und Refixation habe verzichtet werden können. Gemäss Prof. Dr. med. G. ___ und Assistenzärztin H. ___ könne die im Zeitraum von fast zwei Jahren nach dem Ereignis erfolgte Bildgebung keine Zeichen mehr für eine akute Verletzung nachweisen. Gestützt auf die eigene Einsicht in die Bildgebung und den intraoperativen Befund sei von einer gelenkseitigen Partialruptur der Supraspinatussehne, die nicht transmural verlaufe, auszugehen. Die vorstehende fachärztliche Würdigung und Abwägung der einzelnen entscheiderelevanten Parameter ist schlüssig und nachvollziehbar. Insgesamt gelangen Prof. Dr. med. G. ___ und Assistenzärztin H. ___ aufgrund der Beurteilung aller relevanten Sachumstände, mithin nach objektiven Gesichtspunkten, zur Überzeugung, dass eine degenerative Pathologie des linken Schultergelenkes wahrscheinlicher sei als eine unfallkausale Schädigung. Dem erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit wird damit Genüge getan. Soweit der Kausalzusammenhang nicht mit wissenschaftlicher Genauigkeit nachgewiesen werden kann, genügt, dass er als überwiegend wahrscheinlich erscheint bzw. bei zwei möglichen Sachverhaltsvarianten der wahrscheinlichere ist (Urteile des Bundesgerichts 9C_717/2009 vom 20. Oktober 2009 E. 3.3 und 4A_275/2013 vom 30. Oktober 2013 E. 4 je mit weiteren Hinweisen). Die hiervon abweichende medizinische Einschätzung von Dr. med. F. ___ überzeugt nicht. Wie die Versicherungsärzte zu Recht bemängeln, führt Dr. med. F. ___ die Annahme einer Teilkausalität einzig auf den Unfallmechanismus zurück. Nach der neuen bundesgerichtlichen Praxis darf bei der Beurteilung der Unfallkausalität bei Schulterbeschwerden dem Kriterium des Unfallmechanismus keine übergeordnete Bedeutung beigemessen werden. Es geht vielmehr darum, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprechen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen. Zu berücksichtigen sind etwa die bildgebenden Befunde, die Vorgeschichte, der Unfallhergang, der Primärbefund und der Verlauf (Urteil des Bundesgerichts 8C_672/2020 vom 15. April 2021 E. 5.1.2 mit Verweis auf 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.3). Mangels einer hinreichenden Auseinandersetzung und Abwägung der einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Verletzung sprechen, ist die Beurteilung von Dr. med. F. ___ nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der orthopädisch-chirurgischen Beurteilung von Prof. Dr. med. G. ___ und Assistenzärztin H. ___ hervorzurufen. Aus den dargelegten Gründen kann somit festgestellt werden, dass die orthopädisch-chirurgische Beurteilung von Prof. Dr. med. G. ___ und Assistenzärztin H. ___ vom 26./29. November 2021 auf einer einlässlichen Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten und einer überzeugend begründeten Würdigung basiert. Das Gericht kommt daher zum Schluss, dass die Schlussfolgerung von Prof. Dr. med. G. ___ und Assistenzärztin H. ___ mit

überwiegender Wahrscheinlichkeit zutreffend ist. Die versicherungsärztliche Beurteilung erweist sich somit als beweiskräftig. Die Beschwerdegegnerin durfte somit auf die Einholung einer versicherungsexternen Abklärung der Unfallkausalität verzichten. 8.3 Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass mit der Partialruptur der Supraspinatussehne eine sogenannte Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vorliegt. Für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG wird der Unfallversicherer grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Im hier zu beurteilenden Fall hat die Beschwerdegegnerin das Ereignis vom 19. Februar 2019 als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG anerkannt und für dessen Folgen zunächst Leistungen erbracht. In der Folge hat sie jedoch den Nachweis dafür erbracht, dass das Ereignis vom 19. Februar 2019 keine auch nur geringe Teilursache des partiellen Sehnenrisses bildet (vgl. Erwägung 8.2 hiavor). Da es ausserdem keinen Hinweis auf ein nach dem Unfall vom 19. Februar 2019 eingetretenes initiales Ereignis gibt, ist erstellt, dass die hier interessierende Listenverletzung vorwiegend – d.h. zu mehr als 50 % – auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Die Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ist demnach umgestossen und die Beschwerdegegnerin von ihrer Leistungspflicht befreit (BGE 146 V 51 E. 9.1 f). 9. Aus all diesen Gründen ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht mit Einspracheentscheid vom 30. November 2021 per 10. November 2020 eingestellt hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 10

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

E. 11

11.1 Zu beurteilen ist schliesslich noch der Kostenantrag in Bezug auf die Expertisekosten von Dr. med. F.____ im Umfang von CHF 750.00. Die Beschwerdeführerin verlangt, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Protekta Rechtsschutz-Versicherung AG die Expertisekosten zu ersetzen.

11.2 Gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Unerlässlich sind Abklärungen, wenn die entsprechende Massnahme im Rahmen der Untersuchungspflicht ebenfalls anzuordnen gewesen wäre, jedoch nicht erfolgte (Urteil des Bundesgerichts 8C_314/2021 vom 1. Juli 2021 E. 5.1 mit Hinweisen). Darüber hinaus kommt eine Kostenübernahme auch infrage, wenn aufgrund der damaligen Aktenlage eine ergänzende Begutachtung nicht zwingend gewesen wäre, das Privatgutachten aber neue Erkenntnisse liefert, welche die Anspruchsbeurteilung beeinflusst oder zusätzliche Abklärungen auslöst.

10.3 Zwar vermögen die kreisärztlichen Stellungnahmen von med. pract. E.____ keine hinreichende Grundlage für die Beurteilung des Leistungsanspruchs darzustellen (vgl. E. 8.2 hiavor). Es können jedoch auch den Beurteilungen von Dr. med. F.____ keine neuen Erkenntnisse entnommen werden. Dr. med. F.____ würdigt vielmehr die bereits bekannten Tatsachen anders (vgl. E. 8.2 hiavor). Vorliegend ist davon auszugehen, dass die neuen

Erkenntnisse aus dem Operationsbericht vom 2. Februar 2021 und die neuen Erkenntnisse aus der Krankenakte des Hausarztes, welche erst am 26. Oktober 2021 bei der Beschwerdegegnerin eingegangen ist, massgebend für die weitere Abklärung waren. Die Krankenakte des Hausarztes lieferte neue Erkenntnisse zum Zeitpunkt der ersten ärztlichen Konsultation sowie auch zu den initialen Beschwerden und dem objektiven Erstbefund (Suva-Nrn. 74 und 75). Vor diesem Hintergrund ist eine Pflicht zur Kostenübernahme zu verneinen.

Demnach wird erkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

4. Der Antrag der Beschwerdeführerin, es seien der Protekta Rechtsschutz-Versicherung AG die Expertisekosten im Umfang von CHF 750.00 zu ersetzen, wird abgewiesen.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tageseit 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 Zwischenentscheidungen (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Baltermia-Wenger

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